Abschlussbericht

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 20.12.2022

Aktualisiert am 31.03.2023

Autoren:

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

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

[2] WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

[4] Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Danksagung

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

[1] Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden
[2] WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig
[3] Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG), Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg
[4] Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
[5] Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Inhalt

1. Zusammenfassung 30
2. Hintergrund 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 47
7. Darstellung Modellvorhaben Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH 53
8. Ergebnisse: Effektivität 54
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe 55
8.2 Ergebnisse Outcomes, Erwachsene 68
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer 70
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 70
U1 75
U2 88
U3 93
U4 100
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen 111
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 111
U1 113
U2 124
U3 128
U4 134
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik 143
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 143
U1 145
U2 166
U3 173
U4 181
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem 201
Beschreibung Ergebnisse (U2) 201

U2 202
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping 209
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 209
U1 210
U2 214
U3 216
U4 219
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit 222
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 222
U1 225
U2 232
U3 235
U4 239
8.2.7 Wiederaufnahmeraten 245
Beschreibung Ergebnisse (U2) 245
U2 246
8.2.8 Komorbidität 249
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 249
U1 251
U2 254
U3 255
U4 257
8.2.9 Mortalität 259
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 259
U1 260
U2 264
U3 266
U4 269
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung 272
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 272
U1 274
U2 283
U3 287

U4 292
8.2.11 Leitlinienadhärenz 300
Beschreibung Ergebnisse (U2) 300
U2 302
8.3 Ergebnisse Outcomes, Kinder und Jugendliche 312
8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer 312
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 312
U1 314
U2 327
U3 332
U4 339
8.3.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen 350
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 350
U1 352
U2 363
U3 367
U4 373
8.3.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik 382
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 382
U1 383
U2 399
U3 404
U4 410
8.3.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem 425
8.3.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping 426
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 426
U1 427
U2 431
U3 433
U4 436
8.3.6 Arbeitsunfähigkeit 439
8.3.7 Wiederaufnahmeraten 440

Beschreibung Ergebnisse (U2) 440
U2 441
8.3.8 Komorbidität 444
8.3.9 Mortalität 445
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 445
U1 446
U2 450
U3 452
U4 455
8.3.10 Progression der psychischen Erkrankung 458
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 458
U1 460
U2 469
U3 473
U4 478
8.3.11 Leitlinienadhärenz 486
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung 487
9.1 Patientenmix 487
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 487
U1 489
U2 493
U3 495
U4 497
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 501
U1 502
U2 506
U3 508
U4 510
9.2 Leistungserbringung 514
Beschreibung Ergebnisse (U1) EP 514
U1 514
Beschreibung Ergebnisse (U1) KJP 523
U1 523

10. Ergebnisse: Kosten 532
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten 532
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 532
U1 534
U2 538
U3 539
U4 541
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 543
U1 545
U2 548
U3 549
U4 551
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen 553
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 553
U1 555
U2 559
U3 560
U4 562
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 564
U1 565
U2 568
U3 569
U4 571
10.3 Kosten stationsersetzender psychiatrischer Leistungen 573
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 573
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 573
10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen 574
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 574
U1 576
U2 580
U3 581
U4 583
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 585

U1 586
U2 589
U3 590
U4 592
10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen 594
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 594
U1 596
U2 600
U3 601
U4 603
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 605
U1 606
U2 609
U3 610
U4 612
10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 614
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 614
U1 616
U2 620
U3 621
U4 623
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 625
U1 626
U2 630
U3 631
U4 633
10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung 635
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 635
U1 637
U2 641
U3 642
U4 644

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 646
U1 647
U2 650
U3 651
U4 653
10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung 655
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 655
U1 657
U2 661
U3 662
U4 664
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 666
U1 667
U2 670
U3 671
U4 673
10.9 Kosten der Heilmittelversorgung 675
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP 675
U1 677
U2 681
U3 682
U4 684
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP 686
U1 687
U2 690
U3 691
U4 693
11. Ergebnisse: Effizienz 695
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) EP 695
U2 696
U4 696
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) KJP 698
U2 699

U4 699
12. Diskussion 701
12.1 Hauptergebnisse 701
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich) 723
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch) 727
13. Literatur 729
14. Anhang 732
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4 732
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose 754
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Erwachsene 768
14.4 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Kinder und Jugendliche 819
14.5 Ergebnisse Kosten EP 848
14.5.1 Somatische Versorgungskosten (U1) 848
14.5.2 Somatische Versorgungskosten (U2) 852
14.5.3 Somatische Versorgungskosten (U3) 854
14.5.4 Somatische Versorgungskosten (U4) 856
14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix EP 860
14.5.6 Zusatzabbildung Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten EP 861
14.6 Ergebnisse Kosten KJP 862
14.6.1 Somatische Versorgungskosten (U1) 862
14.6.2 Somatische Versorgungskosten (U2) 866
14.6.3 Somatische Versorgungskosten (U3) 868
14.6.4 Somatische Versorgungskosten (U4) 870
14.6.5 Zusatztabellen Patientenmix KJP 874

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[1] 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

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

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 Dreistelller (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 ausschließlichem 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 Streuungsbreite, 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
BPflV	- Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung)
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 Psychiatriebudget
SGB	- Sozialgesetzbuch
TE	- Therapieeinheiten
UV	- Unabhängige Variable
WIG2	- WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig
ZEGV	- Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U1) 79
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U2) 89
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U3) 95
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U4) 103
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) 116
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2) 125
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) 130
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4) 137
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) 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) 195
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) 206
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) 212
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2) 215
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) 217
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4) 221
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) 227
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2) 233
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) 236
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4) 241
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) 247
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1) 252
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2) 254
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U3) 255
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4) 258
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U1) 261
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U2) 265
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U3) 267
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U4) 270
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U1) 276
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U2) 284
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U3) 288
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U4) 294
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) 307
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) 364
Abbildung 42: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) 369
Abbildung 43: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4) 376
Abbildung 44: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) 392
Abbildung 45: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) 401

Abbildung 46: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) 406
Abbildung 47: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) 419
Abbildung 48: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) 429
Abbildung 49: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) 432
Abbildung 50: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) 434
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) 438
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2)..... 442
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) 447
Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) 451
Abbildung 55: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) 453
Abbildung 56: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) 456
Abbildung 57: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1)..... 462
Abbildung 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2)..... 470
Abbildung 59: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3)..... 474
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U4)..... 480
Abbildung 61: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten 490
Abbildung 62: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten 492
Abbildung 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten 494
Abbildung 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten 496
Abbildung 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten 498
Abbildung 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten 500
Abbildung 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten 503
Abbildung 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten 505
Abbildung 69: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten 507
Abbildung 70: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten 509
Abbildung 71: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten 511
Abbildung 72: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten 513
Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 534
Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 535
Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 538
Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 539
Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten 541
Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten 542
Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 545
Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 546
Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 548
Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 549
Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten 551
Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten 552
Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 555
Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 556
Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten..... 559
Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 560
Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten..... 562

Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 563
Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 565
Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 566
Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten..... 568
Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 569
Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten..... 571
Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 572
Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 576
Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 577
Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 580
Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 581
Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 583
Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 584
Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 586
Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 587
Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 589
Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 590
Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 592
Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 593
Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten 596
Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten..... 597
Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten 600
Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 601
Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten 603
Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten..... 604
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 609
Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 610
Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten 612
Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten..... 613
Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 616
Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 617
Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 620
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 623
Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten 624
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 630
Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 631
Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten 633
Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten 634
Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 637

Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 638
Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 641
Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 642
Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 644
Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 645
Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 647
Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 648
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 667
Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 668
Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten 670
Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 671
Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten 673
Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten 674
Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 677
Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 678
Abbildung 159: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 681
Abbildung 160: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 682
Abbildung 161: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 684
Abbildung 162: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten 685
Abbildung 163: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 687
Abbildung 164: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 688
Abbildung 165: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 690
Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 691
Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 693
Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten 694
Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4 EP 697
Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, U2 und U4 KJP 700
Abbildung 171: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage 861

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching EP 47
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Erwachsene 48
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching EP 49
Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching KJP 50
Tabelle 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Kinder und Jugendliche 51
Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching KJP 52
Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Erwachsene 56
Tabelle 8: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Erwachsene 58
Tabelle 9: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche 62
Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche 64
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) 75
Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) 87
Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U2) 88
Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3) 93
Tabelle 15: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3) 99
Tabelle 16: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U4) 100
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) 113
Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) 123
Tabelle 19: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2) 124
Tabelle 20: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) 128
Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) 133
Tabelle 22: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4) 134
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) 145
Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) 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) 202
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) 208
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) 210
Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) 213
Tabelle 33: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2) 214
Tabelle 34: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) 216
Tabelle 35: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) 218
Tabelle 36: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4) 219
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) 225
Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) 231
Tabelle 39: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2) 232
Tabelle 40: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) 235
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) 238
Tabelle 42: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4) 239
Tabelle 43: Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) 246
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) 248

Tabelle 45: Komorbidität, Erwachsene, (U1) 251
Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1) 253
Tabelle 47: Komorbidität, Erwachsene, (U2) 254
Tabelle 48: Komorbidität, Erwachsene, (U3) 255
Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3) 256
Tabelle 50: Komorbidität, Erwachsene, (U4) 257
Tabelle 51: Mortalität, Erwachsene, (U1) 260
Tabelle 52: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U1) 263
Tabelle 53: Mortalität, Erwachsene, (U2) 264
Tabelle 54: Mortalität, Erwachsene, (U3) 266
Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3) 268
Tabelle 56: Mortalität, Erwachsene, (U4) 269
Tabelle 57: Progression, Erwachsene, (U1) 274
Tabelle 58: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U1) 282
Tabelle 59: Progression, Erwachsene, (U2) 283
Tabelle 60: Progression, Erwachsene, (U3) 287
Tabelle 61: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U3) 291
Tabelle 62: Progression, Erwachsene, (U4) 292
Tabelle 63: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Erwachsene, (U2) 302
Tabelle 64: Leitlinienadhärenz Demenz, Erwachsene, (U2) 303
Tabelle 65: Leitlinienadhärenz Depression, Erwachsene, (U2) 304
Tabelle 66: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Erwachsene, (U2) 306
Tabelle 67: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) 311
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1) 314
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) 362
Tabelle 76: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2) 363
Tabelle 77: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) 367
Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) 372
Tabelle 79: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4) 373
Tabelle 80: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) 383
Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) 398
Tabelle 82: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) 399
Tabelle 83: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche,(U3) 404
Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) 409
Tabelle 85: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) 410
Tabelle 86: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) 427
Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) 430
Tabelle 88: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) 431
Tabelle 89: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) 433
Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) 435

Tabelle 91: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) 436
Tabelle 92: Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) 441
Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) 443
Tabelle 94: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) 446
Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) 449
Tabelle 96: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) 450
Tabelle 97: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) 452
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) 454
Tabelle 99: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) 455
Tabelle 100: Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) 460
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) 468
Tabelle 102: Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) 469
Tabelle 103: Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) 473
Tabelle 104: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) 477
Tabelle 105: Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) 478
Tabelle 106: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten 489
Tabelle 107: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten 491
Tabelle 108: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten 493
Tabelle 109: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten 495
Tabelle 110: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten 497
Tabelle 111: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten 499
Tabelle 112: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten 502
Tabelle 113: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten 504
Tabelle 114: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten 506
Tabelle 115: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten 508
Tabelle 116: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten 510
Tabelle 117: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten 512
Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten 515
Tabelle 119: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten 516
Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten 517
Tabelle 121: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten 518
Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten 519
Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten 520
Tabelle 124: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten 521
Tabelle 125: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten 522
Tabelle 126: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten 524
Tabelle 127: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten 525

Tabelle 128: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten 526
Tabelle 129: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten 527
Tabelle 130: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten 528
Tabelle 131: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten 529
Tabelle 132: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten 530
Tabelle 133: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten 531
Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 534
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 535
Tabelle 136: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 536
Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 537
Tabelle 138: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 538
Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 539
Tabelle 140: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 540
Tabelle 141: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten 541
Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 542
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 545
Tabelle 144: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 546
Tabelle 145: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 547
Tabelle 146: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 547
Tabelle 147: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 548
Tabelle 148: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 549
Tabelle 149: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 550
Tabelle 150: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten 551
Tabelle 151: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 552
Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 555
Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 556
Tabelle 154: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 557
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 558
Tabelle 156: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 559
Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 560
Tabelle 158: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 561
Tabelle 159: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 562
Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 563
Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 565
Tabelle 162: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 566
Tabelle 163: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 567
Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 567
Tabelle 165: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 568
Tabelle 166: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 569
Tabelle 167: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 570

Tabelle 168: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 571
Tabelle 169: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 572
Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 576
Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 577
Tabelle 172: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 578
Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 579
Tabelle 174: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 580
Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 581
Tabelle 176: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 582
Tabelle 177: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 583
Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 584
Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 586
Tabelle 180: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 587
Tabelle 181: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 588
Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 588
Tabelle 183: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 589
Tabelle 184: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 590
Tabelle 185: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 591
Tabelle 186: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 592
Tabelle 187: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 593
Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten 596
Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten 597
Tabelle 190: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten 598
Tabelle 191: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten 599
Tabelle 192: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten 600
Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 601
Tabelle 194: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 602
Tabelle 195: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten 603
Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten 604
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 608
Tabelle 201: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten 609
Tabelle 202: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 610
Tabelle 203: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 611
Tabelle 204: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten 612
Tabelle 205: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten 613
Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 616
Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ... 617
Tabelle 208: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP 618
Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 619
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 623
Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ... 624
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 KJP 628
Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 629
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 630
Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 631
Tabelle 221: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 632
Tabelle 222: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten 633
Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ... 634
Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 637
Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 638
Tabelle 226: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 639
Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 640
Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 641
Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 642
Tabelle 230: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 643
Tabelle 231: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 644
Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 645
Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 647
Tabelle 234: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 648
Tabelle 235: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 649
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 667
Tabelle 252: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 668
Tabelle 253: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 669
Tabelle 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 669
Tabelle 255: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten 670
Tabelle 256: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 671
Tabelle 257: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 672
Tabelle 258: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten 673
Tabelle 259: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 674
Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 677
Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 678
Tabelle 262: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ... 679
Tabelle 263: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 680
Tabelle 264: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 681
Tabelle 265: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 682
Tabelle 266: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ... 683
Tabelle 267: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 684
Tabelle 268: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 685
Tabelle 269: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 687
Tabelle 270: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 688
Tabelle 271: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ... 689
Tabelle 272: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 689
Tabelle 273: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 690
Tabelle 274: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 691
Tabelle 275: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ... 692
Tabelle 276: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 693
Tabelle 277: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 694
Tabelle 278: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten 696
Tabelle 279: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten 696
Tabelle 280: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP 696
Tabelle 281: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP 697
Tabelle 282: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten 699
Tabelle 283: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP 699
Tabelle 284: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Erwachsene 732
Tabelle 285: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Erwachsene 732
Tabelle 286: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Erwachsene 735

Tabelle 287: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Erwachsene 735
Tabelle 288: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Erwachsene 738
Tabelle 289: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Erwachsene 739
Tabelle 290: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche 743
Tabelle 291: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche 743
Tabelle 292: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche 746
Tabelle 293: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche 746
Tabelle 294: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche 749
Tabelle 295: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche 750
Tabelle 296: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) 754
Tabelle 297: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) 759
Tabelle 298: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) 764
Tabelle 299: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 769
Tabelle 300: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene 771
Tabelle 301: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 773
Tabelle 302: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene 775
Tabelle 303: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene 777
Tabelle 304: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene 778
Tabelle 305: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene 779
Tabelle 306: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene 780
Tabelle 307: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene 781
Tabelle 308: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene 782
Tabelle 309: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene 783
Tabelle 310: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene 784
Tabelle 311: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 785
Tabelle 312: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene 785
Tabelle 313: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 786
Tabelle 314: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene 787
Tabelle 315: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 788
Tabelle 316: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene 790
Tabelle 317: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 792
Tabelle 318: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene 792
Tabelle 319: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 793
Tabelle 320: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene 795
Tabelle 321: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 797
Tabelle 322: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene 798
Tabelle 323: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 799
Tabelle 324: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene 800
Tabelle 325: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene 801
Tabelle 326: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene 802
Tabelle 327: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene 803
Tabelle 328: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene 804
Tabelle 329: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene 805
Tabelle 330: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene 807
Tabelle 331: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Erwachsene 809
Tabelle 332: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Erwachsene 810
Tabelle 333: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene 811
Tabelle 334: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene 812

Tabelle 335: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene 813
Tabelle 336: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene..... 814
Tabelle 337: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene 815
Tabelle 338: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene 816
Tabelle 339: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene 817
Tabelle 340: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene 818
Tabelle 341: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 820
Tabelle 342: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 821
Tabelle 343: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 822
Tabelle 344: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche..... 823
Tabelle 345: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche 824
Tabelle 346: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche 825
Tabelle 347: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche 826
Tabelle 348: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche 827
Tabelle 349: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche 828
Tabelle 350: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche 829
Tabelle 351: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche 830
Tabelle 352: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche 831
Tabelle 353: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 832
Tabelle 354: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 833
Tabelle 355: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 834
Tabelle 356: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 834
Tabelle 357: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 835
Tabelle 358: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 836
Tabelle 359: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 837
Tabelle 360: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche 838
Tabelle 361: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2) 839
Tabelle 362: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche 840
Tabelle 363: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche 841
Tabelle 364: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Kinder und Jugendliche 842
Tabelle 365: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Kinder und Jugendliche 843
Tabelle 366: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche 844
Tabelle 367: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten, Kinder und Jugendliche (U3) 845
Tabelle 368: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche 846
Tabelle 369: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche 847
Tabelle 370: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 848
Tabelle 371: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 848
Tabelle 372: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 848
Tabelle 373: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 849
Tabelle 374: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 849
Tabelle 375: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 849
Tabelle 376: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 850
Tabelle 377: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 850
Tabelle 378: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 850

Tabelle 379: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 850
Tabelle 380: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 851
Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 851
Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 851
Tabelle 383: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 851
Tabelle 384: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 852
Tabelle 385: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 852
Tabelle 386: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 852
Tabelle 387: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 853
Tabelle 388: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 853
Tabelle 389: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 853
Tabelle 390: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 853
Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 854
Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 854
Tabelle 393: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 854
Tabelle 394: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 855
Tabelle 395: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 855
Tabelle 396: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 855
Tabelle 397: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 855
Tabelle 398: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten 856
Tabelle 399: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 856
Tabelle 400: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 856
Tabelle 401: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 857
Tabelle 402: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 857
Tabelle 403: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 857
Tabelle 404: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten 858
Tabelle 405: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten 858
Tabelle 406: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 858
Tabelle 407: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 858
Tabelle 408: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 859
Tabelle 409: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 859
Tabelle 410: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 859
Tabelle 411: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 859
Tabelle 412: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting EP 860
Tabelle 413: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 862
Tabelle 414: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 862
Tabelle 415: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 862
Tabelle 416: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 863
Tabelle 417: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 863
Tabelle 418: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 863
Tabelle 419: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 863
Tabelle 420: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 864
Tabelle 421: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 864
Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 864
Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 864
Tabelle 424: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 865
Tabelle 425: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 865
Tabelle 426: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 865

Tabelle 427: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 866
Tabelle 428: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 866
Tabelle 429: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 866
Tabelle 430: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 867
Tabelle 431: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 867
Tabelle 432: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 867
Tabelle 433: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 867
Tabelle 434: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 868
Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 868
Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 868
Tabelle 437: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 869
Tabelle 438: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 869
Tabelle 439: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 869
Tabelle 440: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 869
Tabelle 441: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten 870
Tabelle 442: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 870
Tabelle 443: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 870
Tabelle 444: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 871
Tabelle 445: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 871
Tabelle 446: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 871
Tabelle 447: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten 872
Tabelle 448: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten 872
Tabelle 449: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 872
Tabelle 450: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 872
Tabelle 451: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 873
Tabelle 452: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 873
Tabelle 453: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 873
Tabelle 454: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 873
Tabelle 455: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting KJP 874

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 zum einen zu einer Veränderung der Arzneimitteltherapie durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die Kosten der Arzneimittelversorgung sinken, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.

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 Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2016 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß § 64b SGB V. Die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH hatte keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur vor 2016. 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 Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH mit einer Kontrollgruppe (KG) von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach § 64b SGB V verglichen. Die Datenquelle sind anonymisierte GKV-Routinedaten der am Modellvorhaben beteiligten Krankenkassen. Die jeweiligen Untersuchungskohorten (Patienten aus IG und KG) wurden je nach Zeitpunkt des Erstkontakts in der Modell- bzw. den Kontrollkliniken über einen Zeitraum von einem Jahr vor Eintritt in die Evaluation bis zu vier Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet.

Wesentliche Einschlusskriterien für Patienten waren: Versicherung bei teilnehmender Krankenkasse und Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen als Hauptdiagnose bei einer voll- oder teilstationären Behandlung innerhalb des Evaluationszeitraums oder als eine gesicherte oder Zustand nach ambulante Diagnose im Falle einer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (Indexdiagnosen): Demenz (F00), vaskuläre Demenz (F01), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02), nicht näher bezeichnete Demenz (F03), Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07), Psychische

Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Schizophrenie, schizotype und wahnhafte 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, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der bis zu zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Analyse

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

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

dreijähriger Nachbeobachtungszeit dar. Es fanden deskriptive Beschreibungen von U1 bis U4 und zusätzlich Difference-in-Difference-Modellierungen von U1 und U3 statt. Bei den Difference-in-Difference-Modellierungen können Signifikanzaussagen abgeleitet werden.

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

Für die Difference-in-Difference-Modellierungen von U1 und U3 wurden die Untersuchungsgruppen zunächst hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Zielvariablen patientenindividuell vor und nach dem Einschluss in die Evaluation mit den üblichen deskriptiven Verfahren beschrieben. Darüber hinaus wurden inferenzstatistische Auswertungen durchgeführt, mit derer 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 Versorgungkosten 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 für die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 3.445 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und 198 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 70 ff.) war in der IG bei den klinikneuen erwachsenen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen (U1, U2, U3 und U4) zunächst geringer im Vergleich zur KG. Im patientenindividuellen Verlauf verringerte sich dieser Unterschied jedoch und war im zweiten Jahr nach Referenzfall zunächst zwischen beiden Gruppen vergleichbar (jeweils im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall). Ab dem dritten Jahr nach Referenzfall war der Anteil in der IG größer als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Im Jahr vor Referenzfall wies die IG bereits geringere Anteile im Vergleich zur KG auf. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten war sowohl die Höhe als auch der Verlauf dieses Anteils zwischen IG und KG vergleichbar. Somit ist bei der Betrachtung des Anteils an erwachsenen klinikneuen Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt in allen Untersuchungen der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben geringer. Im patientenindividuellen Verlauf ist jedoch kein eindeutiger langfristiger Trend zu erkennen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) war bei den klinikneuen jungen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach jeweils (U2 und U3) ein geringerer Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Im zweiten Jahr nach Referenzfall war der Anteil hingegen in der IG etwas größer als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch in U3 nicht.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg analog zum Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt bei den klinikneuen erwachsenen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stets weniger stark im Vergleich zur KG an. Dieser Unterschied war in allen Untersuchungen ersichtlich, erreichte jedoch keine statistische Signifikanz. Dieser Unterschied verringerte sich, erneut analog zu den vollstationären Anteilen, ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und war ab dem zweiten bzw. dritten Jahr nach Referenzfall in der IG höher als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Diese stärkere Zunahme war in U3 für das zweite Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall). Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten waren diese Anteile in der IG stets geringer als in der KG (vergleichbar in U4 für prä und 3. Jahr). Diese Unterschiede waren im ersten Jahr nach Referenzfall am stärksten. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Eine Verringerung des Anteils an klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt in der IG im Vergleich zur KG

lässt sich somit für das erste Jahr nach Referenzfall vermuten. Jedoch verringerte sich dieser Unterschied über den patientenindividuellen Verlauf und war ab dem zweiten bzw. dritten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (außer klinikbekannt, U1).

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Modellvorhaben bei den klinikneuen jungen Patienten in U2 im Modellvorhaben etwas geringer als bei Patienten der Regelversorgung; während der Verlauf in U3 zwischen beiden Gruppen vergleichbar war. Deutliche Unterschiede im Verlauf zwischen beiden Gruppen waren somit für die jungen Patienten nicht ersichtlich.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer erwachsener Patienten war in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der KG. Auch waren die Anstiege vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stets geringer. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten wies die IG im Jahr vor Referenzfall stets etwas mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Die vollstationäre Behandlungsdauer stieg jedoch in der IG zum Jahr nach Referenzfall weniger stark bzw. sank im Vergleich zur KG (U1 und U4). Diese geringere Zunahme zum Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant in U1, in der inferenzstatistisch getestet wurde. Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall waren die vollstationären Behandlungstage zwischen beiden Gruppen weitgehend vergleichbar (U1 und U4). Vollstationäre Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben eindeutig sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten verringert.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) zeigte sich in U2 und U3 bei den klinikneuen jungen Patienten in der IG stets eine größere Zunahme von vollstationären Behandlungstagen vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall. Dieser Unterschied verringerte sich zum zweiten Jahr nach Referenzfall, blieb aber numerisch unter den Tagen der IG (U3). Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich. Die beschriebene Verringerung vollstationärer Behandlungstage bei den Erwachsenen konnte bei den jungen Patienten somit nicht beobachtet werden.

Bei den klinikneuen erwachsenen Patienten der IG war der Anstieg an **teilstationären Behandlungstagen** vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall stets geringer als bei den Patienten der KG, wobei dieser Unterschied in U1 sehr gering war. Bei der Betrachtung weiterer Modelljahre (U2, U3 und U4) war der geringere Anstieg deutlicher. In U3 war dieser geringere Anstieg statistisch signifikant. In den folgenden patientenindividuellen Jahren waren die teilstationären Behandlungstage zwischen beiden Gruppen weitgehend vergleichbar und auf einem geringen Niveau. Auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten war sowohl in U1 als auch in U4 ein geringerer Anstieg an teilstationären Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach erkennbar. Auch blieben die teilstationären Behandlungstage in der IG in den folgenden patientenindividuellen Jahren unter denen der KG. Teilstationäre Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, zu einem geringeren Maße in Anspruch genommen. Eine Verlagerung der vollstationären hin zu einer teilstationären Behandlung hat in der IG für die erwachsenen Patienten nicht stattgefunden.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg die Anzahl teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen jungen Patienten der IG in U2 und U3 stets stärker an als bei den jungen Patienten der KG. Auch war die Höhe teilstationärer Tage im zweiten Jahr nach

Referenzfall in der IG etwas höher als in der KG. Teilstationäre Behandlungstage wurden somit, entgegen der Entwicklung bei den Erwachsenen, in der KJP des Modellvorhabens verstärkt in Anspruch genommen verglichen mit der Regelversorgung.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 111 ff.) ist zu erkennen, dass die Zunahme der durchschnittlichen PIA-Kontakte bei den klinikneuen erwachsenen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stets größer ausfiel als in der KG. Dieser Unterschied war in U1 für das erste bis dritte und in U3 für das erste und zweite Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auch die weiteren Jahre verzeichneten eine stets größere PIA-Inanspruchnahme in der Modelklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten war die Anzahl der durchschnittlichen PIA-Kontakte in der Modelklinik im Jahr vor Referenzfall in U1 und U4 jeweils geringer als in der KG. Im Jahr nach Referenzfall stieg jedoch die PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben statistisch signifikant stärker als in der KG und blieb auf einem höheren Niveau. Dieser stärkere Anstieg war in U1 in allen vier Jahren nach Referenzfall, verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall, statistisch signifikant. Somit ist sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten eine erhöhte PIA-Inanspruchnahme erkennbar. Eine Umsteuerung von voll- und teilstationärer Behandlung hin zu einer verstärkten PIA-Behandlung ist im Modellvorhaben für die Erwachsenen ersichtlich.

Auch bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war bei den klinikneuen jungen Patienten in U2 und U3 stets eine höhere PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Auch der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall war im Modellvorhaben stärker. Dieser stärkere Anstieg war in U3 statistisch signifikant. Auch der Vergleich vom Jahr vor zum zweiten Jahr nach Referenzfall war in der IG in U3 statistisch signifikant größer als in der KG. Eine nach Modellstart größere Inanspruchnahme der PIA in der KJP ist somit ersichtlich.

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, war im Modellvorhaben ab dem Jahr nach Referenzfall sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser geringere Anstieg war bei den klinikneuen Patienten in U3 im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall und bei den klinikbekannten Patienten in U1 im zweiten, dritten und vierten Jahr nach Referenzfall, jeweils verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall, statistisch signifikant. Eine verringerte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung erwachsener Patienten außerhalb des Krankenhauses konnte somit beobachtet werden. Vermutlich trug die erhöhte PIA-Inanspruchnahme zu einer Verringerung der ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses bei.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war bei den klinikneuen jungen Patienten die Anzahl und der Verlauf der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar. Zwar stieg die Inanspruchnahme vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG etwas stärker (U2 und U3) und blieb im zweiten Jahr nach Referenzfall (U3) in der IG etwas größer, die Unterschiede waren jedoch gering. Eine signifikant erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses kann somit in der KJP nicht beobachtet werden.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 143 ff.) war die Kontinuität bei den klinikneuen erwachsenen Patienten in der IG für 7 und 30 Tage Nachbeobachtung stets (etwas) größer verglichen mit der KG. Diese Unterschiede waren für das zweite und dritte Jahr in U1 und für das zweite Jahr in U3 (nur für 7 Tage Nachbeobachtung) statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten ergab sich kein einheitliches Bild. Einzelne Vergleiche zeigten eine für die IG statistisch signifikante größere Behandlungskontinuität (U1 für 7 und 30 Tage, je erstes Jahr nach Referenzfall) und andere eine statistisch signifikant geringere Behandlungskontinuität (U1 für 30 Tage, viertes Jahr nach Referenzfall). Eine erhöhte Behandlungskontinuität in der Erwachsenenpsychiatrie im Modellvorhaben konnte somit für die klinikneuen Patienten festgestellt werden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte für die klinikneuen jungen Patienten der U2 und U3 stets ein höherer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor festgestellt werden. Jedoch waren die Fallzahlen zu gering für inferenzstatistische Tests.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 201 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem war der Anteil an klinikneuen erwachsenen Patienten mit Kontaktabbrüchen zwischen IG und KG vergleichbar. Die Dauer der Kontaktabbrüche war in der IG stets geringer als in der KG. Dieser Unterschiede erreichten jedoch keine statistische Signifikanz.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 209 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 Modell- und Regelversorgung 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 222 ff.) war bei den klinikneuen erwachsenen Patienten im Jahr vor Referenzfall in der IG vergleichbar (U1 und U3) bzw. niedriger (U2 und U4) als in der KG. Im ersten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tage im Modellvorhaben jedoch stets geringer; während die AU-Tage ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall bei Patienten der IG stets größer als bei Patienten der KG war. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl der AU-Tage bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG höher als in der KG. Dieser Unterschied vergrößerte sich im ersten Jahr nach Referenzfall und verringerte sich in den folgenden patientenindividuellen Jahren, blieb aber in der IG über den Werten der KG. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es auch bei den klinikbekannten Patienten nicht.

Der Anteil klinikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 245 ff.) im ersten Jahr nach Referenzfall war im Modellvorhaben statistisch signifikant größer als in der Regelversorgung. Auch die Dauer zwischen Entlassung und einer erneuten vollstationären Behandlung war im Modellvorhaben größer, jedoch nicht statistisch signifikant.

In der KJP war der Anteil an Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG etwas größer als in der KG. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war hingegen in der KJP

der IG geringer als in der KG. Geringe Fallzahlen schränken die Aussagefähigkeit des Parameters im KJP-Bereich ein.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 249 ff.) zeigten zwischen beiden Gruppen in der Erwachsenenpsychiatrie keine statistisch signifikanten Unterschiede. Die Verläufe und die Niveaus waren zwischen Modell- und Regelversorgung sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar. In der KJP konnte dieses Outcome aufgrund für Kinder und Jugendliche unpassender eingeschlossener Diagnosen (Elixhauser Score) nicht angewendet werden.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 259 ff.) zeigte sich in der Erwachsenenpsychiatrie, dass die Mortalität unter den klinikneuen und klinikbekannten Patienten zwischen Modell- und Regelversorgung weitgehend vergleichbar war. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie verstarb in beiden Gruppen niemand.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 272 ff.) war in der Erwachsenenpsychiatrie das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten der IG stets größer als bei Patienten der KG. In U3 war dieser Vergleich statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war zwischen Modell- und Regelversorgung bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten in fast allen Untersuchungen vergleichbar (lediglich für klinikneue Patienten in U1 war der Anteil in der IG etwas geringer). Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für klinikneue und klinikbekannten Patienten der IG stets größer als für die Patienten der KG. Diese Unterschiede waren für U1 und für U3 statistisch signifikant. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Erwachsenenpsychiatrie zeichnete sich somit für das Modellvorhaben eine Erhöhung hin zu einer schweren depressiven Episode und besonders hin zur Entwicklung einer Suchterkrankung ab.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) zeichnete sich ein etwas geringeres Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den klinikneuen Patienten der Modellversorgung in U2 und U3 im Vergleich zur Regelversorgung ab. Bei den weiteren Untersuchungen gab es keine eindeutige Tendenz. Zu beachten ist auch hier, dass die Fallzahlen für die Betrachtung der Erkrankungsprogression teils sehr gering waren und somit die Aussagen eingeschränkt werden müssen.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 300 ff.) in der Erwachsenenpsychiatrie war der Anteil von Personen mit Demenz und ohne Antipsychotikaverordnung bei Patienten der IG statistisch signifikant geringer als bei Patienten der KG. Weitere signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen waren nicht zu beobachten. Bei den klinikneuen erwachsenen Patienten des Modellvorhabens wurde die aufsuchende Behandlung (**Home-Treatment**) (S. 514 ff.) nach vergleichbaren Werten im Jahr vor Referenzfall im ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) in allen Untersuchungen (U1 bis U4) statistisch signifikant stärkerer in Anspruch genommen im Vergleich zur KG. In den Untersuchungen U2 bis U4 war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung in der IG auch zum Referenzfall statistisch signifikant stärker im Vergleich zur KG. Bei den klinikbekannten Patienten war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung im Jahr vor Referenzfall stets statistisch signifikant geringer in der IG im Vergleich zur KG (U1 und U4). In den Jahren nach Referenzfall war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung in beiden Untersuchungen jeweils größer in der IG verglichen mit der KG. Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) hingegen wurde die aufsuchende Behandlung bei den klinikneuen jungen Patienten in U2 und U3 zum Referenzfall statistisch signifikant

weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur KG. Die geringen Fallzahlen in der KJP verhindern eine valide Aussage für U1 und U4. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte somit für die Erwachsenenpsychiatrie beobachtet werden.

Kosten

Erwachsene

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 3.455 € signifikant teurer als die KG. Dies ist vor allem auf signifikant höhere Kosten für die voll- und teilstationäre Versorgung sowie PIA-Behandlungen zurückzuführen. Bezieht man die klinikneuen Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild zu den für U1 gemachten Ausführungen.

Bei den klinikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr nicht signifikant um 917 € je Patient günstiger. Hier lagen lag der Anstieg der PIA-Versorgung in der IG über dem der KG, die Anstiege in der voll- und teilstationären Versorgung waren hingegen geringer. Dieses Muster ließ sich auch für die klinikbekannten Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 11.285 € und 9.633 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant höher als der der KG. Die höheren Gesamtkosten spiegeln dabei die höheren Kosten bzw. Anstiege in den drei Versorgungsbereichen (voll- und teilstationär sowie PIA) wider.

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 2.188 € je Patient signifikant teurer als die KG. In der Kostenverteilung ergab sich hier ein vergleichbares Muster zu U2.

Kinder und Jugendliche

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 25.882 € und 10.004 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant höher als der der KG. Die höheren Gesamtkosten spiegeln dabei die höheren Kosten bzw. Anstiege in den drei Versorgungsbereichen (voll- und teilstationär sowie PIA) wider.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um

22.441 € je Patient signifikant teurer als die KG. In der Kostenverteilung ergab sich hier ein vergleichbares Muster zu U2.

Kosten-Effektivität

Erwachsene

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von -286,55 € je Tag. D.h. für jeden der 6,7 in der IG zusätzlich vermiedenen vollstationären Tage wurden Kosten i.H.v. 286,55 € zusätzlich aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von -109,95 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 11,9 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 109,95 € an.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 123,76 € je Tag. D.h. für jeden der 5,9 in der IG zusätzlich vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden Kosten i.H.v. 123,76 € eingespart. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von -249,70 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 3,7 zusätzlichen AU-Tagen. Für jeden zusätzlichen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 249,70 € an.

Kinder und Jugendliche

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 4.855,30 € je Tag. D.h. für jeden der 3,3 in der IG zusätzlich angefallenen vollstationären Tage wurden Kosten i.H.v. 4.855,30 € zusätzlich aufgewendet.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 681,31 € je Tag. D.h. für jeden der 4,8 in der IG zusätzlich angefallenen vollstationären psych. Tage wurden zusätzliche Kosten i.H.v. 681,31 € aufgewendet.

Methodische Stärken und Limitationen

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 IG und Patienten der Kontrollkliniken.

Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich). Weiterhin erlauben die Daten, einen Nachbeobachtungszeitraum von patientenindividuell vier Jahren nach Referenzfall und zwei Jahre vor Referenzfall zu betrachten. Neben den patientenindividuellen Jahren konnten bis zu fünf Modelljahre (Laufzeit des Modellvorhabens) untersucht werden. Zu beachten ist jedoch, dass sich, auch wenn dies ein langer Zeitraum ist, Modelleffekte, besonders bei Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge, ggf. erst nach ein paar Jahren einstellen.

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

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH muss im Fazit zwischen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden.

Im Rahmen der Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie wurden besonders vollstationäre, aber auch teilstationärer Behandlungstage von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Die PIA wurde verstärkt in Anspruch genommen. Eine Umsteuerung einer voll- und teilstationärer Behandlung hin zu einer verstärkten PIA-Behandlung ist somit im Modellvorhaben für die Erwachsenen ersichtlich. Auf der anderen Seite konnte eine verringerte Inanspruchnahme der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Patienten der Erwachsenenpsychiatrie außerhalb des Krankenhauses beobachtet werden. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte mutmaßlich unterschiedliche Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu einer erhöhten Behandlungskontinuität durch eine höhere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor. Auf der anderen Seite lässt der größere Anteil an Kontaktabbrüchen und der größere Anteil an vollstationären Wiederaufnahmen für Patienten der Modellversorgung auf eine geringere Behandlungskontinuität schließen. Im Modellvorhaben an der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH war der Anteil an vollstationären Wiederaufnahmen und die Dauer zwischen Entlassung und erneuter Aufnahme für Patienten der Erwachsenenpsychiatrie größer im Vergleich zur Regelversorgung. Bezüglich Erkrankungsprogression zeichnete sich für das Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie eine Erhöhung hin zu einer schweren depressiven Episode und besonders hin zur Entwicklung einer Suchterkrankung ab. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte für die Erwachsenenpsychiatrie beobachtet werden. Die weiteren Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten eine zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar Entwicklung (AU, Komorbidität, Mortalität, Leitlinienadhärenz); in einem Falle konnte jedoch eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz in der IG nachgewiesen werden (Antipsychotikaverordnung und Demenz).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH konnten vollstationäre Behandlungstage nicht verringert werden. Teilstationäre Behandlungstage wurden hingegen stärker als in der Regelversorgung in Anspruch genommen. Weiterhin wurde auch in der KJP die PIA-Behandlung verstärkt beansprucht. Zudem konnte auch in der KJP eine erhöhte Behandlungskontinuität beobachtet werden. Die weiteren Parameter waren zwischen Modell- und Regelversorgung relativ vergleichbar. Eine geringe Fallzahl verhinderte teils inferenzstatistische Tests, eine längerfristige patientenindividuelle Betrachtung (U1 und U4) sowie die Betrachtung klinikbekannter Patienten, die ausschließlich in U1 und U4 untersucht wurden.

Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten konnte keine hypothesenkonforme Entwicklung festgestellt werden. Die Kosten sowie die Anstiege der Kosten der IG lagen in allen Untersuchungsperspektiven über denen der KG. Zwar stiegen, wie erwartet, die Kosten in der teilstationären und PIA-Versorgung, die Kosten der vollstationären Versorgung stiegen jedoch ebenfalls. Zwar konnte für die Gruppe der klinikbekannten Patienten günstigere Effekte detektiert werden. In der Gesamtbetrachtung des gesamten Patientenkollektivs ergaben sich dennoch Kostensteigerungen. Dies gilt ebenso für die Kinder und Jugendlichen.

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**.

    - <u>Outcomes</u>: Stationäre Behandlungsdauer (voll- und teilstationär) und ambulante Leistungen

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

    - <u>Outcomes</u>: 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 zum einen zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.

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

j) führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.

- Die Hypothese wird im bekannten Verfahren der Gegenüberstellung von vermiedenen vollstationären Behandlungstagen (Variante A) und gewonnenen Arbeitstagen (Variante B) dargestellt.

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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

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

- DAK-Gesundheit (Fusion mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016).

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Mobil Oil (seit 1.4.2021 neuer Name: Mobil Krankenkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016, Fusion mit der landesunmittelbaren BKK Achenbach Buschhütten, Kreuztal zum 01.01.2021).

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

6.1 Patientenmatching

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

Erwachsene

Durch das Matching konnte von ursprünglich 4.732 Referenzfällen und 3.525 potentiellen Patienten für 3.445 (72,8% bzw. 97,7%) Patienten ein Kontrollpatient zugeordnet werden (vgl. Tabelle 1).

Dabei wurden Kontrollpatienten nur aus den 8 Kliniken mit den niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen und unter diesen wiederum der Großteil dieser Patienten aus den sieben Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 5).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten 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.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigte sich für die klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ein signifikant niedriger Anteil an im Präzeitraum vollstationär behandelter Patienten der IG gegenüber der KG. In den übrigen Settings ergaben sich keine Unterschiede.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching EP

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	1.706	7.314	1.409 (82,6%)	4.702 (64,3%)	1.400 (82,1% ; 99,4%)	1.400 (19,1% ; 29,8%)
	Kohorte 2	1.091	3.882	709 (65,0%)	2.486 (64,0%)	696 (63,8% ; 98,2%)	696 (17,9% ; 28,0%)
	Kohorte 3	1.016	3.380	699 (68,8%)	2.119 (62,7%)	668 (65,7% ; 95,6%)	668 (19,8% ; 31,5%)
	Kohorte 4	919	3.239	708 (77,0%)	1.976 (61,0%)	681 (74,1% ; 96,2%)	681 (21,0% ; 34,5%)
	Gesamt	4.732	17.815	3.525 (74,5%)	11.283 (63,3%)	3.445 (72,8% ; 97,7%)	3.445 (19,3% ; 30,5%)
Klinikneu	Kohorte 1	821	3.693	597 (72,7%)	2.394 (64,8%)	594 (72,4% ; 99,5%)	594 (16,1% ; 24,8%)
	Kohorte 2	928	3.529	622 (67,0%)	2.288 (64,8%)	617 (66,5% ; 99,2%)	617 (17,5% ; 27,0%)
	Kohorte 3	884	3.191	615 (69,6%)	2.028 (63,6%)	611 (69,1% ; 99,3%)	611 (19,1% ; 30,1%)
	Kohorte 4	833	3.050	643 (77,2%)	1.872 (61,4%)	637 (76,5% ; 99,1%)	637 (20,9% ; 34,0%)
	Gesamt	3.466	13.463	2.477 (71,5%)	8.582 (63,7%)	2.459 (70,9% ; 99,3%)	2.459 (18,3% ; 28,7%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	885	3.621	812 (91,8%)	2.308 (63,7%)	806 (91,1% ; 99,3%)	806 (22,3% ; 34,9%)
	Kohorte 2	163	353	87 (53,4%)	198 (56,1%)	79 (48,5% ; 90,8%)	79 (22,4% ; 39,9%)
	Kohorte 3	132	189	84 (63,6%)	91 (48,1%)	57 (43,2% ; 67,9%)	57 (30,2% ; 62,6%)
	Kohorte 4	86	189	65 (75,6%)	104 (55,0%)	44 (51,2% ; 67,7%)	44 (23,3% ; 42,3%)
	Gesamt	1.266	4.352	1.048 (82,8%)	2.701 (62,1%)	986 (77,9% ; 94,1%)	986 (22,7% ; 36,5%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontroll-patienten
1	16,5	604
2	18,4	605
3	19,2	0
4	21,5	307
5	24,1	684
6	26,2	244
7	26,3	860
8	27,9	141

Hinweis: Es wurden keine Patienten aus Klinik 3 eingeschlossen, da es sich bei Klinik 3 um ein anderes Modellvorhaben nach § 64b SGB V handelt und sich dieses daher nicht als Kontrollklinik eignet.

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching EP

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	**gesamt**	3.445	3.445		1.400	1.400		696	696		668	668		681	681	
	klinikneu	2.459	2.459		594	594		617	617		611	611		637	637	
	klinikbekannt	986	986		806	806		79	79		57	57		44	44	
Mittleres Alter	**gesamt**	49,5	49,7	>0,999	51,2	51,5	>0,999	48,0	48,6	>0,999	49,8	49,5	>0,999	47,5	47,4	>0,999
	klinikneu	48,2	48,6	0,893	48,4	50,1	0,611	47,5	47,8	>0,999	49,4	49,3	>0,999	47,4	47,3	>0,999
	klinikbekannt	52,9	52,5	>0,999	53,2	52,6	>0,999	51,7	55,1	>0,999	53,7	51,4	>0,999	48,7	48,6	>0,999
Anteil Frauen	**gesamt**	58,7%	58,6%	>0,999	61,3%	60,1%	>0,999	55,3%	55,2%	>0,999	56,1%	58,1%	>0,999	59,5%	59,5%	>0,999
	klinikneu	58,4%	58,8%	0,893	62,0%	61,8%	>0,999	55,6%	56,6%	>0,999	56,3%	56,5%	>0,999	59,8%	60,6%	>0,999
	klinikbekannt	59,5%	58,0%	>0,999	60,8%	58,9%	>0,999	53,2%	44,3%	>0,999	54,4%	75,4%	0,309	54,5%	43,2%	>0,999
Anteil klinikbekannter Patienten	**gesamt**	28,6%	28,6%	>0,999	57,6%	57,6%	>0,999	11,4%	11,4%	>0,999	8,5%	8,5%	>0,999	6,5%	6,5%	>0,999
	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**	48,4%	33,7%	<0,001	58,1%	48,6%	<0,001	38,6%	23,0%	<0,001	40,0%	23,2%	<0,001	46,8%	24,4%	<0,001
	klinikneu	39,3%	21,1%	<0,001	37,4%	20,4%	<0,001	36,6%	20,7%	<0,001	38,1%	21,3%	<0,001	44,9%	22,0%	<0,001
	klinikbekannt	71,2%	65,1%	0,043	73,4%	69,4%	0,778	54,4%	40,5%	>0,999	59,6%	43,9%	>0,999	75,0%	59,1%	>0,999
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	**gesamt**	44,0%	50,4%	<0,001	36,8%	41,2%	0,163	53,4%	59,3%	0,245	49,4%	56,4%	0,105	44,1%	54,0%	0,002
	klinikneu	51,9%	59,4%	<0,001	54,7%	62,1%	0,080	55,1%	60,8%	0,300	52,0%	58,4%	0,202	46,0%	56,5%	0,002
	klinikbekannt	24,4%	27,8%	0,807	23,6%	25,8%	>0,999	40,5%	48,1%	>0,999	21,1%	35,1%	>0,999	15,9%	18,2%	>0,999
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	**gesamt**	7,5%	11,6%	<0,001	5,1%	7,1%	0,261	7,9%	13,1%	0,020	10,6%	14,8%	0,213	9,1%	16,4%	0,001
	klinikneu	8,8%	13,6%	<0,001	7,9%	10,6%	0,611	8,3%	13,3%	0,047	9,8%	14,4%	0,143	9,1%	16,0%	0,002
	klinikbekannt	4,4%	6,7%	0,271	3,0%	4,5%	>0,999	5,1%	11,4%	>0,999	19,3%	19,3%	>0,999	9,1%	22,7%	>0,999
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	**gesamt**	0,0%	4,3%	<0,001	0,0%	3,1%	<0,001	0,0%	4,6%	<0,001	0,0%	5,5%	<0,001	0,0%	5,1%	<0,001
	klinikneu	0,0%	5,9%	<0,001	0,0%	6,9%	<0,001	0,0%	5,2%	<0,001	0,0%	5,9%	<0,001	0,0%	5,5%	<0,001
	klinikbekannt	0,0%	0,4%	0,807	0,0%	0,4%	>0,999	0,0%	0,0%		0,0%	1,8%	>0,999	0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	**gesamt**	12,0%	12,6%	>0,999	22,7%	22,6%	>0,999	4,0%	4,9%	>0,999	5,1%	6,1%	>0,999	5,1%	6,0%	>0,999
	klinikneu	1,7%	3,8%	<0,001	2,7%	6,1%	0,056	0,8%	2,9%	0,081	1,6%	2,8%	>0,999	1,6%	3,6%	0,206
	klinikbekannt	37,9%	34,4%	0,807	37,5%	34,9%	>0,999	29,1%	20,3%	>0,999	42,1%	42,1%	>0,999	56,8%	40,9%	>0,999
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	**gesamt**	2,3%	2,8%	>0,999	4,5%	5,6%	>0,999	0,4%	0,9%	>0,999	0,9%	0,7%	>0,999	0,9%	0,9%	>0,999
	klinikneu	0,2%	0,5%	0,295	0,0%	1,0%	0,244	0,2%	0,5%	>0,999	0,2%	0,2%	>0,999	0,5%	0,5%	>0,999
	klinikbekannt	7,4%	8,3%	>0,999	7,8%	8,9%	>0,999	2,5%	3,8%	>0,999	8,8%	7,0%	>0,999	6,8%	6,8%	>0,999
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	**gesamt**	19,1%	19,8%	>0,999	40,9%	40,8%	>0,999	3,0%	3,9%	>0,999	5,4%	6,3%	>0,999	4,3%	6,0%	>0,999
	klinikneu	1,1%	2,0%	0,052	1,0%	2,2%	0,611	1,3%	2,3%	>0,999	0,8%	1,8%	>0,999	1,1%	1,7%	>0,999
	klinikbekannt	64,1%	64,1%	>0,999	70,2%	69,2%	>0,999	16,5%	16,5%	>0,999	54,4%	54,4%	>0,999	50,0%	68,2%	>0,999
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	**gesamt**	52,4%	54,6%	0,545	50,6%	49,5%	>0,999	54,5%	57,8%	>0,999	53,4%	58,8%	0,376	53,2%	57,6%	0,798
	klinikneu	54,2%	57,2%	0,145	55,9%	55,4%	>0,999	54,1%	57,2%	>0,999	53,8%	58,1%	0,898	52,9%	57,9%	0,403
	klinikbekannt	48,1%	48,1%	>0,999	46,7%	45,2%	>0,999	57,0%	62,0%	>0,999	49,1%	66,7%	0,790	56,8%	52,3%	>0,999

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

Kinder und Jugendliche

Durch das Matching konnte von ursprünglich 242 Referenzfällen und 205 potentiellen Patienten zu 198 (81,8% bzw. 96,6%) Patienten ein Kontrollpatient zugeordnet werden (vgl. Tabelle 4)

Dabei wurden Kontrollpatienten aus den drei verfügbaren Kliniken 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 -bekannte Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergeben.

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

Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching KJP

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamt	**Kohorte 1**	68	890	54 (79,4%)	747 (83,9%)	52 (76,5% ; 96,3%)	52 (5,8% ; 7,0%)
	Kohorte 2	38	538	31 (81,6%)	439 (81,6%)	31 (81,6% ; 100,0%)	31 (5,8% ; 7,1%)
	Kohorte 3	68	522	56 (82,4%)	448 (85,8%)	54 (79,4% ; 96,4%)	54 (10,3% ; 12,1%)
	Kohorte 4	68	466	64 (94,1%)	399 (85,6%)	61 (89,7% ; 95,3%)	61 (13,1% ; 15,3%)
	Gesamt	242	2.416	205 (84,7%)	2.033 (84,1%)	198 (81,8% ; 96,6%)	198 (8,2% ; 9,7%)
Klinikneu	**Kohorte 1**	32	539	24 (75,0%)	441 (81,8%)	23 (71,9% ; 95,8%)	23 (4,3% ; 5,2%)
	Kohorte 2	30	497	23 (76,7%)	404 (81,3%)	23 (76,7% ; 100,0%)	23 (4,6% ; 5,7%)
	Kohorte 3	45	462	38 (84,4%)	394 (85,3%)	38 (84,4% ; 100,0%)	38 (8,2% ; 9,6%)
	Kohorte 4	44	418	42 (95,5%)	358 (85,6%)	42 (95,5% ; 100,0%)	42 (10,0% ; 11,7%)
	Gesamt	151	1.916	127 (84,1%)	1.597 (83,4%)	126 (83,4% ; 99,2%)	126 (6,6% ; 7,9%)
Klinikbekannt	**Kohorte 1**	36	351	30 (83,3%)	306 (87,2%)	29 (80,6% ; 96,7%)	29 (8,3% ; 9,5%)
	Kohorte 2	8	41	8 (100,0%)	35 (85,4%)	8 (100,0% ; 100,0%)	8 (19,5% ; 22,9%)
	Kohorte 3	23	60	18 (78,3%)	54 (90,0%)	16 (69,6% ; 88,9%)	16 (26,7% ; 29,6%)
	Kohorte 4	24	48	22 (91,7%)	41 (85,4%)	19 (79,2% ; 86,4%)	19 (39,6% ; 46,3%)
	Gesamt	91	500	78 (85,7%)	436 (87,2%)	72 (79,1% ; 92,3%)	72 (14,4% ; 16,5%)

(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	14,7	85
2	22,2	59
3	22,5	54

Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching KJP

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anteil Frauen	**gesamt**	198	19		52	52		31	31		54	54		61	61	
	klinikneu	126	126		23	23		23	23		38	38		42	42	
	klinikbekannt	72	72		29	29		8	8		16	16		19	19	
Mittleres Alter	**gesamt**	12,7	12,4	>0,999	13,6	13,5	>0,999	13,5	13,0	>0,999	12,1	12,5	>0,999	12,1	11,2	>0,999
	klinikneu	12,8	12,8	>0,999	13,9	13,8	>0,999	14,2	13,2	>0,999	11,9	13,1	>0,999	12,1	11,7	>0,999
	klinikbekannt	12,6	11,8	>0,999	13,3	13,3	>0,999	11,2	12,2	>0,999	12,4	10,9	>0,999	12,3	10,3	>0,999
Anteil Frauen	**gesamt**	48,5%	51,0%	>0,999	42,3%	51,9%	>0,999	48,4%	45,2%	>0,999	46,3%	51,9%	>0,999	55,7%	52,5%	>0,999
	klinikneu	50,0%	53,2%	>0,999	34,8%	52,2%	>0,999	56,5%	52,2%	>0,999	50,0%	52,6%	>0,999	54,8%	54,8%	>0,999
	klinikbekannt	45,8%	47,2%	>0,999	48,3%	51,7%	>0,999	25,0%	25,0%	>0,999	37,5%	50,0%	>0,999	57,9%	47,4%	>0,999
Anteil klinikbekannter Patienten	**gesamt**	36,4%	36,4%	>0,999	55,8%	55,8%	>0,999	25,8%	25,8%	>0,999	29,6%	29,6%	>0,999	31,1%	31,1%	>0,999
	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**	85,9%	75,3%	0,111	84,6%	78,8%	>0,999	90,3%	80,6%	>0,999	85,2%	68,5%	0,612	85,2%	75,4%	>0,999
	klinikneu	87,3%	77,0%	0,387	82,6%	69,6%	>0,999	87,0%	82,6%	>0,999	86,8%	73,7%	>0,999	90,5%	81,0%	>0,999
	klinikbekannt	83,3%	72,2%	>0,999	86,2%	86,2%	>0,999	100,0%	75,0%	>0,999	81,2%	56,2%	>0,999	73,7%	63,2%	>0,999
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	**gesamt**	10,6%	19,2%	0,216	11,5%	17,3%	>0,999	6,5%	19,4%	>0,999	11,1%	25,9%	0,663	11,5%	14,8%	>0,999
	klinikneu	11,9%	20,6%	0,527	17,4%	30,4%	>0,999	8,7%	17,4%	>0,999	13,2%	21,1%	>0,999	9,5%	16,7%	>0,999
	klinikbekannt	8,3%	16,7%	>0,999	6,9%	6,9%	>0,999	0,0%	25,0%	>0,999	6,2%	37,5%	0,610	15,8%	10,5%	>0,999
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	**gesamt**	3,5%	5,6%	>0,999	3,8%	3,8%	>0,999	3,2%	0,0%	>0,999	3,7%	5,6%	>0,999	3,3%	9,8%	>0,999
	klinikneu	0,8%	2,4%	>0,999	0,0%	0,0%		4,3%	0,0%	>0,999	0,0%	5,3%	>0,999	0,0%	2,4%	>0,999
	klinikbekannt	8,3%	11,1%	>0,999	6,9%	6,9%	>0,999	0,0%	0,0%		12,5%	6,2%	>0,999	10,5%	26,3%	>0,999
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**	8,6%	5,6%	>0,999	23,1%	11,5%	>0,999	3,2%	3,2%	>0,999	3,7%	1,9%	>0,999	3,3%	4,9%	>0,999
	klinikneu	2,4%	1,6%	>0,999	0,0%	0,0%		4,3%	0,0%	>0,999	5,3%	2,6%	>0,999	0,0%	2,4%	>0,999
	klinikbekannt	19,4%	12,5%	>0,999	41,4%	20,7%	>0,999	0,0%	12,5%	>0,999	0,0%	0,0%		10,5%	10,5%	>0,999
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	**gesamt**	0,5%	0,0%	>0,999	1,9%	0,0%	>0,999	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	1,4%	0,0%	>0,999	3,4%	0,0%	>0,999	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	**gesamt**	35,4%	34,3%	>0,999	50,0%	46,2%	>0,999	25,8%	16,1%	>0,999	31,5%	33,3%	>0,999	31,1%	34,4%	>0,999
	klinikneu	0,8%	5,6%	0,507	0,0%	0,0%		0,0%	4,3%	>0,999	2,6%	7,9%	>0,999	0,0%	7,1%	>0,999
	klinikbekannt	95,8%	84,7%	0,441	89,7%	82,8%	>0,999	100,0%	50,0%	0,583	100,0%	93,8%	>0,999	100,0%	94,7%	>0,999
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	**gesamt**	49,5%	47,0%	>0,999	55,8%	50,0%	>0,999	45,2%	32,3%	>0,999	48,1%	57,4%	>0,999	47,5%	42,6%	>0,999
	klinikneu	50,8%	47,6%	>0,999	69,6%	52,2%	>0,999	47,8%	30,4%	>0,999	47,4%	65,8%	>0,999	45,2%	38,1%	>0,999
	klinikbekannt	47,2%	45,8%	>0,999	44,8%	48,3%	>0,999	37,5%	37,5%	>0,999	50,0%	37,5%	>0,999	52,6%	52,6%	>0,999

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

7. Darstellung Modellvorhaben Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V am Klinikum Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH begann zum 01.01.2016 mit einer Laufzeit von acht Jahren. Das Netzwerk umschließt neun Standorte in Berlin. Über die Umsetzung des Modellvorhabens in allen Standorten liegen den Evaluatoren keine Informationen vor.

Am Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 938 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 321 in der Tagesklinik vorgesehen. Hinzu kommen 60 Betten/Plätze in der Kinder-und Jugendpsychiatrie und 60 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 Krisenmanagement und Notfallbehandlung. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für eine vereinbarte Kopfzahl (Korridor +- 6%).

Ein Standort des Netzwerkes hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts verfolgt. Laut der Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik keinen § 64b-SGB-V-ähnlichen Vor-Vertrag.

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

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

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

Erwachsene

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

Ca. 65 % der eingeschlossenen klinikneuen und klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 7). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
depressive Episoden (F32)
rezidivierende depressive Störungen (F33)
phobische Störungen (F40)
andere Angststörungen (F41)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
somatoforme Störungen (F45) (Tabelle 7).

Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Erwachsene

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**571**	**561**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	66,2 %	67,7 %
• Zwei Diagnosen	28,2 %	25,1 %
• Drei Diagnosen	4,4 %	7,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,2 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	18	21
2. F10 & F43	17	20
3. F33 & F40	10	11

[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)	**778**	**780**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	64,0 %	68,8 %
• Zwei Diagnosen	29,0 %	22,8 %
• Drei Diagnosen	5,7 %	7,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,3 %	1,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	25	30
2. IG: F33 & F41 / KG: F10 & F43	20	15
3. IG: F33 & F45 / KG: F33 & F41	14	15

[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 die Information zur Pflegestufe zeigte überwiegend fehlende Werte und keine Angabe ohne Pflegestufe in der IG im Vergleich zur KG. Erläuterungen zum Matching sind im entsprechenden Kapitel zu finden.

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

Tabelle 8: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Erwachsene

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	378	380	571	561
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,5 %	3,4 %	2,8 %	4,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,6 %	3,4 %	2,5 %	3,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,5 %	0,0 %	0,7 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,9 %	1,8 %	1,8 %	1,8 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,5 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	21,2 %	22,6 %	25,7 %	26,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,6 %	9,2 %	9,1 %	8,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	30,7 %	31,1 %	40,5 %	42,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	16,1 %	13,4 %	18,9 %	17,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,8 %	1,1 %	3,2 %	4,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	11,9 %	10,5 %	18,9 %	20,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,4 %	1,8 %	5,4 %	3,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,3 %	0,5 %	0,7 %	0,5 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,7 %
Alter[1]				
• Mittelwert	49,5	52,0	48,9	50,8
• Median	48	52	48	50
• (Interquartilsabstand)	(36 - 61)	(37 - 67)	(35 - 60)	(36 - 64)
Geschlecht				
• Frauen	60,6 %	60,8 %	61,6 %	61,3 %
• Männer	39,4 %	39,2 %	38,4 %	38,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	63,8 %	77,6 %	63,2 %	79,9 %
• PIA	36,2 %	22,4 %	36,8 %	20,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	1,9 %	0,3 %	1,4 %	0,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,1 %	3,2 %	5,1 %	3,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	9,0 %	10,0 %	8,9 %	9,6 %

• Abitur/Fachabitur	8,2 %	11,1 %	7,9 %	10,3 %
• Abschluss unbekannt	9,8 %	13,9 %	9,8 %	13,9 %
• Fehlende Angabe	65,1 %	61,6 %	66,9 %	62,6 %
Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,3 %	5,3 %	5,6 %	4,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,5 %	15,0 %	15,9 %	15,5 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	0,5 %	0,4 %	0,7 %
• Bachelor	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,2 %	5,3 %	3,2 %	4,5 %
• Promotion	0,3 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %
• Abschluss unbekannt	6,9 %	11,3 %	7,2 %	10,9 %
• Fehlende Angabe	65,1 %	61,6 %	66,9 %	62,6 %
Pflegestufe				
• Ja	16,1 %	18,4 %	14,4 %	16,0 %
• Nein	0,0 %	49,5 %	0,0 %	50,4 %
• Fehlende Angabe	83,9 %	32,1 %	85,6 %	33,5 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	26,7 %	28,9 %	29,1 %	33,5 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	25,4 %	20,0 %	25,4 %	21,9 %
• Weder A noch B	47,9 %	51,1 %	45,5 %	44,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	64,0 %	56,6 %	64,1 %	60,1 %
• Familienversicherter	3,4 %	1,8 %	3,7 %	2,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	32,5 %	35,5 %	32,2 %	31,9 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	6,1 %	0,0 %	5,9 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	498	537	778	780
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	5,0 %	6,2 %	5,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,8 %	2,8 %	3,2 %	2,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,2 %	0,5 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,4 %	0,9 %	1,3 %	1,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,5 %	17,5 %	23,7 %	25,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	31,9 %	31,7 %	24,9 %	26,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	32,1 %	29,1 %	40,5 %	40,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,6 %	2,0 %	5,3 %	7,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,2 %	0,2 %	4,5 %	2,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	7,2 %	7,3 %	17,5 %	16,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,9 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,6 %	3,0 %	4,6 %	7,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,2 %	0,0 %	0,8 %	1,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 %	0,0 %	1,0 %	1,4 %
Alter[1]				
• Mittelwert	52,2	53,4	53,8	53,0
• Median	52	52	53	52
• (Interquartilsabstand)	(38 - 65)	(38 - 68)	(40 - 67)	(38 - 66)
Geschlecht				
• Frauen	58,8 %	57,9 %	60,8 %	58,7 %
• Männer	41,2 %	42,1 %	39,2 %	41,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	28,3 %	28,9 %	26,7 %	30,5 %
• PIA	71,7 %	71,1 %	73,3 %	69,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,8 %	2,2 %	3,3 %	2,3 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,0 %	5,2 %	7,2 %	5,6 %
• Abitur/Fachabitur	4,6 %	6,3 %	4,1 %	6,2 %
• Abschluss unbekannt	8,8 %	6,5 %	8,0 %	6,8 %
• Fehlende Angabe	75,7 %	79,7 %	77,2 %	79,1 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,2 %	3,0 %	3,5 %	2,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	10,2 %	8,2 %	9,8 %	7,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
• Bachelor	0,2 %	1,3 %	0,1 %	1,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,8 %	2,6 %	1,8 %	2,7 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	8,6 %	5,0 %	7,2 %	5,8 %
• Fehlende Angabe	75,7 %	79,7 %	77,2 %	79,1 %
Pflegestufe				
• Ja	21,7 %	17,3 %	23,0 %	17,7 %
• Nein	0,0 %	47,9 %	0,0 %	48,1 %
• Fehlende Angabe	78,3 %	34,8 %	77,0 %	34,2 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	30,1 %	23,8 %	28,3 %	23,6 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	51,0 %	53,4 %	53,0 %	56,8 %
• Weder A noch B	18,9 %	22,7 %	18,8 %	19,6 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	47,2 %	49,5 %	45,2 %	49,0 %
• Familienversicherter	3,2 %	2,2 %	3,5 %	2,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	49,6 %	43,6 %	51,3 %	44,9 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	4,7 %	0,0 %	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 Einschlusses in die Evaluation (Referenzzeitpunkt).

Ca. 85-90 % der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und 66-78 % der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 7). Es gab jeweils nur einzelne Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten (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)	**21**	**20**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	90,5 %	85,0 %
• Zwei Diagnosen	9,5 %	15,0 %
• Drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F91 / KG: F32 & F92	1	1
2. IG: F32 & F40 / KG: F32 & F90	1	1
3. IG: – / KG: F32 & F40	–	1

[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)	**29**	**27**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	65,5 %	77,8 %
• Zwei Diagnosen	27,6 %	22,2 %
• Drei Diagnosen	6,9 %	0,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 & F98 / KG: F93 & F98	1	1
2. IG: F91 & F93 / KG: F90 & F93	1	1
3. IG: F90 & F93 / KG: F84 & F93	1	1

[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. Erneut ist jeweils eine hohe Angabe fehlender Werte zu Pflegestufe in der IG im Vergleich zur KG zu finden (siehe Erwachsene). Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechenden Kapitel zu finden.

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

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

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	19	17	21	20
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 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,6 %	23,5 %	33,3 %	35,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,5 %	5,9 %	9,5 %	5,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	0,0 %	0,0 %	4,8 %	5,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	5,3 %	0,0 %	4,8 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	52,6 %	70,6 %	52,4 %	70,0 %
Alter[1]				
• Mittelwert	14,3	13,5	14,2	13,7
• Median	15	13	15	13
• (Interquartilsabstand)	(13 - 16)	(12 - 14)	(13 - 15)	(12 - 15)
Geschlecht				
• Weiblich	36,8 %	47,1 %	38,1 %	50,0 %
• Männlich	63,2 %	52,9 %	61,9 %	50,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	21,1 %	29,4 %	19,0 %	35,0 %
• PIA	78,9 %	70,6 %	81,0 %	65,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Pflegestufe				
• Ja	0,0 %	5,9 %	0,0 %	5,0 %
• Nein	0,0 %	35,3 %	0,0 %	35,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	58,8 %	100,0 %	60,0 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	10,5 %	0,0 %	14,3 %	5,0 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	5,3 %	0,0 %	4,8 %	5,0 %
• Weder A noch B	84,2 %	100,0 %	81,0 %	90,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	21,1 %	11,8 %	19,0 %	15,0 %
• Familienversicherter	57,9 %	88,2 %	61,9 %	85,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	21,1 %	0,0 %	19,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	19	21	29	27
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 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	21,1 %	19,0 %	27,6 %	22,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 %	0,0 %	3,4 %	0,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	3,4 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	5,3 %	4,8 %	3,4 %	3,7 %
• F 50 (Essstörungen)	5,3 %	0,0 %	6,9 %	3,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	4,8 %	0,0 %	3,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	4,8 %	3,4 %	3,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	4,8 %	6,9 %	11,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	68,4 %	61,9 %	69,0 %	66,7 %
Alter[1]				
• Mittelwert	13,9	14,1	13,3	13,8
• Median	13	15	13	15
• (Interquartilsabstand)	(11 - 17)	(14 - 16)	(11 - 16)	(13 - 16)
Geschlecht				
• Weiblich	52,6 %	47,6 %	48,3 %	48,1 %
• Männlich	47,4 %	52,4 %	51,7 %	51,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	10,5 %	9,5 %	13,8 %	14,8 %
• PIA	89,5 %	90,5 %	86,2 %	85,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,3 %	0,0 %	3,4 %	0,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	5,3 %	4,8 %	3,4 %	3,7 %
• Fehlende Angabe	89,5 %	95,2 %	93,1 %	96,3 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	10,5 %	4,8 %	6,9 %	3,7 %
• Fehlende Angabe	89,5 %	95,2 %	93,1 %	96,3 %
Pflegestufe				
• Ja	0,0 %	9,5 %	6,9 %	11,1 %
• Nein	0,0 %	23,8 %	0,0 %	29,6 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	66,7 %	93,1 %	59,3 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	26,3 %	14,3 %	27,6 %	11,1 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	5,3 %	14,3 %	6,9 %	14,8 %
• Weder A noch B	68,4 %	71,4 %	65,5 %	74,1 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	31,6 %	23,8 %	20,7 %	18,5 %
• Familienversicherter	68,4 %	66,7 %	79,3 %	70,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	9,5 %	0,0 %	7,4 %

[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

8.2 Ergebnisse Outcomes, Erwachsene

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 darstellt (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 54). 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 Post-Zeitraum umfasst die patientenindividuelle Zeit ab Einschluss in die Evaluation nach Beginn des Modellvorhabens, während der Präzeitraum die patientenindividuelle Zeit bis zu zwei Jahre vor Einschluss in die Evaluation beschreibt. In diesem Bericht beschreibt der Post-Zeitraum entweder nur das erste patientenindividuelle Jahr (U2), die ersten beiden patientenindividuellen Jahre (U3), die ersten drei patientenindividuellen Jahre (U4) oder die ersten vier patientenindividuellen Jahre (U1). Das patientenindividuelle Jahr vor Einschluss in die Evaluation wird im Folgenden „prä“ (Präzeitraum) und „1. Jahr“, „2. Jahr“, 3. Jahr“ bzw. „4. Jahr“ (erstes, zweites, drittes bzw. viertes Jahr des Patienten im Modellvorhaben) genannt.

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

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

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

Primärer (B) und sekundärer (A, C-F) Outcome: Hier wurde untersucht, ob grundsätzlich Krankenhausaufenthalte vermieden wurden bzw. wie lange die Aufenthalte insgesamt dauern. Jede Zeile steht unabhängig und ergibt in Summe somit nicht 100% der unter Evaluation stehenden Patienten. Bei der Berechnung der kumulierten Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte werden alle Patienten, die eingeschlossen wurden, berücksichtigt und nicht nur Patienten, die einen stationären Aufenthalt aufwiesen. Hier werden demnach Tage pro Patient ausgewiesen (inkl. Patienten mit 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 erwachsenen 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. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war aber in der IG geringer als in der KG (-10,1 %-Punkte; IG: + 54,1 %-Punkte; KG: +64,2 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Im dritten patientenindividuellen Jahr (drittes Jahr nach Referenzfall) war hingegen der Anstieg des Anteils in der IG größer als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall (+4,3 %-Punkte; IG: +8,2 %-Punkte; KG: +3,9 %-Punkte). Dieser größere Anstieg im dritten Jahr war statistisch signifikant (DiD = +1,8). Bei den klinikbekannten Patienten war sowohl die Höhe als auch der Verlauf zwischen IG und KG vergleichbar. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch war Niveau in der IG fast immer geringer in der IG im Vergleich zur KG, besonders bei den klinikbekannten Patienten und im ersten Jahr nach Referenzfall (klinikneu: prä: -0,7; 1. Jahr: -4,3; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: +0,5; 4. Jahr: -0,6 %-Punkte; klinikbekannt: prä: -1,8; 1. Jahr: -4,6; 2. Jahr: -2,3; 3. Jahr: -2,6; 4. Jahr: -2,3 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 1,8; KG: 2,8 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 21,3; KG: 25,1 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,6; 3,7 und 3,6 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 6,7; 5,8 und 5,2 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Dabei war die Anzahl der vollstationären Behandlungstage in der IG stets geringer als in der KG. Auch der Anstieg zum Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG numerisch geringer (IG: +19,5; KG: +22,9

vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war aber statistisch nicht signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Auch in den restlichen Jahren gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede 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 die Verringerung zum ersten Jahr nach Referenzfall hauptsächlich bei den jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter; 18,8 vs. 25,9 vollstationäre Tage) in der IG stattfand. In der KG gab es diesen Unterschied nicht (25,3 vs. 26,1 vollstationäre Tage). Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung), F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) und F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) auf (wobei die zweitgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung), F40-48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F45 (Somatoforme Störungen) aufwiesen (wobei die drittgenannte 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 klinikbekannten Patienten zeichneten sich leicht unterschiedliche Ausgangsniveaus ab. Während Patienten der IG 16,9 vollstationäre Tage im Jahr vor Referenzfall aufwiesen, hatten Patienten der KG 15,5 vollstationäre Tage im selben Zeitraum. Die Anzahl der vollstationären Behandlungstage nahm zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG jedoch ab, während dieser in der KG zunahm. Im weiteren Verlauf waren die Tage zwischen beiden Gruppen vergleichbar (prä: +1,4; 1. Jahr: -4,3; 2. Jahr: +0,7; 3. Jahr: -0,4; 4. Jahr: +0,7 vollstationäre Tage). Im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war die Veränderung zum Jahr nach Referenzfall mit dem Absinken in der IG (-1,1 vollstationäre Tage) und der Zunahme in der KG (+4,6 vollstationäre Tage) statistisch signifikant (DiD = -5,7 vollstationäre Tage). 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 in der IG als auch in der KG die Anzahl vollstationärer Behandlungstage für die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) stets größer als für die älteren Patienten war. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F70-79 (Intelligenzstörung), F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) auf (wobei erstgenanntes nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F45 (Somatoforme Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) aufwiesen (wobei erst- und zweitgenanntes nur sehr wenige

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

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klinikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Auch war das Niveau zwischen beiden Gruppen weitestgehend vergleichbar (prä: -0,1; 1. Jahr: -1,0; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: +0,4; 4. Jahr: -0,4 teilstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Bei den klinikbekannten Patienten war, analog zu den vollstationären Tagen, die Anzahl teilstationärer Tage in der IG im Jahr vor Referenzfall etwas höher. Im Jahr nach Referenzfall verringerte sich die Anzahl teilstationärer Tage in der IG, während sich diese in der KG erhöhten. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -1,7 teilstationäre Tage). Auch das stärkere Absinken teilstationärer Tage vom Jahr vor Referenzfall zu den vier Jahren nach Referenzfall gesamt war in der IG statistisch signifikant stärker als in der KG (DiD = -1,4 teilstationäre Tage).

U2: Bei den klinikneuen 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: +51,9 %-Punkte; KG: +62,2 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG geringer als in der KG (IG: +21,9 %; KG: +27,9 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG und KG eine geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +17,7; KG: +24,4 vollstationäre Tage). Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg in der IG weniger stark im Vergleich zur KG (IG: +10,0; KG: +13,3 teilstationäre Tage).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut eine geringere Zunahme des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** in der IG im Vergleich zur KG. Die Anteile lagen in der IG stets unter denen der KG (prä: -2,1; 1. Jahr: -11,0; 2. Jahr: -1,4 %-Punkte). Auch nahm der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG weniger stark zu als in der KG (IG: +22,2 %-Punkte; KG: +27,6 %-Punkte; -5,4 %-Punkte). Die weniger starke Zunahme vom Jahr vor Referenzfall war statistisch jedoch nicht signifikant. Dagegen war der Unterschied im zweiten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (IG: +3,4 %-Punkte; KG: +2,3 %-Punkte; DiD = +4,3). Dass der relativ

geringe Unterschied im zweiten Jahr nach Referenzfall signifikant wurde, ist unter anderem auf das geringere Ausgangsniveau vor Referenzfall zurückzuführen (relative Veränderung).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +18,7 vollstationäre Tage; KG: +24,9 vollstationäre Tage; DiD = -6,2 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG, blieb aber in der IG unter der Anzahl der vollstationären Tage der KG (IG: 4,9 vollstationäre Tage; KG: 6,0 vollstationäre Tage). Der Unterschied war jedoch im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall nicht mehr statistisch signifikant. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei auch hier der Anstieg teilstationärer Tage zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant geringer ausfielen als in der KG (IG: +10,2; KG: +12,8 teilstationäre Tage; DiD = -2,6 teilstationäre Tage). Im zweiten Jahr nach Referenzfall glich sich das Niveau teilstationärer Tage zwischen beiden Gruppen an (IG: 1,3; KG: 1,2 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich in der IG ein stets geringerer **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** klinikneuer Patienten im Vergleich zur KG (prä: -2,7; 1. Jahr: -9,7; 2. Jahr: -2,6; 3. Jahr: -0,5 %-Punkte). Dabei war der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall am größten. Bei den klinikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf mit (etwas) geringeren Anteilen im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG zu beobachten (prä: +0,1; 1. Jahr: -2,5; 2. Jahr: -1,5; 3. Jahr: +0,2 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den klinikneuen Patienten der IG im ersten Jahr nach Referenzfall weniger stark als bei den Patienten der KG (IG: +21,6 %-Punkte; KG: +27,1 %-Punkte) und war ansonsten vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile in der IG stets geringer als in der KG (prä: -1,3; 1. Jahr: -5,1; 2. Jahr: -2,6; 3. Jahr: -2,6 %-Punkte).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klinikneuen Patienten erneut 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 die Anzahl vollstationärer Tage in der IG stets geringer im Vergleich zur KG (prä: -1,0; 1. Jahr: -4,7; 2. Jahr: -1,8; 3. Jahr: -2,0 vollstationäre Tage) mit einem geringeren Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (IG: +19,8 vollstationäre Tage; KG: +23,4 vollstationäre Tage). Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall die Anzahl vollstationärer Tage in der IG höher als in der KG. Im ersten Jahr nach Referenzfall war diese Anzahl in der IG jedoch geringer und in den weiteren Jahren zwischen beiden Gruppen vergleichbar (prä: +1,5; 1. Jahr: -3,1; 2. Jahr: +0,3; 3. Jahr: -0,3 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klinikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Der Anstieg vom Jahr vor zum ersten Jahr

nach Referenzfall war auch hier in der IG geringer als in der KG (IG: +10,3; KG: +12.3 teilstationäre Tage). Auch bei den klinikbekannten Patienten stiegen die teilstationären Tage in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG geringer als in der KG (IG: +0,1; KG: +2,2 teilstationäre Tage).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	**571**	**571**	**545**	**530**	**517**	**561**	**561**	**539**	**524**	**505**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	5,8 %	59,9 %	13,6 %	14,0 %	10,4 %	8,7 %	72,9 %	16,7 %	12,6 %	10,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,2 %	21,5 %	3,1 %	3,0 %	1,7 %	0,9 %	25,8 %	3,5 %	2,5 %	2,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,8 %	70,4 %	15,0 %	15,3 %	11,4 %	8,9 %	84,5 %	18,0 %	13,9 %	11,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,2 %	3,5 %	1,3 %	2,3 %	1,5 %	2,5 %	3,0 %	1,9 %	2,3 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,5 %	10,3 %	9,0 %	8,5 %	5,2 %	14,1 %	12,7 %	11,7 %	8,8 %	9,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	1,8	21,3	4,6	3,7	3,6	2,2	25,1	6,7	5,8	5,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,0	9,8	1,0	1,2	0,5	0,1	10,8	1,4	0,8	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	1,8	31,1	5,5	4,9	4,1	2,3	35,9	8,1	6,7	6,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	1,1	0,6	0,8	0,3	0,9	0,9	0,4	0,3	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,1	1,7	0,9	1,2	1,0	1,6	2,1	1,5	1,4	1,2

[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).

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)	**778**	**778**	**743**	**719**	**693**	**780**	**780**	**753**	**727**	**712**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	33,2 %	34,6 %	21,9 %	19,6 %	20,8 %	33,2 %	36,4 %	24,0 %	18,8 %	19,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	6,7 %	8,1 %	3,9 %	3,3 %	3,8 %	8,5 %	12,7 %	6,2 %	5,9 %	6,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	35,1 %	37,9 %	22,7 %	20,2 %	21,6 %	36,2 %	42,1 %	26,3 %	21,9 %	21,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	7,8 %	4,8 %	2,2 %	2,6 %	2,9 %	6,0 %	2,4 %	2,4 %	3,3 %	2,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,9 %	15,0 %	13,9 %	15,2 %	12,1 %	16,8 %	15,0 %	15,4 %	13,9 %	13,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	16,9	15,8	12,6	10,0	10,8	15,5	20,1	12,0	10,4	10,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	3,3	3,0	1,0	1,0	1,2	2,9	4,3	2,2	1,6	2,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	20,1	18,8	13,7	11,0	12,1	18,4	24,4	14,2	12,0	12,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,4	1,2	0,7	0,5	0,5	1,8	0,8	0,7	0,7	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,6	2,0	1,8	1,9	1,6	2,2	2,2	1,9	2,2	1,7

[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

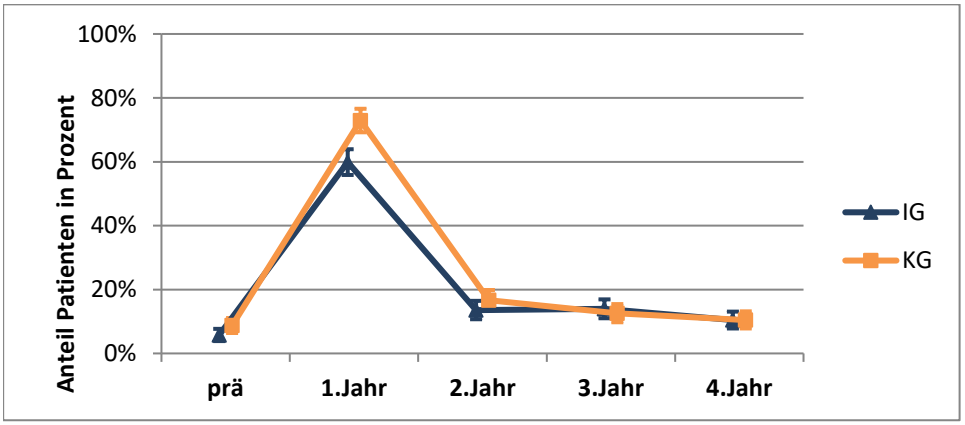
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

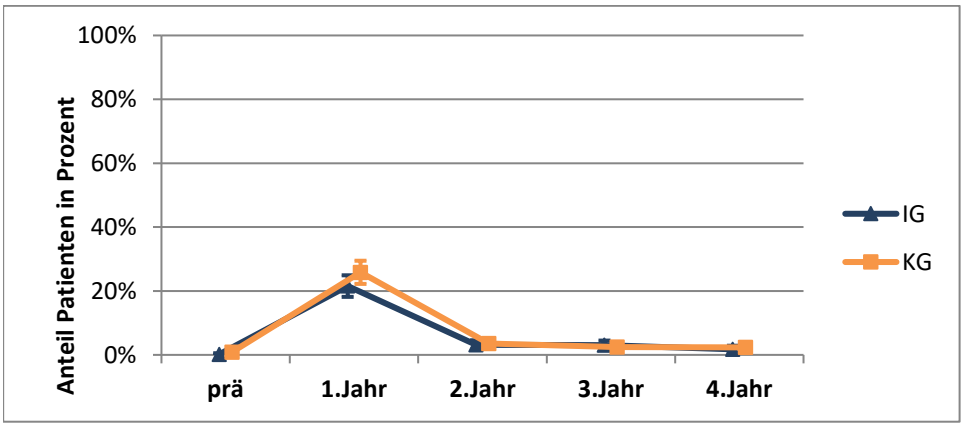
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

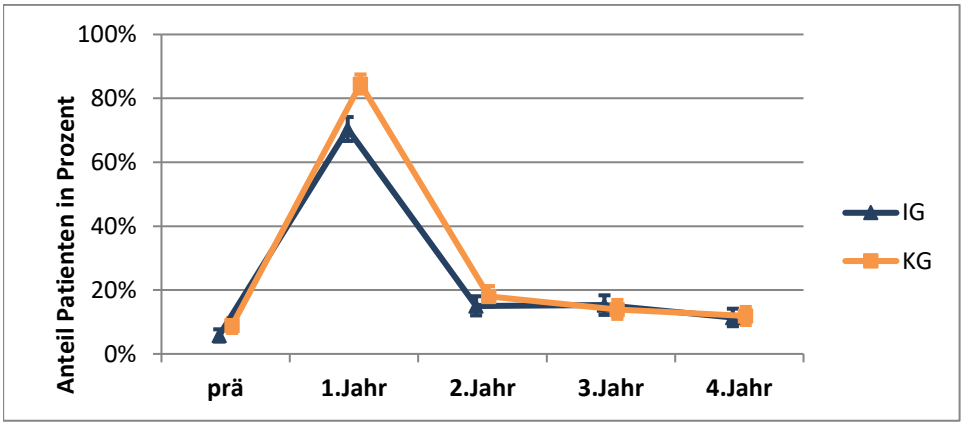
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



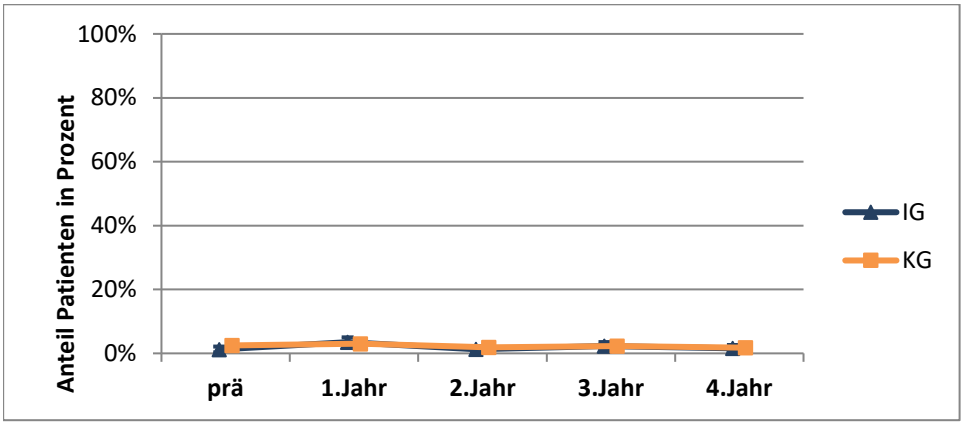
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



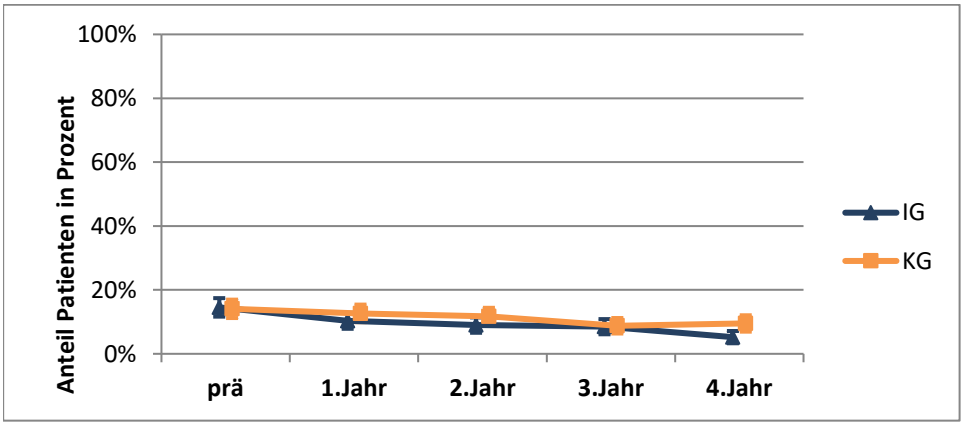
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

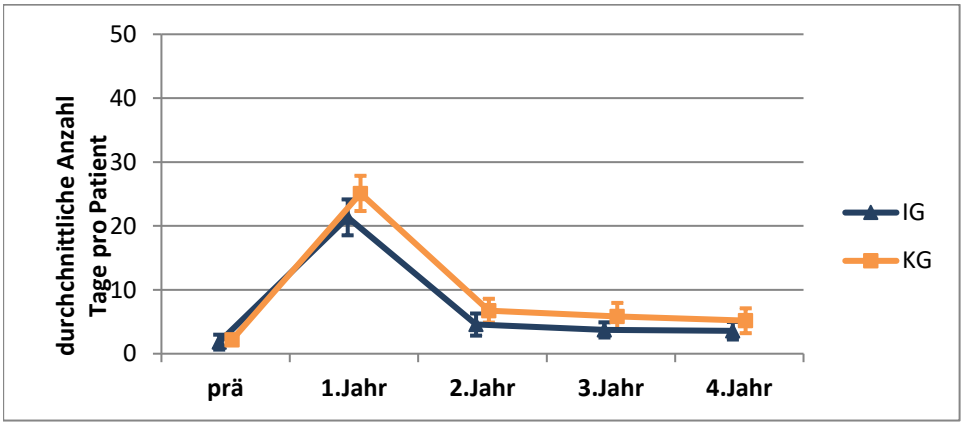


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

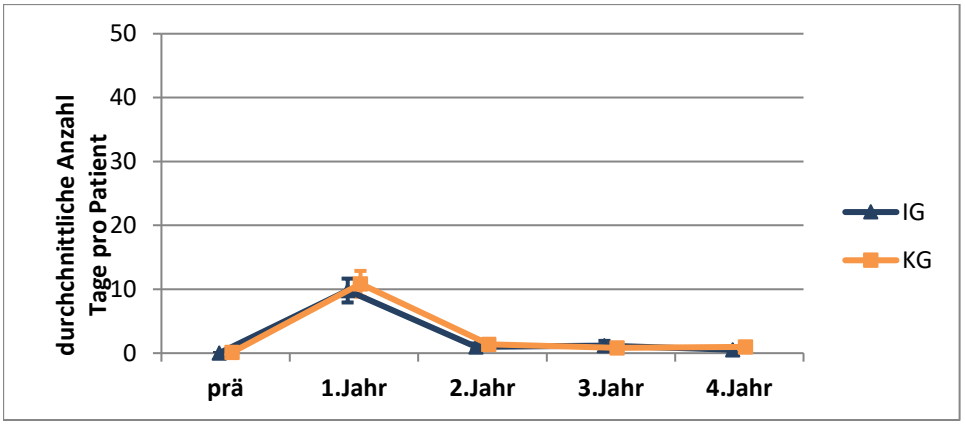


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

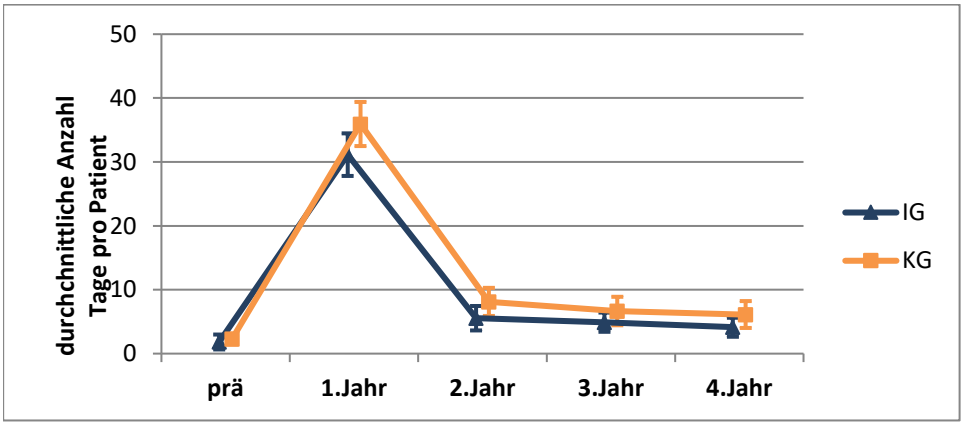
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



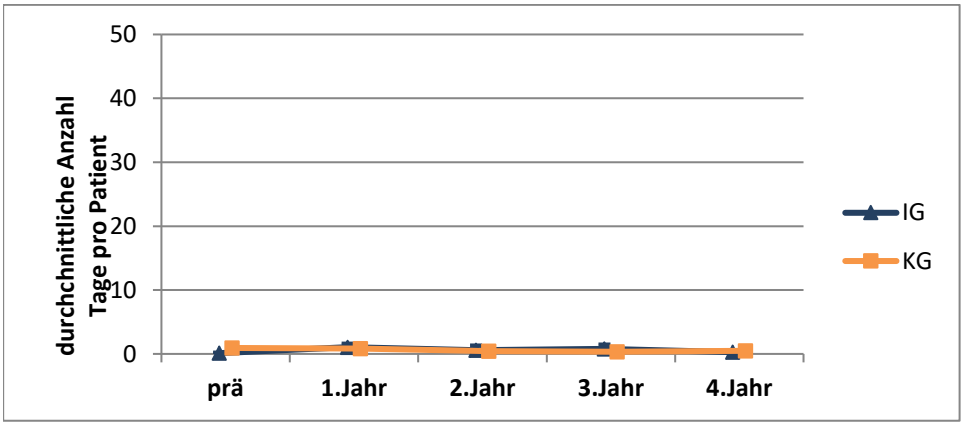
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



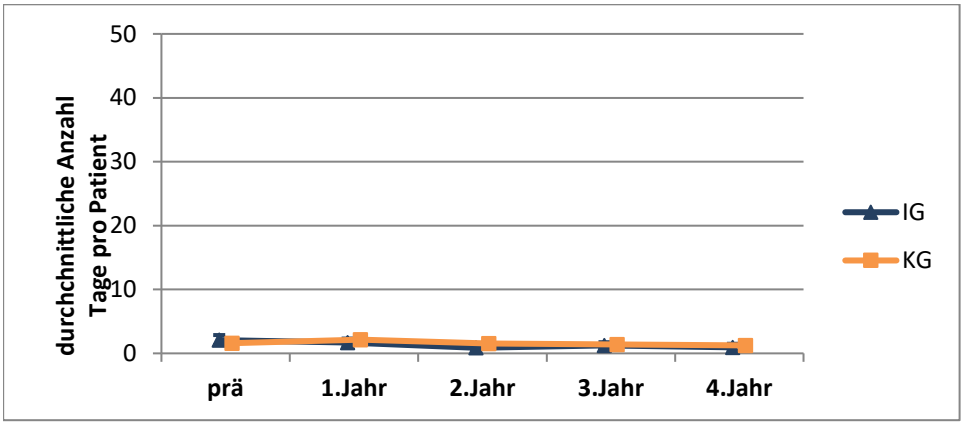
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



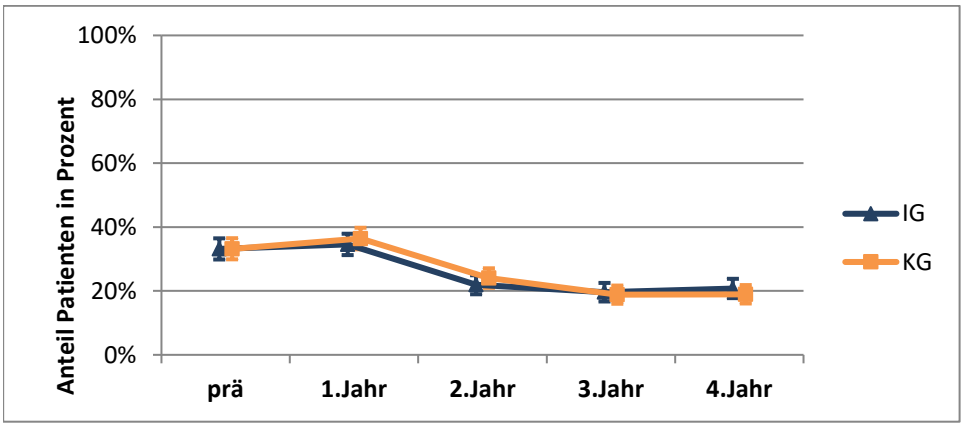
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

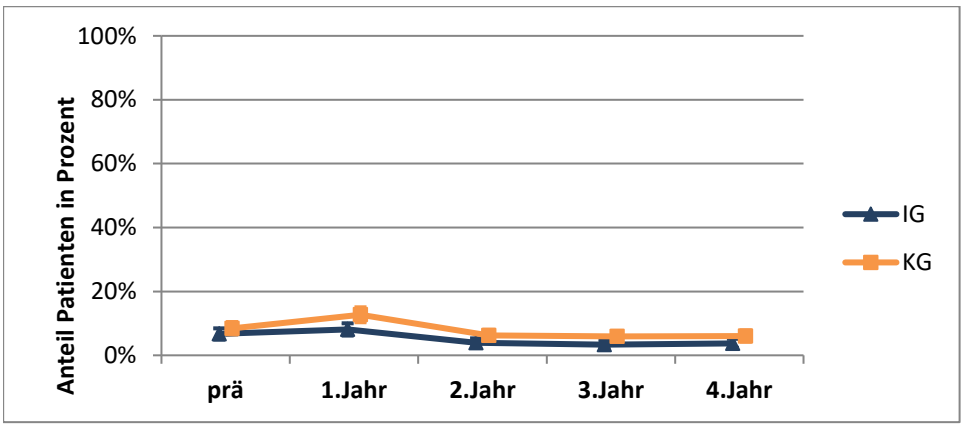
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

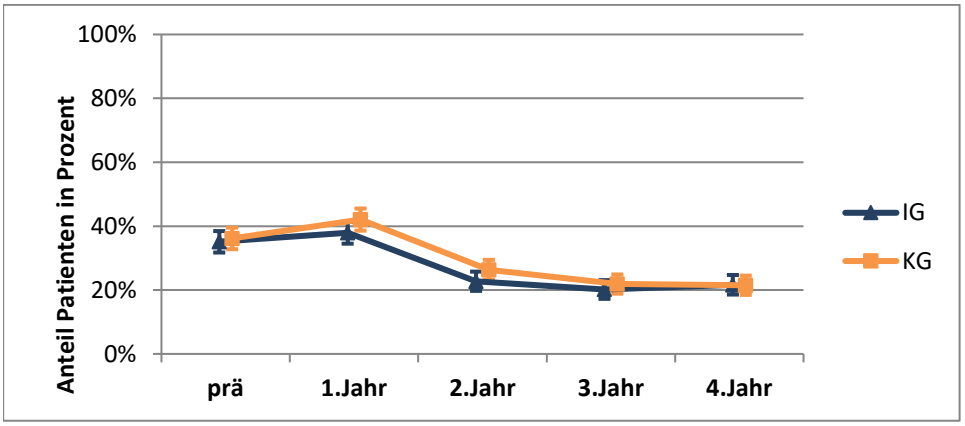
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



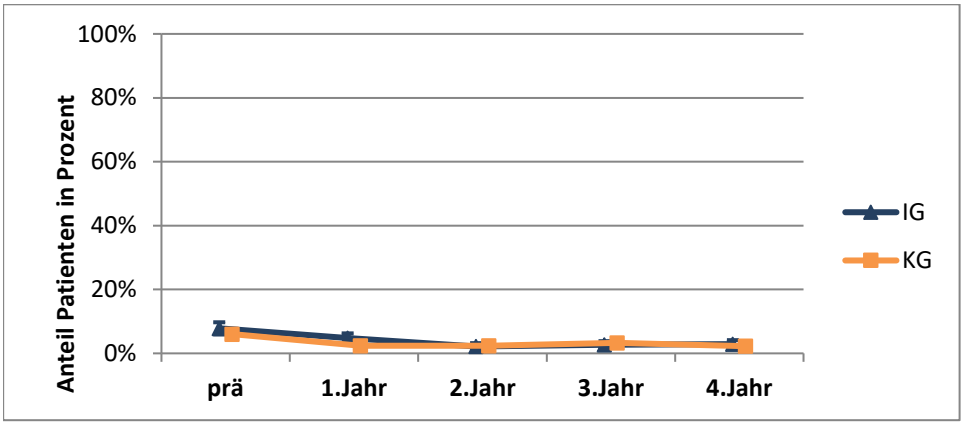
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



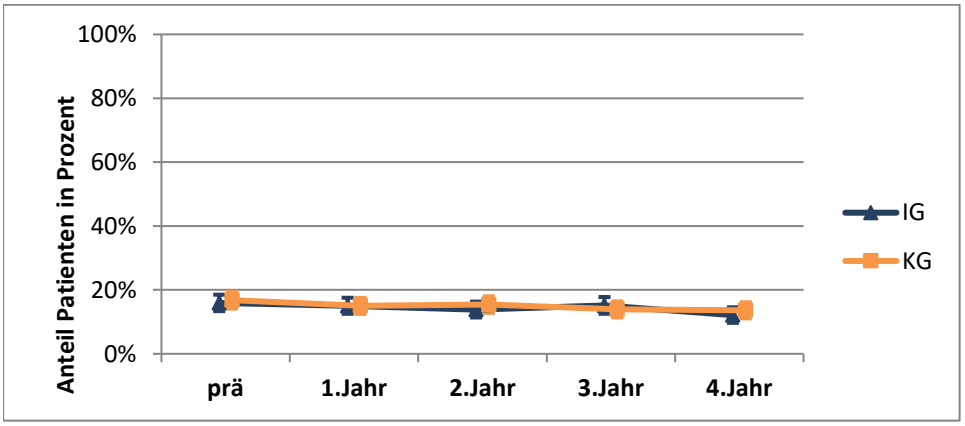
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

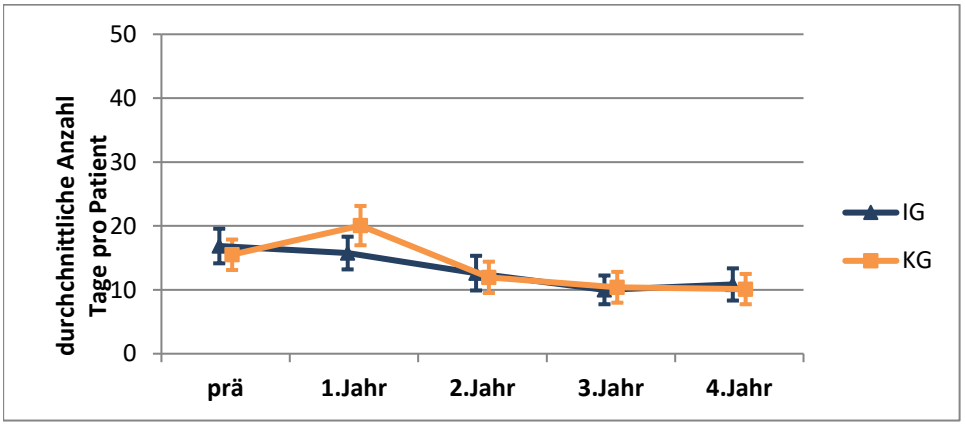


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

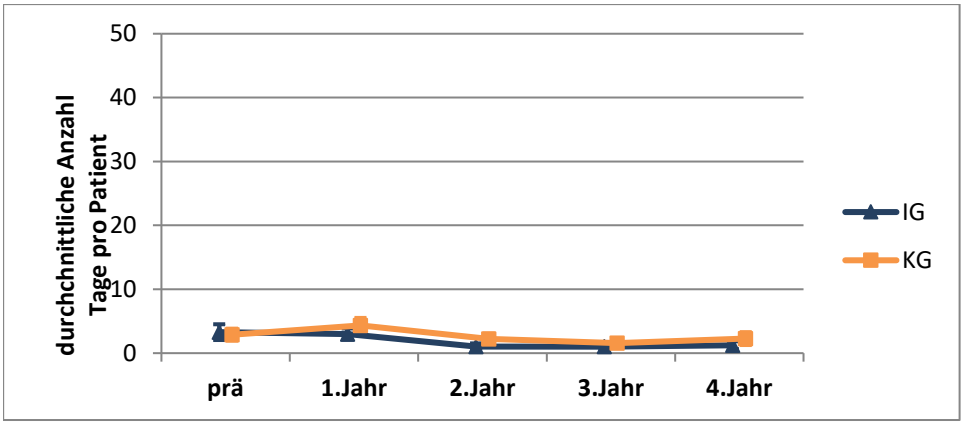


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

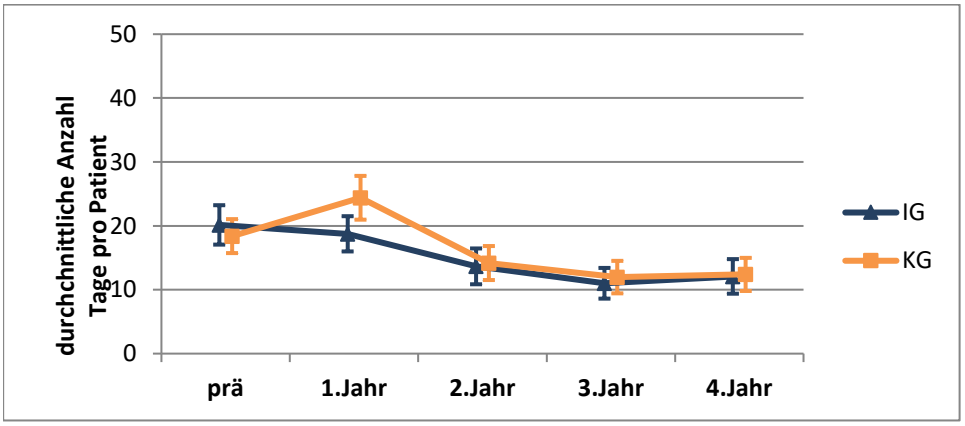
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



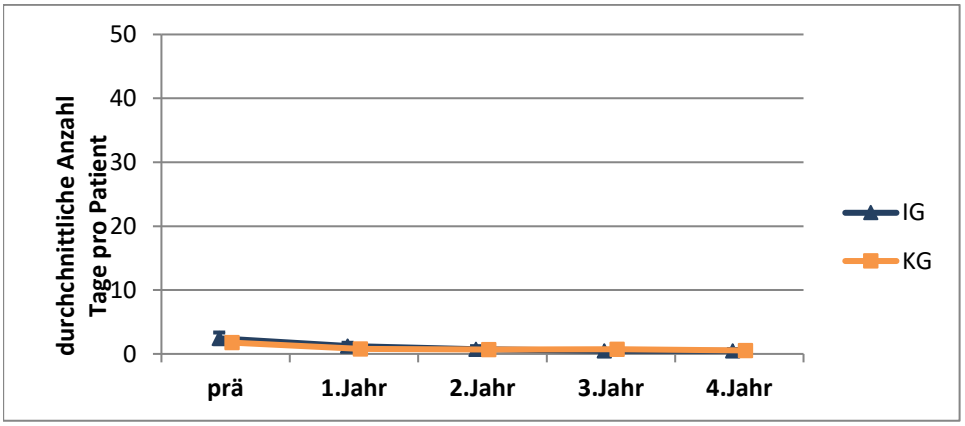
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



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

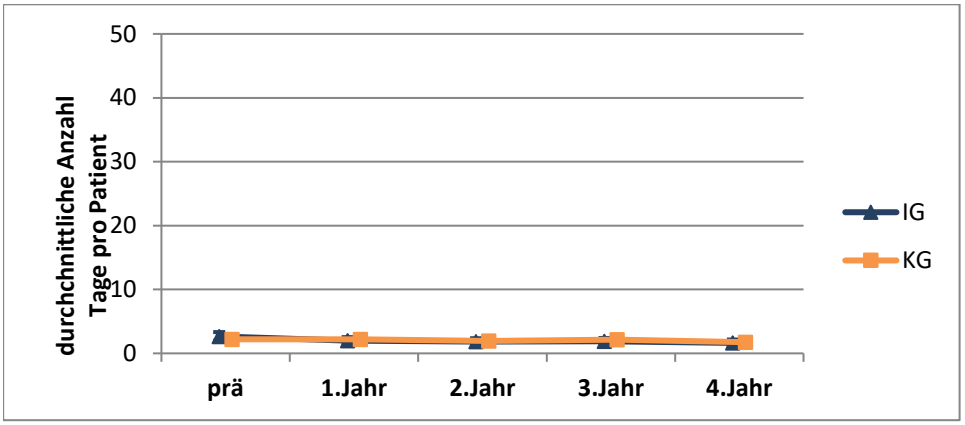


Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,05 0,60…1,83	3,94 0,45…34,50	-3,39 -6,97…0,18	-0,93 -2,86…1,00
DID Jahr 2	1,25 0,70…2,24	4,51 0,47…42,88	-1,76 -5,33…1,81	-0,26 -2,19…1,68
DID Jahr 3	1,83* 1,01…3,33	6,30 0,65…61,42	-1,64 -5,21…1,94	0,45 -1,48…2,38
DID Jahr 4	1,61 0,86…3,00	3,76 0,37…38,40	-1,03 -4,61…2,54	-0,27 -2,20…1,66
DID Jahr 1-4	—	—	-1,96 -4,93…1,02	-0,25 -1,85…1,35

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,90 0,64…1,27	0,76 0,45…1,28	-5,66* -10,31…-1,00	-1,74* -3,41…-0,06
DID Jahr 2	0,85 0,59…1,23	0,78 0,42…1,44	-0,86 -5,52…3,79	-1,53 -3,21…0,14
DID Jahr 3	1,06 0,72…1,55	0,70 0,37…1,34	-1,82 -6,48…2,83	-0,92 -2,59…0,76
DID Jahr 4	1,12 0,76…1,63	0,76 0,40…1,45	-0,94 -5,59…3,71	-1,36 -3,04…0,31
DID Jahr 1-4	—	—	-2,32 -6,02…1,37	-1,39* -2,72…-0,06

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

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

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

Tabelle 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)	**2.459**	**2.459**	**2.459**	**2.459**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	4,4 %	56,3 %	6,2 %	68,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,2 %	22,2 %	0,5 %	28,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	4,6 %	67,8 %	6,4 %	83,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,2 %	2,8 %	1,8 %	2,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,7 %	11,4 %	11,2 %	12,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	0,9	18,6	1,7	26,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,1	10,1	0,1	13,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	1,0	28,7	1,8	39,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,8	0,4	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	1,6	1,7	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).

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

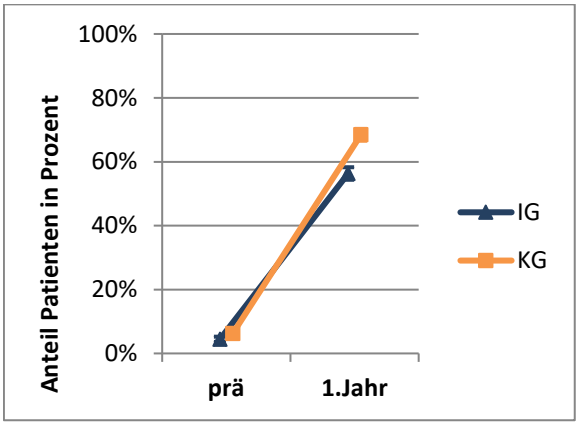
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

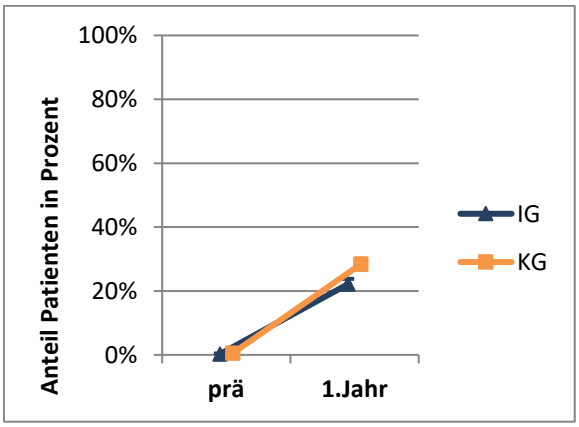
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

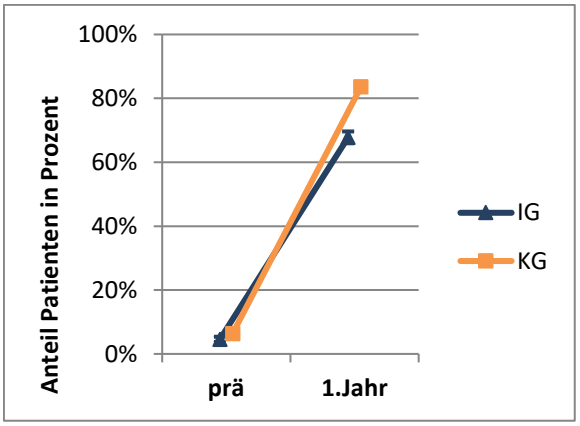
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



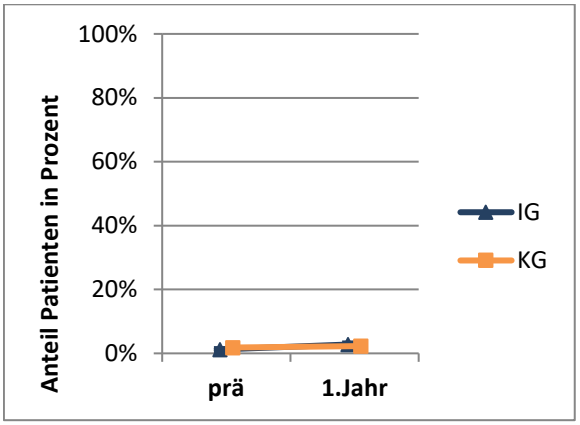
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



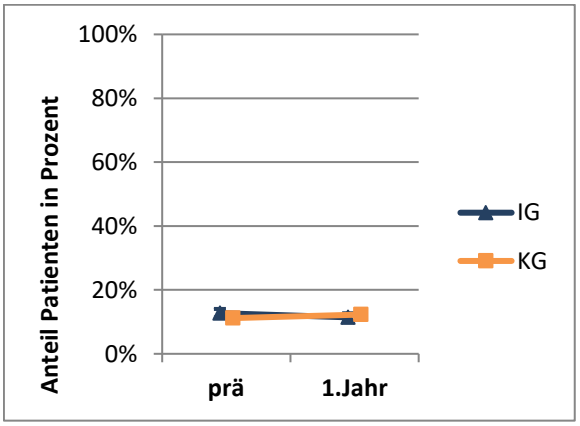
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

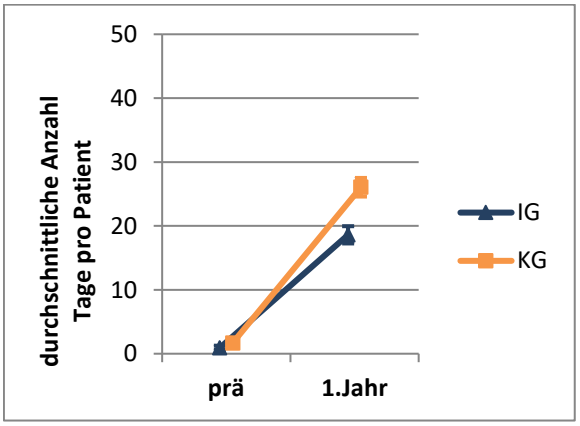


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

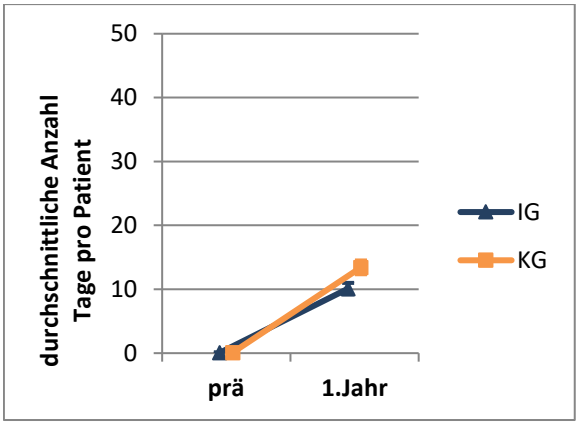


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

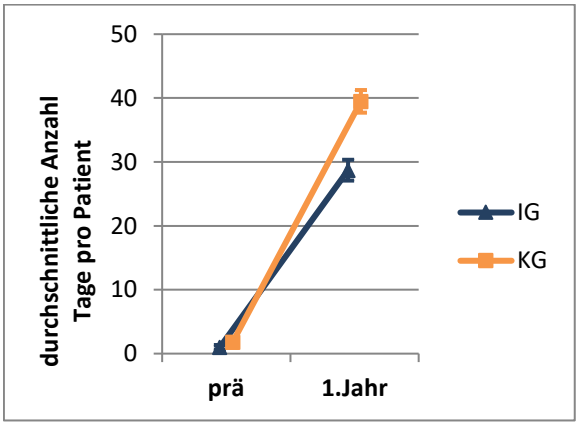
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



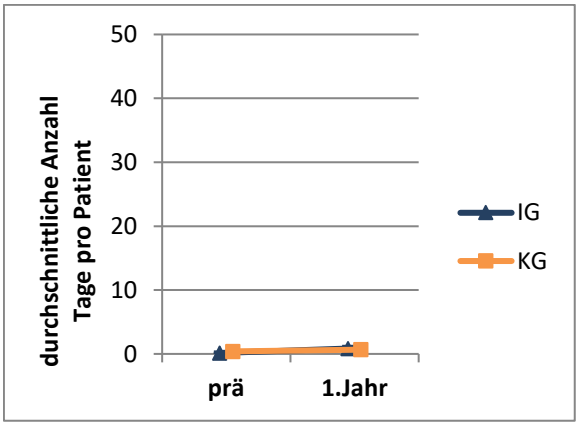
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



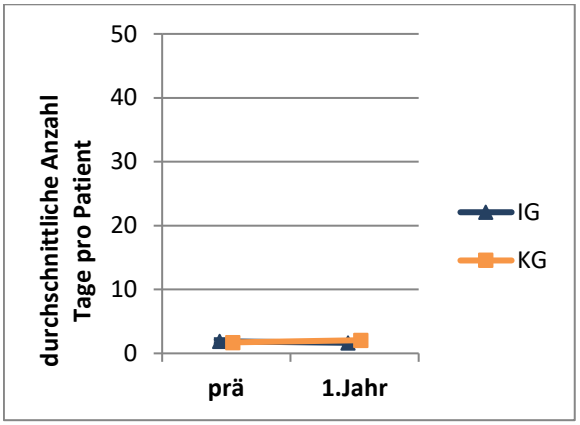
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- **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)	**1.800**	**1.800**	**1.724**	**1.793**	**1.793**	**1.722**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	4,5 %	58,4 %	12,6 %	6,6 %	69,5 %	14,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,2 %	22,3 %	3,6 %	0,6 %	28,2 %	2,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	4,6 %	69,6 %	14,3 %	6,8 %	84,1 %	15,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,3 %	2,8 %	1,7 %	1,8 %	2,5 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,3 %	11,6 %	9,5 %	11,7 %	12,5 %	9,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	1,0	19,7	4,9	1,6	26,5	6,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,1	10,3	1,3	0,1	12,9	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	1,0	30,0	6,2	1,7	39,4	7,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,9	0,6	0,4	0,6	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	1,7	1,3	1,8	2,0	1,3

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

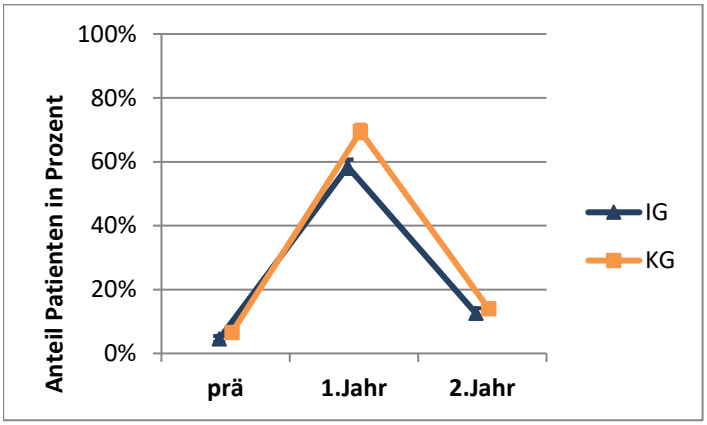
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

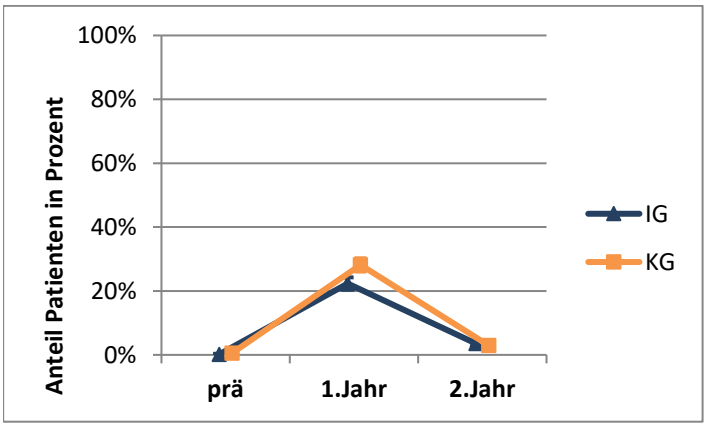
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

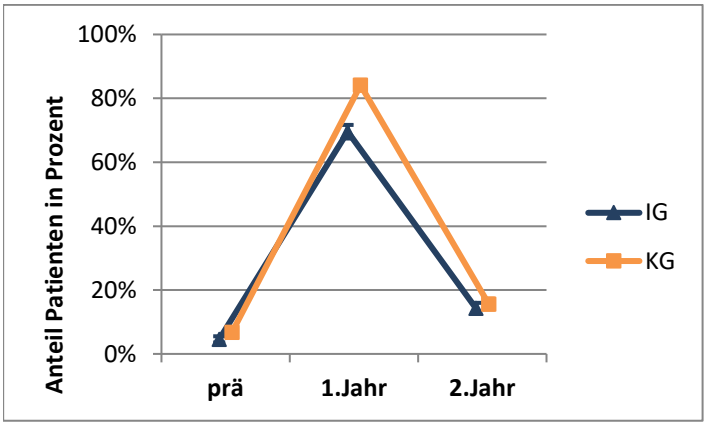
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



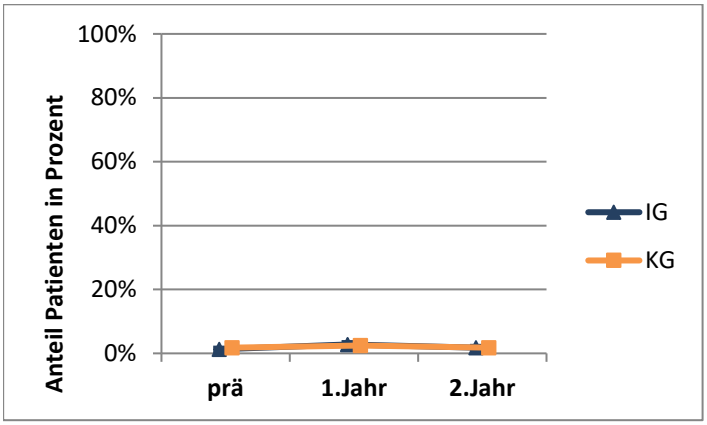
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



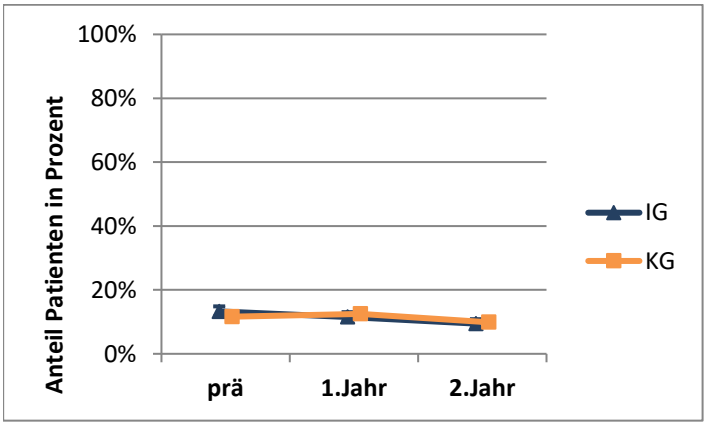
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

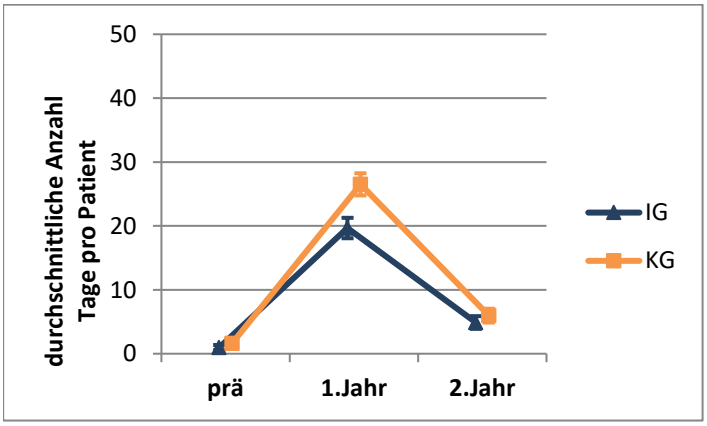


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

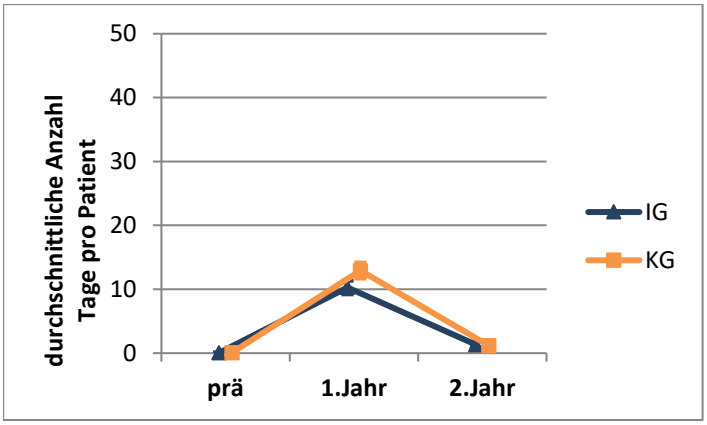


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

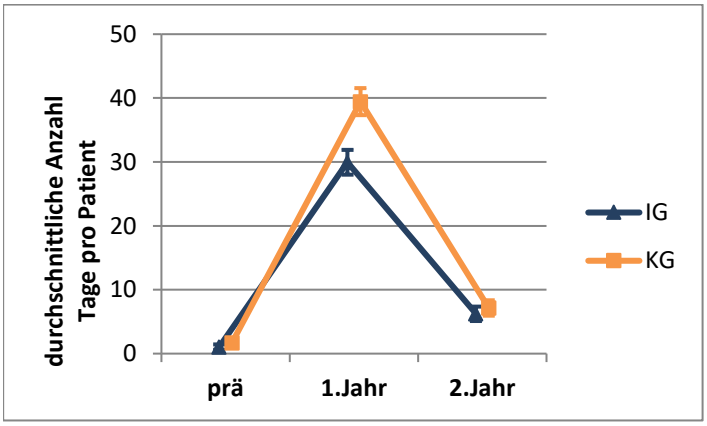
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



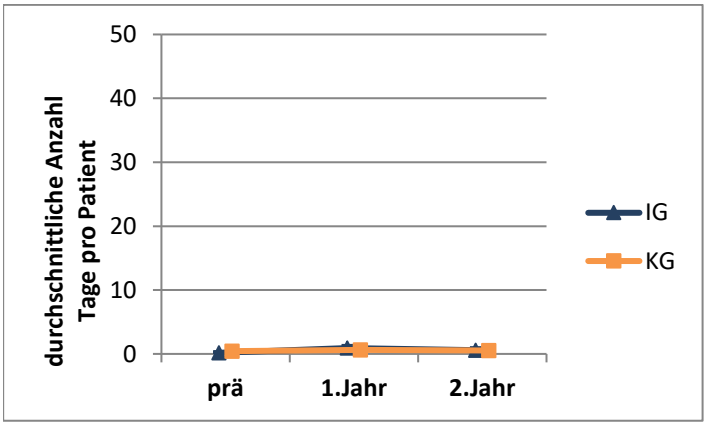
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



- **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	1,26 0,89…1,77	2,39 0,65…8,81	-6,18*** -8,41…-3,96	-2,60*** -3,98…-1,22
DID Jahr 2	1,38 0,96…1,98	4,24* 1,10…16,34	-0,39 -2,61…1,83	0,20 -1,18…1,58

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	**1.176**	**1.176**	**1.126**	**1.100**	**1.168**	**1.168**	**1.120**	**1.091**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	4,8 %	60,2 %	13,1 %	11,7 %	7,4 %	69,9 %	15,7 %	12,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,2 %	21,8 %	3,6 %	3,1 %	0,8 %	27,8 %	2,8 %	2,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	4,8 %	70,9 %	14,7 %	13,0 %	7,7 %	83,7 %	17,0 %	13,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,1 %	2,6 %	2,0 %	1,6 %	1,9 %	2,6 %	2,0 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,4 %	11,3 %	9,1 %	7,8 %	11,4 %	11,7 %	11,2 %	8,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	1,1	20,8	5,1	3,6	2,1	25,5	6,9	5,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,1	10,3	1,4	1,2	0,2	12,5	1,1	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	1,1	31,2	6,5	4,8	2,3	38,0	8,0	6,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,7	0,7	0,5	0,5	0,7	0,6	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,8	1,6	1,0	1,0	1,7	1,9	1,5	1,3

[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)	**858**	**858**	**819**	**791**	**867**	**867**	**833**	**803**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	31,1 %	36,0 %	22,5 %	20,0 %	31,0 %	38,5 %	24,0 %	19,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	6,3 %	8,7 %	3,8 %	3,2 %	7,6 %	13,8 %	6,4 %	5,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	32,9 %	39,5 %	23,3 %	20,5 %	33,7 %	44,8 %	26,5 %	22,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	9,3 %	5,1 %	2,4 %	2,9 %	7,6 %	2,9 %	2,8 %	3,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	16,2 %	15,2 %	14,0 %	14,7 %	17,0 %	15,5 %	15,8 %	14,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	15,6	16,2	12,3	9,6	14,1	20,3	12,0	9,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	3,0	3,1	1,0	0,9	2,6	4,8	2,3	1,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	18,6	19,3	13,3	10,5	16,7	25,1	14,3	11,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	3,0	1,3	0,8	0,5	2,3	0,9	0,8	1,1

• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,7	2,1	1,8	1,9	2,4	2,3	2,1	2,4

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

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

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

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

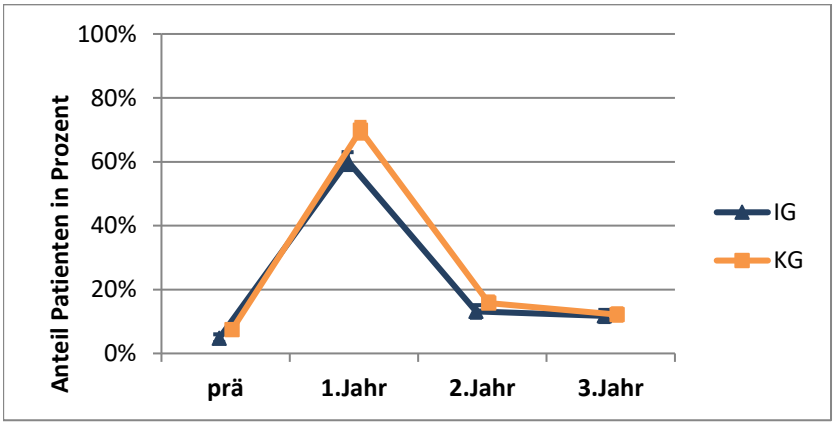
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

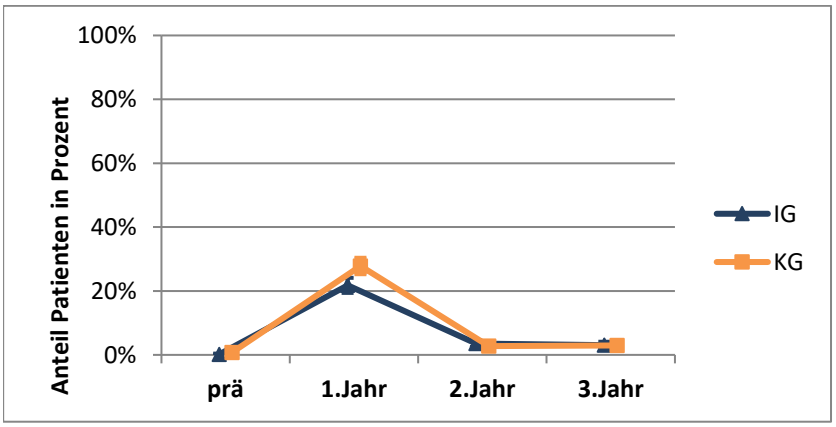
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

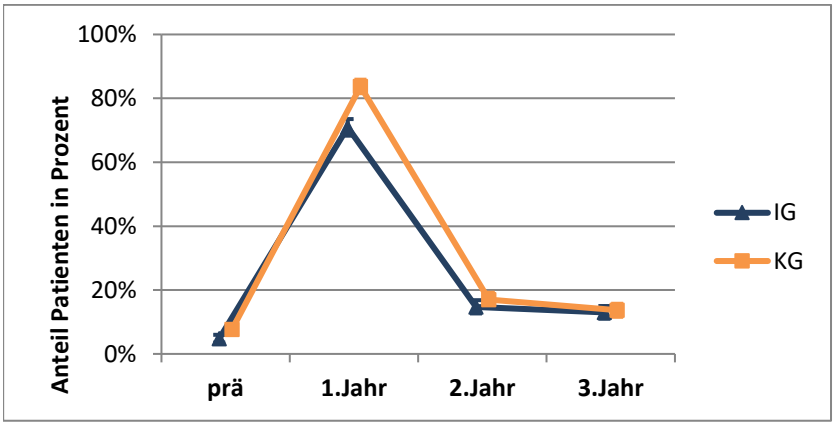
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



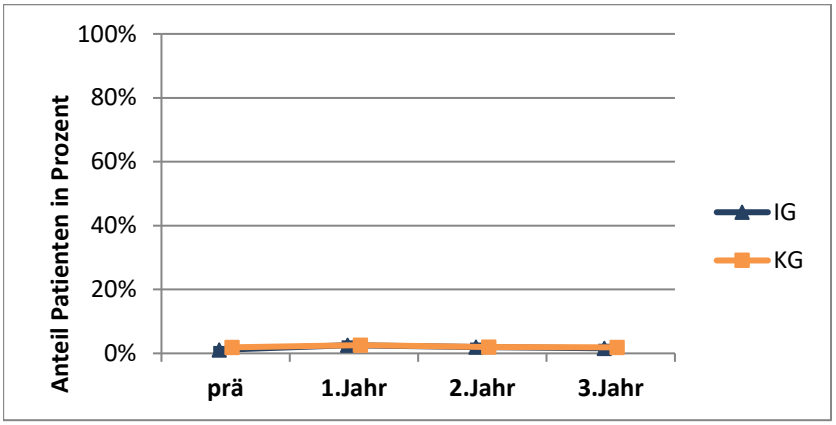
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



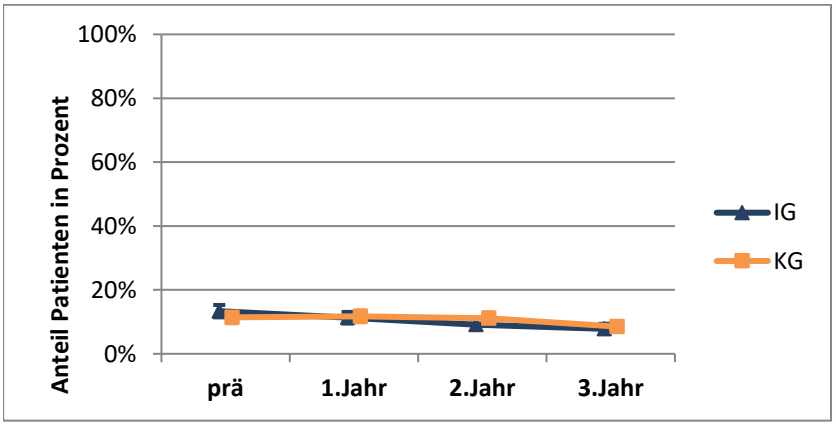
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

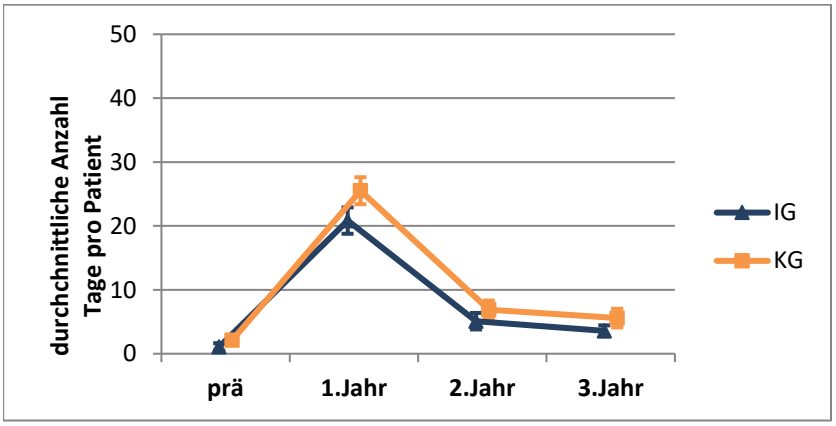


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

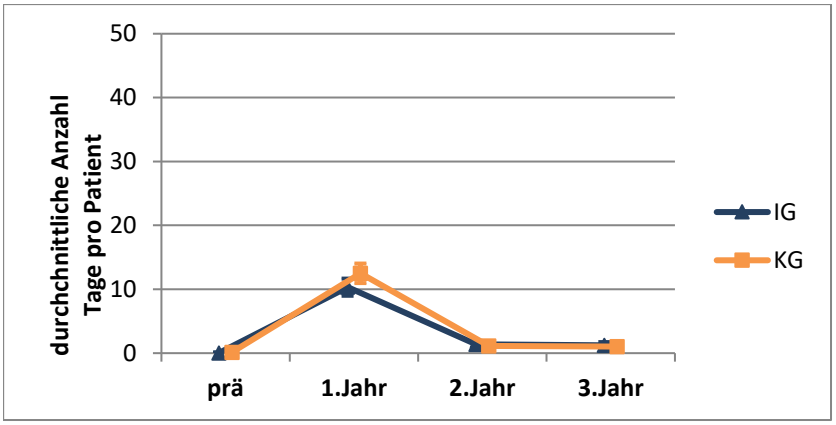


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

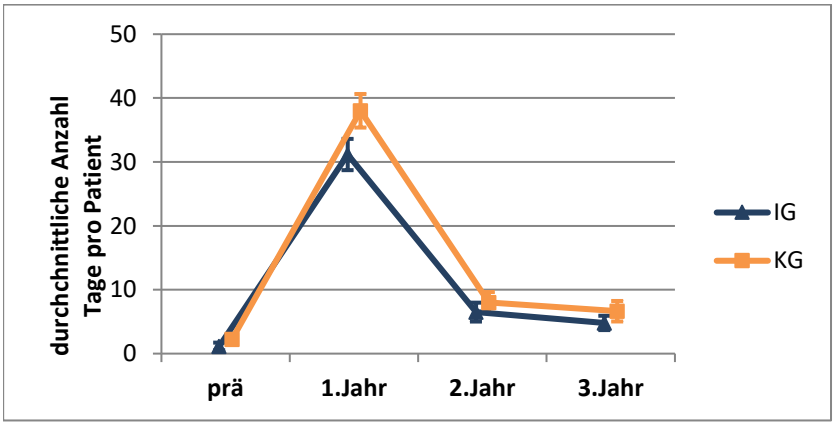
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



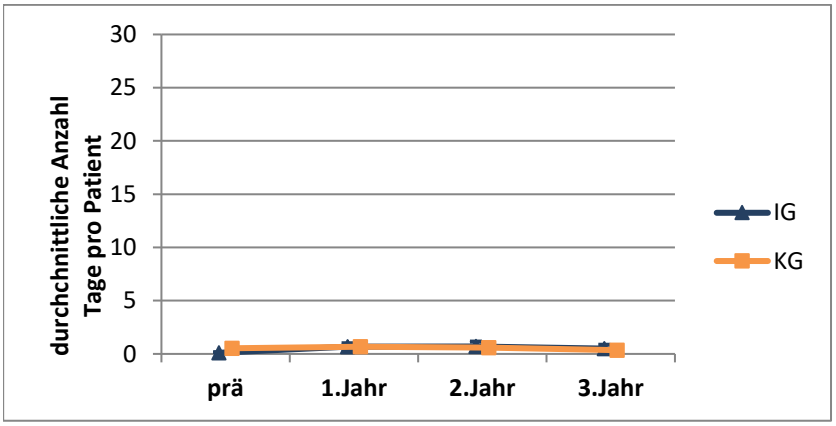
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



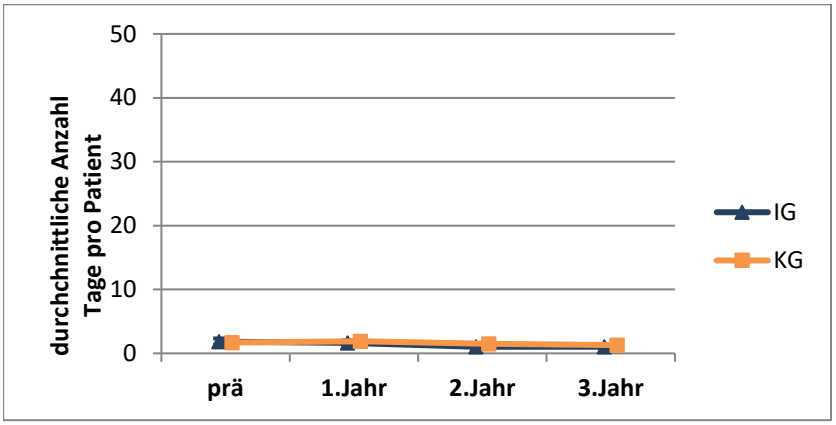
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



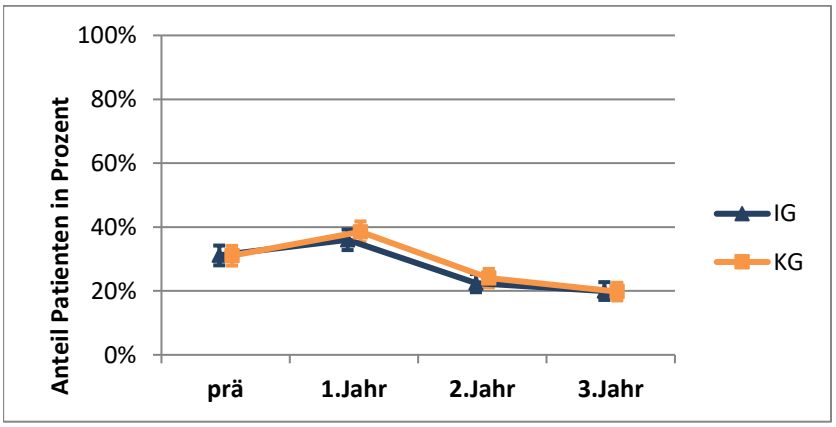
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

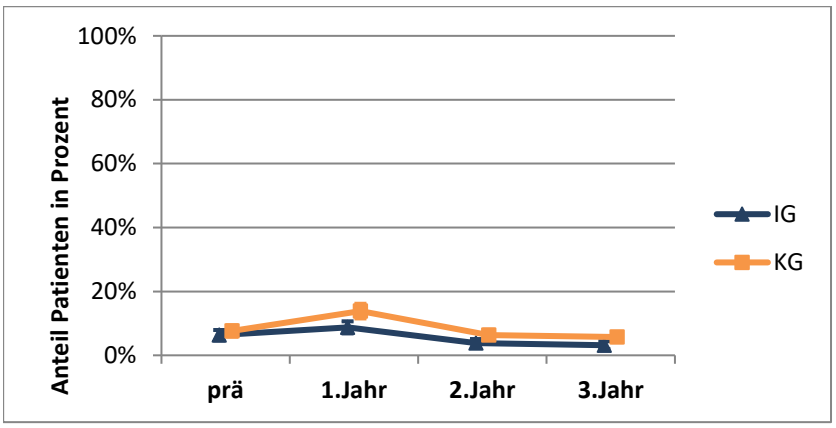
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

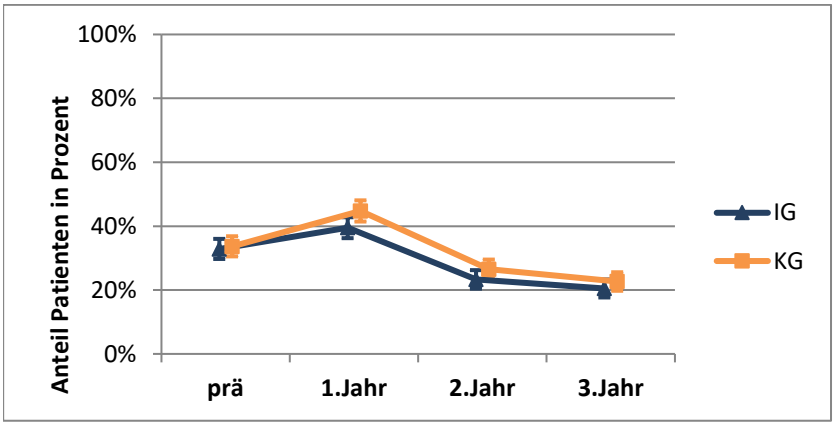
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



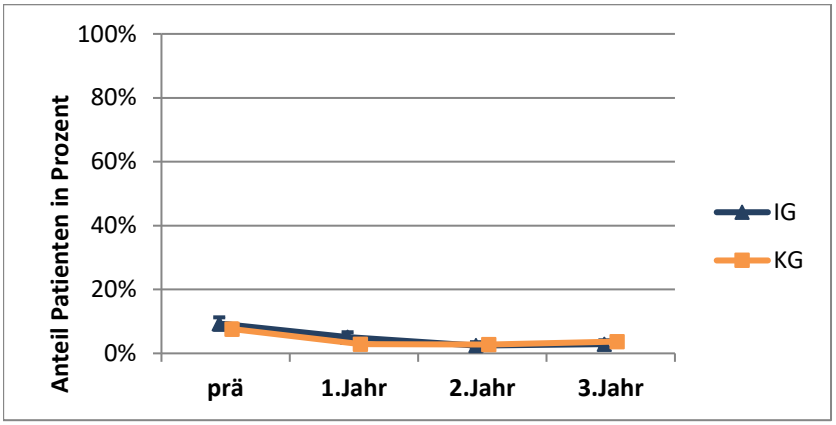
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



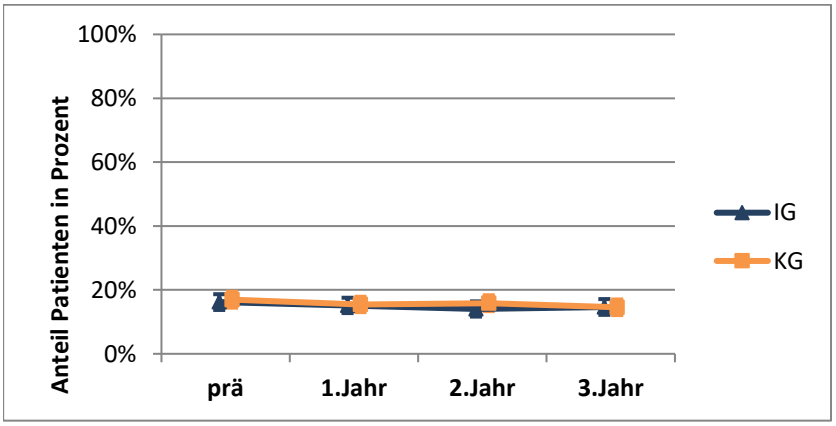
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

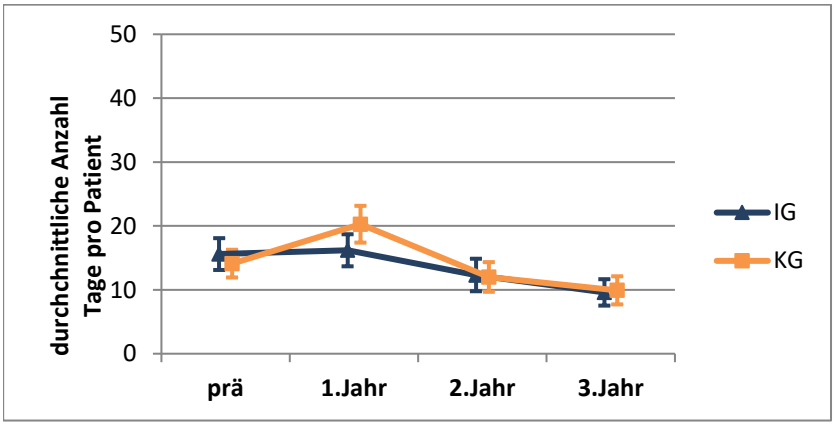


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

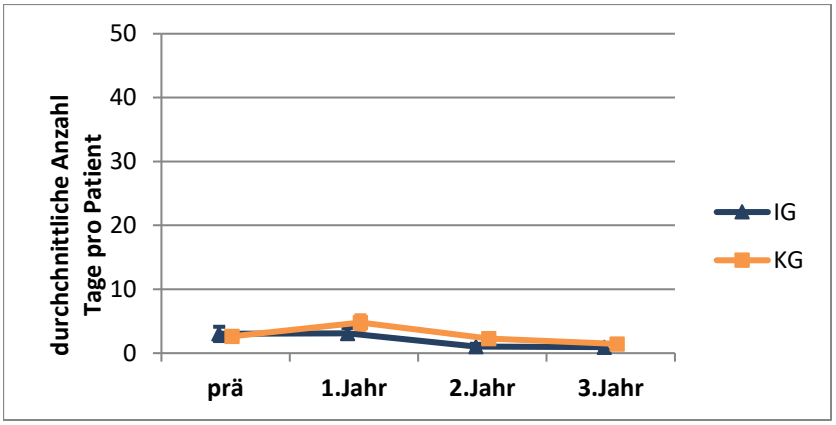


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

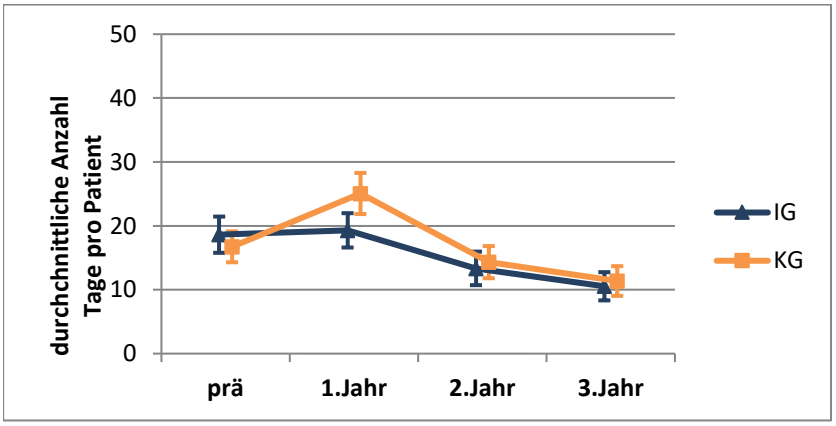
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



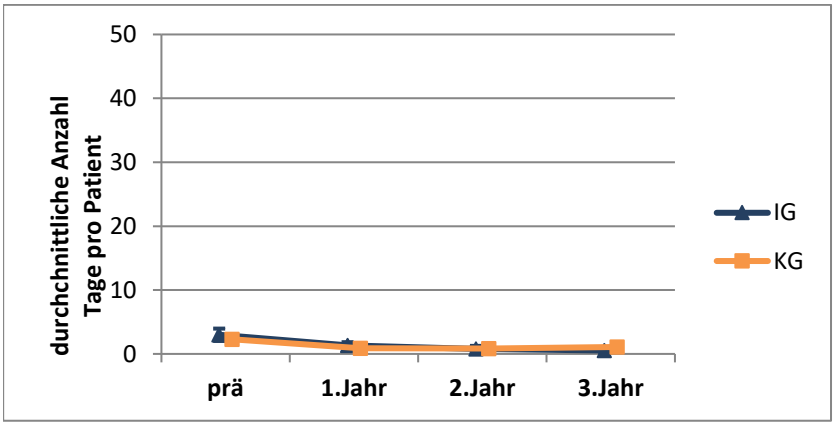
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



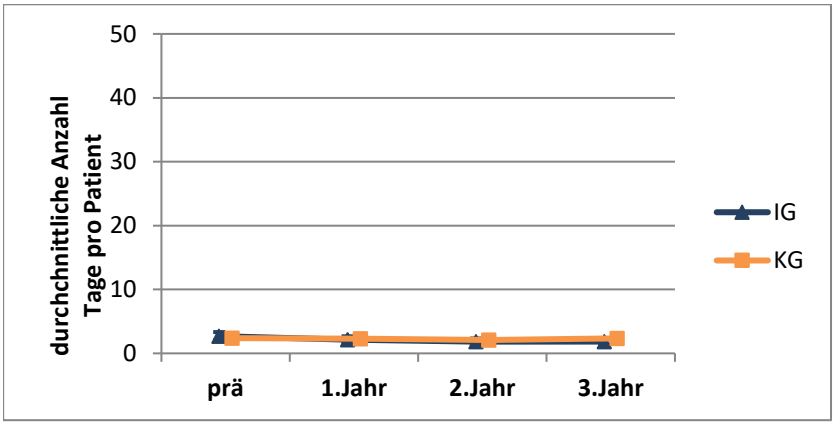
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- **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.

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 erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den klinikneuen Patienten ab dem Jahr nach Referenzfall stets höhere durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,3; 1. Jahr: +3,1; 2. Jahr: +1,7; 3. Jahr: +1,3; 4. Jahr: +0,9 PIA-Kontakte). Dabei war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum ersten, zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall jeweils statistisch signifikant (DiD: 1. Jahr = +3,4; 2. Jahr = +1,9; 3. Jahr = +1,5 PIA-Kontakte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war die durchschnittliche Anzahl an PIA-Kontakten ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG stets größer als in der KG. Zusätzlich zeigte sich bei den klinikbekannten Patienten im Jahr vor Referenzfall in der IG eine deutlich geringere Anzahl in der IG im Vergleich zur KG (prä: -2,5; 1. Jahr: +2,0; 2. Jahr: +1,4; 3. Jahr: +0,8; 4. Jahr: +0,5 PIA-Kontakte), so dass der Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall zu den Jahren danach für alle vier Nachbeobachtungsjahre eine signifikant höhere Zunahme in der IG im Vergleich zur KG ergab (DiD: 1. Jahr = +4,5; 2. Jahr = +3,8; 3. Jahr = +3,3; 4. Jahr: +2,8 PIA-Kontakte).

Die Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten war hingegen in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall stets etwas geringer als in der KG (prä: +0,3; 1. Jahr: -1,2; 2. Jahr: -1,2; 3. Jahr: -1,0; 4. Jahr: -0,7 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich eine ab dem Jahr nach Referenzfall geringere Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,3; 1. Jahr: -0,4; 2. Jahr: -1,2; 3. Jahr: -1,7; 4. Jahr: -1,3 Kontakte). Der Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem zweiten, dritten und vierten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD: 2. Jahr = -1,5; 3. Jahr = -1,9; 4. Jahr = -1,5 Kontakte).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut ein stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +5,1 Kontakte; KG: +1,9 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg hingegen, analog zu U1, vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG an (IG: +1,0 Kontakte; KG: +3,1 Kontakte).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut, analog zu U1 und U2, ein stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für das erste und zweite Jahr nach Referenzfall (stets im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall) statistisch signifikant (DiD: 1. Jahr = +3,1; 2. Jahr = +1,7 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** war in der IG stets geringer als in der KG (prä: -0,1; 1. Jahr: -1,8; 2. Jahr: -1,9 ambulante Kontakte), besonders in den Jahren nach Referenzfall. Der geringere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zu dem ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG war jeweils statistisch signifikant (DiD: 1. Jahr = -1,7; 2. Jahr = -1,7 Kontakte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wieder. Die **PIA**-Kontakte klinikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG erneut stärker als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG größer als in der KG. Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich die oben beschriebenen Verläufe mit einer geringeren Inanspruchnahme von PIA-Kontakten in der IG im Jahr vor Referenzfall (-2,3 PIA-Kontakte) und mit einer stärkeren Inanspruchnahme ab dem ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur KG (1. Jahr: +2,0; 2. Jahr: +1,2; 3. Jahr: +0,8 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer und klinikbekannter Patienten war, analog zu U1, in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der KG.

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)	**571**	**571**	**545**	**530**	**517**	**561**	**561**	**539**	**524**	**505**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**571**	**571**	**545**	**530**	**517**	**561**	**561**	**539**	**524**	**505**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**552**	**554**	**523**	**496**	**484**	**534**	**544**	**523**	**498**	**488**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	5,5	3,3	2,9	2,5	0,3	2,3	1,6	1,5	1,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,0	4,9	4,6	4,3	3,4	3,7	6,1	5,9	5,3	4,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	9,1	9,7	9,2	8,5	8,5	8,7	9,7	10,1	9,5	8,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,9	0,4	0,5	0,6	0,4	0,5	0,2	0,6	0,7	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										

• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3	0,1	0,1	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	7,9	10,3	5,2	0,0	0,0	4,8	4,7	4,4	3,4	3,5

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

[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**					**KG**				
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle Patienten (n)	**778**	**778**	**743**	**719**	**693**	**780**	**780**	**753**	**727**	**712**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**778**	**778**	**743**	**719**	**693**	**780**	**780**	**753**	**727**	**712**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**711**	**731**	**686**	**664**	**636**	**725**	**743**	**708**	**687**	**680**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	3,9	9,8	8,1	7,1	7,3	6,5	7,8	6,6	6,2	6,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,8	2,7	2,5	2,3	2,5	2,6	3,0	3,7	4,0	3,9
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	10,6	11,0	11,8	12,0	11,6	9,0	9,1	8,7	8,4	8,5

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,4	0,6	0,5	0,5	0,6	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	12,3	18,3	12,0	0,0	0,0	6,7	6,4	6,1	4,4	3,8

[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

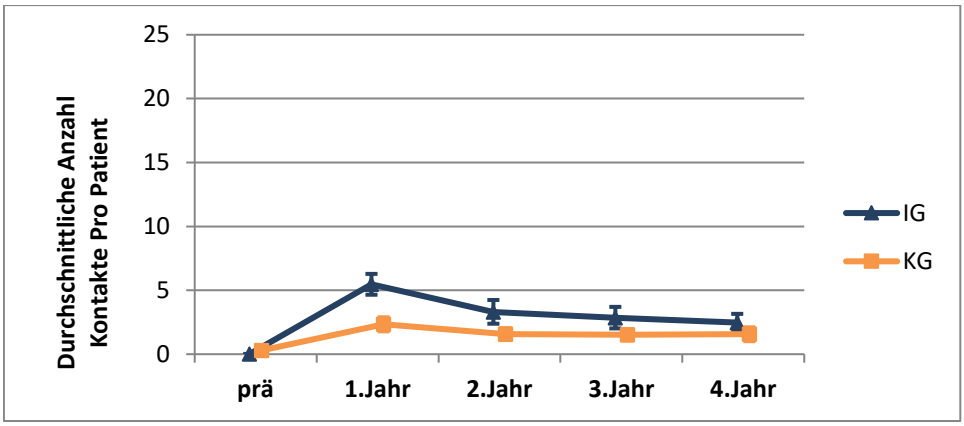
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

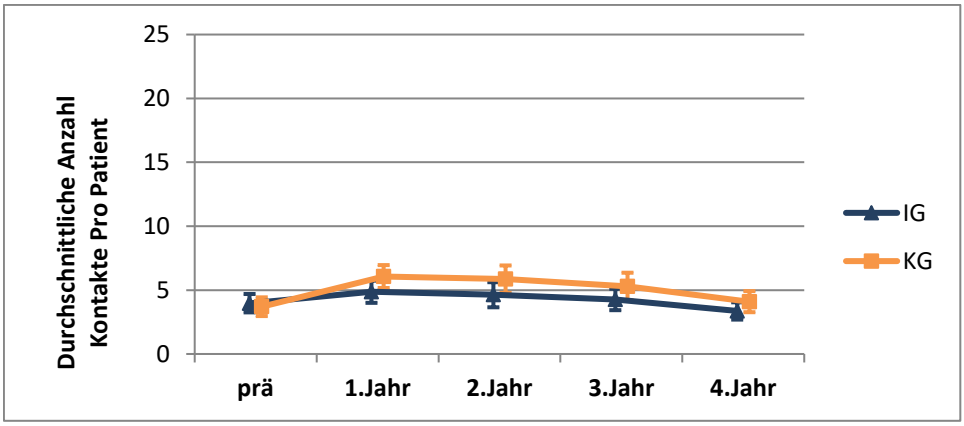
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

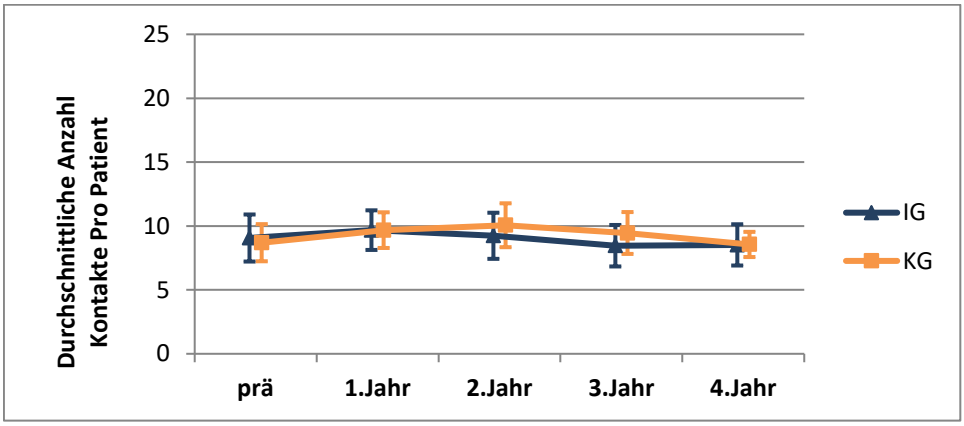
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

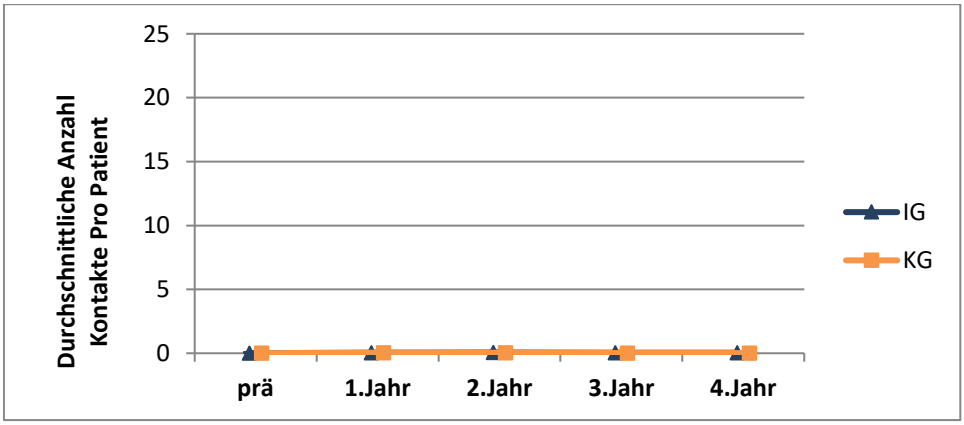


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

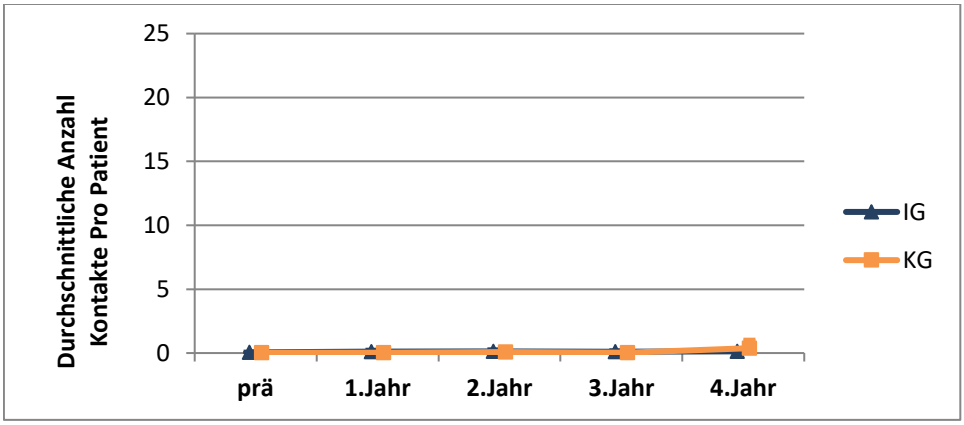


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

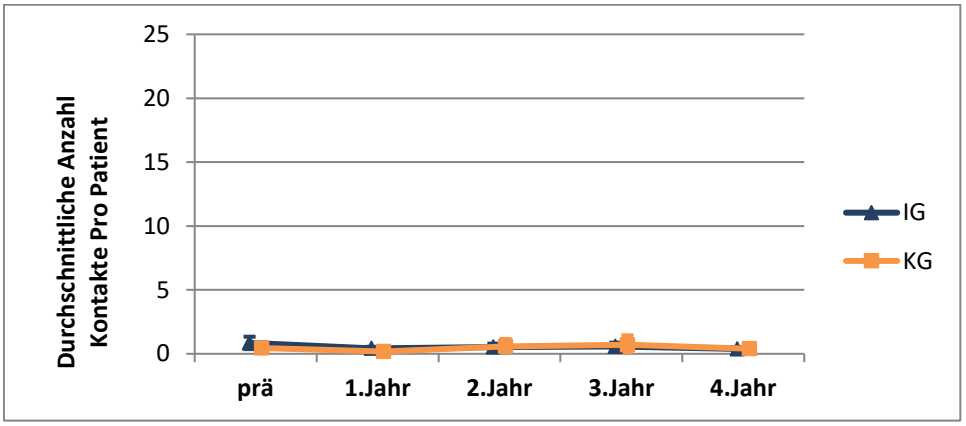
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

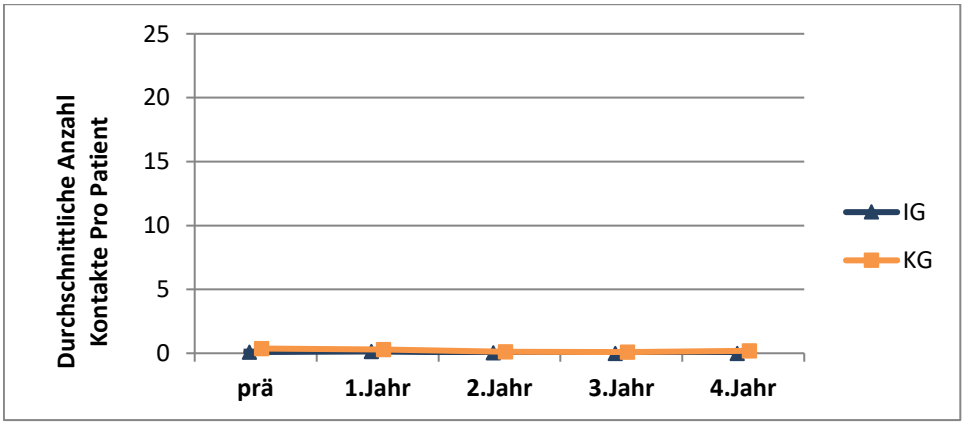


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

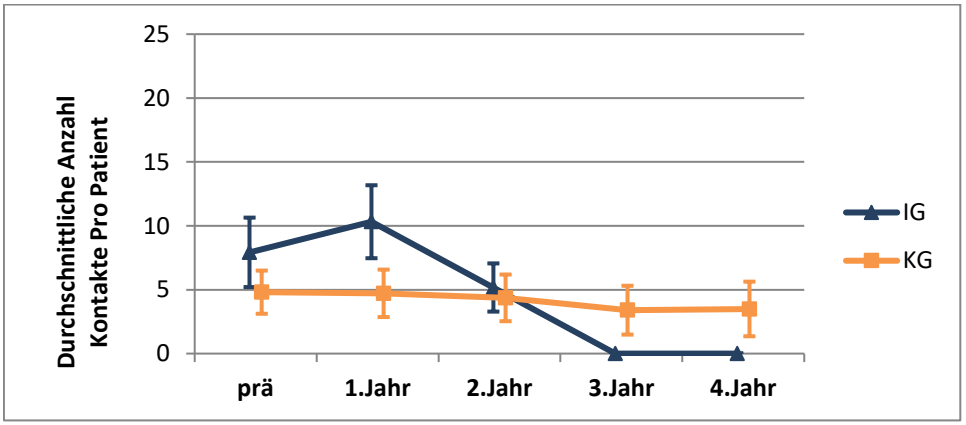


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



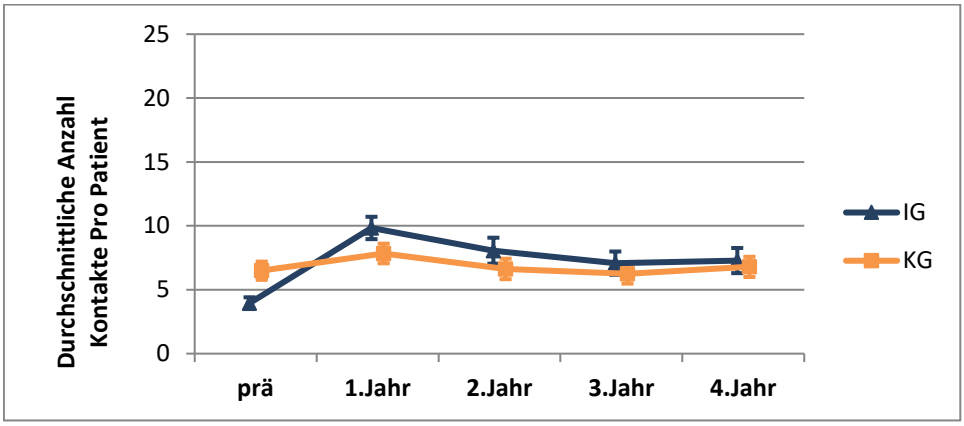
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

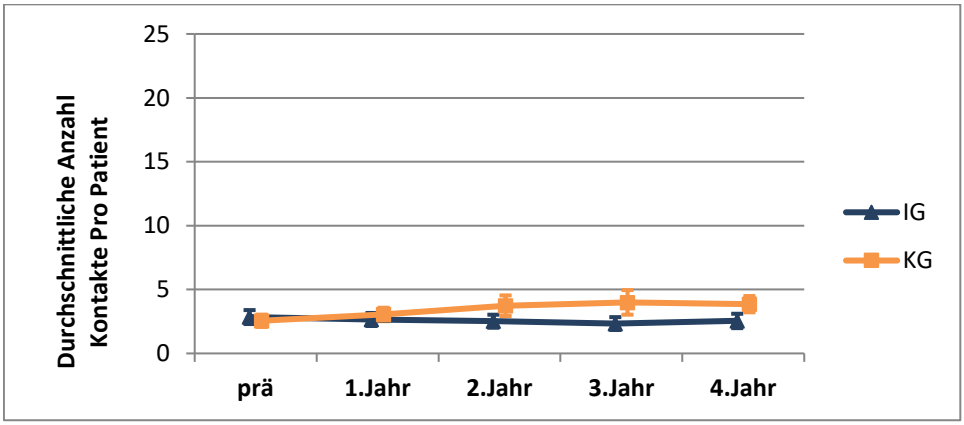
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

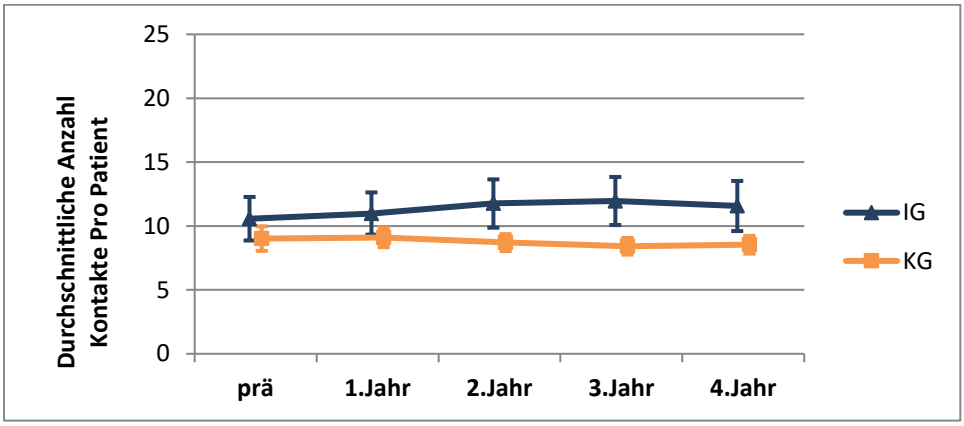
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

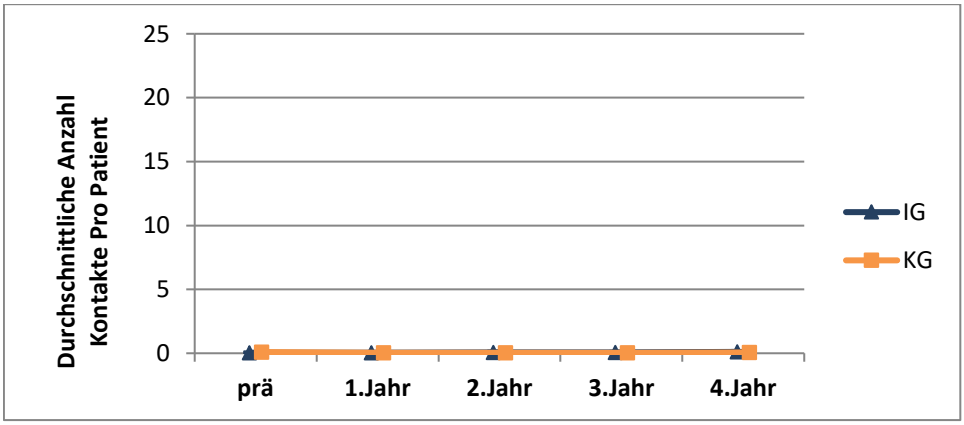


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

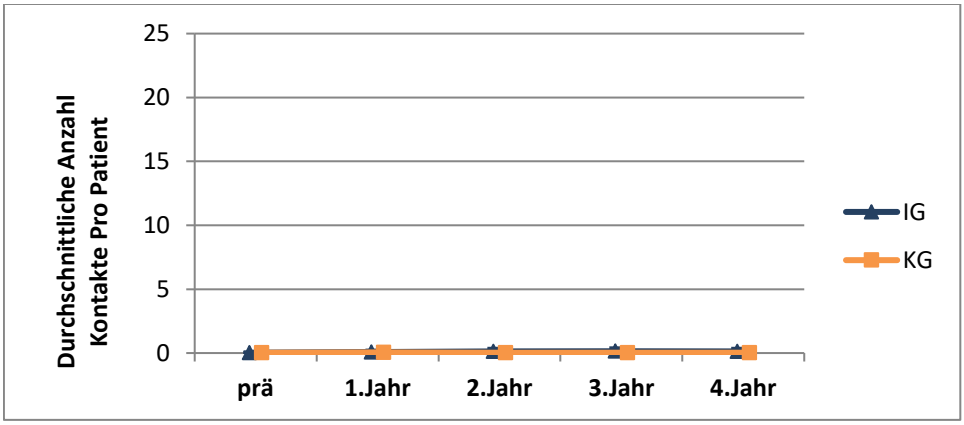


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

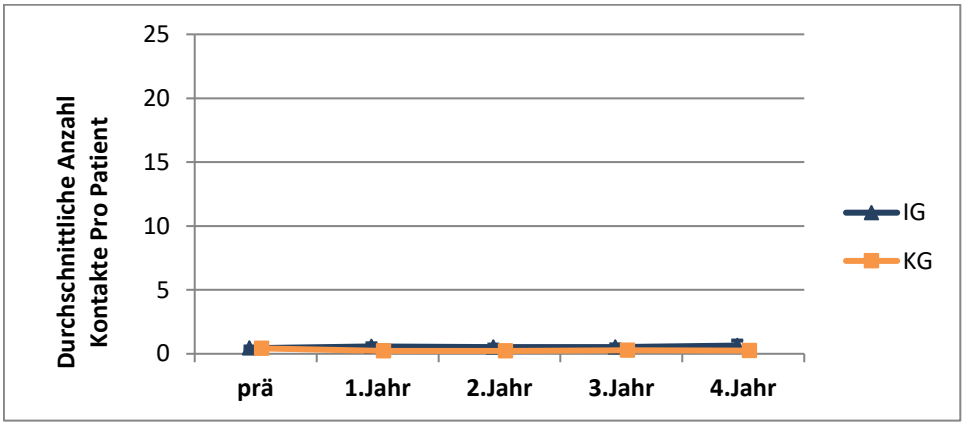
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

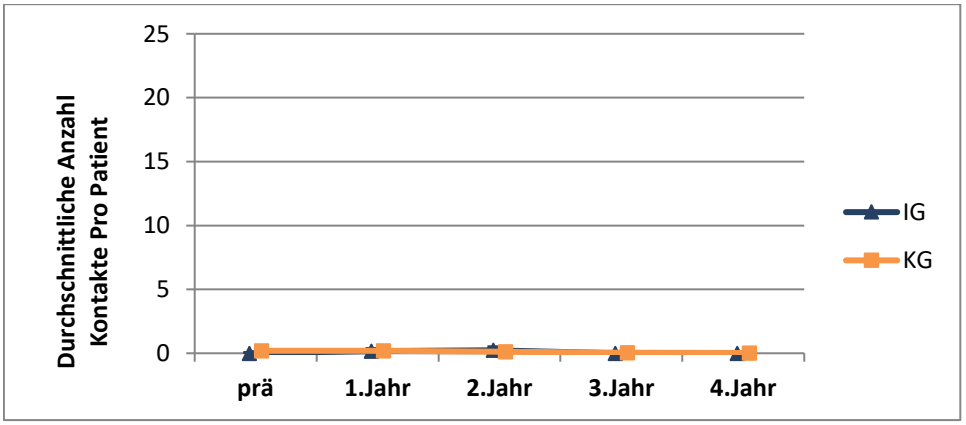


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

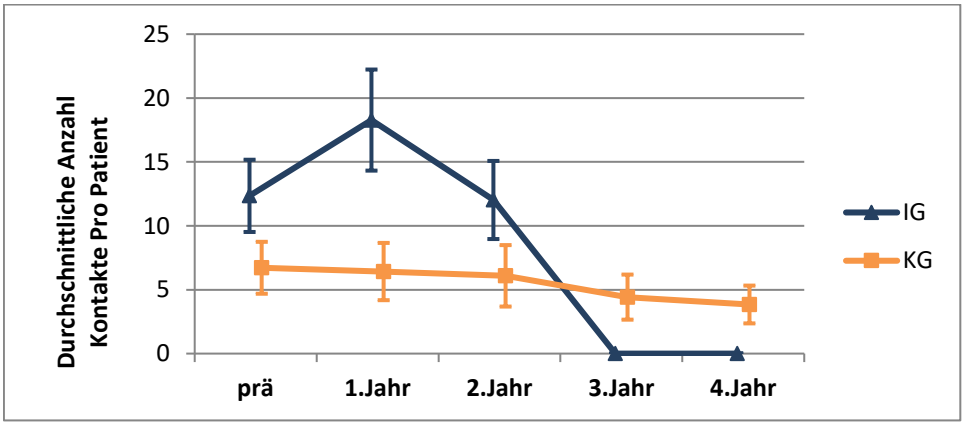


Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	3,42*** 2,25…4,59	-1,47 -3,10…0,17	-0,37 -3,35…2,61
DID Jahr 2	1,94** 0,78…3,11	-1,48 -3,11…0,16	-1,22 -4,20…1,76
DID Jahr 3	1,52* 0,35…2,69	-1,25 -2,88…0,38	-1,35 -4,33…1,63
DID Jahr 4	1,12 -0,04…2,29	-0,91 -2,54…0,72	-0,36 -3,33…2,62

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	4,54*** 3,02…6,06	-0,68 -1,85…0,48	0,33 -2,28…2,93
DID Jahr 2	3,84*** 2,31…5,36	-1,49* -2,65…-0,32	1,27 -1,33…3,88
DID Jahr 3	3,26*** 1,74…4,79	-1,85** -3,02…-0,69	1,65 -0,95…4,26
DID Jahr 4	2,83*** 1,31…4,35	-1,54** -2,71…-0,38	0,96 -1,65…3,56

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)	**2.459**	**2.459**	**2.459**	**2.459**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**2.459**	**2.459**	**2.459**	**2.459**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**2.337**	**2.345**	**2.347**	**2.377**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	5,1	0,2	2,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	3,5	4,5	3,6	6,7
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	8,0	8,4	8,1	8,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	1,0	0,7	0,6	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,2	0,1	0,1	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	4,8	3,4	3,6	3,1

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

[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

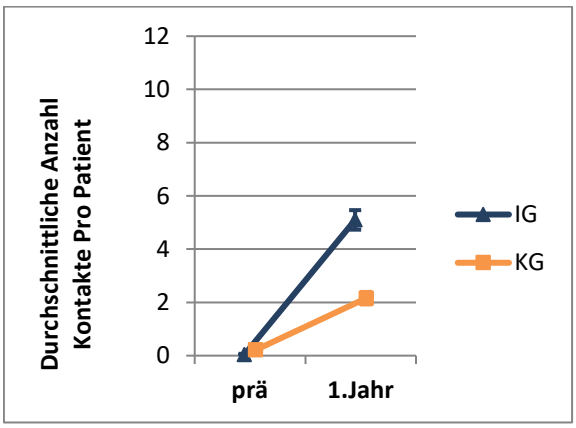
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

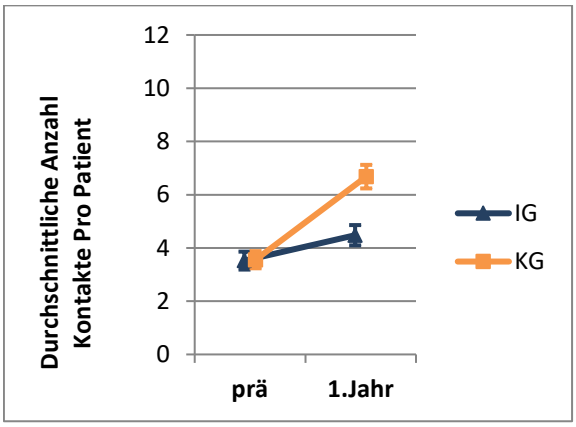
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

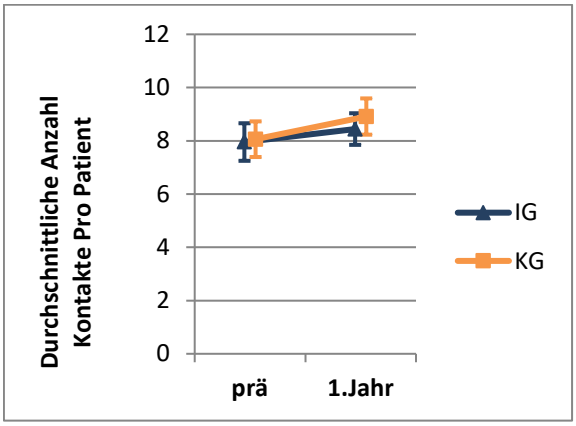
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

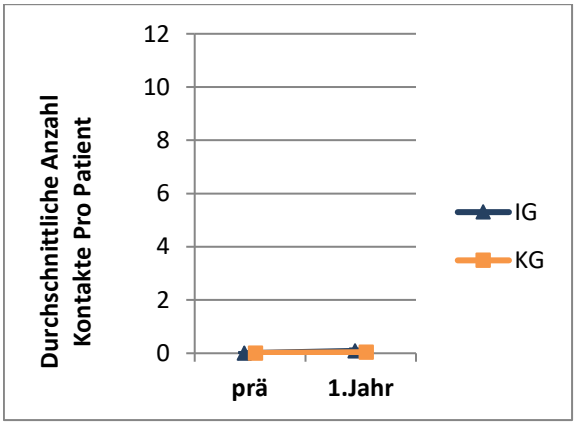


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

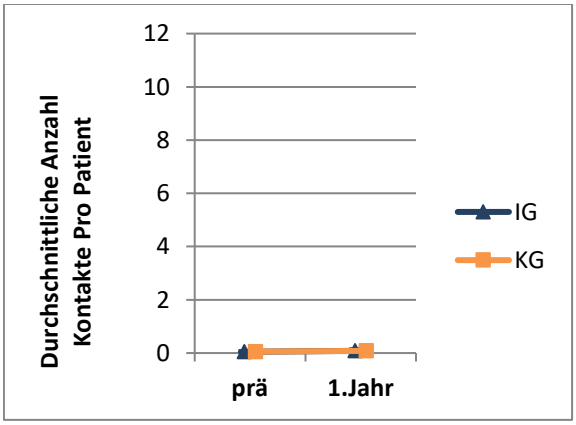


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

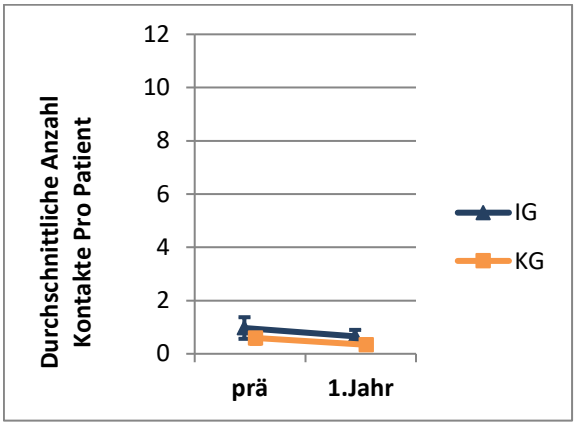
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

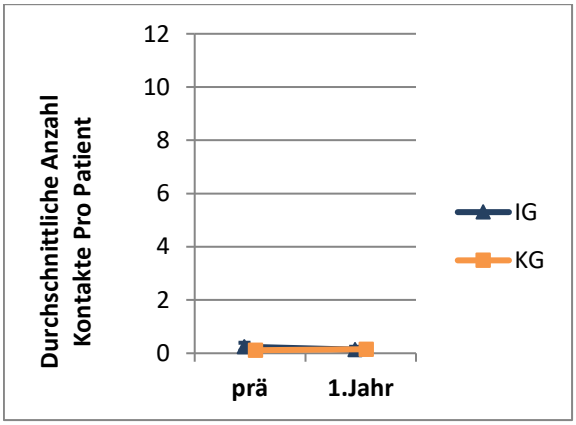


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

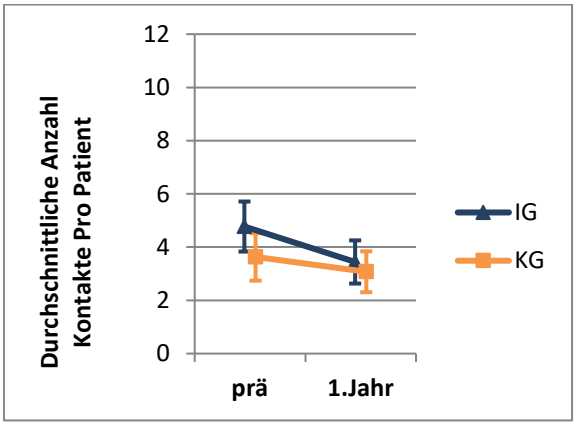


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	**1.800**	**1.800**	**1.724**	**1.793**	**1.793**	**1.722**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**1.800**	**1.800**	**1.724**	**1.793**	**1.793**	**1.722**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**1.720**	**1.720**	**1.634**	**1.709**	**1.726**	**1.652**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	5,1	3,2	0,2	2,2	1,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	3,5	4,5	4,3	3,6	6,4	6,2
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	8,1	8,7	8,2	8,4	9,2	8,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,1	0,0	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	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,9	0,5	0,6	0,5	0,3	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1

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

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

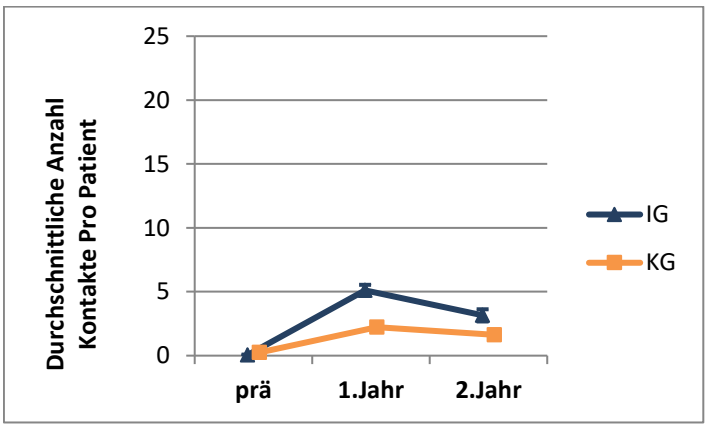
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

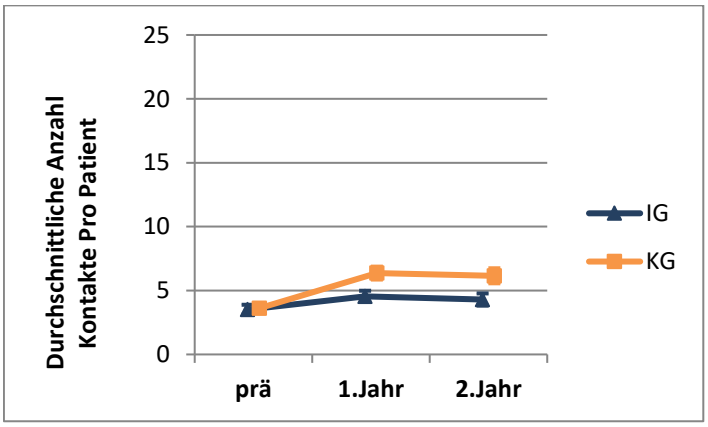
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

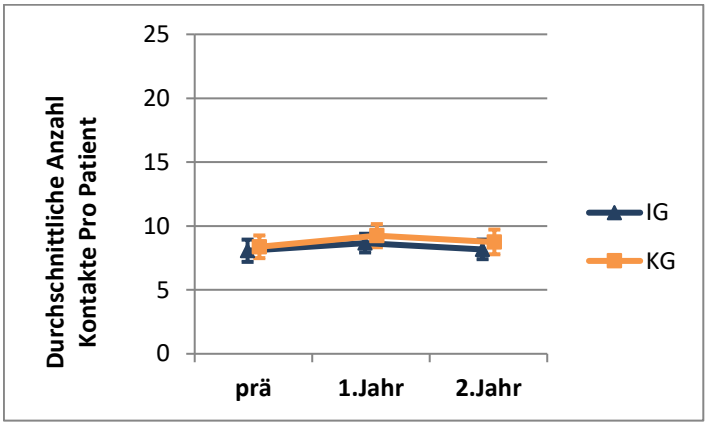
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

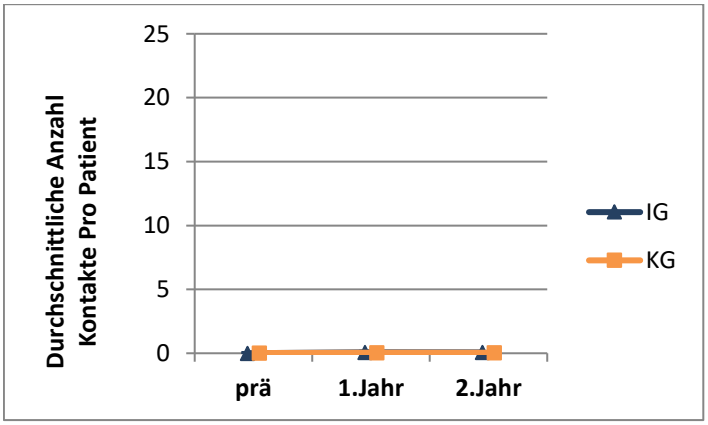


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

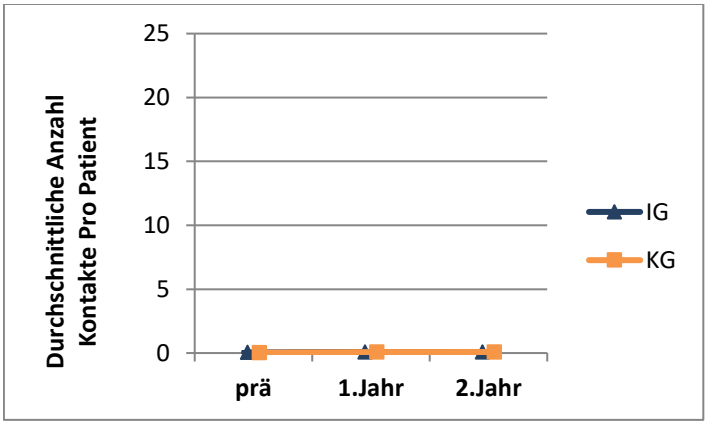


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

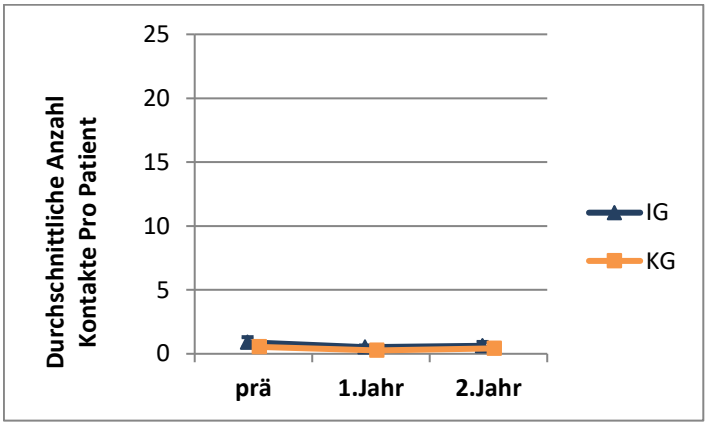
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

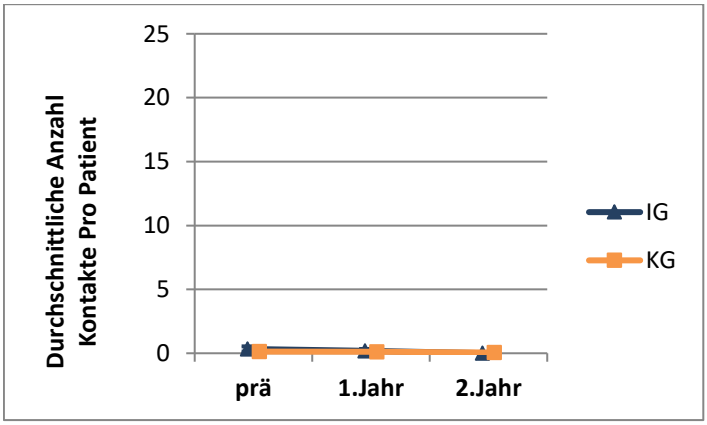


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

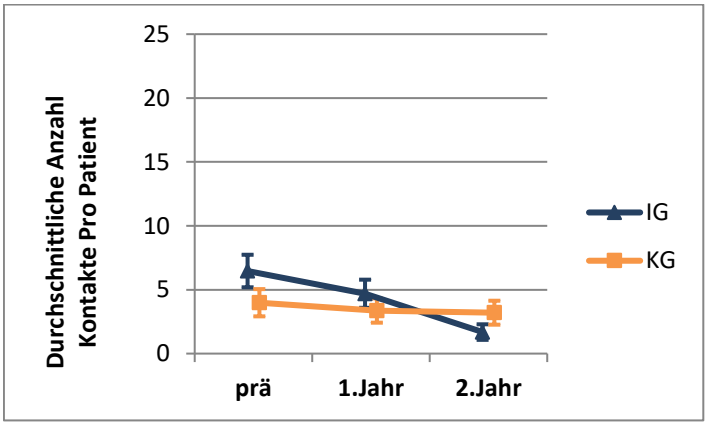


Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	3,08*** 2,47…3,69	-1,71*** -2,58…-0,83	-0,27 -1,91…1,37
DID Jahr 2	1,66*** 1,05…2,27	-1,67*** -2,54…-0,79	-0,27 -1,90…1,37

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	**1.176**	**1.176**	**1.126**	**1.100**	**1.168**	**1.168**	**1.120**	**1.091**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**1.176**	**1.176**	**1.126**	**1.100**	**1.168**	**1.168**	**1.120**	**1.091**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**1.121**	**1.126**	**1.070**	**1.024**	**1.116**	**1.125**	**1.086**	**1.041**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	5,2	3,2	2,4	0,3	2,2	1,7	1,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	3,6	4,8	4,6	4,1	3,6	6,1	6,0	5,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	8,2	8,5	8,2	8,1	8,2	9,1	8,8	8,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	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	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,7	0,5	0,5	0,5	0,6	0,2	0,5	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								

• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,4	0,3	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	8,2	7,0	2,5	0,0	4,4	3,7	3,4	2,7

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

[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**858**	**858**	**819**	**791**	**867**	**867**	**833**	**803**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**858**	**858**	**819**	**791**	**867**	**867**	**833**	**803**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**789**	**809**	**759**	**732**	**807**	**828**	**786**	**757**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	3,6	9,5	7,6	6,7	5,9	7,5	6,3	5,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,8	2,8	2,7	2,5	2,7	3,2	3,8	4,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	10,9	11,3	11,6	12,1	9,4	9,5	9,2	9,0

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,4	0,6	0,5	0,5	0,5	0,3	0,6	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	13,1	17,7	10,9	0,0	7,5	6,6	6,3	4,4

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

[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

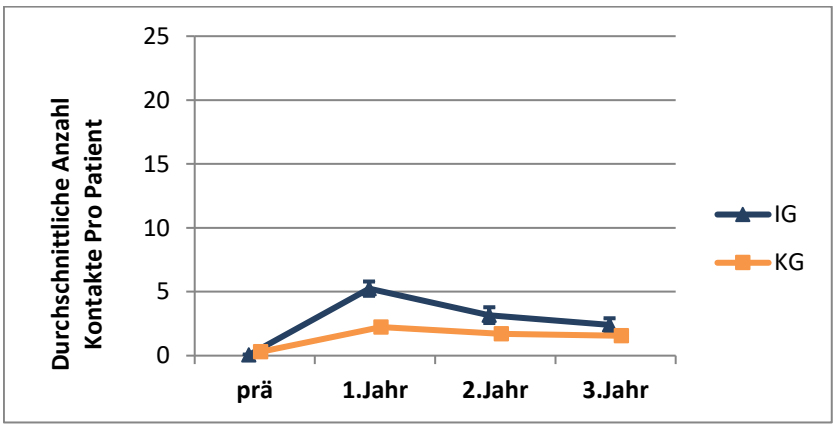
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

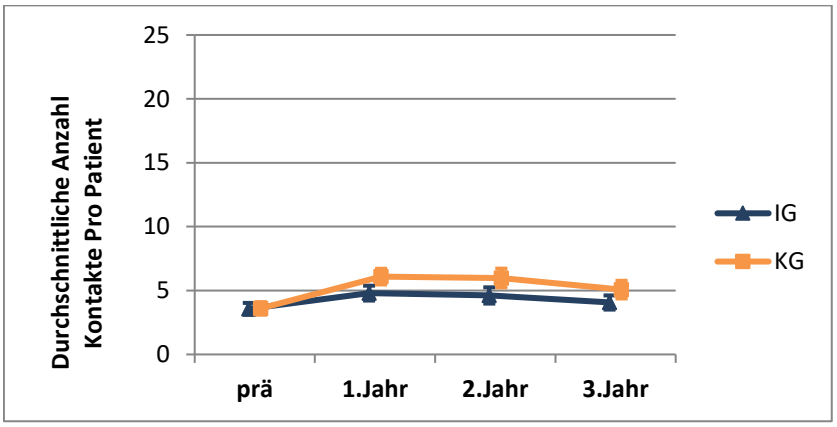
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

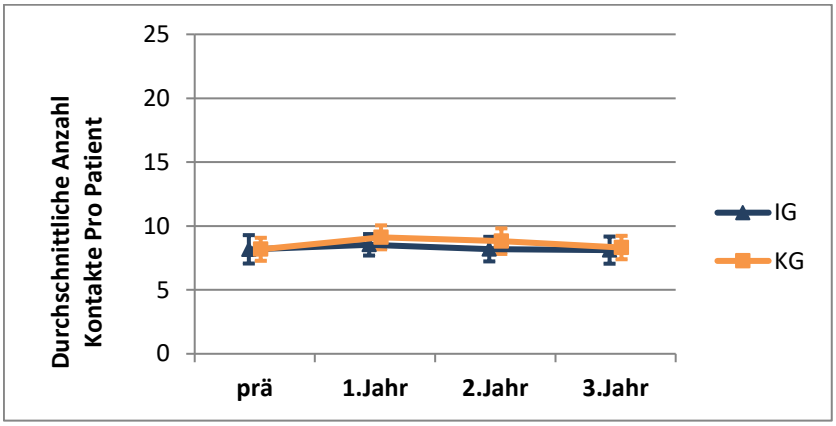
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

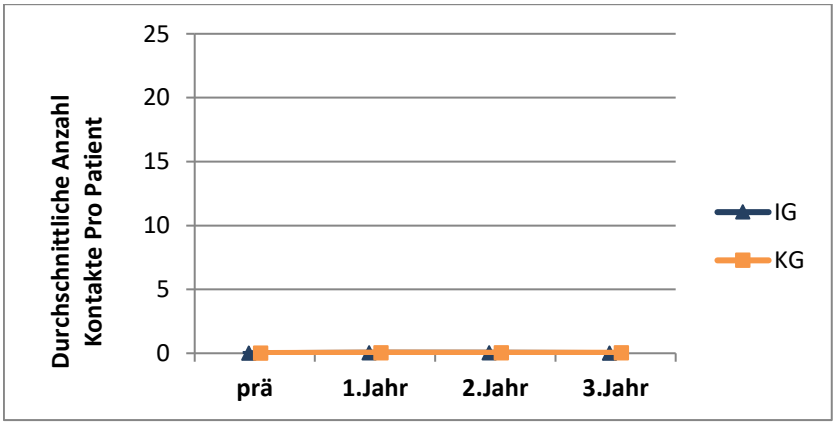


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

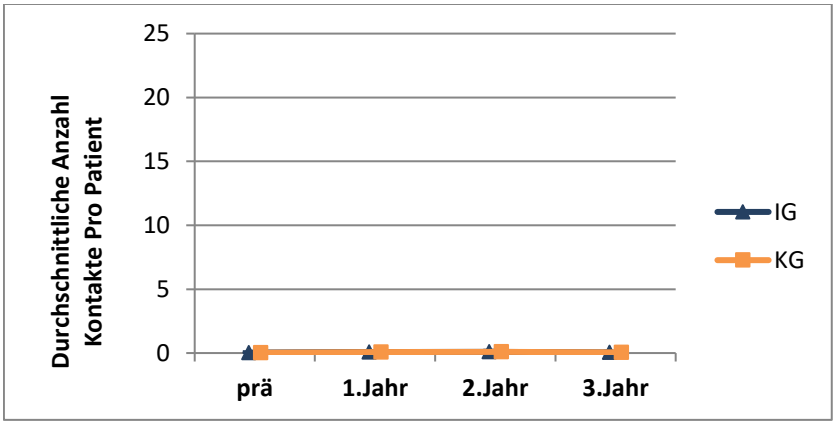


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

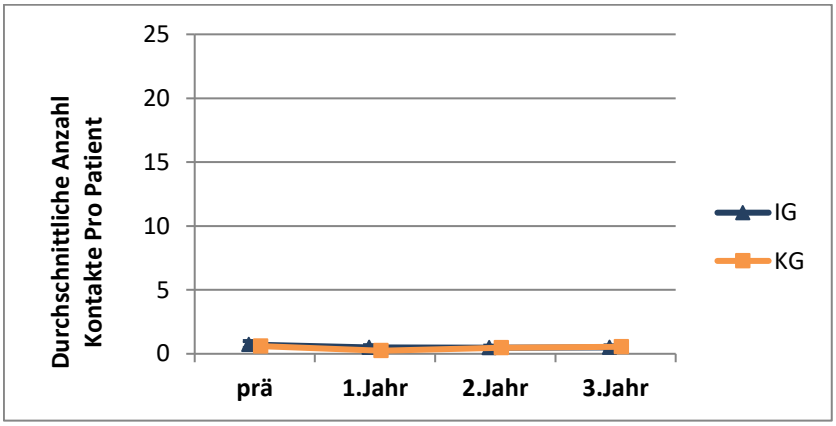
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

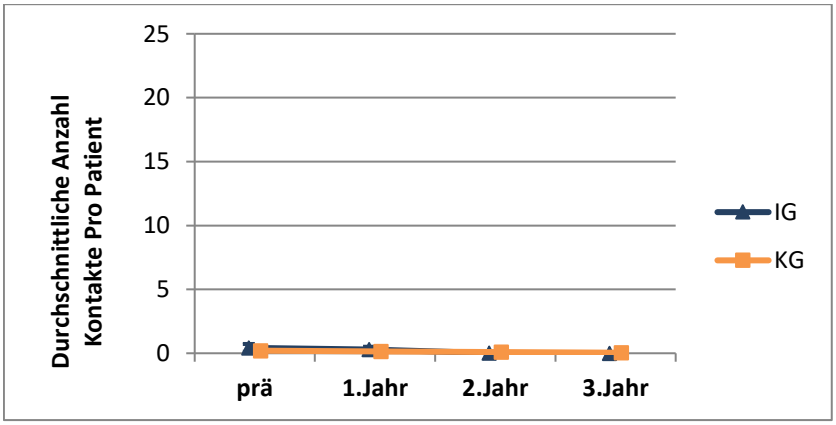


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

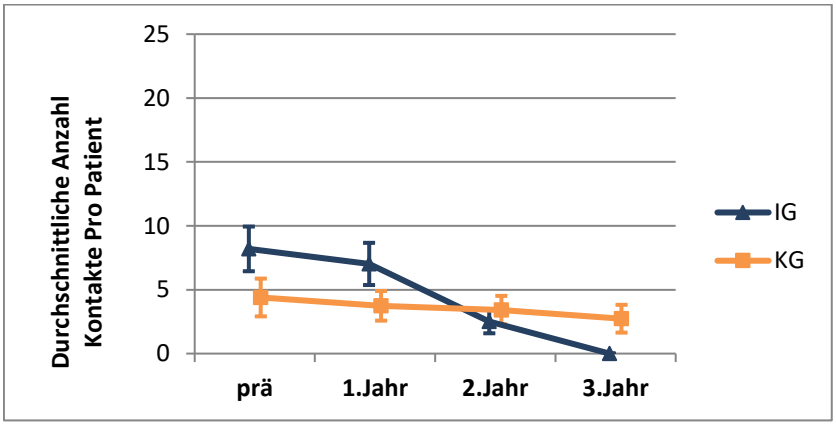


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



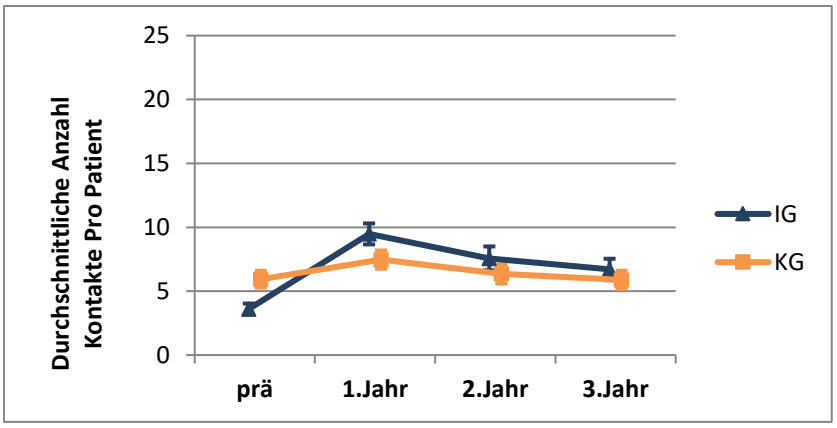
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

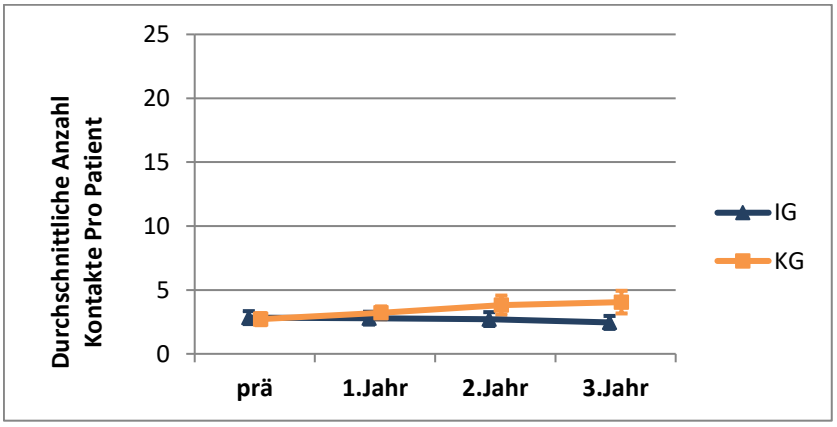
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

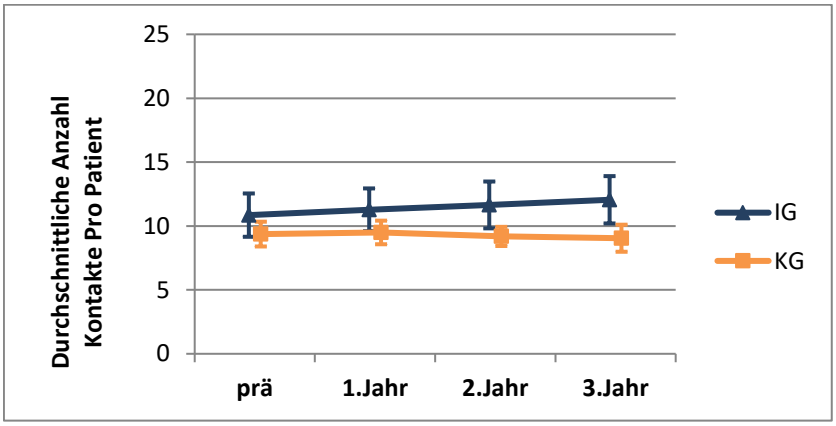
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

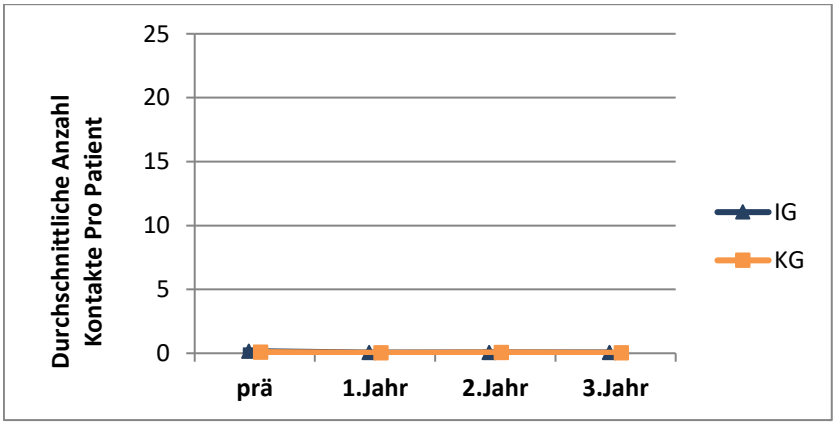


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

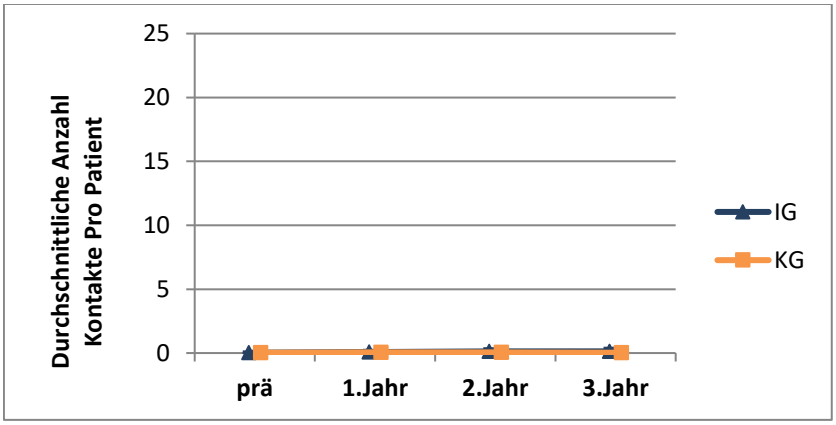


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

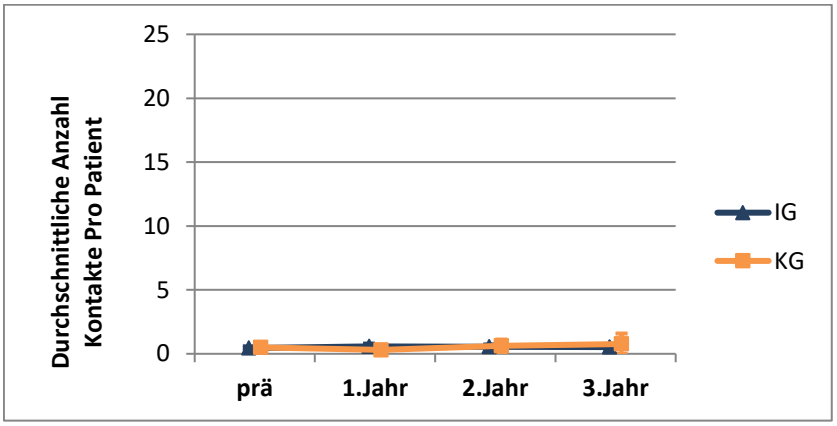
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

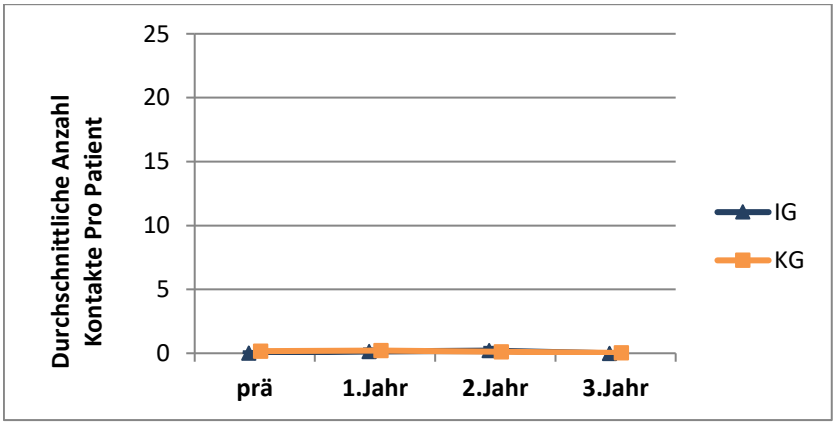


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

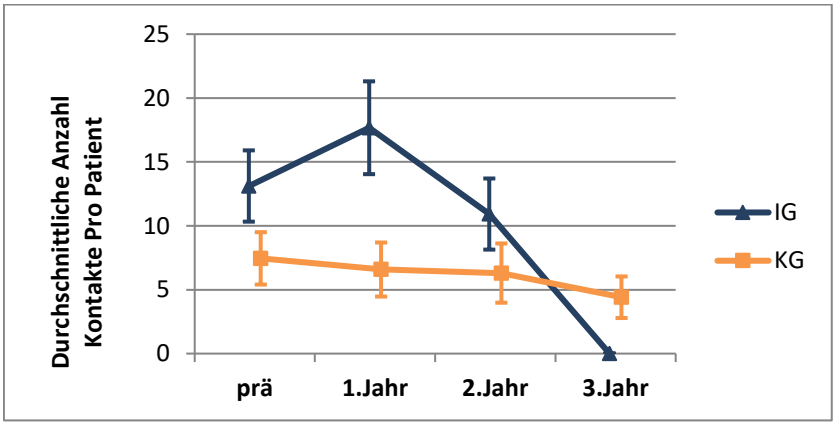


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich für klinikneue Patienten in der IG bei der Betrachtung von 7 und 30 Tagen im zweiten und dritten Jahren nach Referenzfall eine statistisch signifikant höhere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im Vergleich zur KG. Bei den klinikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG bei der Betrachtung von 7 und 30 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant größer als in der KG; jedoch bei der Betrachtung von 30 Tagen im vierten Jahr nach Referenzfall signifikant geringer.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein relativ vergleichbarer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +1,8 %-Punkte; 30 Tage: +0,7 %-Punkte; 90 Tage: -1,3 %-Punkte).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im zweiten Jahr nach Referenzfall bei der Betrachtung von 7 Tagen Nachbeobachtung in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (+1,6 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7 und 30 Tagen zum psychiatrischen Sektor für klinikneue Patienten in der IG stets größer als in der KG, und für 90 Tage

Nachbeobachtung vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich kein einheitliches Bild, wobei die Behandlungskontinuität bei der Betrachtung für 7 und 30 Tage im ersten Jahr in der IG höher als in der KG und in den restlichen Betrachtungen geringer bzw. im dritten Jahr für 30 und 90 Tage zwischen beiden Gruppen vergleichbar war.

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 7 Tagen 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 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**567**	**101**	**110**	**86**	**656**	**153**	**128**	**101**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,0 %	28,7 %	20,9 %	20,9 %	7,6 %	7,2 %	7,0 %	11,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,8 %	9,9 %	11,8 %	4,7 %	15,1 %	13,1 %	18,0 %	16,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	27,9 %	25,7 %	28,2 %	18,6 %	37,3 %	32,7 %	25,0 %	25,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	11,1 %	11,9 %	9,1 %	18,6 %	12,0 %	12,4 %	12,5 %	9,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,2 %	4,0 %	5,5 %	0,0 %	6,7 %	2,6 %	1,6 %	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	5,0 %	6,4 %	1,2 %	2,9 %	9,8 %	6,3 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,9 %	41,6 %	35,5 %	25,6 %	26,8 %	22,2 %	25,0 %	31,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,5 %	34,7 %	40,0 %	51,2 %	39,8 %	43,1 %	46,9 %	46,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**318**	**56**	**69**	**51**	**394**	**98**	**87**	**73**

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,8 %	33,9 %	21,7 %	33,3 %	9,1 %	10,2 %	10,3 %	13,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,4 %	14,3 %	15,9 %	7,8 %	21,6 %	14,3 %	24,1 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	26,7 %	19,6 %	24,6 %	17,6 %	37,3 %	33,7 %	25,3 %	20,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,2 %	17,9 %	11,6 %	23,5 %	12,2 %	12,2 %	12,6 %	11,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,2 %	7,1 %	8,7 %	0,0 %	10,2 %	1,0 %	1,1 %	8,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	1,8 %	2,9 %	0,0 %	3,3 %	12,2 %	6,9 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,3 %	53,6 %	42,0 %	41,2 %	37,3 %	24,5 %	34,5 %	39,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,5 %	28,6 %	39,1 %	37,3 %	34,5 %	41,8 %	37,9 %	43,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**155**	**30**	**45**	**34**	**166**	**57**	**58**	**40**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,1 %	26,7 %	24,4 %	35,3 %	12,0 %	8,8 %	15,5 %	12,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,7 %	20,0 %	20,0 %	5,9 %	27,1 %	19,3 %	24,1 %	27,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	26,5 %	6,7 %	20,0 %	17,6 %	33,7 %	35,1 %	24,1 %	22,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,2 %	16,7 %	6,7 %	17,6 %	14,5 %	14,0 %	12,1 %	15,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,7 %	6,7 %	8,9 %	0,0 %	8,4 %	1,8 %	0,0 %	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	3,6 %	14,0 %	6,9 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,9 %	53,3 %	48,9 %	41,2 %	42,8 %	28,1 %	39,7 %	45,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,8 %	33,3 %	37,8 %	35,3 %	31,9 %	38,6 %	37,9 %	42,5 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen 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 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**530**	**87**	**96**	**79**	**581**	**132**	**102**	**78**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,1 %	43,7 %	28,1 %	29,1 %	11,0 %	17,4 %	17,6 %	20,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,6 %	13,8 %	18,8 %	12,7 %	25,1 %	22,0 %	28,4 %	25,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	47,9 %	46,0 %	45,8 %	40,5 %	54,2 %	51,5 %	52,0 %	39,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	27,4 %	33,3 %	25,0 %	31,6 %	29,9 %	33,3 %	33,3 %	23,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,7 %	8,0 %	13,5 %	2,5 %	12,9 %	7,6 %	4,9 %	9,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,2 %	9,2 %	15,6 %	5,1 %	9,0 %	15,2 %	16,7 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,7 %	59,8 %	54,2 %	41,8 %	42,2 %	41,7 %	44,1 %	48,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,0 %	12,6 %	22,9 %	26,6 %	20,8 %	22,7 %	18,6 %	24,4 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**295**	**49**	**60**	**48**	**339**	**82**	**69**	**55**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,4 %	49,0 %	28,3 %	39,6 %	12,1 %	19,5 %	21,7 %	20,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	27,8 %	22,4 %	26,7 %	14,6 %	33,6 %	28,0 %	36,2 %	30,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	48,5 %	44,9 %	46,7 %	37,5 %	54,9 %	57,3 %	50,7 %	34,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	32,5 %	44,9 %	30,0 %	33,3 %	31,6 %	35,4 %	39,1 %	25,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	15,6 %	14,3 %	18,3 %	4,2 %	17,1 %	7,3 %	5,8 %	10,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,4 %	8,2 %	13,3 %	6,3 %	9,1 %	18,3 %	18,8 %	3,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,7 %	75,5 %	65,0 %	54,2 %	53,4 %	46,3 %	55,1 %	56,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,3 %	6,1 %	16,7 %	22,9 %	16,8 %	20,7 %	11,6 %	27,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**146**	**26**	**36**	**31**	**139**	**43**	**42**	**26**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,3 %	46,2 %	27,8 %	38,7 %	14,4 %	16,3 %	26,2 %	15,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	36,3 %	30,8 %	33,3 %	12,9 %	40,3 %	37,2 %	33,3 %	42,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	49,3 %	23,1 %	41,7 %	35,5 %	52,5 %	62,8 %	57,1 %	38,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	32,2 %	50,0 %	30,6 %	29,0 %	32,4 %	41,9 %	38,1 %	30,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	21,9 %	15,4 %	16,7 %	6,5 %	13,7 %	11,6 %	2,4 %	11,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,9 %	3,8 %	5,6 %	6,5 %	7,9 %	23,3 %	21,4 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,2 %	80,8 %	69,4 %	51,6 %	58,3 %	51,2 %	57,1 %	69,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,6 %	3,8 %	13,9 %	22,6 %	16,5 %	18,6 %	9,5 %	19,2 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen 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 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**451**	**73**	**80**	**61**	**514**	**98**	**77**	**57**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,8 %	45,2 %	32,5 %	29,5 %	14,8 %	26,5 %	19,5 %	22,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	27,5 %	26,0 %	22,5 %	19,7 %	36,2 %	34,7 %	36,4 %	35,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,7 %	61,6 %	61,3 %	60,7 %	74,7 %	78,6 %	72,7 %	63,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	52,1 %	46,6 %	41,3 %	42,6 %	52,9 %	64,3 %	50,6 %	38,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	14,6 %	11,0 %	17,5 %	13,1 %	18,7 %	14,3 %	14,3 %	14,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,1 %	17,8 %	22,5 %	19,7 %	17,7 %	27,6 %	28,6 %	15,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,8 %	68,5 %	61,3 %	52,5 %	55,6 %	64,3 %	55,8 %	61,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,2 %	5,5 %	15,0 %	11,5 %	10,1 %	2,0 %	7,8 %	14,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**252**	**40**	**51**	**40**	**297**	**58**	**49**	**39**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,4 %	50,0 %	29,4 %	42,5 %	14,5 %	32,8 %	24,5 %	23,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	38,1 %	40,0 %	31,4 %	20,0 %	46,5 %	44,8 %	44,9 %	41,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	71,0 %	62,5 %	58,8 %	57,5 %	74,1 %	84,5 %	73,5 %	59,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	61,9 %	60,0 %	41,2 %	42,5 %	53,5 %	67,2 %	59,2 %	43,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	19,0 %	20,0 %	23,5 %	20,0 %	24,9 %	13,8 %	18,4 %	17,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,9 %	17,5 %	19,6 %	25,0 %	17,5 %	29,3 %	30,6 %	15,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,0 %	85,0 %	68,6 %	67,5 %	68,4 %	75,9 %	69,4 %	71,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	0,0 %	9,8 %	10,0 %	7,7 %	3,4 %	8,2 %	17,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**124**	**22**	**29**	**24**	**117**	**25**	**27**	**16**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,2 %	50,0 %	31,0 %	45,8 %	16,2 %	36,0 %	25,9 %	6,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	46,0 %	45,5 %	41,4 %	16,7 %	53,0 %	64,0 %	40,7 %	62,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	74,2 %	50,0 %	58,6 %	54,2 %	70,9 %	96,0 %	70,4 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	63,7 %	54,5 %	41,4 %	41,7 %	55,6 %	84,0 %	63,0 %	62,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	28,2 %	22,7 %	24,1 %	29,2 %	17,1 %	20,0 %	14,8 %	18,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,3 %	9,1 %	13,8 %	25,0 %	16,2 %	40,0 %	37,0 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	78,2 %	86,4 %	75,9 %	70,8 %	70,9 %	88,0 %	66,7 %	81,3 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	2,4 %	0,0 %	3,4 %	16,7 %	7,7 %	0,0 %	11,1 %	6,3 %

[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			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen 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 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**543**	**314**	**281**	**270**	**613**	**354**	**293**	**285**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,8 %	22,9 %	24,2 %	27,0 %	12,9 %	19,2 %	20,8 %	20,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,8 %	6,7 %	4,6 %	3,0 %	10,6 %	13,0 %	9,6 %	13,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	23,6 %	22,6 %	19,9 %	23,3 %	26,9 %	20,1 %	19,8 %	22,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	11,4 %	7,3 %	11,0 %	11,5 %	9,6 %	12,1 %	8,9 %	10,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,3 %	3,8 %	2,1 %	2,6 %	1,6 %	3,1 %	2,0 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	6,7 %	8,5 %	6,3 %	4,2 %	5,6 %	7,2 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,7 %	31,8 %	29,9 %	30,7 %	24,0 %	33,9 %	30,7 %	34,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,9 %	46,5 %	47,7 %	43,0 %	49,4 %	46,6 %	49,1 %	43,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**424**	**246**	**217**	**219**	**485**	**287**	**236**	**230**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,5 %	23,2 %	24,4 %	25,6 %	15,3 %	19,5 %	22,9 %	22,2 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,4 %	8,1 %	4,1 %	3,7 %	13,0 %	13,9 %	11,0 %	15,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	23,3 %	24,8 %	22,1 %	26,5 %	26,6 %	20,9 %	21,2 %	21,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	11,6 %	8,5 %	12,4 %	11,4 %	10,5 %	13,6 %	8,9 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,0 %	4,1 %	2,8 %	2,7 %	1,4 %	3,8 %	2,5 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	6,5 %	7,4 %	6,4 %	4,5 %	5,2 %	5,1 %	4,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,3 %	33,3 %	30,0 %	29,7 %	28,2 %	35,9 %	34,3 %	38,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,5 %	43,5 %	47,5 %	41,1 %	46,4 %	44,3 %	48,7 %	43,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**255**	**162**	**151**	**156**	**303**	**193**	**148**	**151**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,9 %	27,2 %	27,8 %	26,9 %	16,8 %	21,2 %	17,6 %	21,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	12,9 %	10,5 %	4,6 %	5,1 %	16,2 %	17,6 %	14,9 %	18,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	25,9 %	27,2 %	25,8 %	28,2 %	25,4 %	22,3 %	23,6 %	21,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,9 %	10,5 %	13,2 %	12,2 %	9,6 %	17,1 %	9,5 %	10,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	5,9 %	6,2 %	4,0 %	3,8 %	1,3 %	2,1 %	1,4 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,7 %	6,8 %	5,3 %	5,8 %	5,9 %	5,7 %	4,7 %	4,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,6 %	40,7 %	34,4 %	32,7 %	32,7 %	39,9 %	33,1 %	40,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,5 %	35,8 %	43,0 %	37,2 %	43,6 %	40,4 %	48,6 %	39,1 %

[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 30 Tagen 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 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**478**	**260**	**220**	**224**	**507**	**284**	**229**	**224**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,8 %	37,3 %	39,5 %	42,4 %	21,5 %	33,8 %	34,9 %	37,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,0 %	14,2 %	9,1 %	7,6 %	21,1 %	19,7 %	21,0 %	20,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	42,1 %	42,7 %	40,0 %	38,4 %	47,7 %	47,2 %	42,4 %	42,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	23,8 %	22,3 %	25,9 %	27,2 %	25,6 %	27,5 %	26,6 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,1 %	6,2 %	5,9 %	5,8 %	4,5 %	5,6 %	4,8 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,7 %	10,4 %	13,6 %	14,7 %	12,0 %	12,7 %	10,9 %	12,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,8 %	50,0 %	49,1 %	50,4 %	42,6 %	53,2 %	55,0 %	58,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,3 %	22,7 %	23,6 %	20,5 %	24,5 %	18,7 %	21,0 %	21,4 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**375**	**203**	**174**	**184**	**396**	**227**	**186**	**183**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	36,5 %	39,4 %	42,5 %	43,5 %	24,5 %	35,2 %	39,2 %	39,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,3 %	15,8 %	8,0 %	8,2 %	24,7 %	22,5 %	24,2 %	23,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	41,9 %	46,3 %	44,8 %	39,1 %	47,5 %	47,6 %	45,7 %	42,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	24,3 %	25,6 %	27,6 %	26,1 %	28,0 %	29,5 %	28,0 %	28,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,3 %	6,4 %	6,3 %	6,5 %	5,1 %	6,6 %	5,9 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,3 %	9,9 %	13,2 %	14,7 %	12,6 %	12,3 %	9,7 %	13,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,3 %	53,7 %	51,7 %	51,6 %	48,7 %	57,3 %	62,4 %	62,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,9 %	19,2 %	20,7 %	19,6 %	21,5 %	16,3 %	17,7 %	19,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**227**	**135**	**124**	**134**	**242**	**153**	**128**	**113**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	37,9 %	45,2 %	46,8 %	46,3 %	28,5 %	40,5 %	37,5 %	43,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,1 %	19,3 %	9,7 %	10,4 %	31,0 %	28,1 %	32,8 %	27,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,8 %	45,9 %	46,8 %	36,6 %	46,7 %	48,4 %	47,7 %	47,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	25,6 %	29,6 %	27,4 %	26,9 %	29,8 %	31,4 %	29,7 %	31,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,9 %	9,6 %	8,9 %	7,5 %	6,6 %	4,6 %	5,5 %	8,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,3 %	8,9 %	12,9 %	15,7 %	14,5 %	10,5 %	10,2 %	14,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,4 %	62,2 %	58,1 %	55,2 %	57,4 %	66,7 %	68,0 %	72,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,1 %	15,6 %	16,1 %	18,7 %	16,5 %	12,4 %	14,1 %	10,6 %

[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 90 Tagen 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 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**353**	**173**	**151**	**152**	**383**	**211**	**159**	**163**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	39,1 %	50,3 %	55,0 %	50,0 %	28,7 %	44,1 %	49,1 %	44,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,2 %	19,7 %	16,6 %	18,4 %	31,3 %	28,0 %	25,8 %	25,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	61,8 %	63,0 %	62,3 %	59,2 %	69,2 %	64,9 %	66,7 %	60,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	45,0 %	42,8 %	44,4 %	46,1 %	47,5 %	48,3 %	47,8 %	50,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,1 %	8,1 %	9,9 %	10,5 %	8,1 %	7,6 %	7,5 %	11,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,4 %	16,8 %	17,9 %	25,7 %	23,5 %	23,2 %	17,6 %	21,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,3 %	67,6 %	68,9 %	67,8 %	58,0 %	69,7 %	69,2 %	69,3 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	9,6 %	8,1 %	9,9 %	11,2 %	8,4 %	7,6 %	8,8 %	11,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**275**	**138**	**122**	**128**	**300**	**168**	**127**	**136**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	44,7 %	52,9 %	60,7 %	53,1 %	34,0 %	47,0 %	52,8 %	49,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,9 %	21,0 %	16,4 %	18,0 %	36,3 %	30,4 %	29,9 %	28,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	62,5 %	66,7 %	67,2 %	60,9 %	69,0 %	66,1 %	67,7 %	61,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	46,9 %	43,5 %	47,5 %	47,7 %	51,7 %	48,8 %	50,4 %	51,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,5 %	8,7 %	11,5 %	11,7 %	9,7 %	8,9 %	7,9 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,3 %	16,7 %	14,8 %	22,7 %	25,3 %	24,4 %	17,3 %	23,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,3 %	71,0 %	74,6 %	70,3 %	67,3 %	75,0 %	75,6 %	76,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,2 %	6,5 %	6,6 %	9,4 %	6,0 %	5,4 %	6,3 %	9,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**168**	**90**	**88**	**89**	**179**	**111**	**90**	**87**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	44,0 %	56,7 %	67,0 %	58,4 %	39,1 %	55,0 %	54,4 %	52,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	25,6 %	17,0 %	22,5 %	45,8 %	34,2 %	34,4 %	32,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,5 %	64,4 %	68,2 %	59,6 %	68,2 %	67,6 %	71,1 %	67,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	47,6 %	46,7 %	50,0 %	47,2 %	54,7 %	49,5 %	51,1 %	54,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	14,3 %	13,3 %	15,9 %	13,5 %	11,2 %	7,2 %	7,8 %	14,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,6 %	15,6 %	10,2 %	24,7 %	25,1 %	24,3 %	12,2 %	24,1 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,8 %	77,8 %	80,7 %	77,5 %	79,3 %	84,7 %	82,2 %	85,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	6,7 %	6,8 %	7,9 %	3,4 %	2,7 %	3,3 %	3,4 %

[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

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

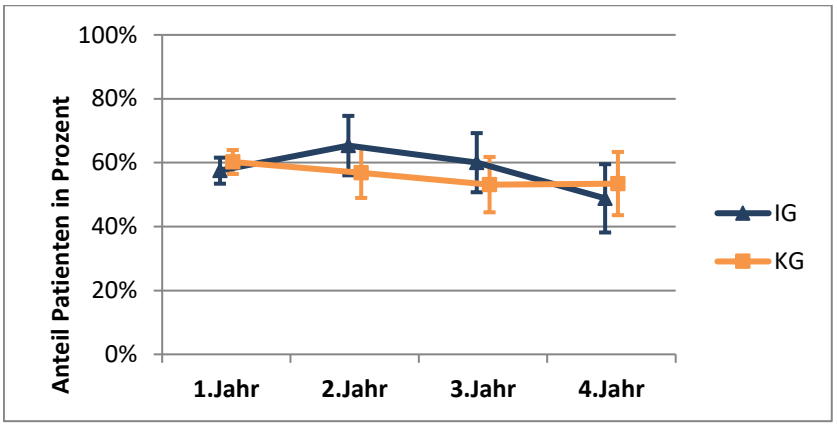
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

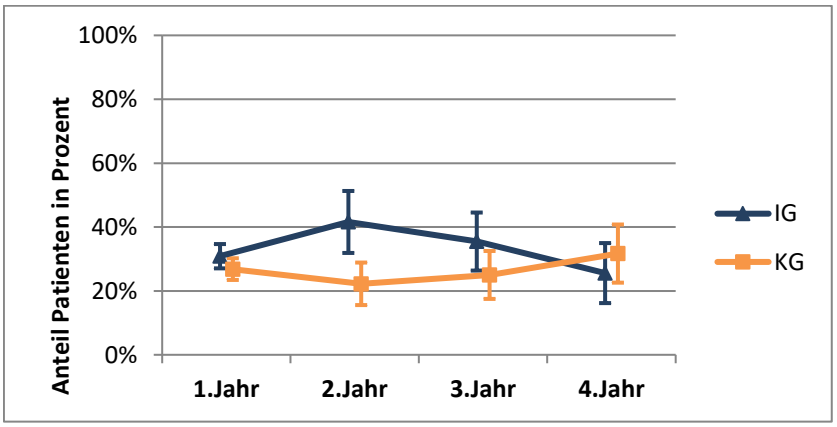
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



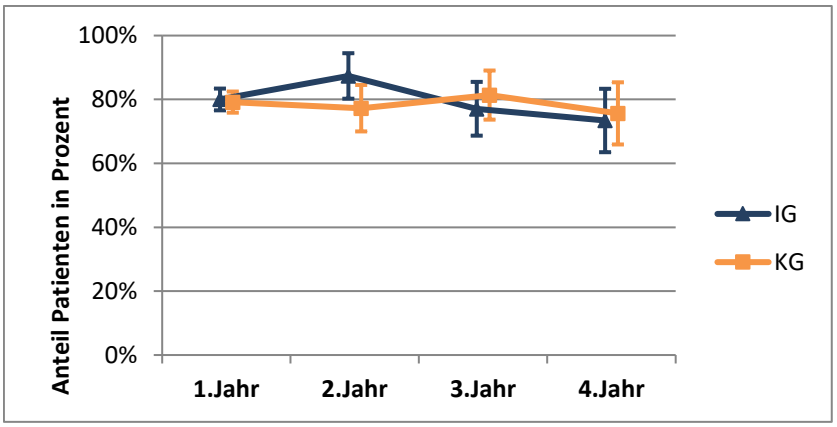
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



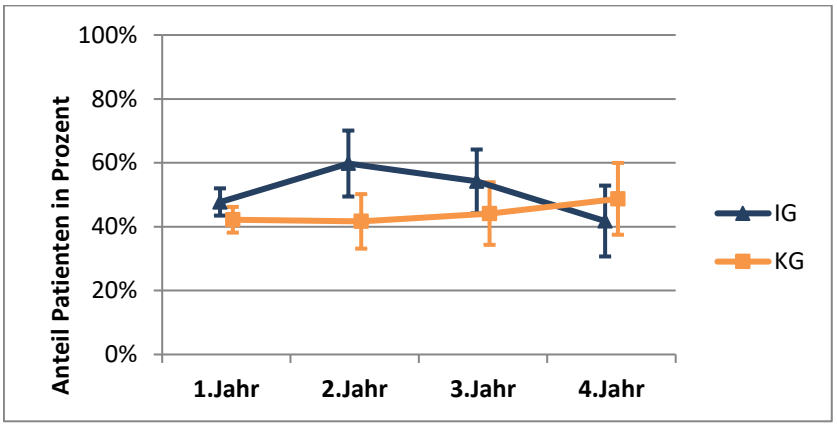
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



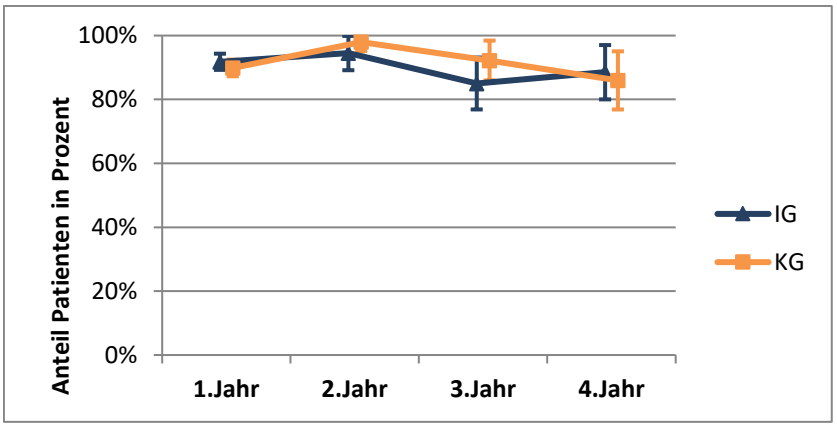
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



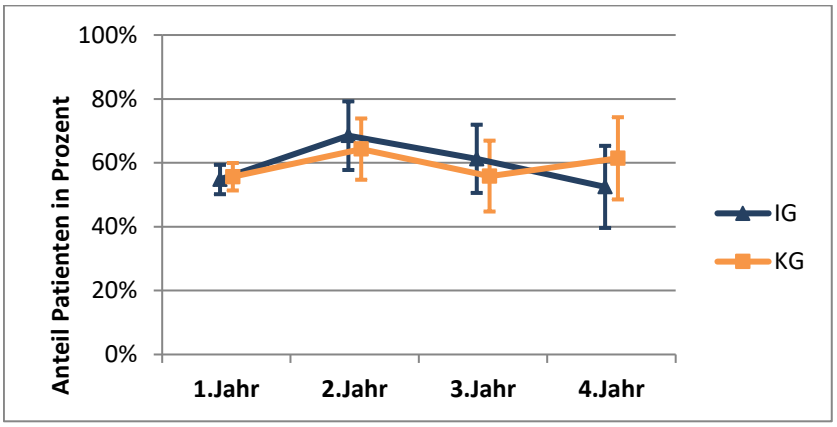
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



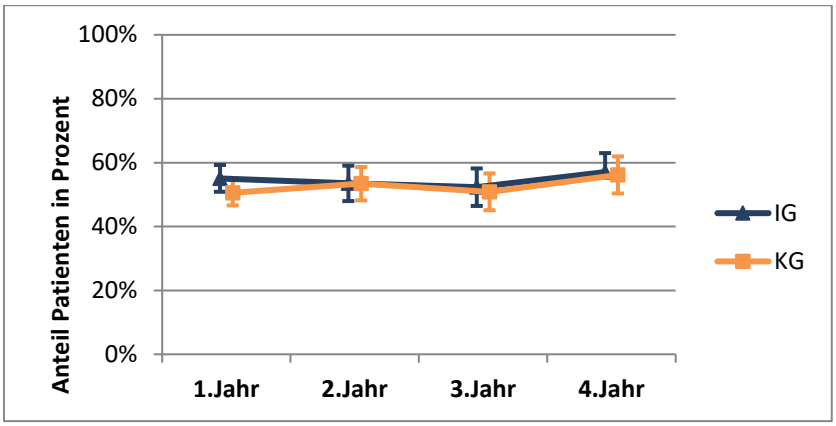
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

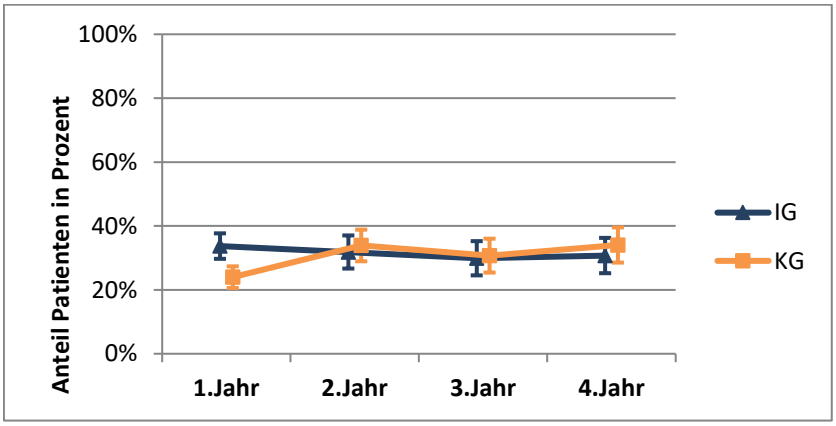
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



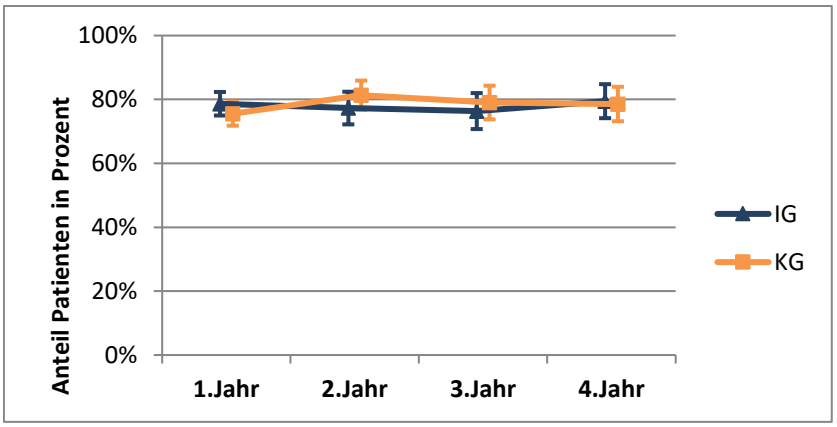
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



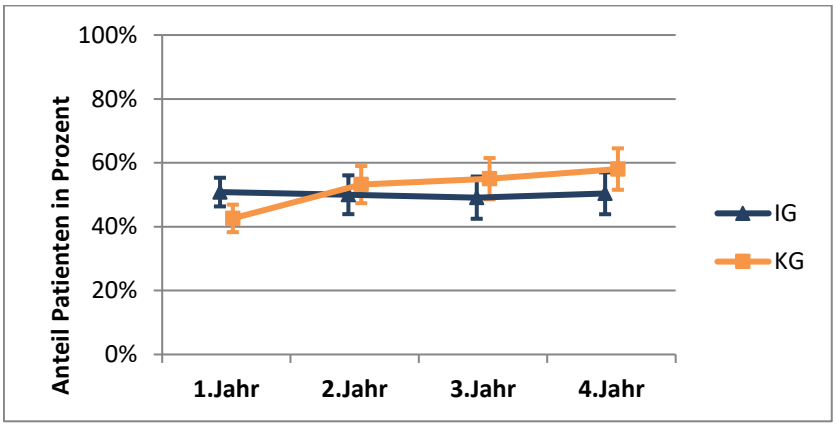
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



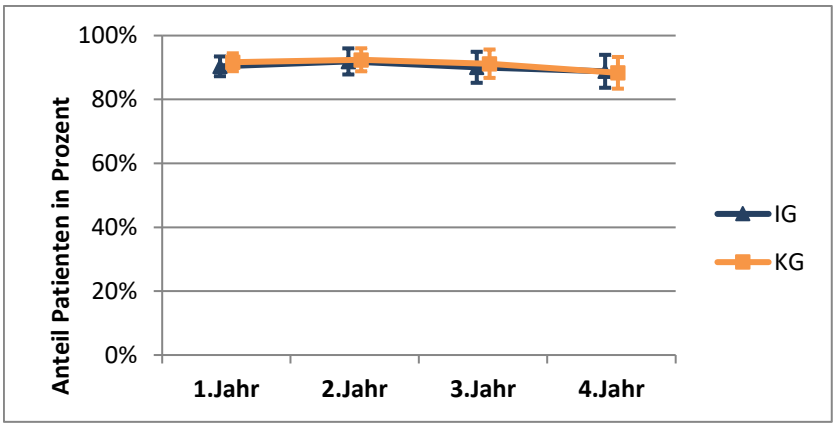
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

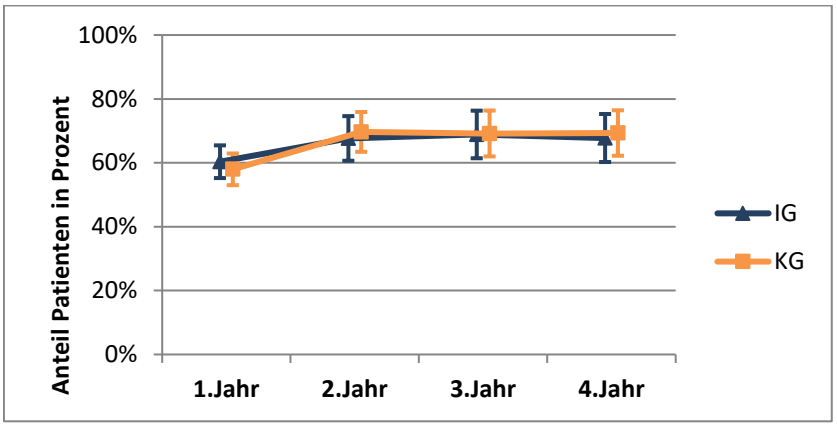


Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	1,26 0,96…1,64	1,28 0,99…1,67	1,00 0,75…1,33
Gruppe Jahr 2	2,62** 1,43…4,82	2,53** 1,33…4,82	1,38 0,60…3,19
Gruppe Jahr 3	1,94* 1,02…3,69	2,07* 1,05…4,10	1,50 0,69…3,26
Gruppe Jahr 4	0,65 0,27…1,59	0,56 0,24…1,28	0,42 0,15…1,20

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	1,75*** 1,32…2,30	1,47** 1,11…1,94	1,14 0,81…1,62
Gruppe Jahr 2	0,78 0,55…1,11	0,77 0,53…1,12	0,81 0,49…1,32
Gruppe Jahr 3	0,92 0,63…1,34	0,73 0,49…1,09	0,80 0,46…1,39
Gruppe Jahr 4	0,78 0,53…1,14	0,49** 0,32…0,75	0,72 0,41…1,26

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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**2.258**	**2.704**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	16,1 %	6,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,9 %	16,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	28,6 %	35,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,5 %	12,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,3 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,9 %	29,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,4 %	39,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.217**	**1.540**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	17,0 %	7,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,1 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	30,2 %	35,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,3 %	12,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,5 %	9,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,8 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,2 %	35,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,4 %	35,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**609**	**672**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	13,6 %	8,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,2 %	27,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	29,6 %	33,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	18,7 %	13,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,8 %	8,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,7 %	39,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,3 %	33,8 %

[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 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**2.059**	**2.455**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	22,5 %	10,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,0 %	27,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	47,4 %	56,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,4 %	32,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,2 %	16,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,7 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,9 %	46,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,6 %	18,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.096**	**1.375**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	24,7 %	10,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	28,0 %	35,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	50,2 %	57,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	36,4 %	33,7 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	17,0 %	19,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,8 %	8,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,4 %	55,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,3 %	14,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**537**	**596**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	20,3 %	10,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	35,9 %	43,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	52,1 %	55,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	40,2 %	34,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	19,4 %	16,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,7 %	8,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,8 %	60,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,7 %	12,6 %

[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 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.815**	**2.207**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	25,2 %	13,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	27,8 %	37,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,2 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,9 %	53,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,3 %	22,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,1 %	16,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,5 %	57,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,0 %	8,2 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**967**	**1.234**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	27,3 %	13,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	38,3 %	47,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	72,3 %	77,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,4 %	54,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	22,4 %	26,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,3 %	17,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,8 %	69,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	4,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**470**	**532**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	23,2 %	13,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	48,9 %	58,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,6 %	77,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	65,1 %	56,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	26,4 %	23,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,8 %	17,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,1 %	75,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,5 %	3,2 %

[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

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

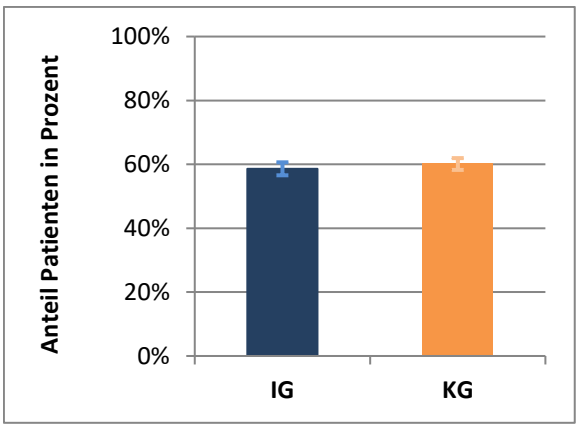
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

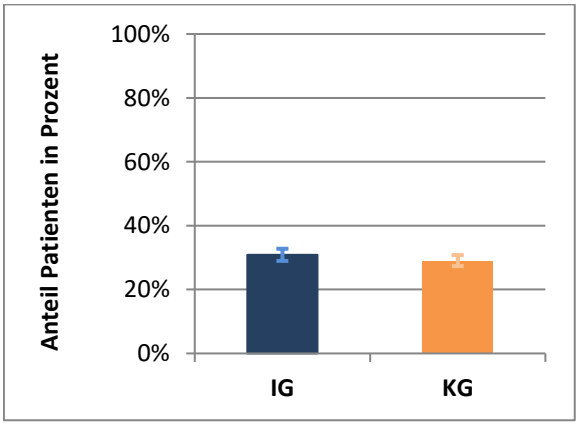
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



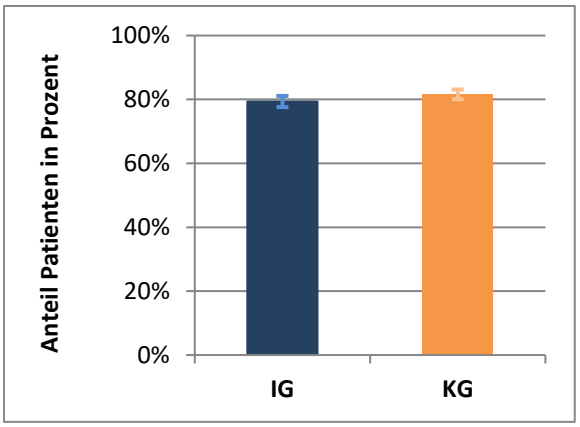
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



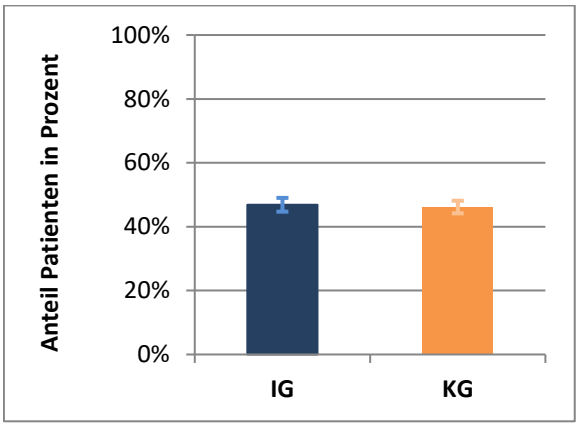
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



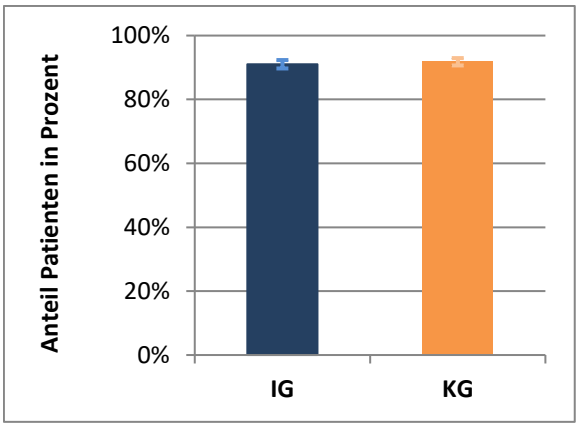
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



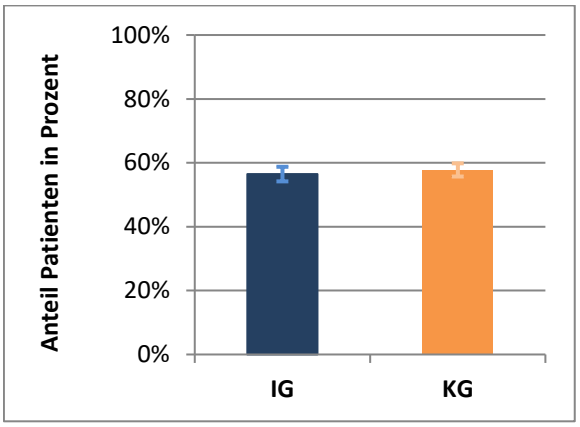
Erwachsene, klinikneue Patienten

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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.712**	**350**	**1.998**	**398**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,3 %	23,4 %	7,3 %	11,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,0 %	11,4 %	16,5 %	13,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	29,4 %	25,1 %	35,0 %	32,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,1 %	10,0 %	12,0 %	9,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,7 %	3,1 %	8,0 %	6,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,1 %	4,6 %	2,5 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,9 %	37,7 %	28,7 %	28,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,9 %	37,4 %	40,4 %	43,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**935**	**194**	**1.140**	**254**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,0 %	25,8 %	8,2 %	12,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,4 %	14,9 %	21,8 %	16,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	31,1 %	25,8 %	34,4 %	29,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	17,8 %	12,4 %	12,4 %	10,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,8 %	5,7 %	9,9 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	4,1 %	2,7 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,3 %	45,9 %	36,2 %	31,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,0 %	28,9 %	35,6 %	41,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**466**	**103**	**503**	**135**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	13,9 %	27,2 %	8,7 %	11,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,7 %	20,4 %	27,2 %	23,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	30,0 %	23,3 %	32,6 %	28,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	19,7 %	12,6 %	13,9 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,0 %	5,8 %	8,7 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	1,9 %	2,2 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,0 %	53,4 %	40,0 %	35,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,0 %	26,2 %	32,8 %	40,0 %

[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**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.565**	**308**	**1.814**	**347**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,4 %	33,4 %	10,2 %	22,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,3 %	16,9 %	26,6 %	23,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	48,1 %	43,5 %	56,3 %	52,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,4 %	26,0 %	32,0 %	28,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,0 %	8,1 %	15,9 %	13,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,9 %	9,1 %	8,4 %	12,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,9 %	52,9 %	45,3 %	50,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,7 %	19,5 %	18,7 %	20,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**846**	**169**	**1.019**	**213**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,4 %	36,1 %	11,5 %	23,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,6 %	24,9 %	33,7 %	30,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	51,2 %	45,0 %	56,3 %	54,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	36,8 %	33,7 %	33,4 %	31,5 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	16,4 %	12,4 %	19,0 %	12,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	10,7 %	8,4 %	15,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,6 %	64,5 %	55,2 %	55,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,6 %	11,8 %	14,4 %	17,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**420**	**90**	**446**	**106**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,5 %	37,8 %	11,9 %	23,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	35,2 %	33,3 %	41,5 %	43,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	53,6 %	41,1 %	55,2 %	54,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	40,7 %	35,6 %	34,5 %	36,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	20,5 %	13,3 %	17,5 %	16,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,5 %	10,0 %	8,3 %	15,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,3 %	72,2 %	60,1 %	66,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,5 %	10,0 %	12,1 %	13,2 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.369**	**246**	**1.621**	**262**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	24,8 %	37,4 %	13,8 %	28,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,8 %	22,4 %	37,0 %	33,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,7 %	63,4 %	74,6 %	76,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	51,8 %	41,1 %	53,3 %	55,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	15,8 %	10,2 %	21,2 %	19,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,1 %	16,3 %	16,7 %	21,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,7 %	61,0 %	57,7 %	64,5 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	8,6 %	10,6 %	8,9 %	5,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**739**	**126**	**910**	**153**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,6 %	42,9 %	14,3 %	34,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	36,7 %	33,3 %	46,7 %	41,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	73,5 %	70,6 %	76,4 %	77,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	60,8 %	47,6 %	53,8 %	58,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	21,5 %	15,9 %	25,8 %	19,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,8 %	19,8 %	17,1 %	22,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,6 %	77,0 %	69,6 %	74,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,1 %	3,2 %	5,3 %	4,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**366**	**71**	**394**	**74**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	24,3 %	42,3 %	15,2 %	40,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	47,3 %	42,3 %	57,4 %	51,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	78,1 %	71,8 %	76,9 %	83,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	66,4 %	45,1 %	56,1 %	68,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	27,0 %	16,9 %	23,1 %	24,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,0 %	21,1 %	17,8 %	23,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,2 %	80,3 %	76,4 %	86,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,1 %	1,4 %	3,3 %	1,4 %

[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

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

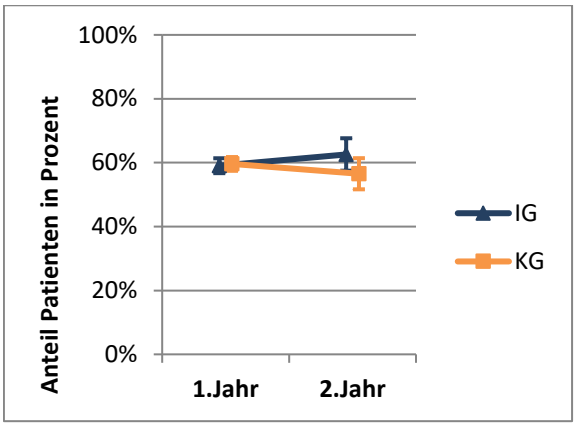
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

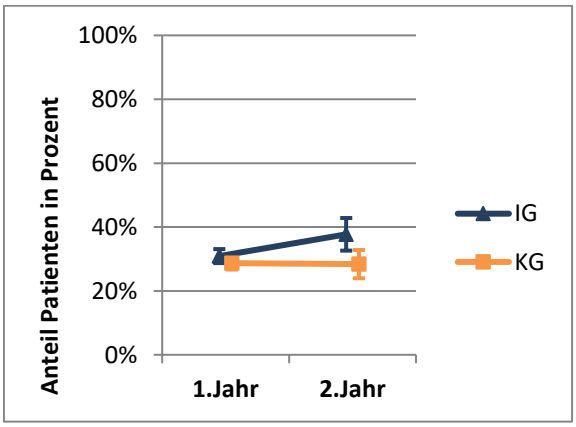
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



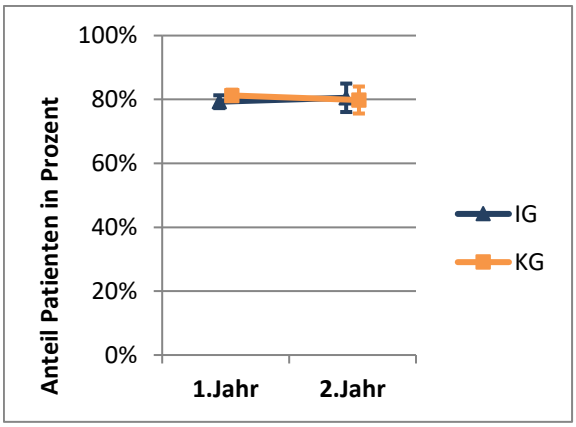
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



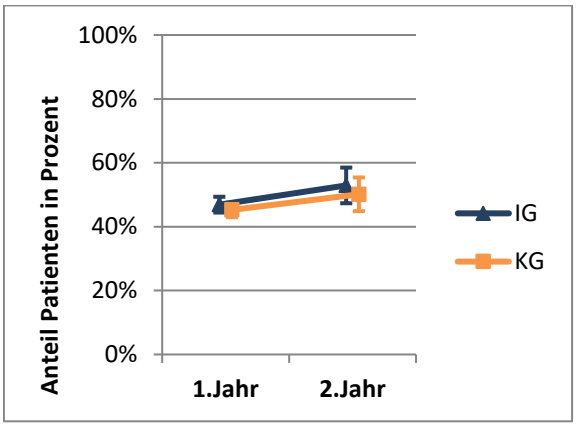
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



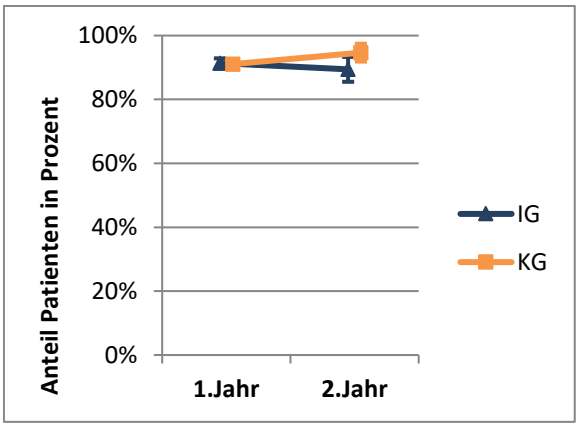
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

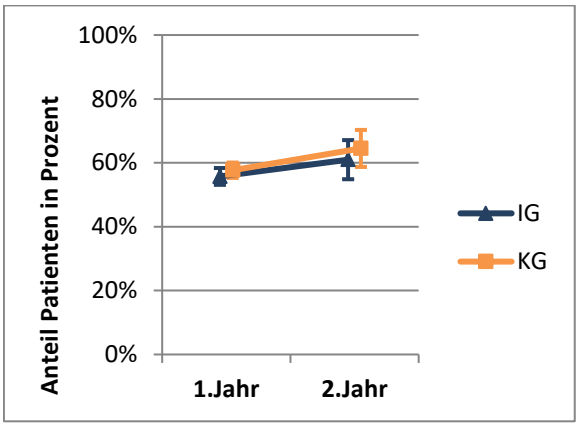


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,14 0,98…1,33	1,13 0,97…1,31	0,96 0,81…1,13
Gruppe Jahr 2	1,58** 1,14…2,20	1,12 0,80…1,58	0,83 0,55…1,26

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**		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.147**	**223**	**203**	**1.313**	**284**	**228**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,8 %	22,9 %	15,8 %	7,9 %	12,0 %	11,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,7 %	12,6 %	11,3 %	16,5 %	13,0 %	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	29,4 %	23,3 %	24,6 %	37,5 %	34,2 %	26,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,6 %	11,2 %	10,8 %	11,8 %	8,8 %	10,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,9 %	2,7 %	5,4 %	6,8 %	5,3 %	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,8 %	4,9 %	5,9 %	2,8 %	7,4 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,2 %	37,7 %	30,0 %	28,4 %	28,5 %	28,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,7 %	36,3 %	43,8 %	38,5 %	41,2 %	45,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**642**	**132**	**119**	**772**	**179**	**148**

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	19,0 %	23,5 %	17,6 %	9,5 %	14,0 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,6 %	16,7 %	16,0 %	23,3 %	16,2 %	22,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	30,4 %	23,5 %	24,4 %	36,9 %	33,5 %	27,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,5 %	13,6 %	13,4 %	11,5 %	9,5 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,4 %	4,5 %	9,2 %	9,6 %	4,5 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	4,5 %	3,4 %	3,1 %	8,9 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,4 %	43,9 %	38,7 %	38,6 %	32,4 %	35,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,2 %	29,5 %	38,7 %	33,5 %	38,0 %	38,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**311**	**55**	**66**	**345**	**98**	**102**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,7 %	23,6 %	21,2 %	11,0 %	16,3 %	14,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,4 %	27,3 %	24,2 %	28,7 %	23,5 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	28,6 %	12,7 %	19,7 %	33,6 %	32,7 %	23,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	19,3 %	16,4 %	12,1 %	13,6 %	12,2 %	11,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,2 %	3,6 %	12,1 %	8,4 %	2,0 %	4,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	0,0 %	1,5 %	2,9 %	10,2 %	9,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,1 %	54,5 %	51,5 %	43,5 %	39,8 %	39,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,8 %	27,3 %	33,3 %	31,6 %	32,7 %	40,2 %

[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**		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.061**	**196**	**180**	**1.186**	**250**	**188**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	23,0 %	35,7 %	24,4 %	11,0 %	23,2 %	20,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,8 %	18,9 %	20,6 %	26,5 %	22,8 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	48,0 %	38,8 %	41,1 %	56,5 %	53,2 %	54,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	29,2 %	29,6 %	30,6 %	30,8 %	28,0 %	29,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,2 %	7,1 %	11,7 %	14,5 %	10,0 %	8,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	9,7 %	14,4 %	8,9 %	13,2 %	14,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,0 %	55,1 %	50,6 %	44,4 %	48,4 %	46,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,5 %	17,9 %	22,8 %	18,7 %	21,2 %	19,1 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**587**	**116**	**106**	**688**	**152**	**121**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	26,6 %	37,9 %	26,4 %	12,6 %	27,0 %	23,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	24,7 %	28,4 %	27,4 %	35,5 %	29,6 %	33,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	50,1 %	41,4 %	45,3 %	57,0 %	55,9 %	53,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	35,1 %	37,1 %	37,7 %	32,1 %	30,9 %	33,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,0 %	12,1 %	16,0 %	18,8 %	10,5 %	9,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,3 %	10,3 %	12,3 %	8,9 %	15,1 %	17,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,6 %	67,2 %	62,3 %	57,3 %	55,9 %	56,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,7 %	10,3 %	14,2 %	14,2 %	17,1 %	13,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**284**	**50**	**56**	**302**	**81**	**78**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	23,9 %	42,0 %	25,0 %	14,2 %	27,2 %	24,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	32,7 %	44,0 %	39,3 %	43,0 %	43,2 %	34,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	51,1 %	30,0 %	44,6 %	55,3 %	58,0 %	56,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	39,8 %	44,0 %	44,6 %	32,5 %	35,8 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	21,5 %	12,0 %	17,9 %	16,6 %	14,8 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,8 %	8,0 %	5,4 %	8,9 %	16,0 %	17,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,8 %	80,0 %	71,4 %	62,9 %	66,7 %	60,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,6 %	6,0 %	10,7 %	12,9 %	12,3 %	12,8 %

[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**		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**931**	**158**	**149**	**1.054**	**188**	**147**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,9 %	40,5 %	28,2 %	15,2 %	28,7 %	23,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,9 %	24,1 %	25,5 %	36,8 %	33,0 %	30,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	69,0 %	58,2 %	61,7 %	75,5 %	78,7 %	75,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,8 %	41,8 %	49,0 %	52,9 %	56,4 %	48,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	15,6 %	9,5 %	14,8 %	19,5 %	15,4 %	17,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,2 %	16,5 %	20,1 %	17,7 %	25,0 %	25,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,3 %	63,3 %	58,4 %	57,0 %	63,3 %	58,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,5 %	10,1 %	14,1 %	9,4 %	4,3 %	7,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**519**	**86**	**88**	**609**	**110**	**90**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	28,3 %	44,2 %	28,4 %	16,1 %	37,3 %	26,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	34,5 %	38,4 %	33,0 %	47,8 %	40,0 %	38,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	73,4 %	64,0 %	62,5 %	77,3 %	80,9 %	75,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,7 %	50,0 %	53,4 %	53,7 %	58,2 %	53,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	20,2 %	17,4 %	20,5 %	25,6 %	16,4 %	21,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,9 %	17,4 %	15,9 %	18,1 %	23,6 %	27,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,0 %	80,2 %	68,2 %	70,6 %	74,5 %	68,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,4 %	2,3 %	8,0 %	5,9 %	3,6 %	6,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**256**	**43**	**45**	**264**	**55**	**55**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	26,6 %	46,5 %	26,7 %	17,8 %	45,5 %	29,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	44,9 %	51,2 %	46,7 %	58,7 %	54,5 %	38,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,3 %	58,1 %	62,2 %	77,3 %	85,5 %	74,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	65,6 %	46,5 %	53,3 %	56,4 %	67,3 %	58,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	27,0 %	18,6 %	24,4 %	20,8 %	21,8 %	23,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,4 %	16,3 %	11,1 %	18,6 %	25,5 %	32,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,6 %	86,0 %	75,6 %	77,7 %	89,1 %	72,7 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	1,6 %	2,3 %	2,2 %	4,5 %	0,0 %	7,3 %

[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		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**623**	**348**	**307**	**706**	**388**	**320**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	22,0 %	22,7 %	25,1 %	12,6 %	19,1 %	20,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,8 %	7,5 %	5,5 %	11,5 %	12,9 %	9,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	23,6 %	22,1 %	19,5 %	27,5 %	20,6 %	20,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	11,2 %	6,9 %	10,7 %	10,6 %	12,6 %	9,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,7 %	3,7 %	2,0 %	2,1 %	3,4 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	6,3 %	8,5 %	4,2 %	5,4 %	6,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,2 %	32,2 %	31,6 %	24,6 %	33,8 %	30,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,1 %	46,6 %	46,6 %	47,9 %	46,4 %	48,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**483**	**273**	**236**	**564**	**314**	**260**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,4 %	23,4 %	25,8 %	14,7 %	19,4 %	22,3 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	12,0 %	9,2 %	5,1 %	13,8 %	13,4 %	11,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	21,9 %	22,7 %	20,8 %	27,3 %	21,0 %	21,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	11,6 %	8,1 %	11,9 %	11,7 %	14,3 %	10,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,6 %	4,0 %	2,5 %	2,1 %	4,1 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	6,2 %	7,2 %	4,4 %	4,8 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,3 %	34,4 %	32,2 %	28,7 %	35,4 %	34,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,4 %	44,3 %	46,6 %	45,0 %	44,6 %	47,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**291**	**179**	**159**	**346**	**205**	**160**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,7 %	27,4 %	27,7 %	15,3 %	21,5 %	18,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,1 %	11,7 %	6,3 %	17,9 %	17,6 %	15,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	23,7 %	25,1 %	24,5 %	26,6 %	22,9 %	23,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,1 %	10,1 %	12,6 %	11,0 %	17,1 %	10,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,2 %	6,1 %	3,8 %	2,3 %	2,0 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	6,7 %	5,0 %	5,8 %	5,4 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,0 %	41,9 %	35,8 %	32,9 %	39,5 %	34,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,8 %	36,3 %	42,8 %	42,5 %	41,0 %	46,9 %

[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 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**547**	**292**	**242**	**594**	**315**	**256**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,7 %	36,0 %	38,8 %	21,0 %	33,3 %	33,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,1 %	15,8 %	10,3 %	21,9 %	20,6 %	20,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	42,4 %	41,4 %	40,1 %	49,2 %	47,9 %	43,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	23,6 %	21,2 %	24,4 %	26,1 %	28,6 %	27,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,7 %	5,8 %	5,8 %	5,4 %	6,7 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,0 %	10,3 %	13,6 %	11,8 %	12,4 %	11,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,5 %	50,0 %	50,0 %	42,9 %	54,3 %	53,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,4 %	22,6 %	23,1 %	23,4 %	17,8 %	21,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**424**	**230**	**189**	**470**	**251**	**210**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	34,4 %	38,3 %	42,3 %	23,4 %	34,3 %	37,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	21,9 %	17,8 %	9,5 %	25,3 %	23,1 %	23,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	41,3 %	43,9 %	43,4 %	48,7 %	48,6 %	46,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	24,1 %	23,9 %	25,9 %	27,9 %	31,1 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,2 %	6,1 %	5,8 %	6,2 %	8,0 %	6,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,8 %	10,0 %	13,2 %	12,1 %	12,0 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,6 %	54,3 %	52,9 %	48,5 %	57,8 %	60,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,4 %	19,6 %	20,6 %	20,9 %	15,1 %	19,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**258**	**152**	**132**	**283**	**162**	**140**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	36,0 %	43,4 %	45,5 %	26,5 %	40,7 %	37,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	27,1 %	22,4 %	12,1 %	32,9 %	29,0 %	31,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,0 %	43,4 %	44,7 %	48,4 %	50,0 %	47,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	25,6 %	28,3 %	25,8 %	30,0 %	32,1 %	31,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,4 %	9,2 %	8,3 %	8,1 %	4,9 %	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,2 %	9,2 %	12,1 %	14,1 %	9,9 %	12,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,3 %	63,8 %	59,1 %	57,6 %	67,3 %	67,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,6 %	14,5 %	16,7 %	15,5 %	11,7 %	15,0 %

[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 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**407**	**196**	**169**	**455**	**232**	**181**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	36,1 %	48,5 %	52,7 %	27,9 %	44,0 %	46,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,3 %	20,9 %	17,2 %	32,3 %	28,4 %	25,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	62,9 %	62,8 %	63,3 %	70,3 %	66,8 %	65,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	43,7 %	42,9 %	41,4 %	48,8 %	49,6 %	48,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,6 %	7,7 %	10,1 %	8,8 %	7,8 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,7 %	18,4 %	18,3 %	23,3 %	23,3 %	18,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,7 %	66,8 %	67,5 %	58,2 %	69,8 %	68,0 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	10,1 %	7,7 %	10,1 %	7,9 %	6,9 %	9,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**314**	**159**	**133**	**361**	**184**	**146**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	41,4 %	50,9 %	58,6 %	32,4 %	46,2 %	49,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	28,7 %	22,6 %	17,3 %	37,4 %	31,0 %	29,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	63,4 %	66,0 %	67,7 %	70,1 %	67,4 %	65,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	46,2 %	43,4 %	45,1 %	52,4 %	50,0 %	49,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,7 %	8,2 %	11,3 %	10,5 %	9,2 %	9,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,1 %	18,2 %	15,0 %	24,9 %	23,4 %	19,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,2 %	70,4 %	73,7 %	67,0 %	74,5 %	74,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,0 %	6,3 %	6,8 %	5,8 %	4,9 %	7,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**192**	**102**	**95**	**216**	**119**	**100**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	41,1 %	54,9 %	65,3 %	36,6 %	54,6 %	53,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	35,4 %	27,5 %	18,9 %	47,2 %	35,3 %	34,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	69,3 %	63,7 %	68,4 %	69,9 %	68,9 %	70,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	47,4 %	47,1 %	48,4 %	55,1 %	51,3 %	53,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,1 %	12,7 %	15,8 %	12,5 %	7,6 %	9,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,3 %	16,7 %	9,5 %	25,0 %	22,7 %	16,0 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,0 %	78,4 %	81,1 %	78,2 %	84,9 %	82,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	5,9 %	6,3 %	3,2 %	2,5 %	3,0 %

[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

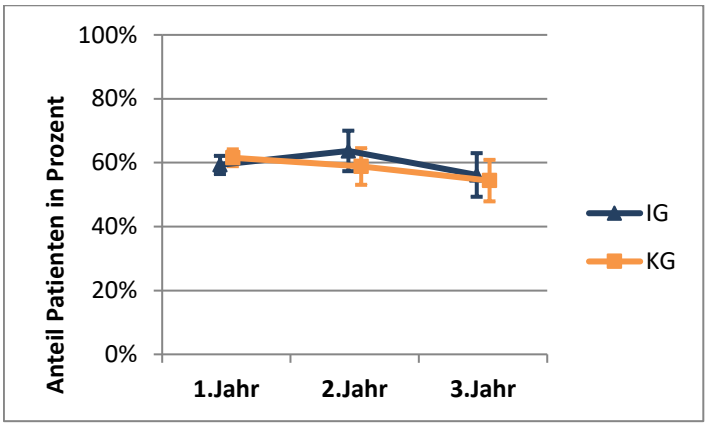
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

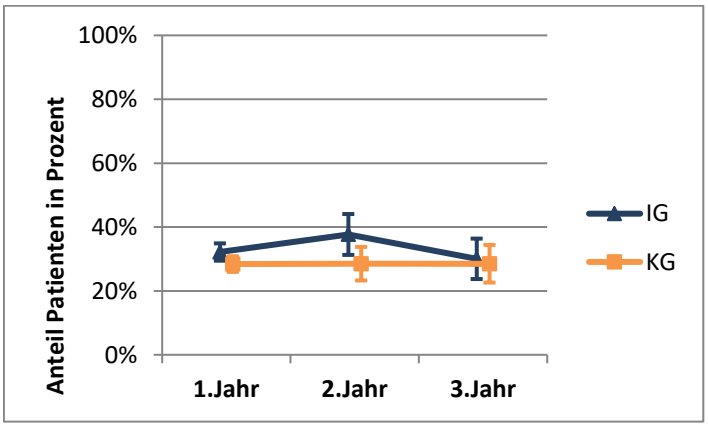
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



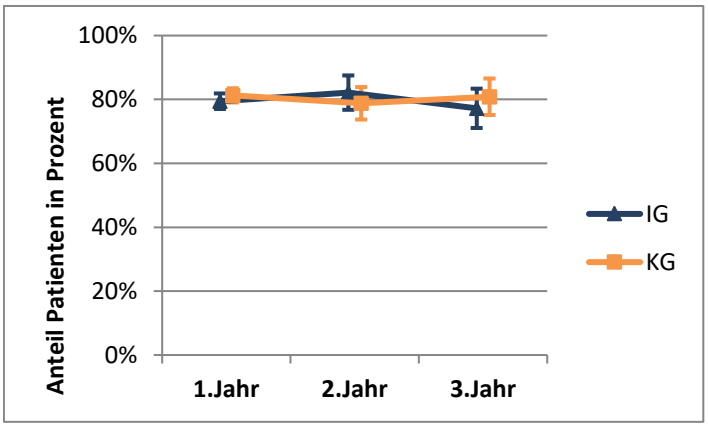
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



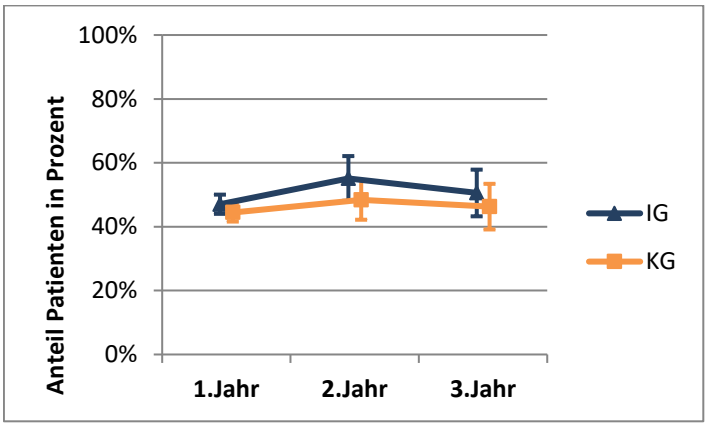
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



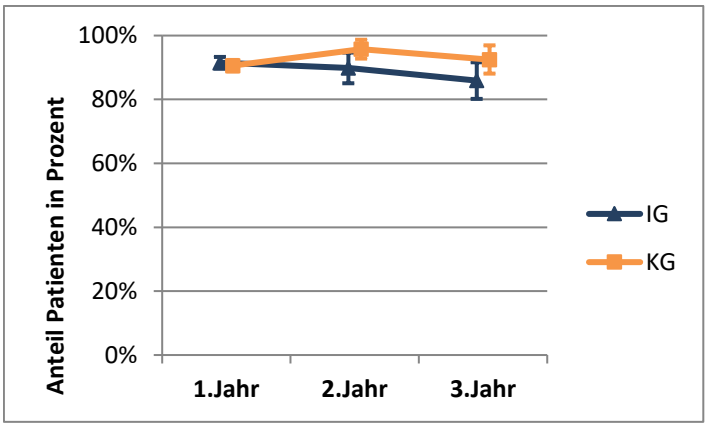
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



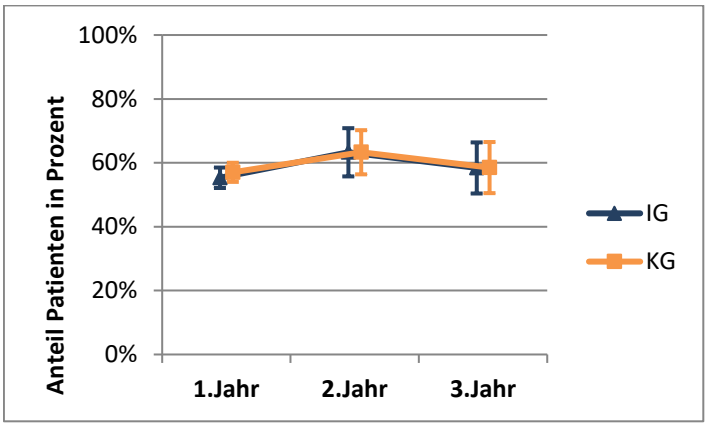
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



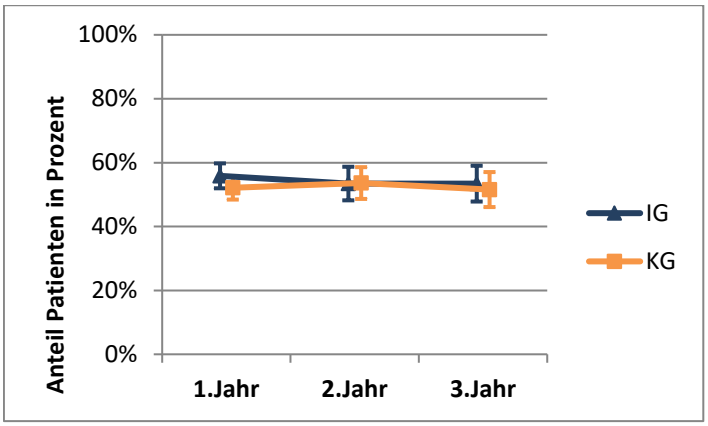
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

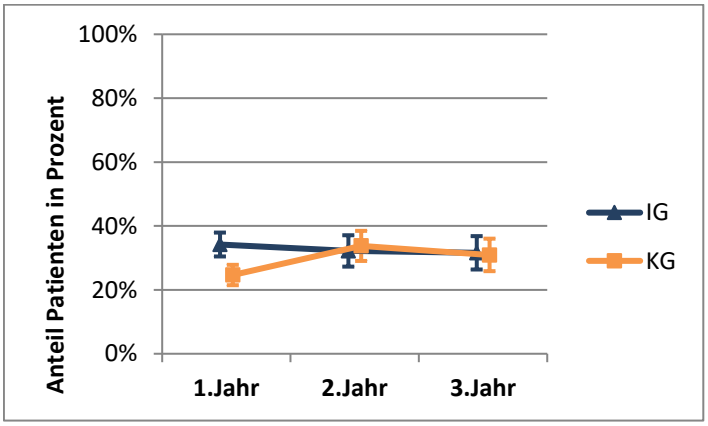
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



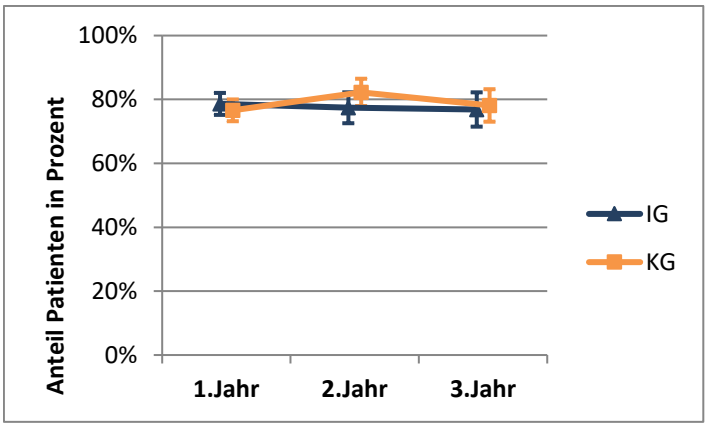
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



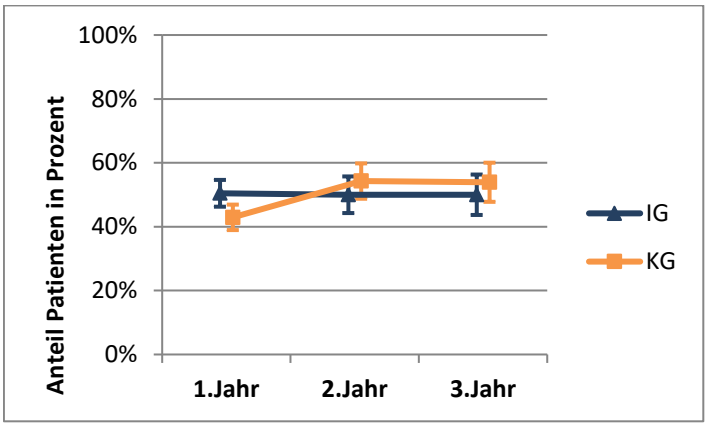
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



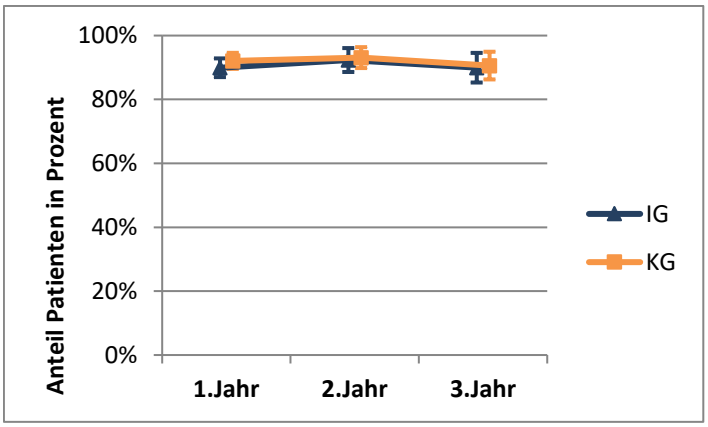
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



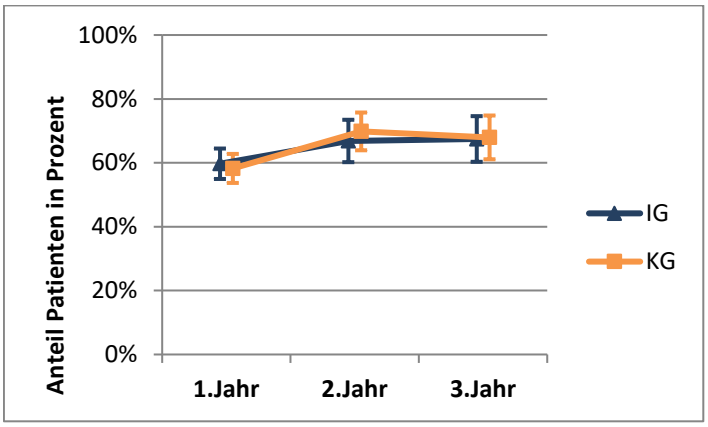
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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 klinikneuen erwachsenen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, war der **Anteil an Patienten** mit **keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) zwischen IG und KG vergleichbar. Die **Dauer der Kontaktabbrüche** war in der IG stets geringer als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich.

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	**1.678**	**1.678**	**1.676**	**1.676**	**1.678**	**1.678**	**1.676**	**1.676**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	67	668	102	809	67	668	102	809
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	19	248	28	296	19	247	28	295
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	100	13	123	<10	100	13	122
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	38	329	49	347	38	329	49	347
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	11	127	15	140	11	126	15	140
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	49	10	60	<10	49	10	59

* 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)	**1.678**	**1.678**	**1.676**	**1.676**	**1.678**	**1.678**	**1.676**	**1.676**
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)	35,8 %	27,7 %	24,5 %	28,7 %	26,9 %	24,3 %	18,6 %	24,5 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	28,9 %	23,4 %	16,3 %	23,1 %	18,4 %	18,5 %	14,3 %	18,2 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	0,0 %	10,9 %	14,3 %	9,1 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	5,1 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	0,0 %	7,1 %	13,3 %	5,7 %	0,0 %	3,2 %	0,0 %	2,1 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	0,0 %	3,0 %	0,0 %	4,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	0,0 %	2,0 %	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)	253,1	301,7	251,6	299,3	293,4	345,3	316,8	341,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	219,4	286,8	275,6	286,7	264,1	337,9	307,4	345,1
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	0,0	266,4	187,9	268,1	0,0	322,0	0,0	321,3
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	0,0	226,3	143,3	263,1	0,0	298,3	0,0	322,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	0,0	214,3	0,0	192,8	0,0	0,0	0,0	291,3
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	0,0	172,7	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 A [3]	**893**	**893**	**919**	**919**	**893**	**893**	**919**	**919**

• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient • Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	0,0 6,8	0,3 80,8	0,0 8,5	0,3 94,9	0,0 5,9	0,2 72,0	0,0 6,5	0,3 84,9
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B [4]	**404**	**404**	**378**	**378**	**404**	**404**	**378**	**378**
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient • Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	0,0 6,0	0,2 66,0	0,0 7,3	0,3 71,8	0,0 4,6	0,2 56,9	0,0 5,7	0,2 62,6

[1] Untersuchung jeweils ab stationärem Aufenthalt im Untersuchungszeitraum mit jeweils 2-jährigem Follow-up
[2] Unter Kontakt zum psychiatrisches Versorgungssystem werden Kontakte bei niedergelassenen Fachärzten (Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69) oder zur PIA oder im Krankenhaus mit Fachabteilung 29xx (Allgemeine Psychiatrie), 30xx (Kinder- und Jugendpsychiatrie) oder 31xx (Psychosomatik/Psychotherapie) definiert. Nicht berücksichtigt werden Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen sowie folgende EBMs: Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt
[3] mindestens Diagnostikkriterium erfüllt: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[4] Diagnostikkriterium und Dauerkriterium erfüllt: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

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

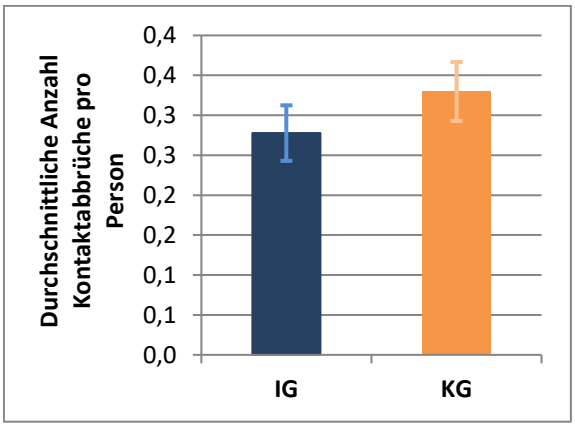
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

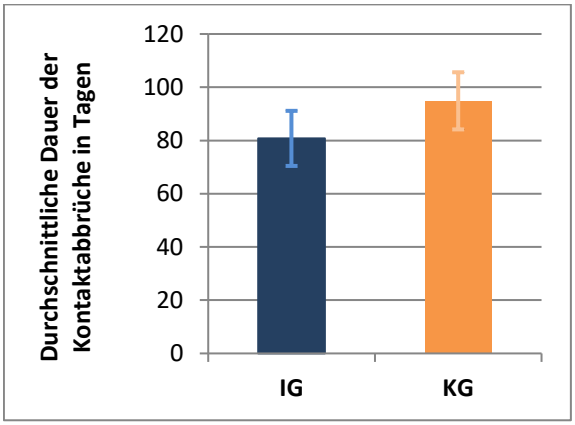
- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

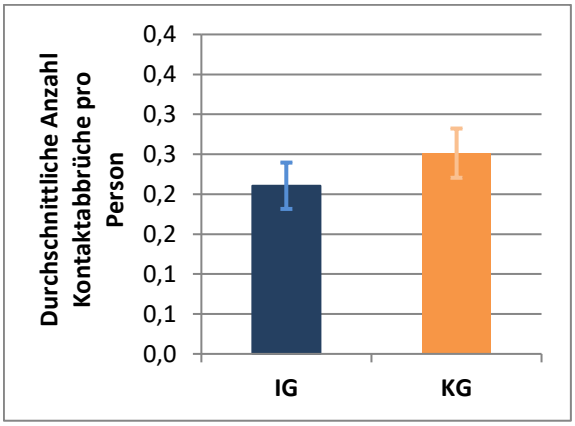
- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

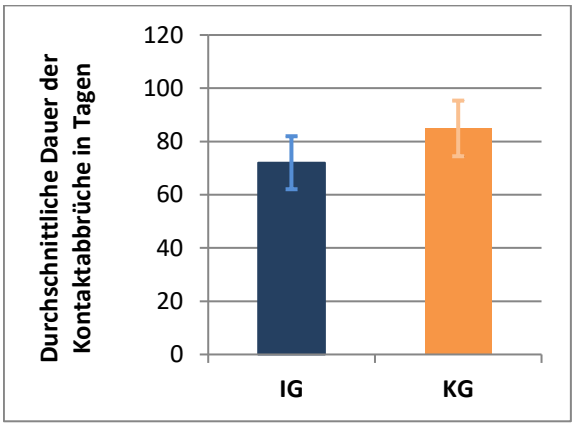


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	**>90 Tage**		**> 180 Tage**	
	Anzahl Kontaktabbrüche	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**	**Anzahl Kontaktabbrüche**	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**
Gruppe	-0,05 -0,10…0,00	-12,25 -27,07…2,57	-0,04 -0,08…0,01	-11,10 -25,46…3,26

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

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

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Nur wenige erwachsene Patienten wechselten mehr als einmal den Arzt bzw. das Krankenhaus (**Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping**). Dies war in der IG und der KG bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten der Fall. Der Anteil der Patienten mit einem Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping war jeweils im ersten Jahr nach Referenzfall am größten und in der IG stets etwas geringer als in der KG; blieb aber stets niedrig, 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)	**571**	**571**	**571**	**571**	**571**	**561**	**561**	**561**	**561**	**561**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**552**	**554**	**523**	**496**	**484**	**534**	**544**	**523**	**498**	**488**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei										
• Drei (A)	0,9%	2,1%	0,7%	0,9%	0,9%	1,4%	2,5%	2,1%	1,4%	0,7%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,4%	0,5%	0,0%	0,2%	0,9%	0,5%	0,4%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,4%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,2%	0,2%	0,0%

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

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)	**778**	**778**	**778**	**778**	**778**	**780**	**780**	**780**	**780**	**780**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**711**	**731**	**686**	**664**	**636**	**725**	**743**	**708**	**688**	**680**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei										
• Drei (A)	0,8%	1,4%	0,4%	0,4%	0,6%	1,3%	1,9%	0,9%	0,9%	0,6%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,4%	0,1%	0,1%	0,6%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,4%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%

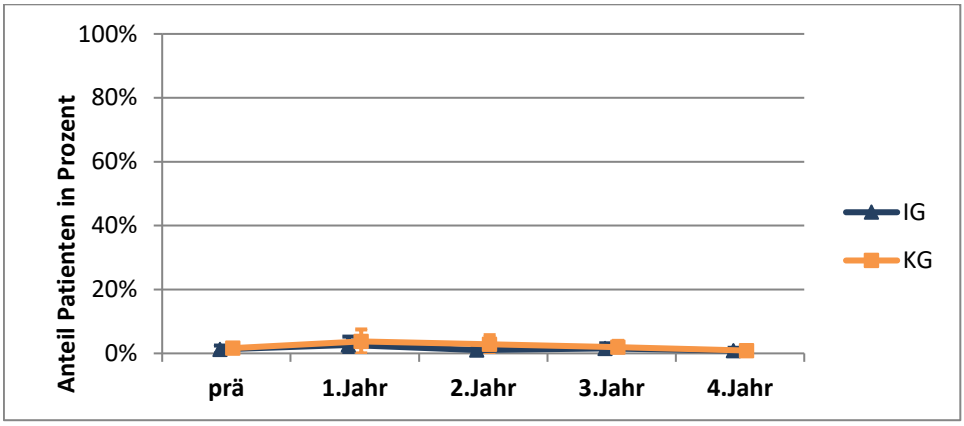
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

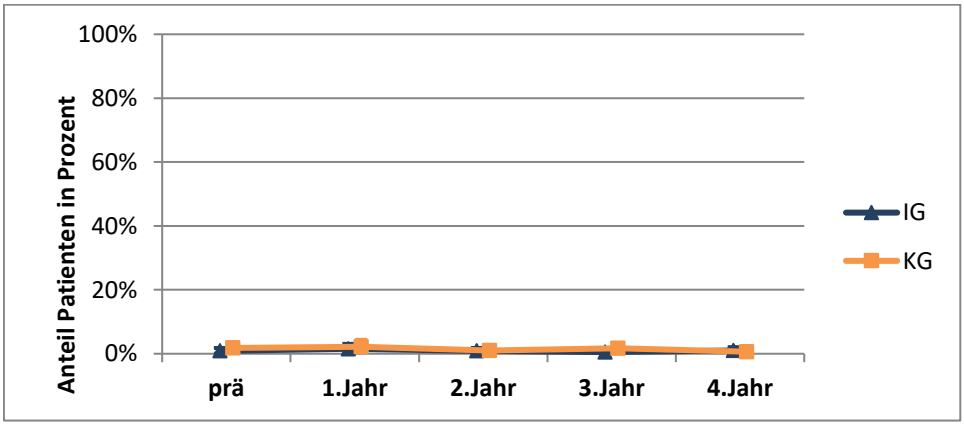


Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**2.459**	**2.459**	**2.459**	**2.459**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**2.337**	**2.345**	**2.347**	**2.377**
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%	1,9%	1,5%	3,1%
• Vier (B)	0,2%	0,4%	0,1%	0,6%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,3%	0,0%	0,6%

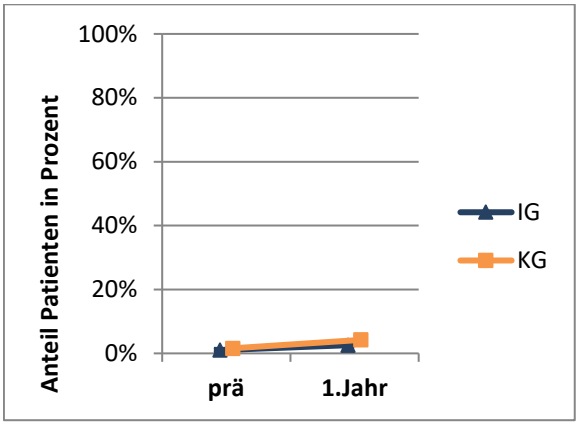
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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)	**1.800**	**1.800**	**1.800**	**1.793**	**1.793**	**1.793**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**1.720**	**1.720**	**1.635**	**1.709**	**1.726**	**1.653**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei						
• Drei (A)	0,5%	1,7%	0,6%	1,2%	3,0%	1,3%
• Vier (B)	0,2%	0,4%	0,2%	0,1%	0,5%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%	0,6%	0,1%

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

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Klinikneue Patienten

[kf]

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**1.176**	**1.176**	**1.176**	**1.176**	**1.168**	**1.168**	**1.168**	**1.168**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**1.121**	**1.126**	**1.071**	**1.024**	**1.116**	**1.125**	**1.086**	**1.042**
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%	1,7%	0,6%	0,9%	1,3%	2,9%	1,9%	1,3%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,8%	0,4%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,4%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%	0,2%	0,1%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**858**	**858**	**858**	**858**	**867**	**867**	**867**	**867**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**789**	**809**	**759**	**732**	**807**	**828**	**786**	**758**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei								
• Drei (A)	0,9%	1,4%	0,3%	0,3%	1,4%	1,8%	0,8%	0,9%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,3%	0,2%	0,6%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%

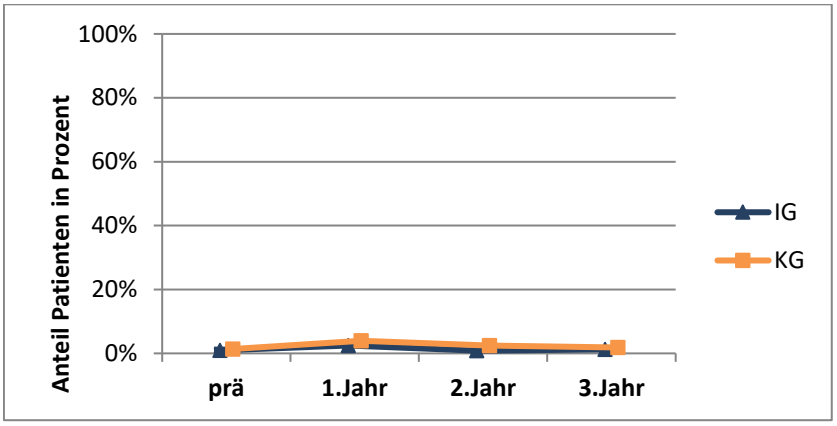
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

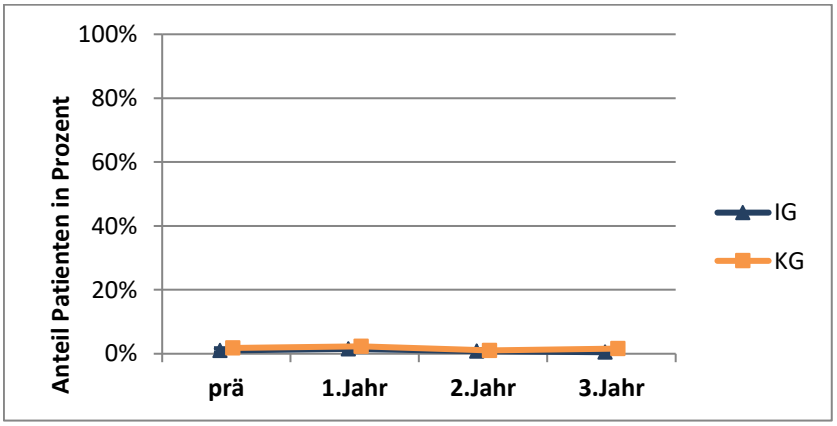
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

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

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 erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigte sich bei den klinikneuen Patienten eine zwischen IG und KG stets vergleichbare Anzahl an **AU-Episoden** mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Auch bei den klinikbekannten Patienten war der Verlauf an AU-Episoden zwischen beiden Gruppen vergleichbar.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** war bei den klinikneuen Patienten im Jahr vor Referenzfall zunächst zwischen IG und KG vergleichbar, sank im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG unter den AU-Tagen der KG, stieg aber dann in der IG in den folgenden Jahren über den Werten der KG (prä: +0,3; 1. Jahr: -2,2; 2. Jahr: +5,6; 3. Jahr: +10,5; 4. Jahr: +3,3 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschied zwischen beiden Gruppen im Vergleich mit den AU-Tagen im Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

In IG und KG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) jeweils weniger AU-Tage als die älteren Patienten (außer KG, 2. Jahr Referenzfall) (siehe Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten war jedoch die Anzahl an AU-Tagen in der IG stets größer und bei den jüngeren Patienten in der IG meist geringer als in der KG (Ausnahme 3. Jahr nach Referenzfall). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns),

F70-79 (Intelligenzstörung) und F45 (somatoforme Störungen) auf (wobei alle drei genannten nur sehr wenige Fälle betrafen), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall Personen mit den Referenzdiagnosen F45 (somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) 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 297 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG zu erkennen (+12,9 AU-Tage). Dieser Unterschied vergrößerte sich etwas im Jahr nach Referenzfall, verringerte sich aber in den folgenden Jahren und blieb in der IG stets größer im Vergleich zur KG (1. Jahr: +13,0; 2. Jahr: +4,9; 3. Jahr: +2,6; 4. Jahr: +4,0 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren nicht zu verzeichnen.

Die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG verzeichneten etwas weniger AU-Tage als die älteren Patienten (außer im Jahr nach Referenzfall) (siehe Kapitel 14.2). In der KG war die Anzahl an AU-Tagen im Jahr vor und im zweiten Jahr nach Referenzfall geringer und ansonsten größer als bei den älteren Patienten. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen), F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F30-39 (affektive Störungen) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen) und F50 (Essstörungen) aufwiesen (wobei die beiden letztgenannten nur sehr wenige Fälle betrafen). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 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 (IG: +0,7; KG: +0,6 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG weniger stark als in der KG an (IG: +52,6 AU-Tage; KG: +64,5 AU-Tage).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG vergleichbar mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Der Vergleich vom Jahr vor zum zweiten Jahr nach Referenzfall zeigte einen signifikant höheren Anstieg der Anzahl an AU-Episoden in der IG im Vergleich zur KG (DiD = 0,2). Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** war im Jahr vor und im Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG und im zweiten Jahr nach Referenzfall größer. Der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer; das Absinken zum zweiten Jahr nach Referenzfall war jedoch auch weniger stark. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** klinikneuer und klinikbekannter Patienten zwischen den Gruppen vergleichbar Verläufe erkennbar. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wieder. Bei den klinikneuen Patienten war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dieser war in der IG niedriger als in der KG. Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall waren die AU-Tage in der IG größer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl der AU-Tage bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG höher als in der KG. Dieser Unterschied vergrößerte sich im ersten Jahr nach Referenzfall und verringerte sich in den folgenden patientenindividuellen Jahren, blieb aber in der IG über den Werten der KG.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**366**	**366**	**364**	**361**	**359**	**337**	**337**	**335**	**332**	**326**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,3	0,5	0,5	0,4	0,7	1,3	0,6	0,6	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	29,0	87,5	35,4	30,2	21,7	28,7	89,6	29,8	19,7	18,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	19,4%	18,3%	9,3%	8,0%	5,8%	26,1%	16,3%	6,6%	6,6%	4,3%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,0	0,9	0,2	1,0	0,3	0,7	0,2	0,2	0,1	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	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)	**352**	**352**	**349**	**344**	**342**	**382**	**382**	**379**	**376**	**373**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,0	1,2	0,9	0,8	0,7	1,0	1,1	0,8	0,8	0,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	50,5	57,2	32,0	28,2	25,0	37,6	44,3	27,1	25,6	21,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,6%	12,2%	8,6%	7,8%	7,9%	12,3%	6,5%	7,1%	5,6%	3,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,2	0,6	1,6	1,3	1,4	1,3	0,4	0,6	0,2	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,6%	0,3%	0,6%	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 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

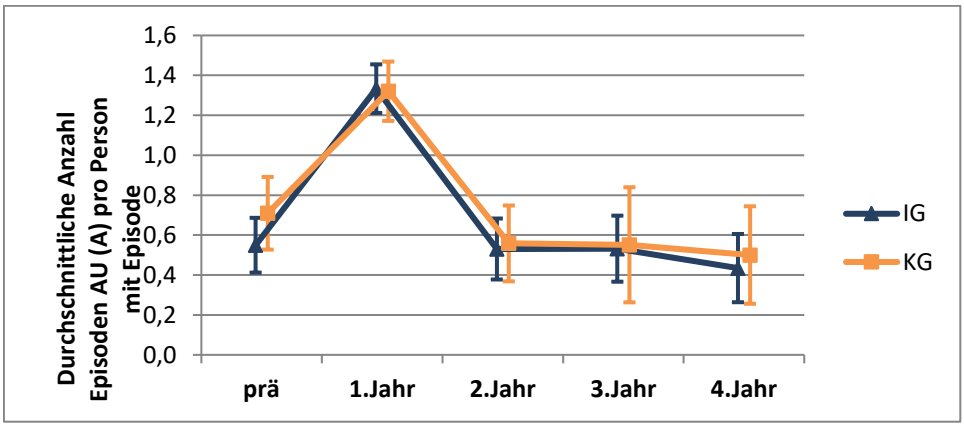
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

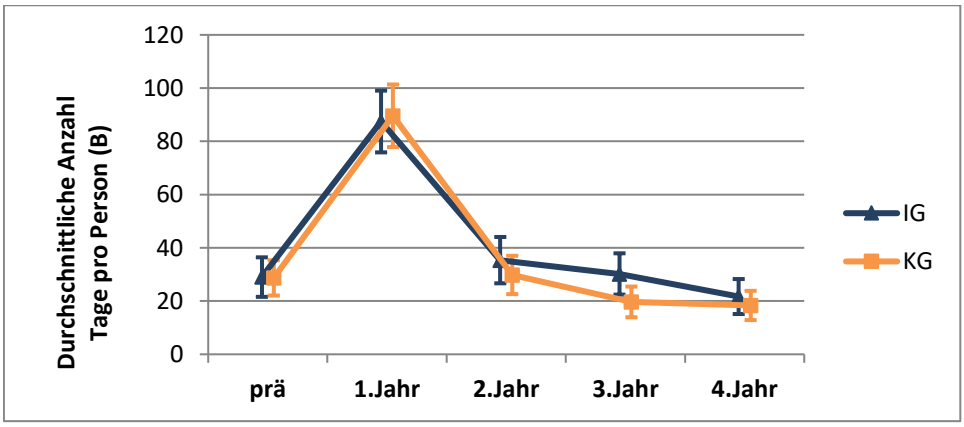
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

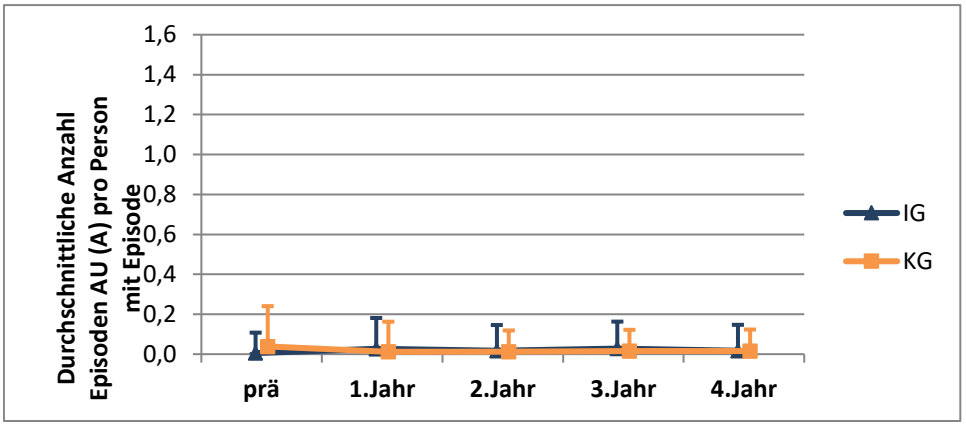


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

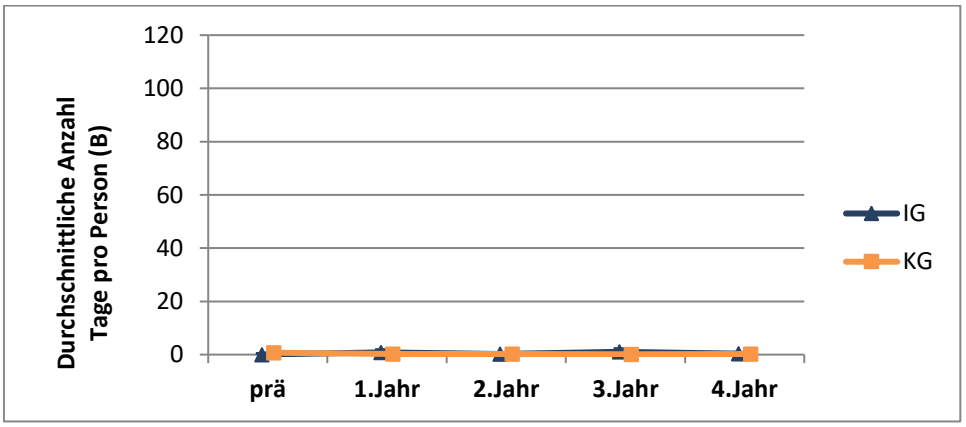


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



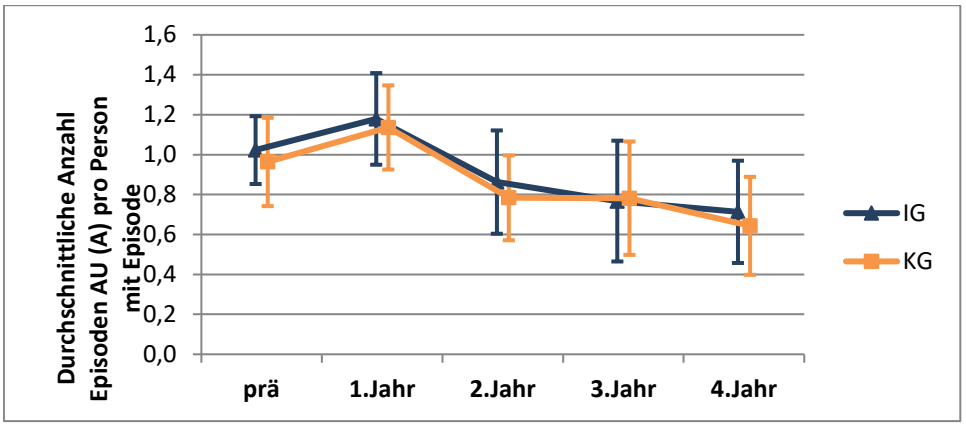
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

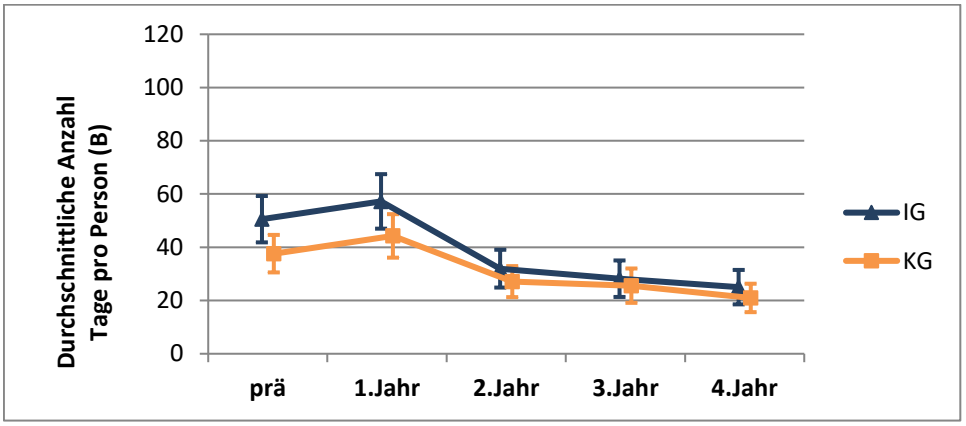
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

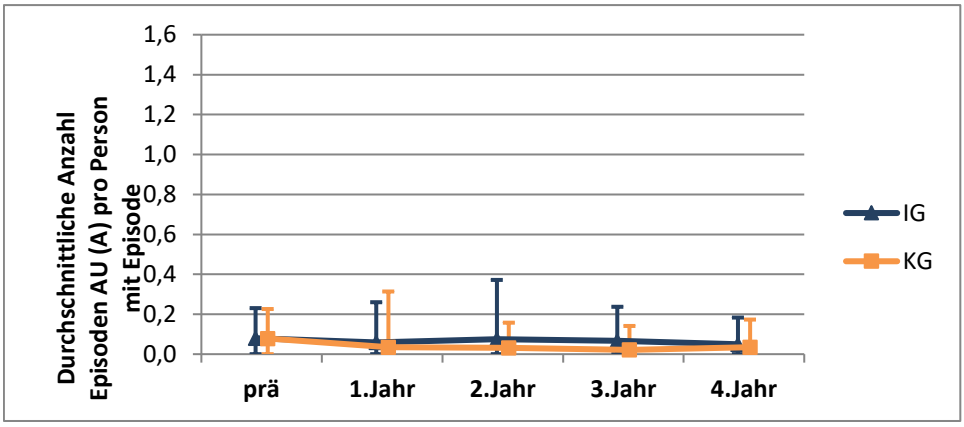


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

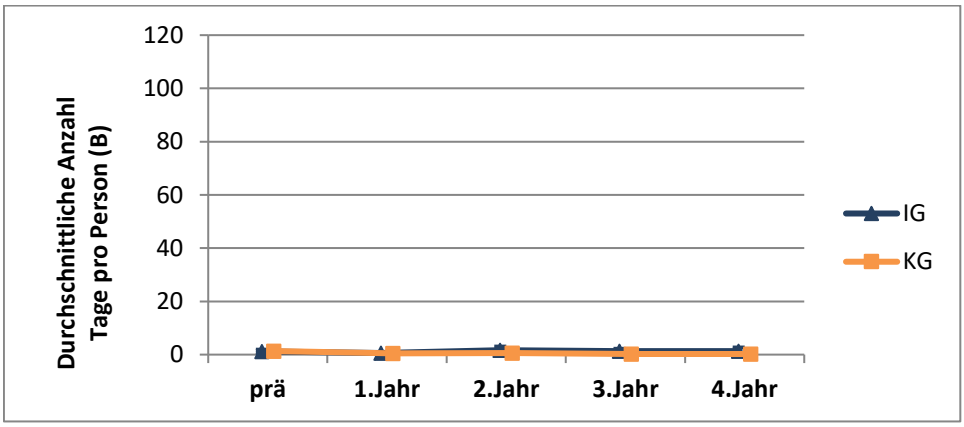


Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,17 -0,04…0,39	-2,46 -17,89…12,96
DID Jahr 2	0,13 -0,08…0,34	5,23 -10,19…20,66
DID Jahr 3	0,14 -0,07…0,36	10,07 -5,35…25,50
DID Jahr 4	0,10 -0,11…0,31	3,22 -12,20…18,64
DID Jahr 1-4	—	4,01 -8,84…16,87

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,02 -0,30…0,27	0,01 -13,83…13,86
DID Jahr 2	0,02 -0,27…0,30	-8,14 -21,98…5,70
DID Jahr 3	-0,08 -0,36…0,21	-10,56 -24,41…3,27
DID Jahr 4	0,01 -0,28…0,29	-9,12 -22,96…4,72
DID Jahr 1-4	—	-6,95 -18,00…4,10

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)	**1.639**	**1.639**	**1.611**	**1.611**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,2	0,6	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	27,2	79,8	28,7	93,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	19,5%	16,8%	26,5%	13,7%
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)	0,2	0,7	0,3	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%

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

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

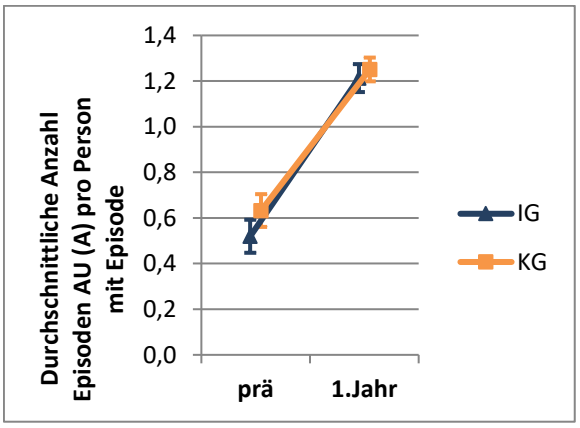
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

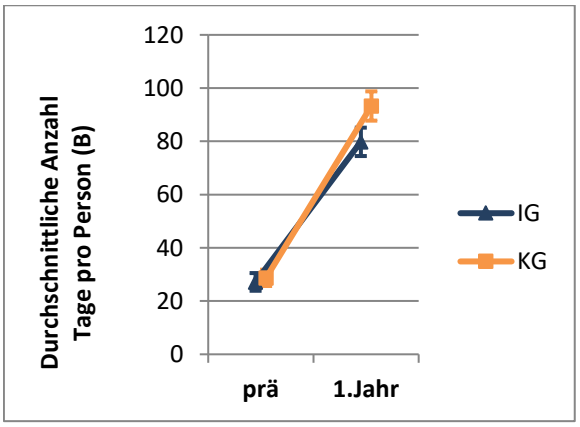
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

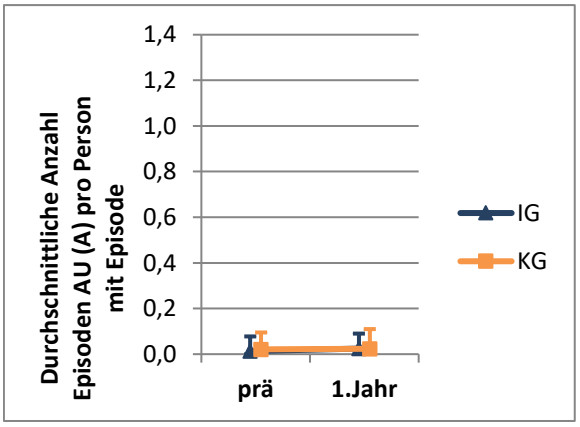


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

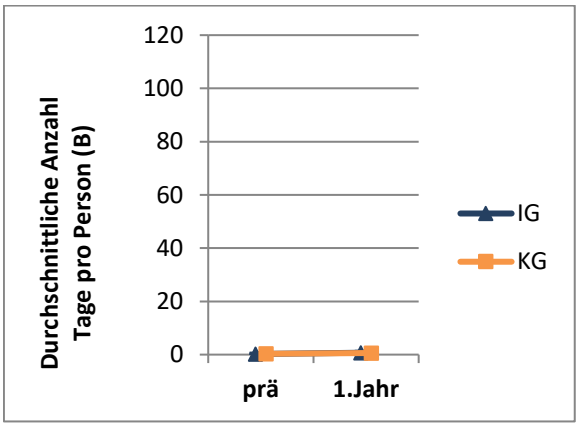


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**1.185**	**1.185**	**1.175**	**1.157**	**1.157**	**1.150**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,3	0,5	0,6	1,3	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	27,9	85,7	35,9	28,8	94,6	27,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	19,2%	18,6%	9,1%	26,1%	14,5%	6,1%
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)	0,2	0,6	0,6	0,3	0,5	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	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.

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

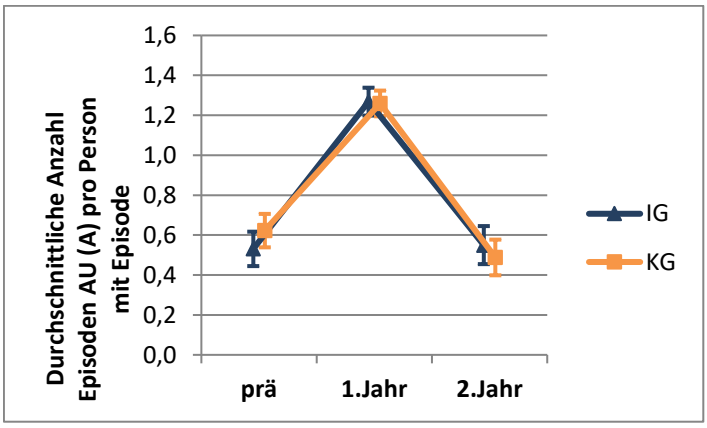
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

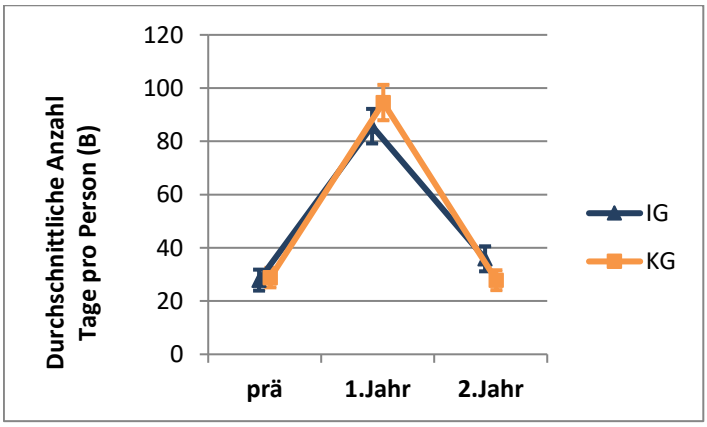
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

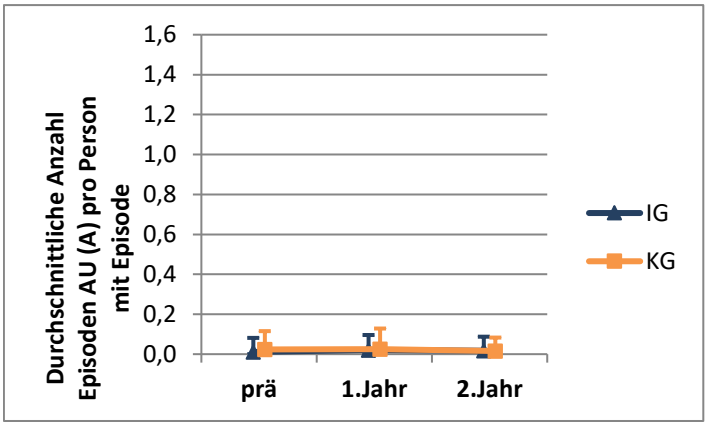


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

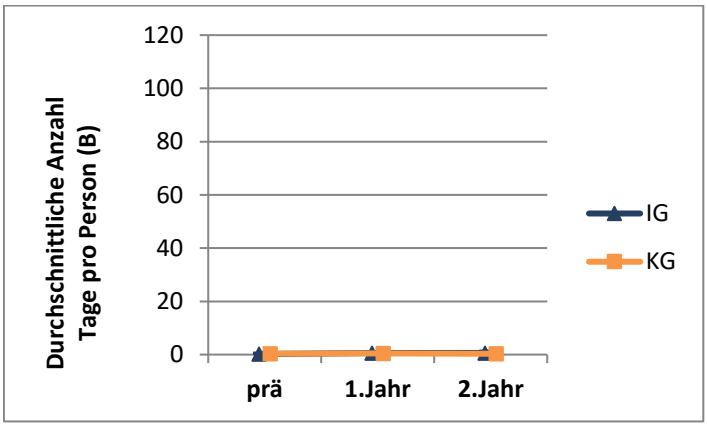


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,10 0,00…0,21	-8,06 -17,20…1,07
DID Jahr 2	0,15** 0,05…0,26	8,94 -0,19…18,08

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)	**773**	**773**	**767**	**761**	**737**	**737**	**733**	**728**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,3	0,6	0,5	0,6	1,3	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	28,4	87,6	38,4	26,5	30,6	91,5	30,6	17,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	19,4%	19,7%	9,3%	7,1%	26,2%	15,2%	6,7%	4,7%
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)	0,1	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5	0,3	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%

[1] Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich 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)	**396**	**396**	**393**	**388**	**421**	**421**	**417**	**414**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,0	1,2	0,9	0,8	1,0	1,2	0,8	0,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	48,5	59,4	31,0	26,8	36,5	45,1	27,9	26,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	18,2%	12,9%	8,4%	7,5%	12,4%	7,1%	7,2%	5,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,5	1,0	1,8	1,3	1,9	1,0	0,9	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,8%	0,3%	0,2%	0,2%	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 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

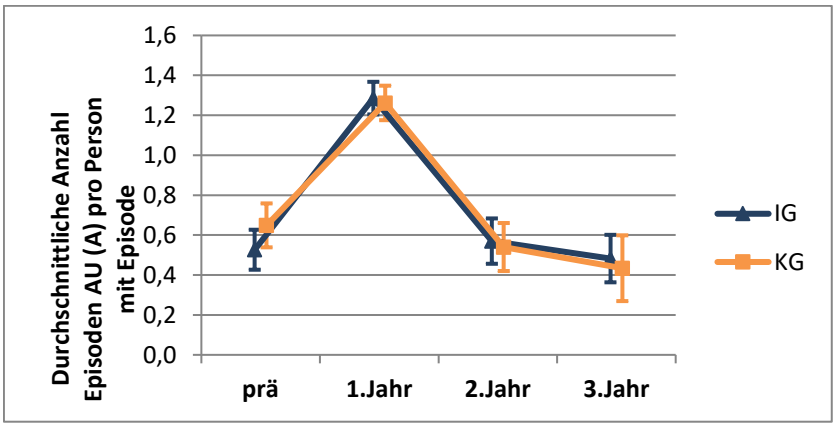
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

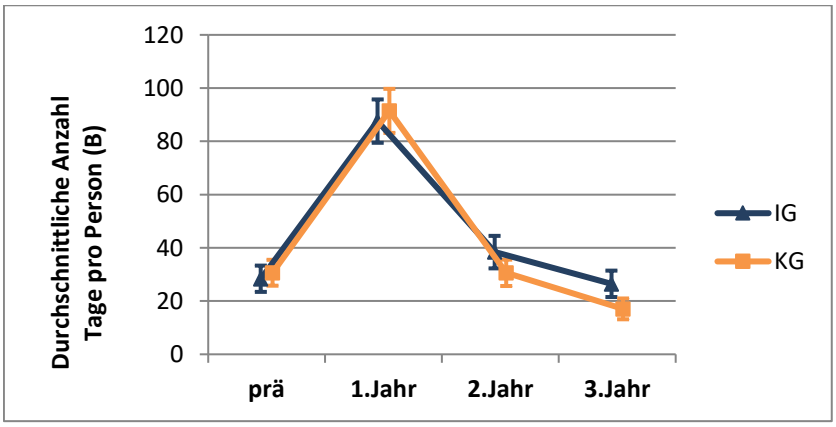
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

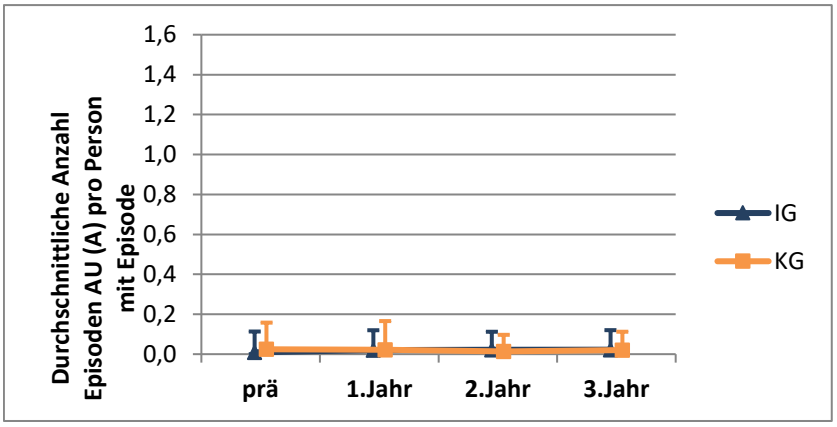


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

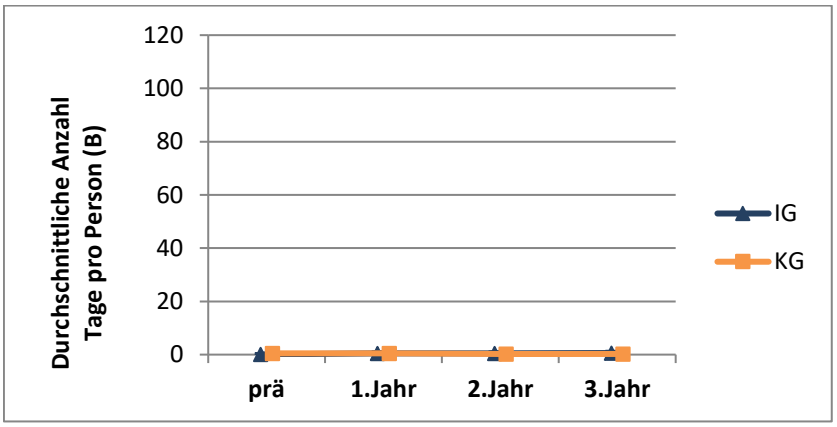


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



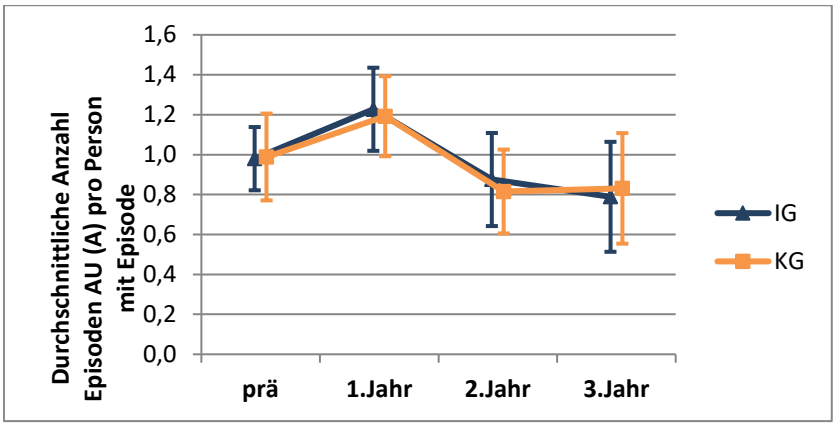
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

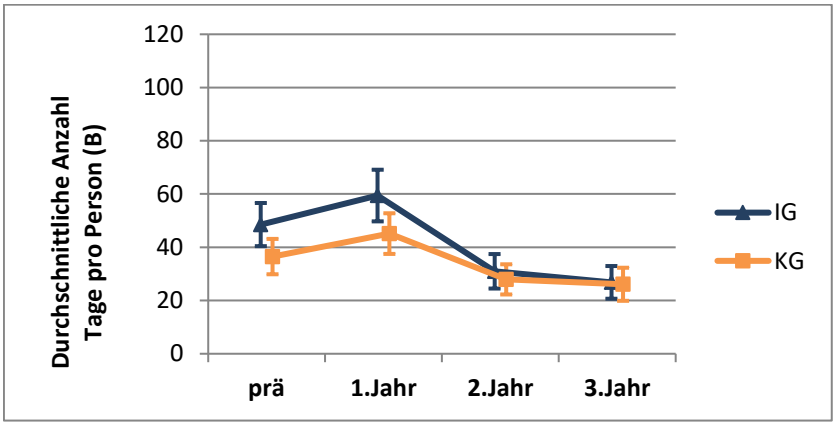
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

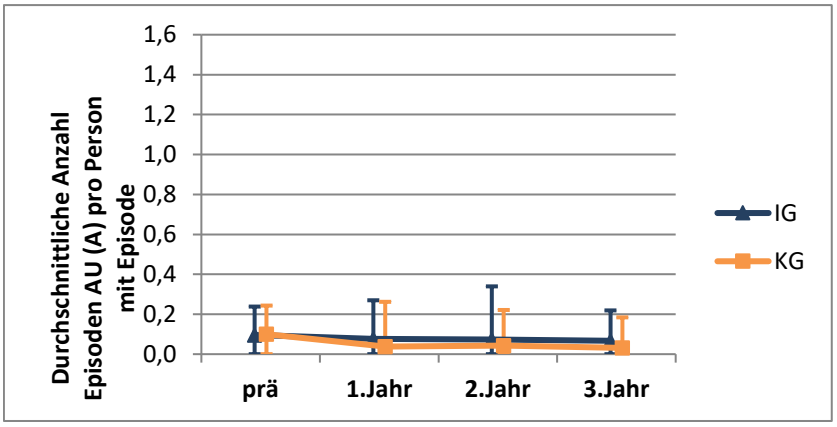


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

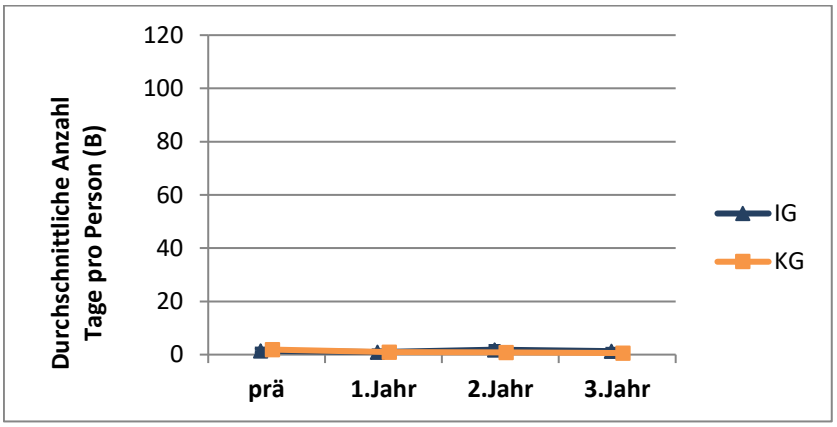


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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 klinikneuen erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil an Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (IG: 29,7 %; KG: 26,7 %). Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung** war um 5,8 Tage in der IG größer als in der KG (IG: 116,7 Tage; KG: 110,9 Tage).

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 aufweisen[1] (alle)	**1.329**	**1.602**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	29,7%	26,7%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	116,7	110,9
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**663**	**860**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	15,5%	16,2%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	110,9	110,3
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**336**	**379**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	8,1%	7,5%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	106,7	108,1

[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)

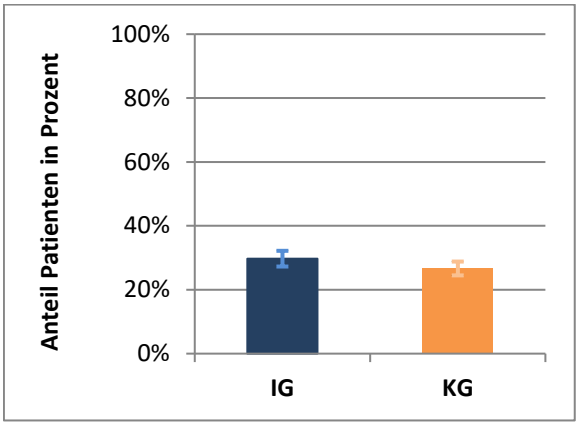
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)

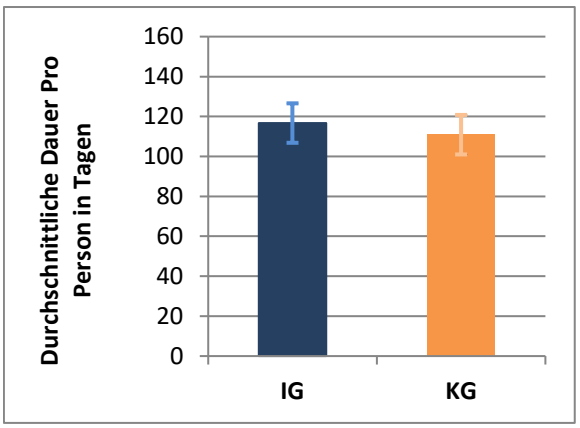


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	**Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme**
Gruppe	1,18* 1,00…1,39	2,68 -11,44…16,80

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

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

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

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	**571**	**571**	**545**	**530**	**517**	**561**	**561**	**539**	**524**	**505**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,7	3,0	3,0	3,0	3,1	3,8	3,3	3,2	3,2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	**778**	**778**	**743**	**719**	**693**	**780**	**780**	**753**	**727**	**712**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,9	4,0	3,8	3,9	3,8	3,7	3,9	3,8	3,9	3,9

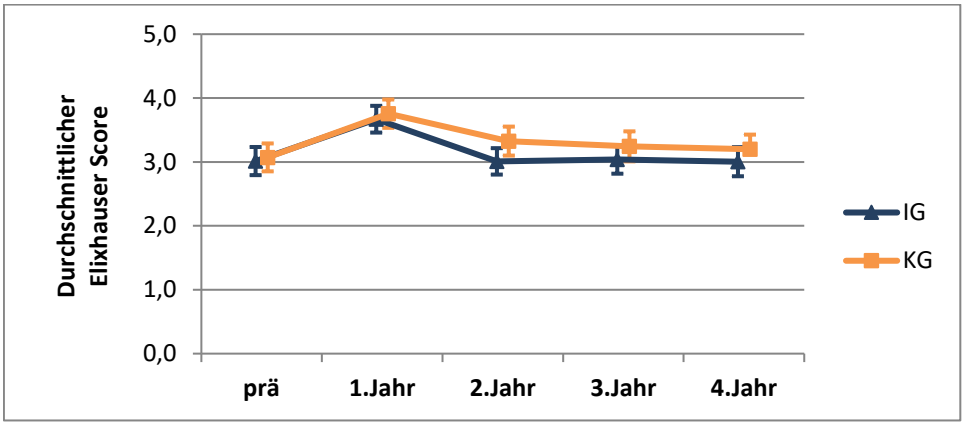
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

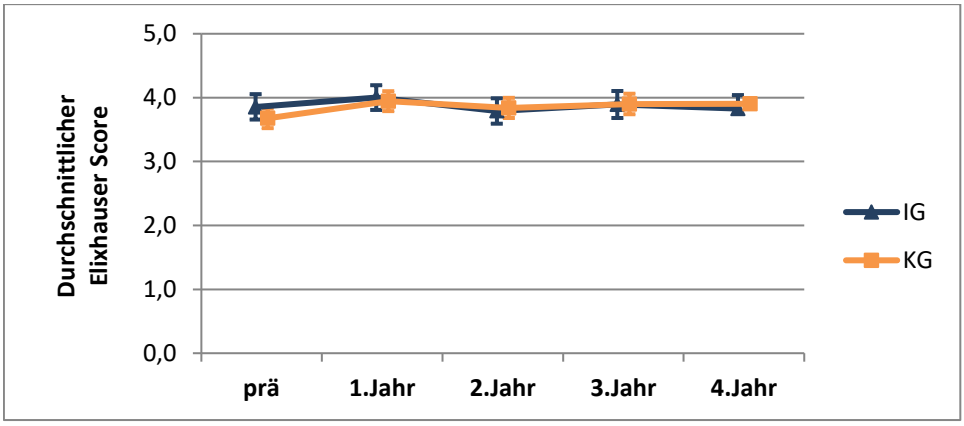


Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,03 -0,43…0,37
DID Jahr 2	-0,27 -0,67…0,13
DID Jahr 3	-0,15 -0,55…0,25
DID Jahr 4	-0,10 -0,50…0,30

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,12 -0,49…0,25
DID Jahr 2	-0,27 -0,63…0,10
DID Jahr 3	-0,22 -0,59…0,15
DID Jahr 4	-0,33 -0,70…0,04

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)	**2.459**	**2.459**	**2.459**	**2.459**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,6	2,9	3,6

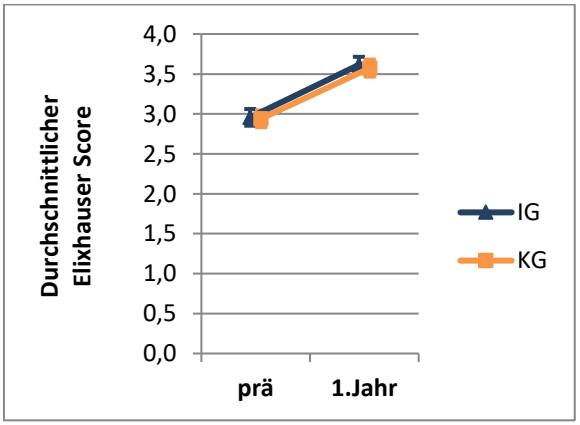
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Personen (n)	**1.800**	**1.800**	**1.724**	**1.793**	**1.793**	**1.722**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,7	3,1	3,0	3,6	3,1

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

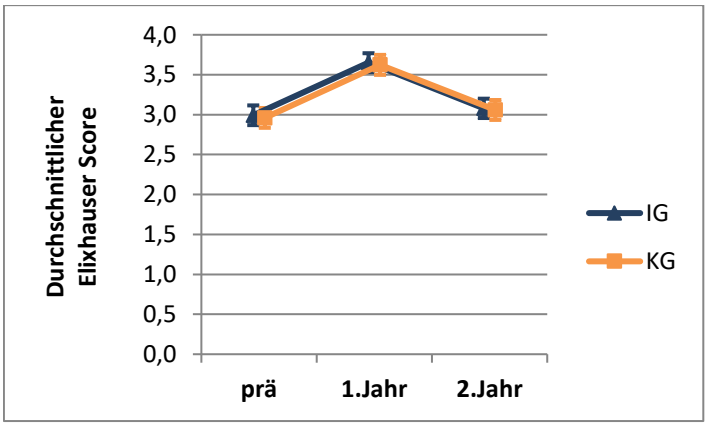


Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,00 -0,21…0,21
DID Jahr 2	-0,02 -0,23…0,19

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	**1.176**	**1.176**	**1.126**	**1.100**	**1.168**	**1.168**	**1.120**	**1.091**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,7	3,1	3,0	3,0	3,6	3,1	3,1

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	**858**	**858**	**819**	**791**	**867**	**867**	**833**	**803**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,9	4,0	3,8	3,9	3,7	4,0	3,9	3,9

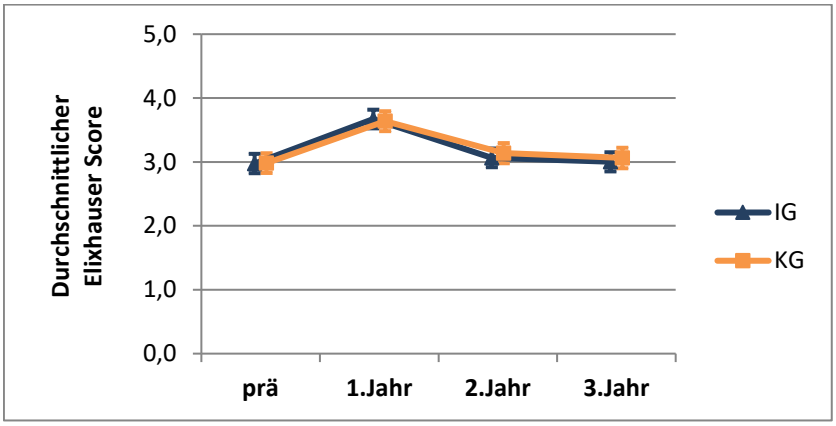
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

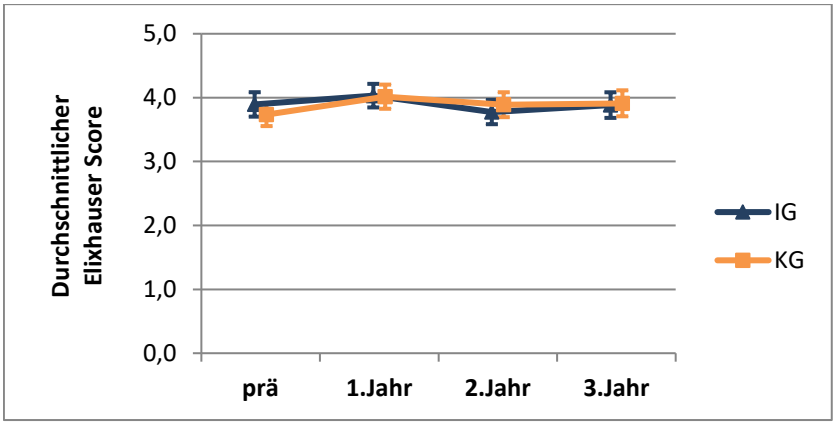


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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 sind.

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 erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), in der IG bei den klinikneuen Patienten etwas geringer (-1,1 %-Punkte) und bei den klinikbekannten Patienten etwas höher (+2,0 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant.

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

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war die -Jahres-Mortalität klinikneuer Patienten zwischen IG und KG erneut vergleichbar. Die 2-Jahres-Mortalität war bei den klinikbekannten Patienten der IG etwas größer als in der KG (+1,5 %-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)	**571**	**561**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	11,6 %	12,7 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**778**	**780**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	13,2 %	11,3 %

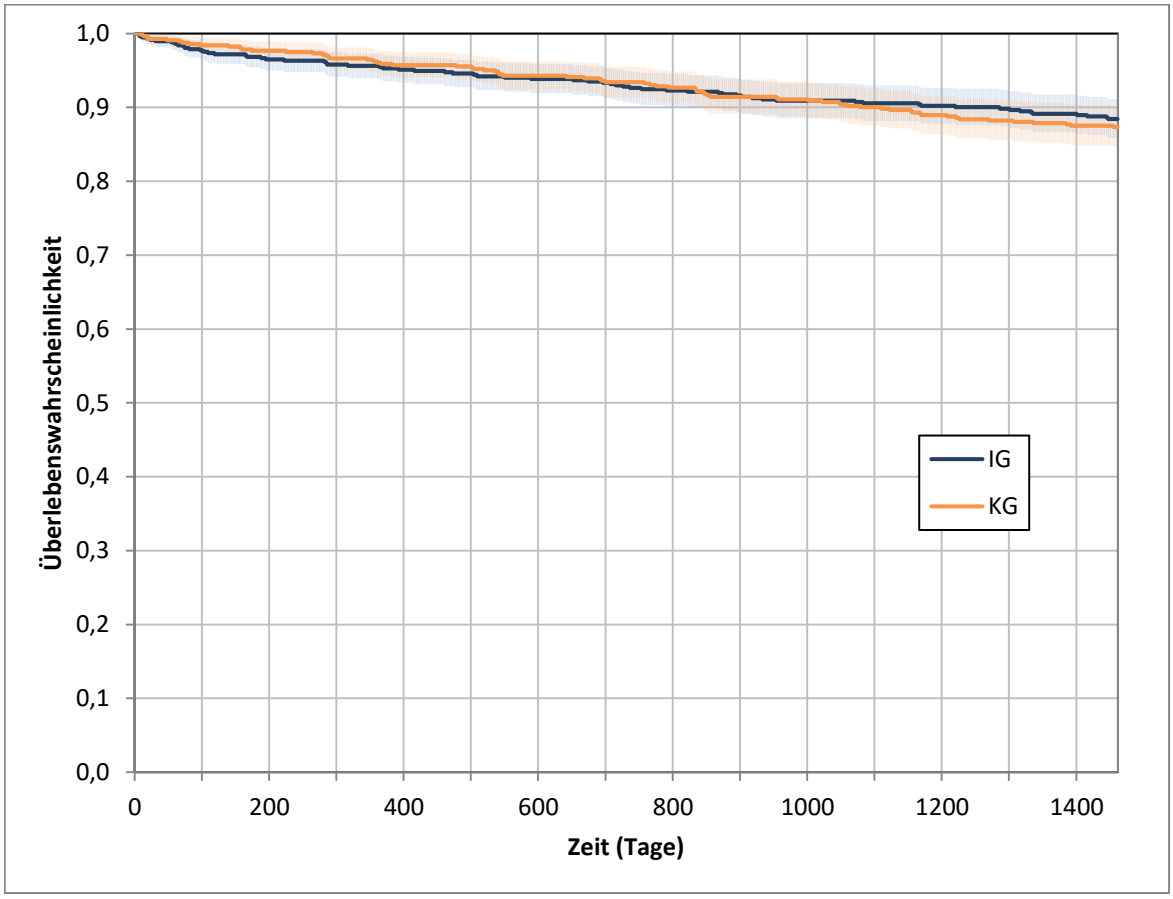
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

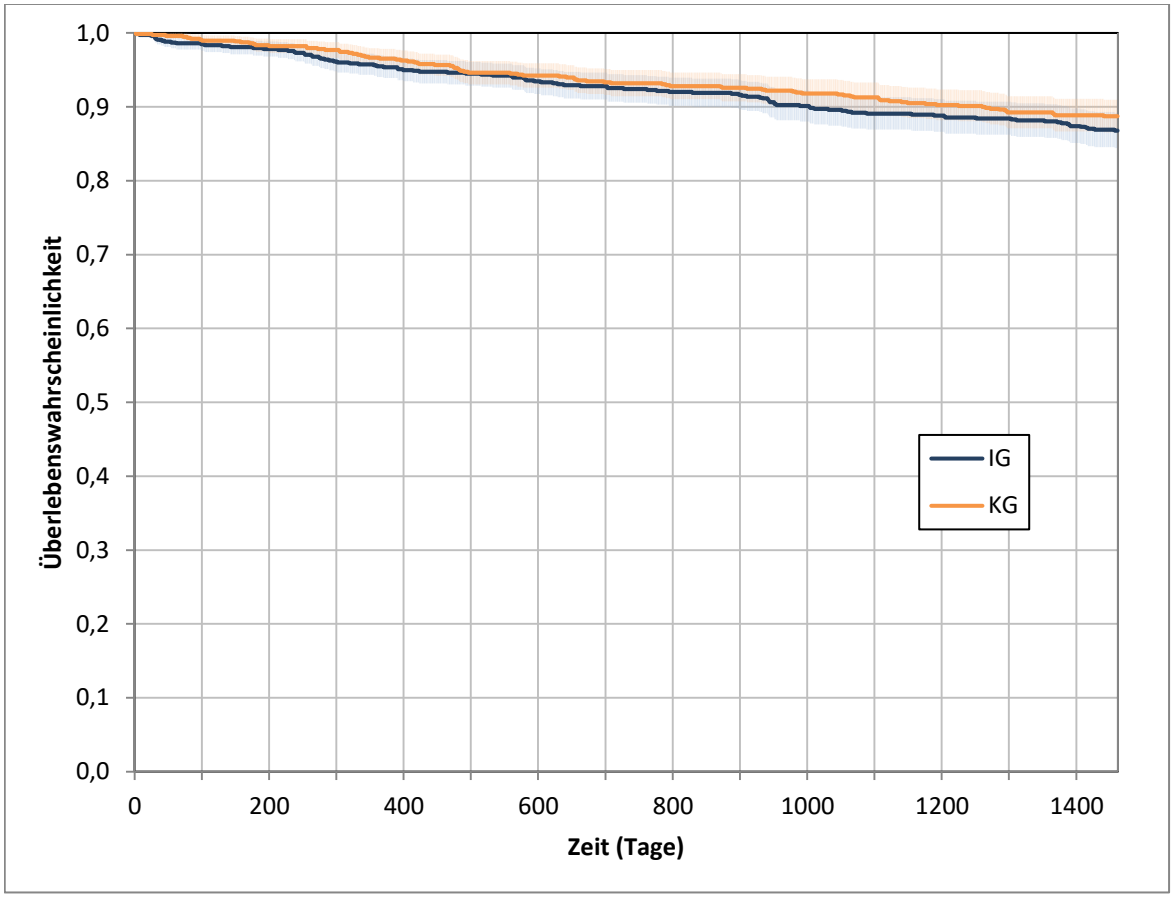


Tabelle 52: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,05 0,74…1,50

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,08 0,81…1,43

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)	**2.459**	**2.459**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	4,3 %	3,5 %

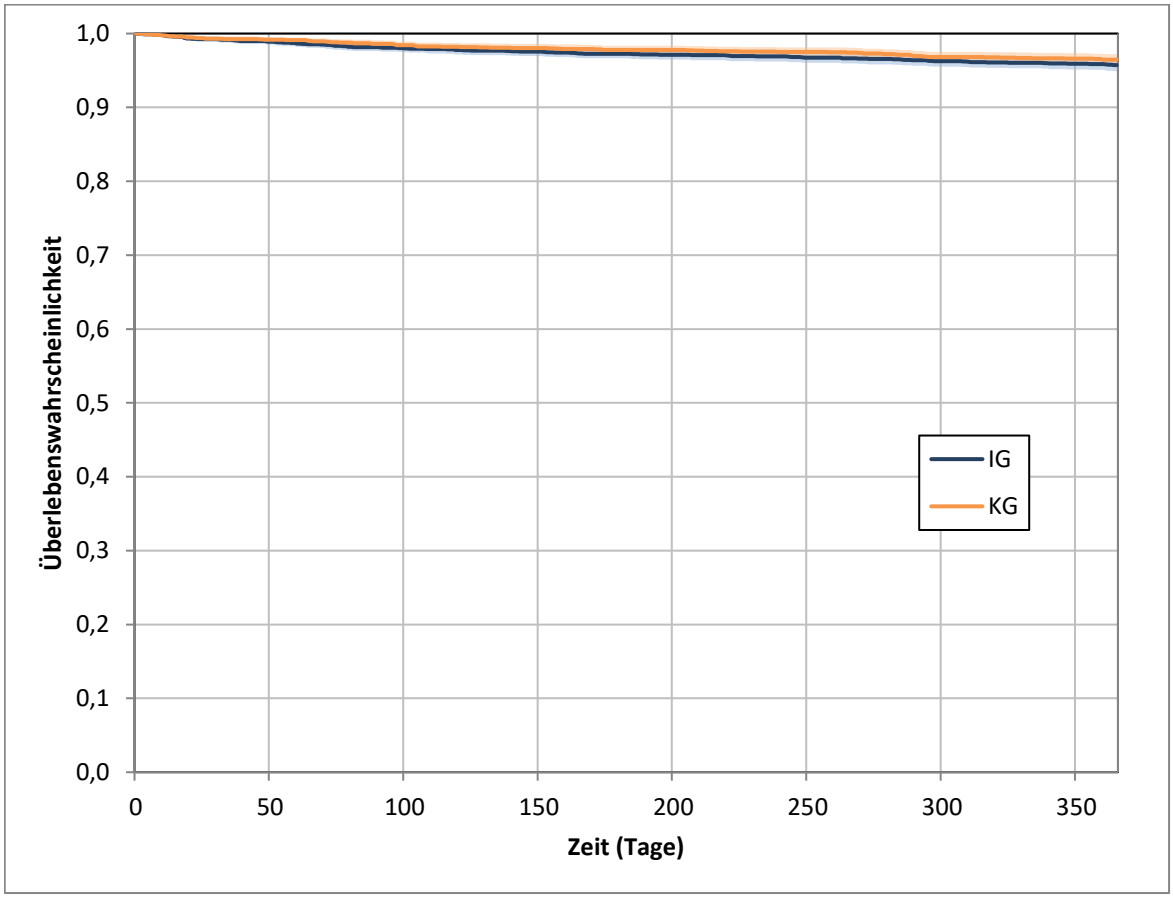
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	**1.800**	**1.793**
• Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	6,9 %	6,5 %

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit

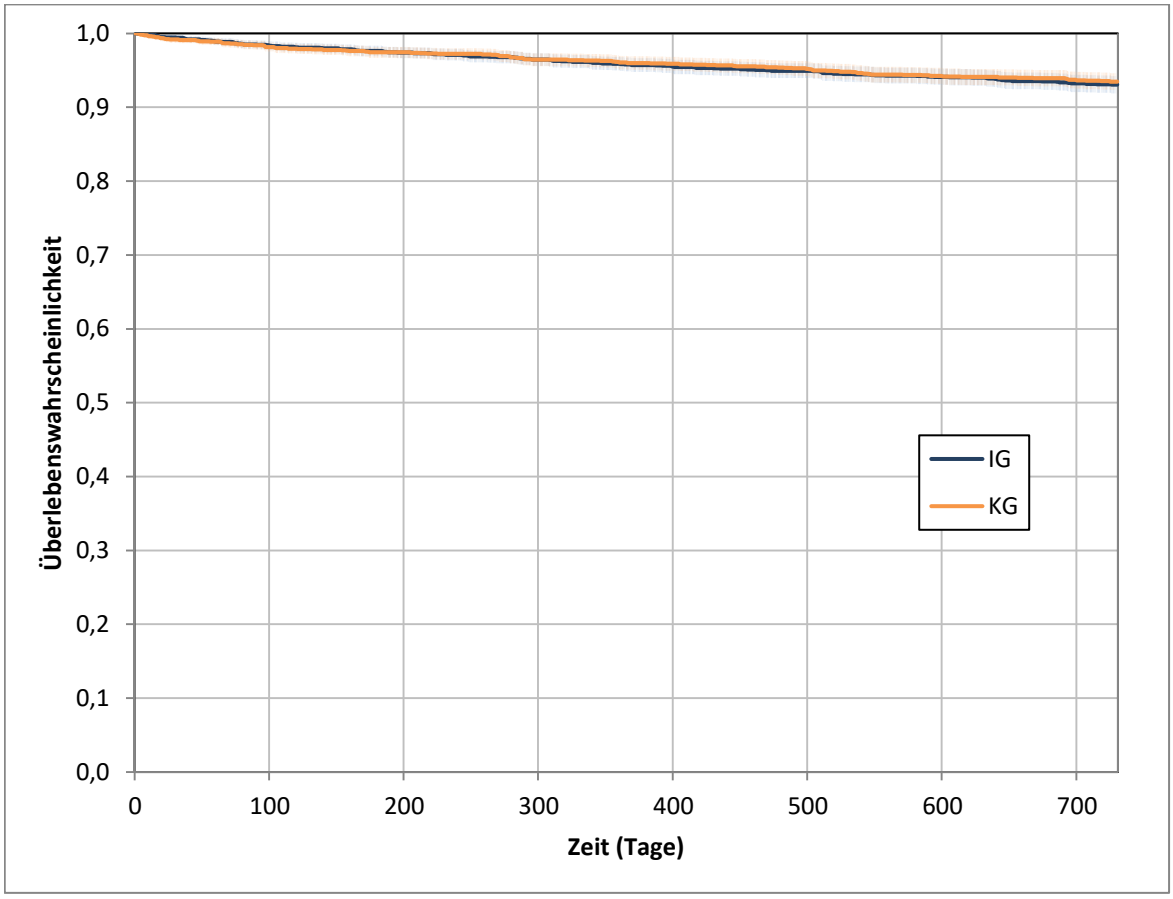


Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,13 0,87…1,46

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**1.176**	**1.168**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	8,7 %	9,1 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**858**	**867**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	11,0 %	9,5 %

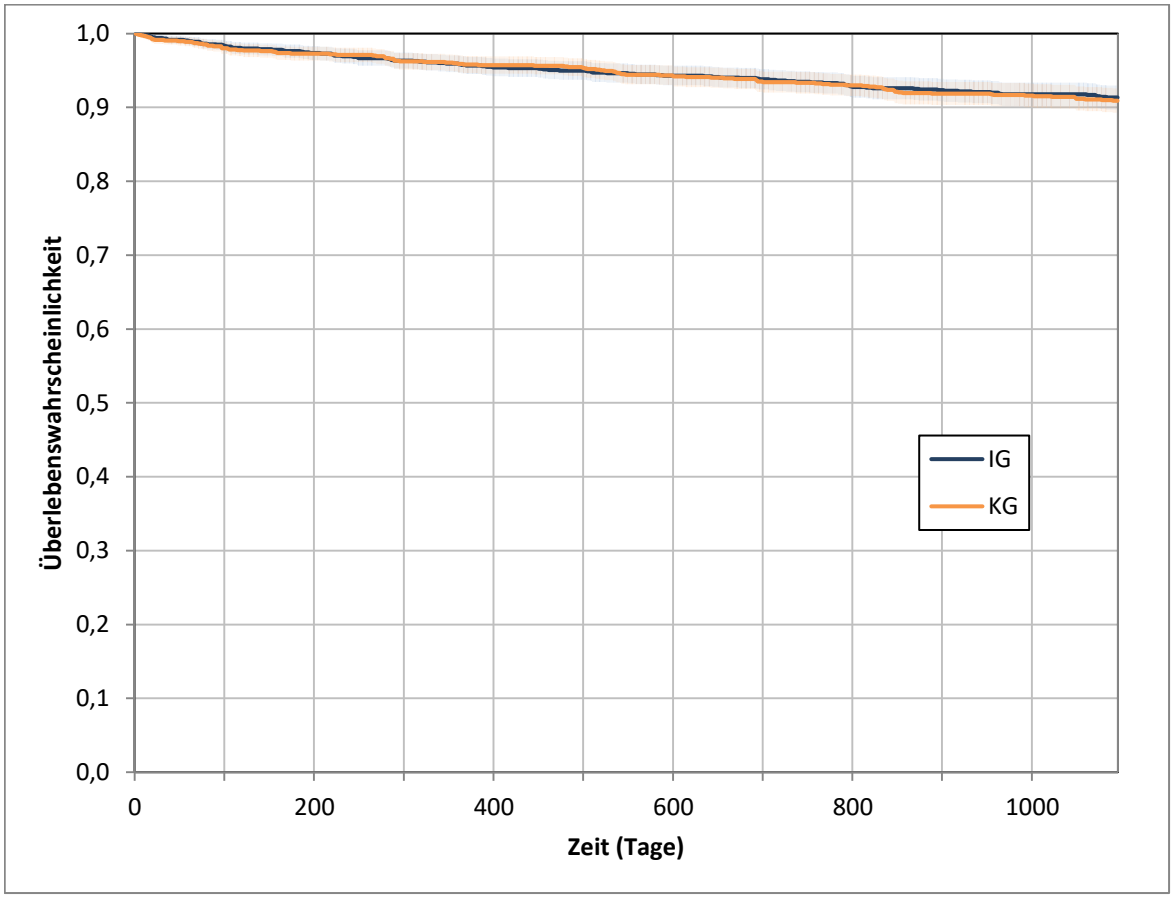
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit

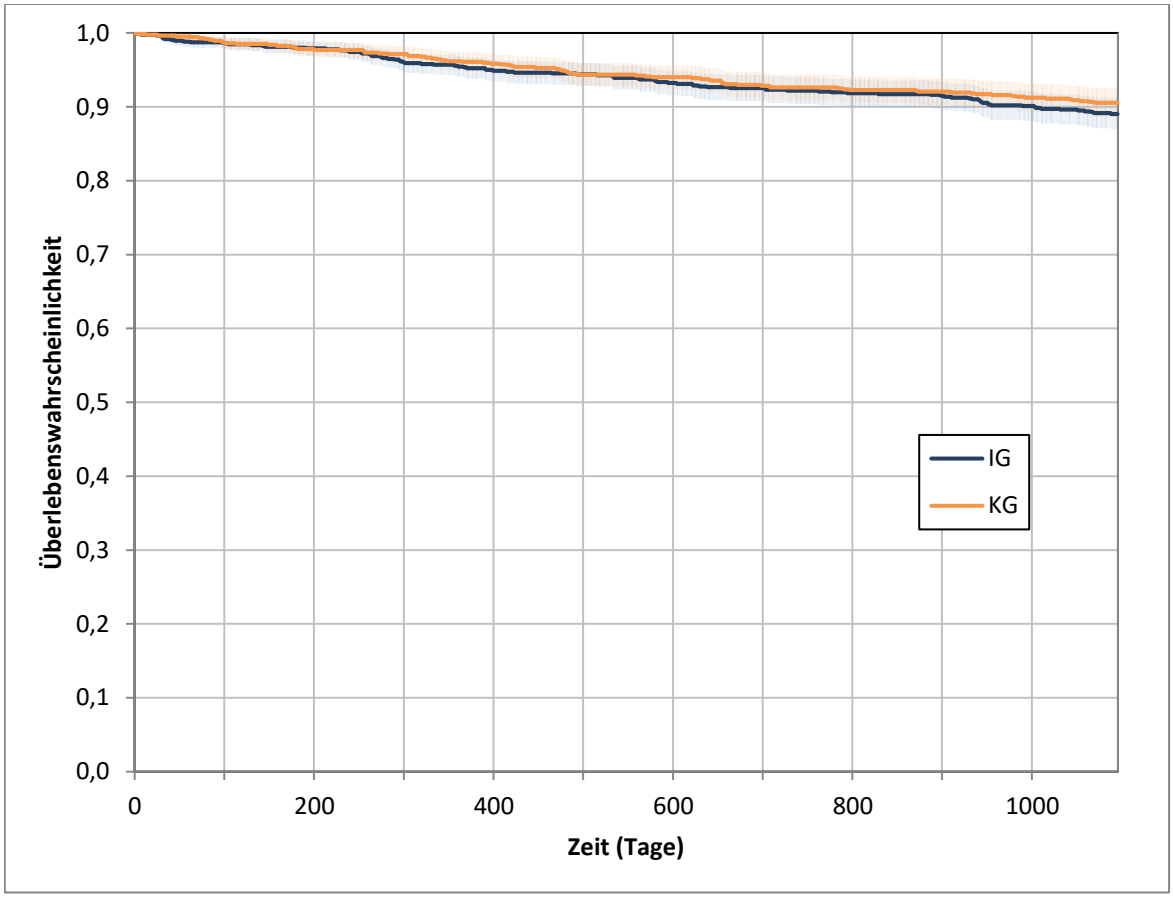


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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 erwachsenen 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 klinikneuen Patienten der IG etwas größer als in der KG (+3,1 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer als in der KG (-+6,0 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu etwas geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-1,9 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu einem statistisch signifikant höheren Anteil (+7,1 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (+7,3 %-Punkte).

U2: Bei den klinikneuen 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 2,9 %-Punkte größer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 8,5 %-Punkte größer als in der KG.

U3: Bei den klinikneuen 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 statistisch signifikant größer als in der KG (+5,3 %-Punkte). Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war analog zu U1 und U2 in der IG größer im Vergleich zur KG (+8,1 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch 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 klinikneuen Patienten der IG erneut größer als in der KG (+2,4 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG erneut größer (+1,8 %-Punkte), auch wenn in geringerem Ausmaße als in U1. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten klinikneue und klinikbekannte Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall erneut zu größeren Anteilen als die Patienten der KG (+7,1 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG erneut größer (+3,9 %-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	**505**	**490**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	166	183
• Jegliche depr. Episode[3]	309	301
• ohne Suchterkrankung [5]	321	300
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	21,1 %	18,0 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	9,7 %	11,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	37,1 %	30,0 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**675**	**692**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	125	147
• Jegliche depr. Episode[3]	326	307
• ohne Suchterkrankung [5]	301	354
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	21,6 %	15,6 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	8,0 %	8,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	26,2 %	18,9 %

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

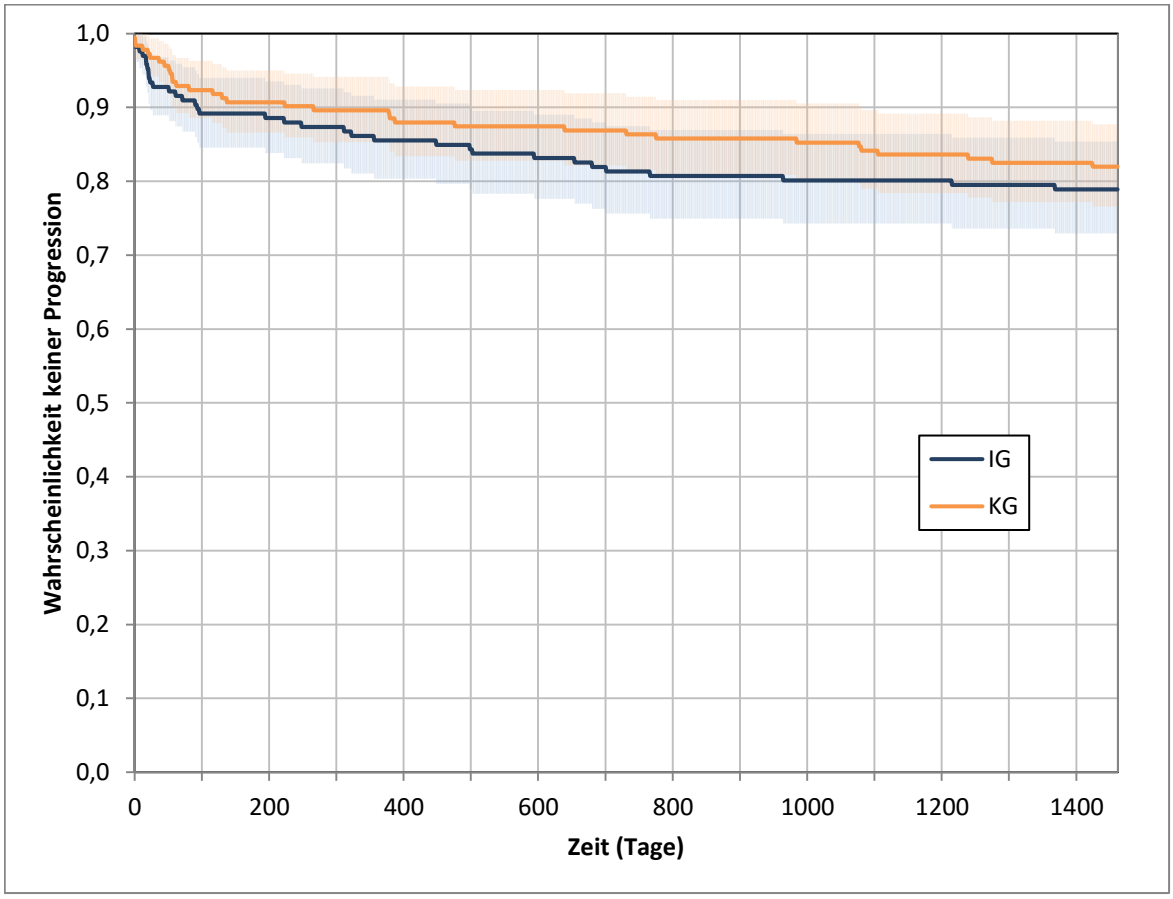
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

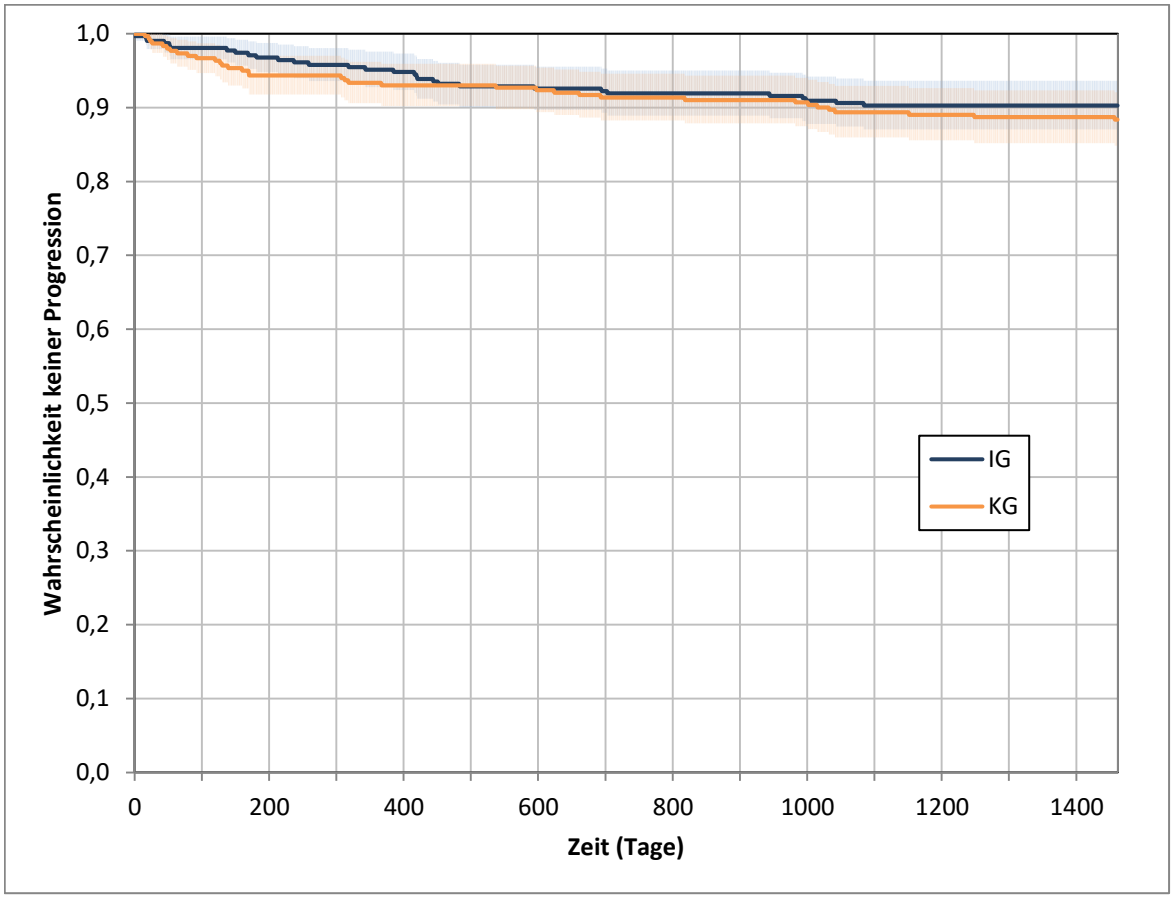
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

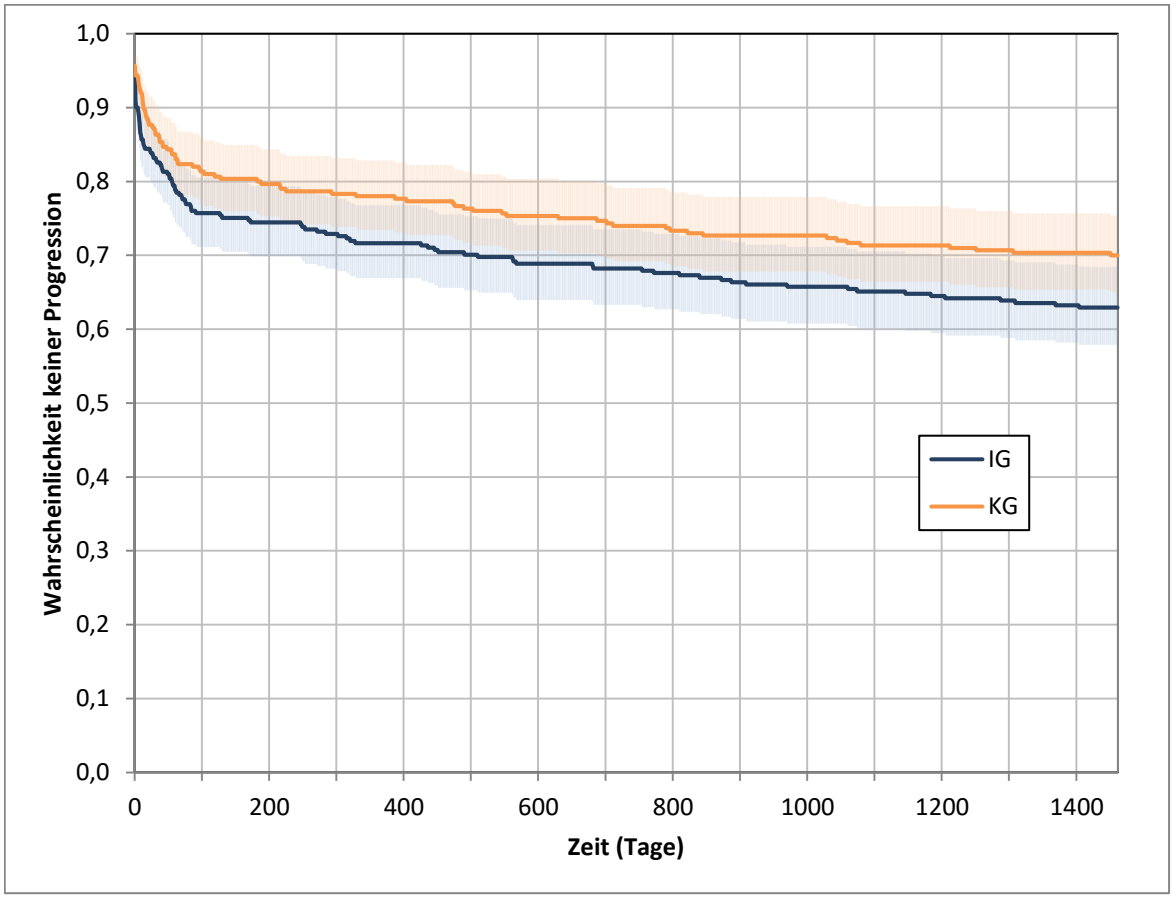
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

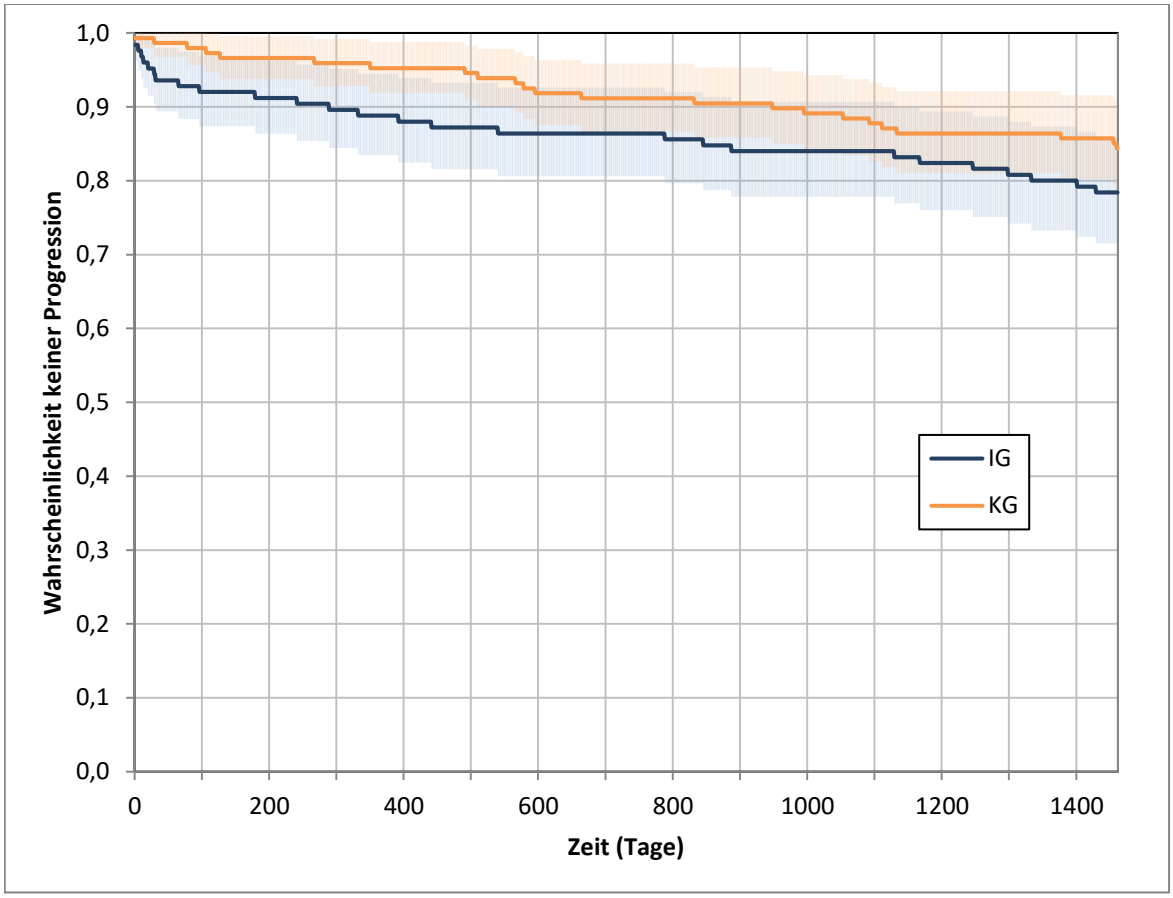


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

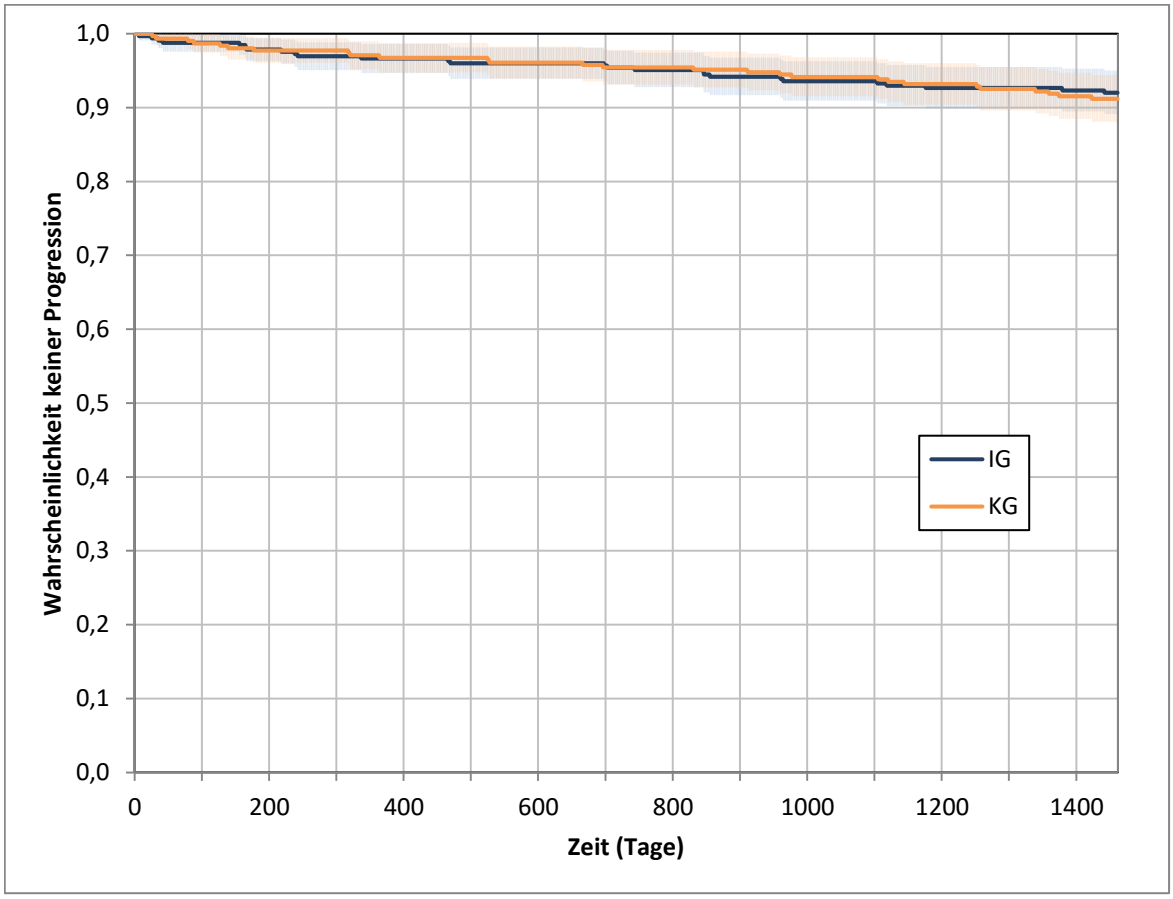
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

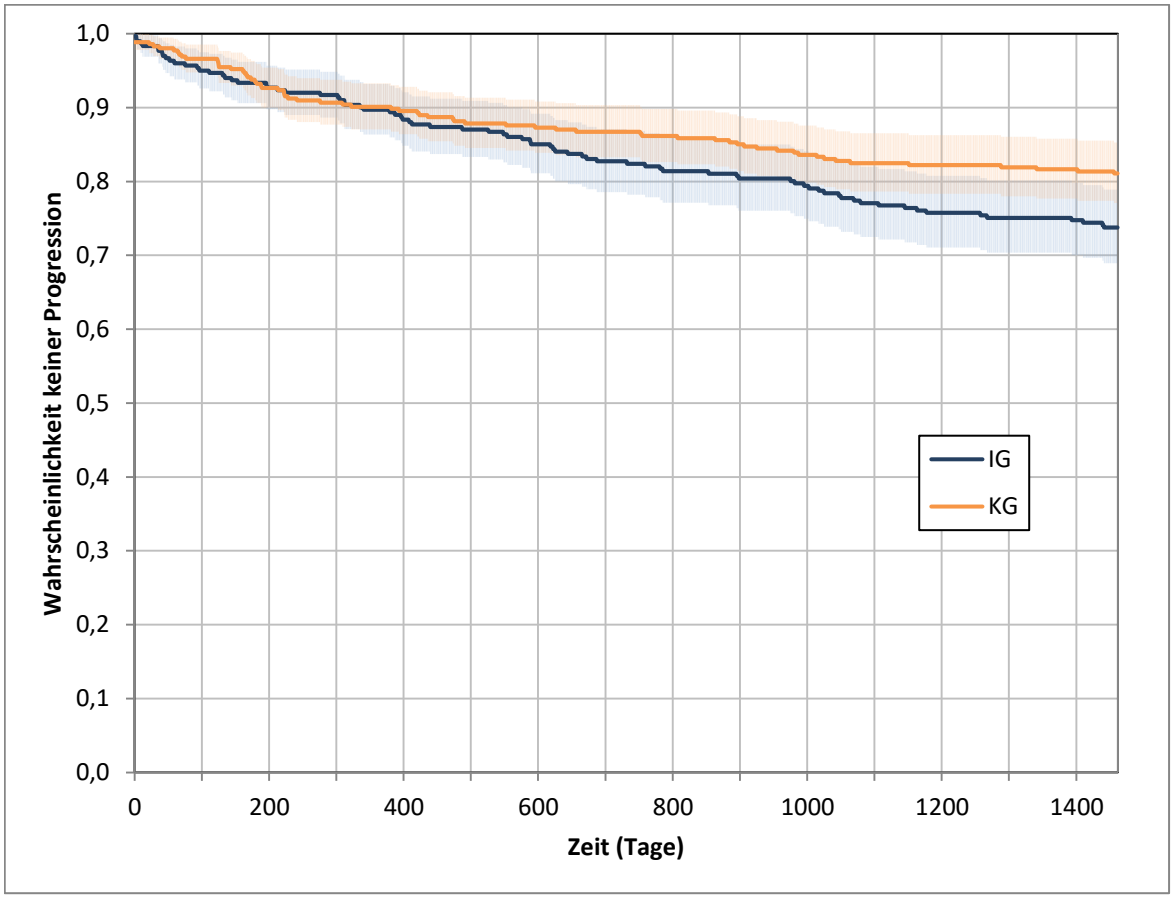


Tabelle 58: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,54 0,93…2,55	0,87 0,53…1,44	1,35* 1,02…1,78

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	1,58 0,90…2,77	0,90 0,52…1,56	1,48* 1,06…2,05

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	**2.354**	**2.372**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	725	768
• Jegliche depr. Episode[3]	1.339	1.372
• ohne Suchterkrankung [5]	1.544	1.572
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	18,8 %	15,9 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	4,4 %	5,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	28,8 %	20,4 %

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

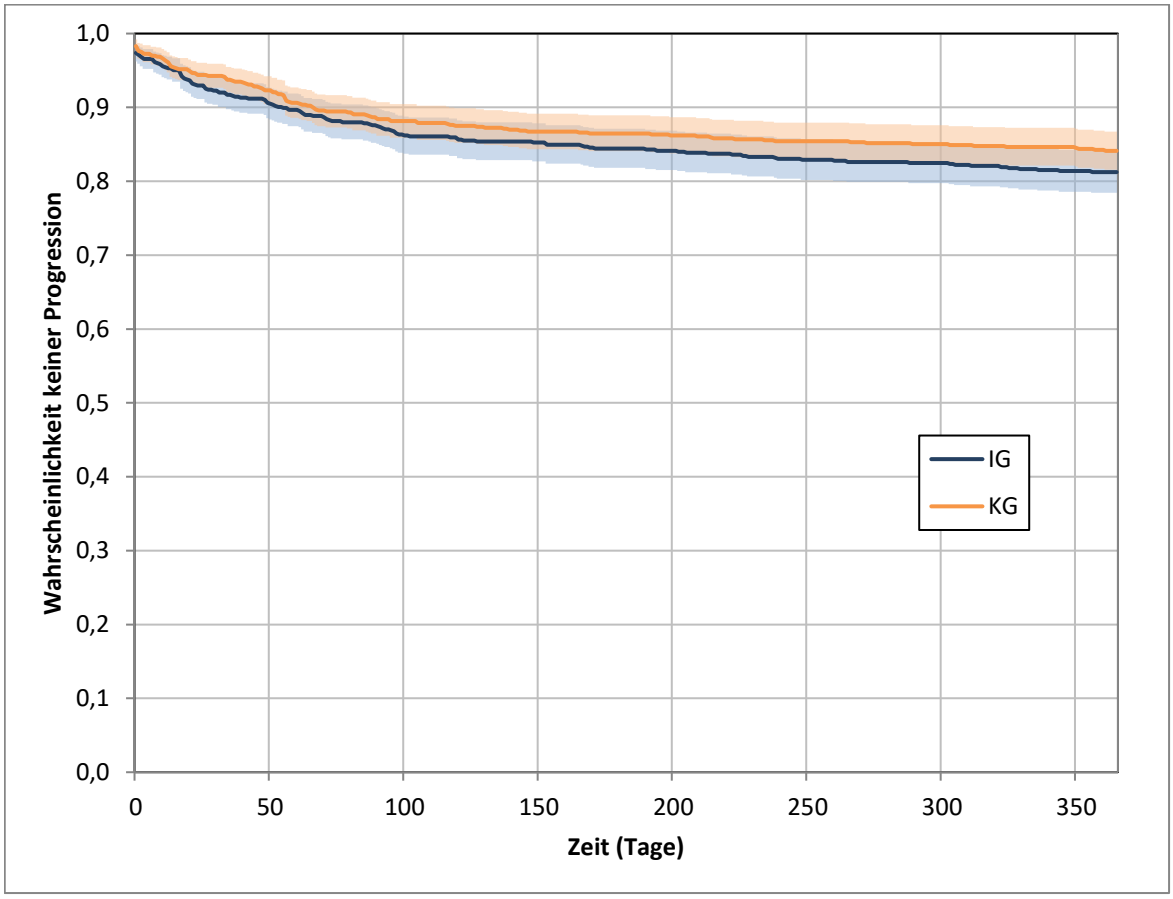
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

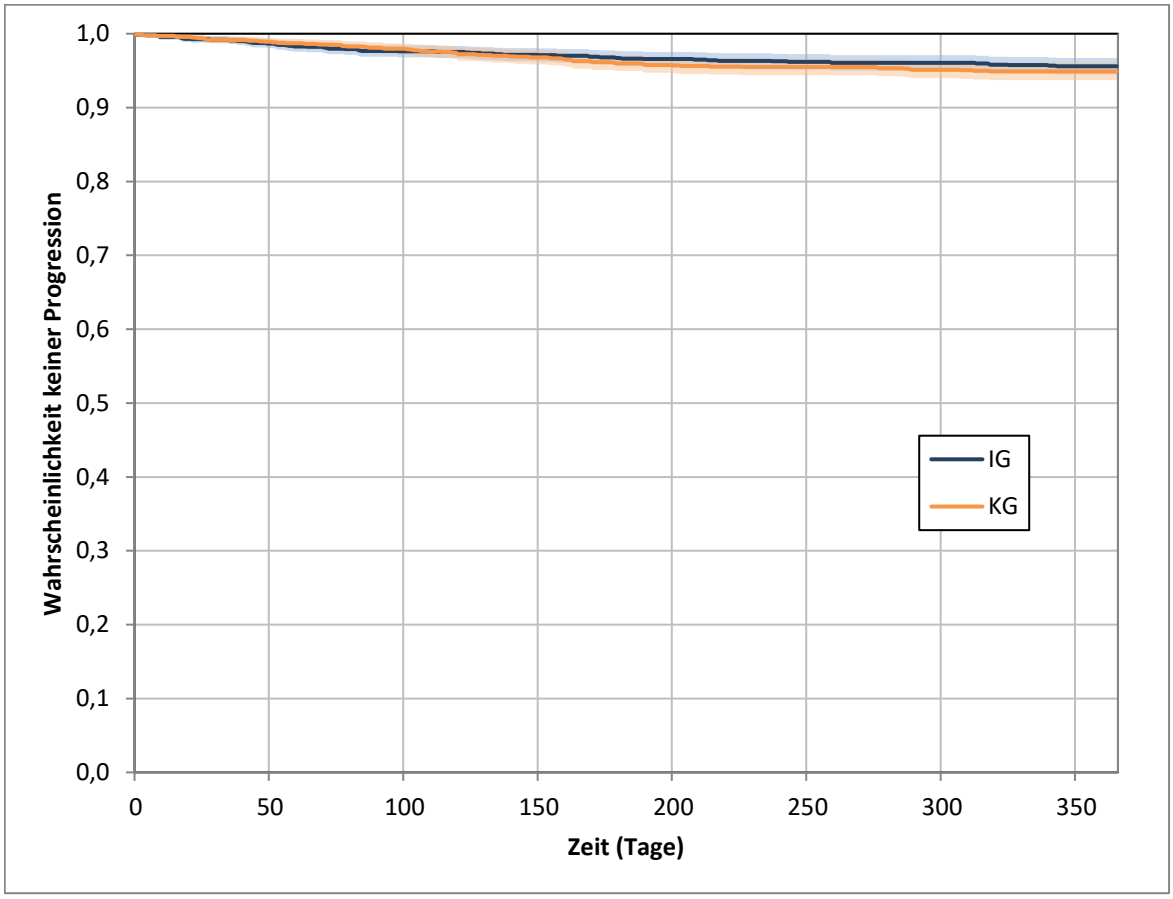
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

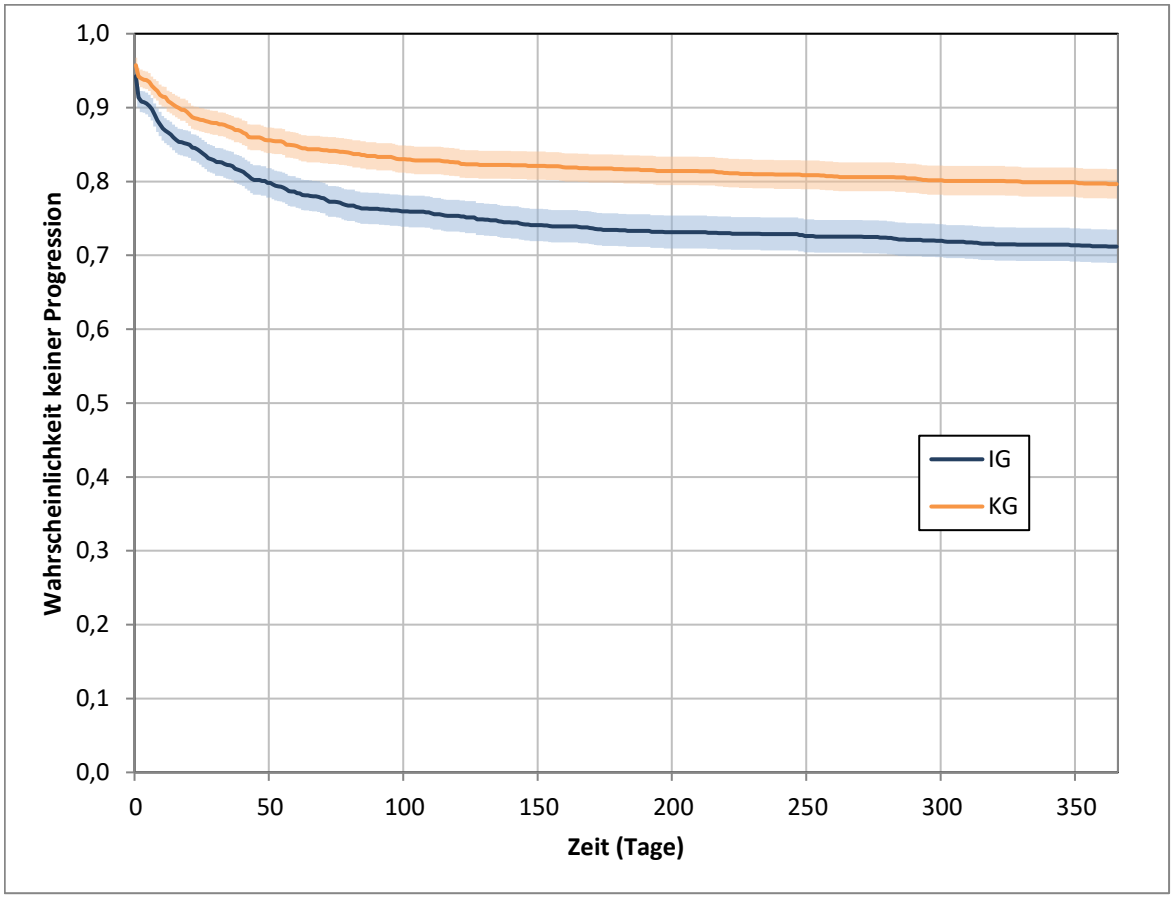
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**1.675**	**1.676**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	523	562
• Jegliche depr. Episode[3]	981	987
• ohne Suchterkrankung [5]	1.100	1.101
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	22,4 %	17,1 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	6,7 %	6,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	32,8 %	24,7 %

[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

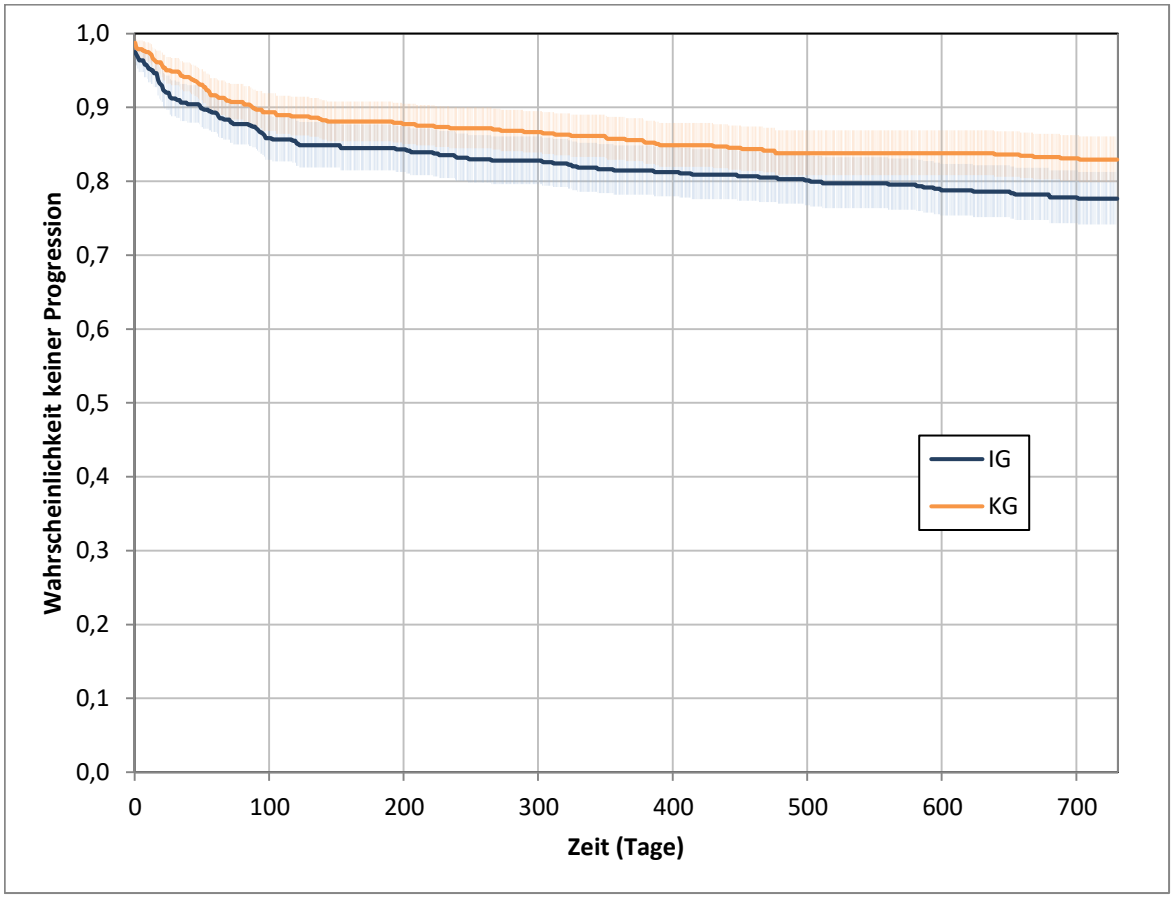
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

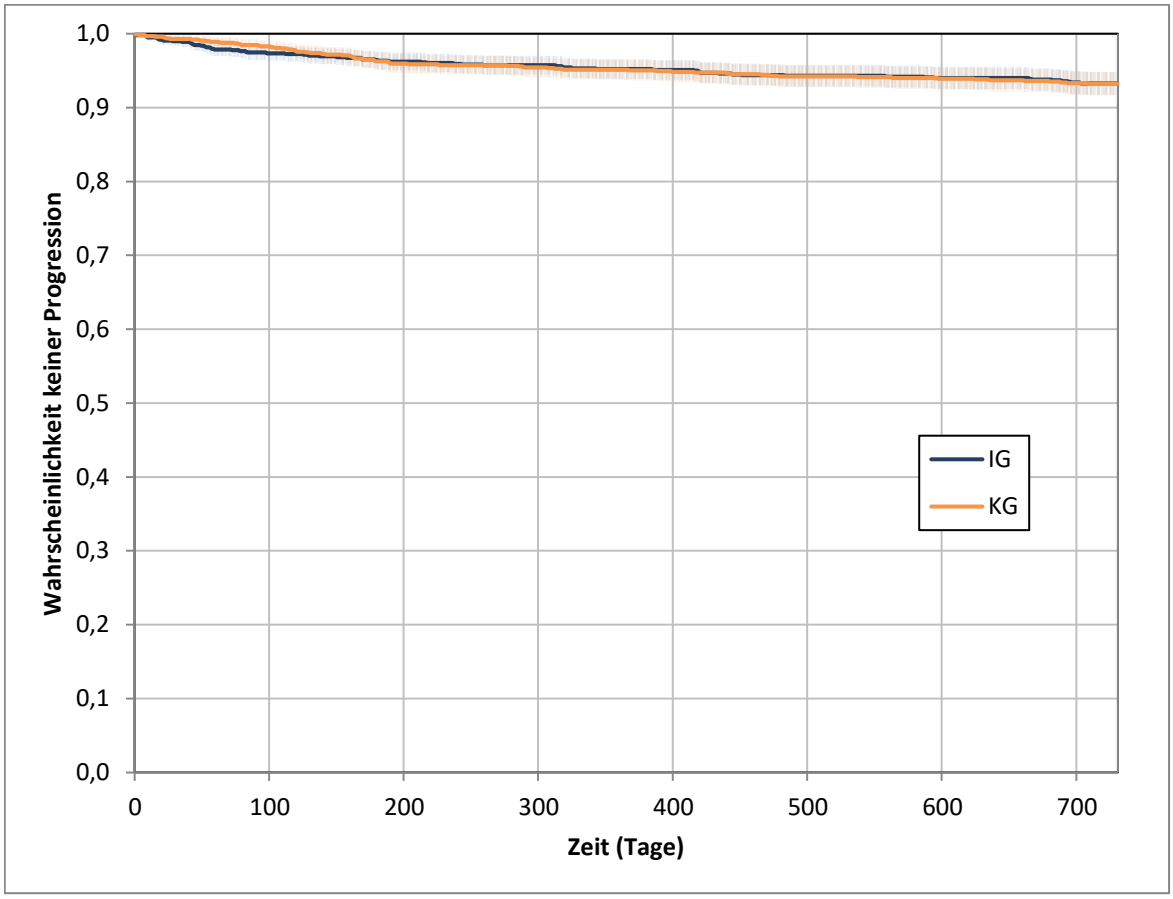
Legende für die folgenden Abbildungen:

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)

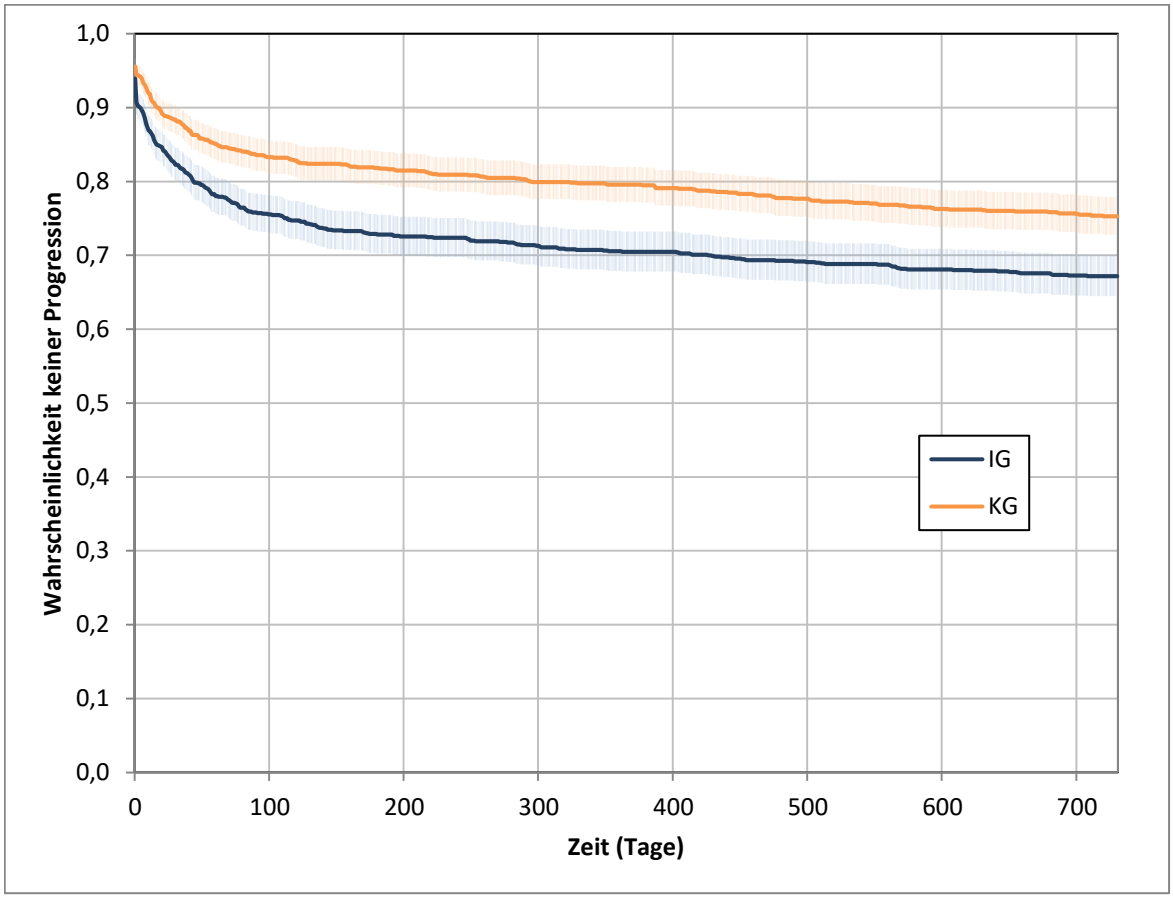


Tabelle 61: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	**Progression B (Depression zu rezidivierend)**	**Progression C (keine Sucht zu Sucht)**
Gruppe	1,42* 1,07…1,89	1,05 0,74…1,49	1,21* 1,03…1,42

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**1.074**	**1.062**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	339	366
• Jegliche depr. Episode[3]	646	634
• ohne Suchterkrankung [5]	699	690
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	21,5 %	19,1 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	8,7 %	9,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	35,3 %	28,3 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**	**KG**
	3 Jahre	**3 Jahre**
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**764**	**785**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	140	152
• Jegliche depr. Episode[3]	366	345
• ohne Suchterkrankung [5]	334	391
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	14,3 %	12,5 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	6,3 %	6,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	21,6 %	17,6 %

[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

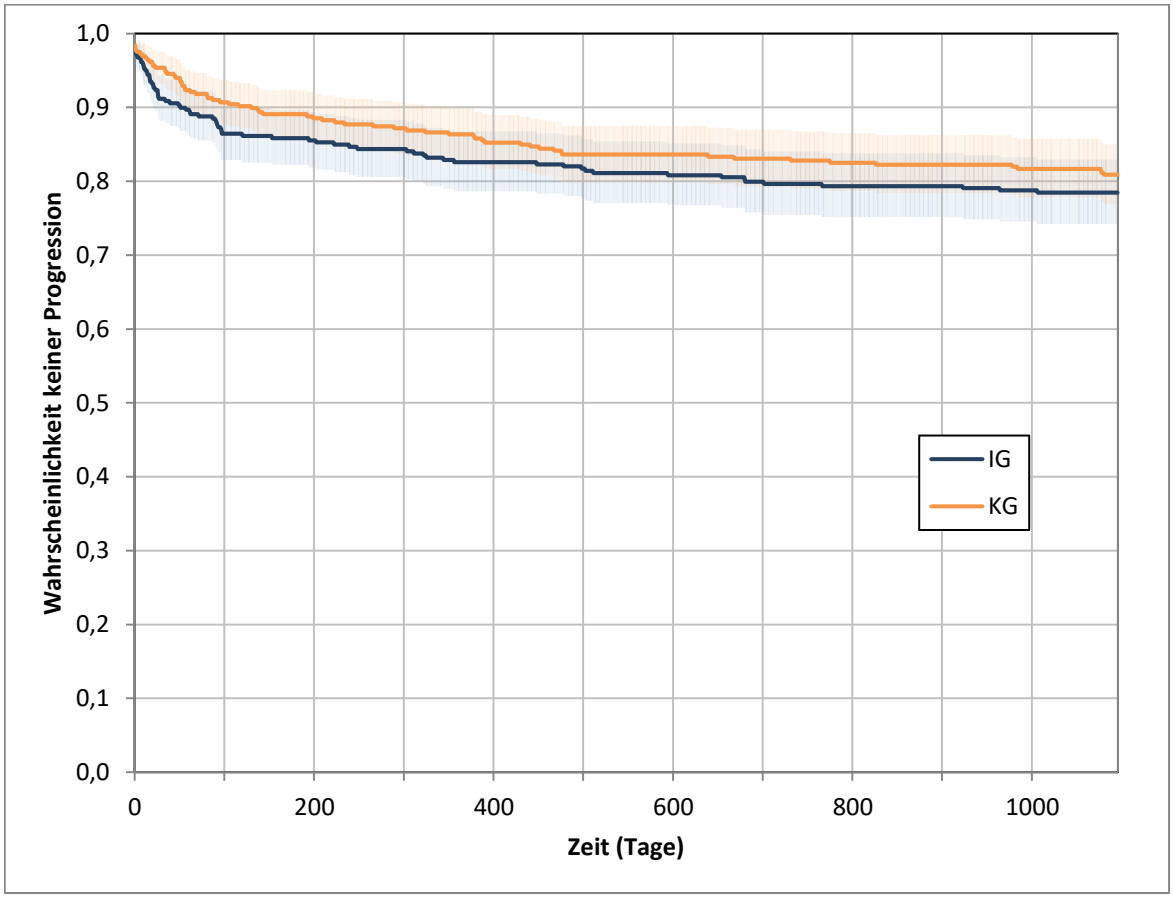
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

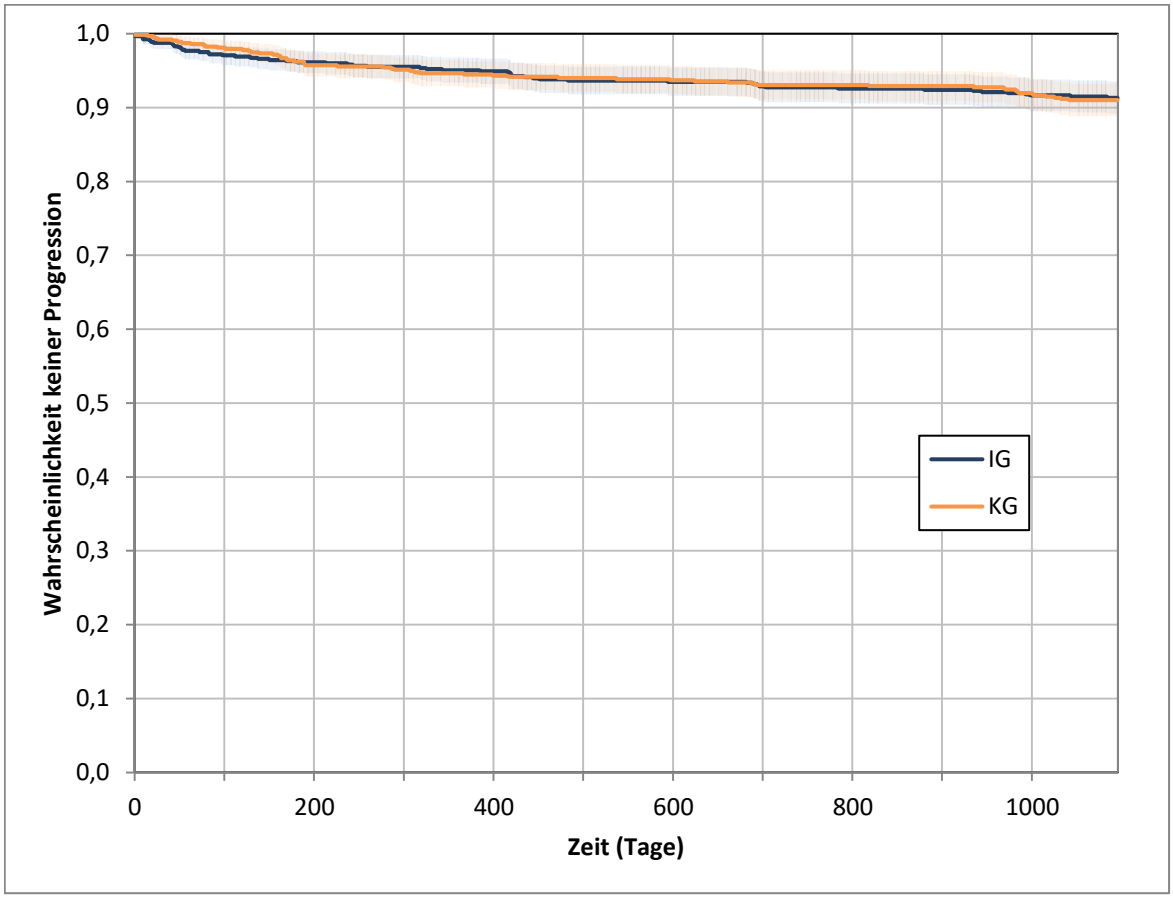
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

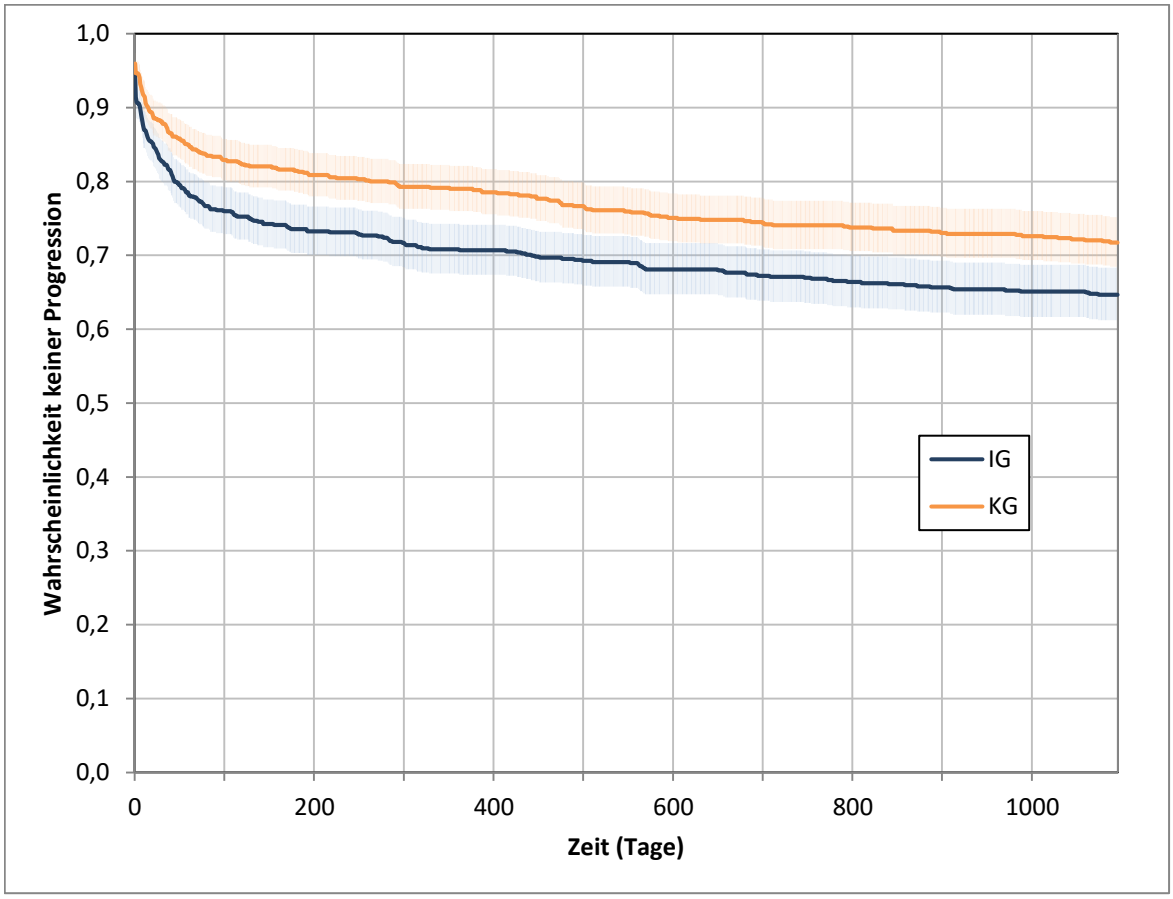
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

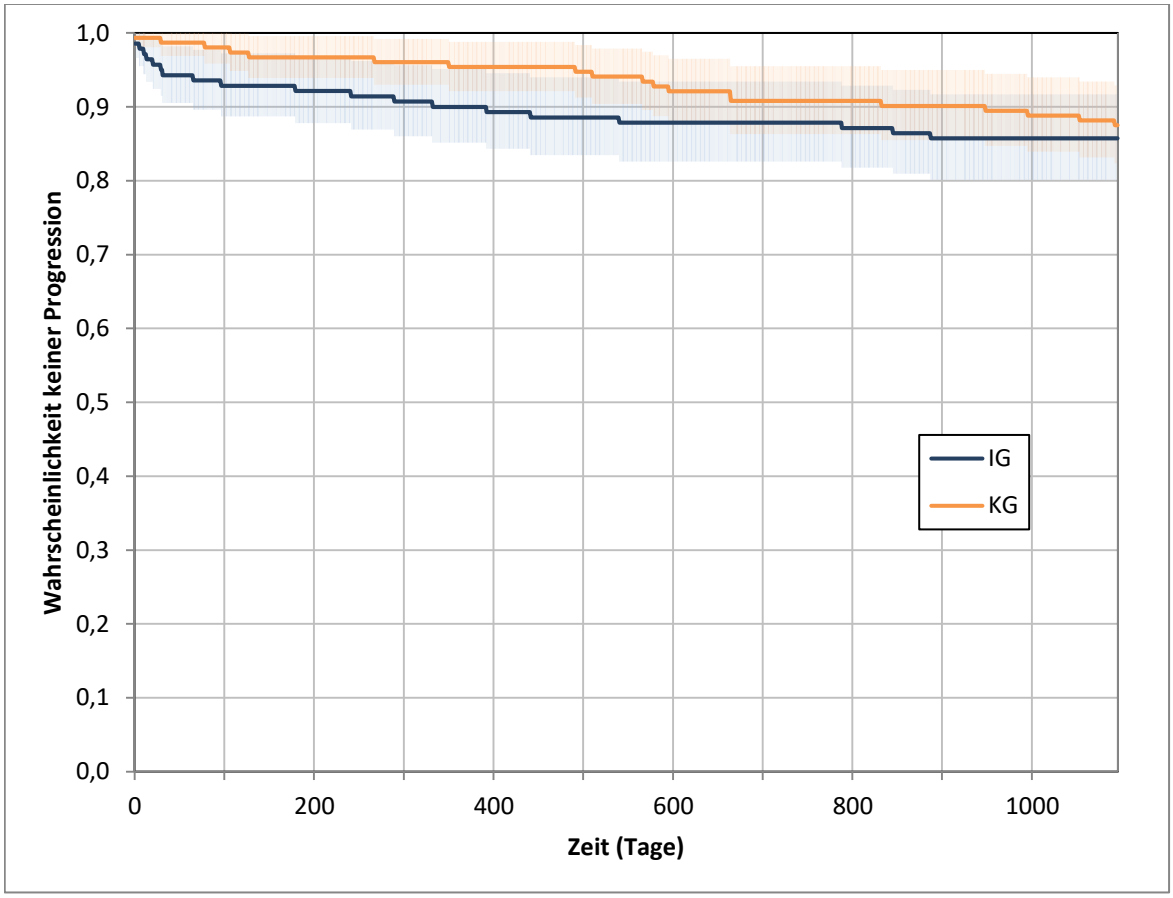


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

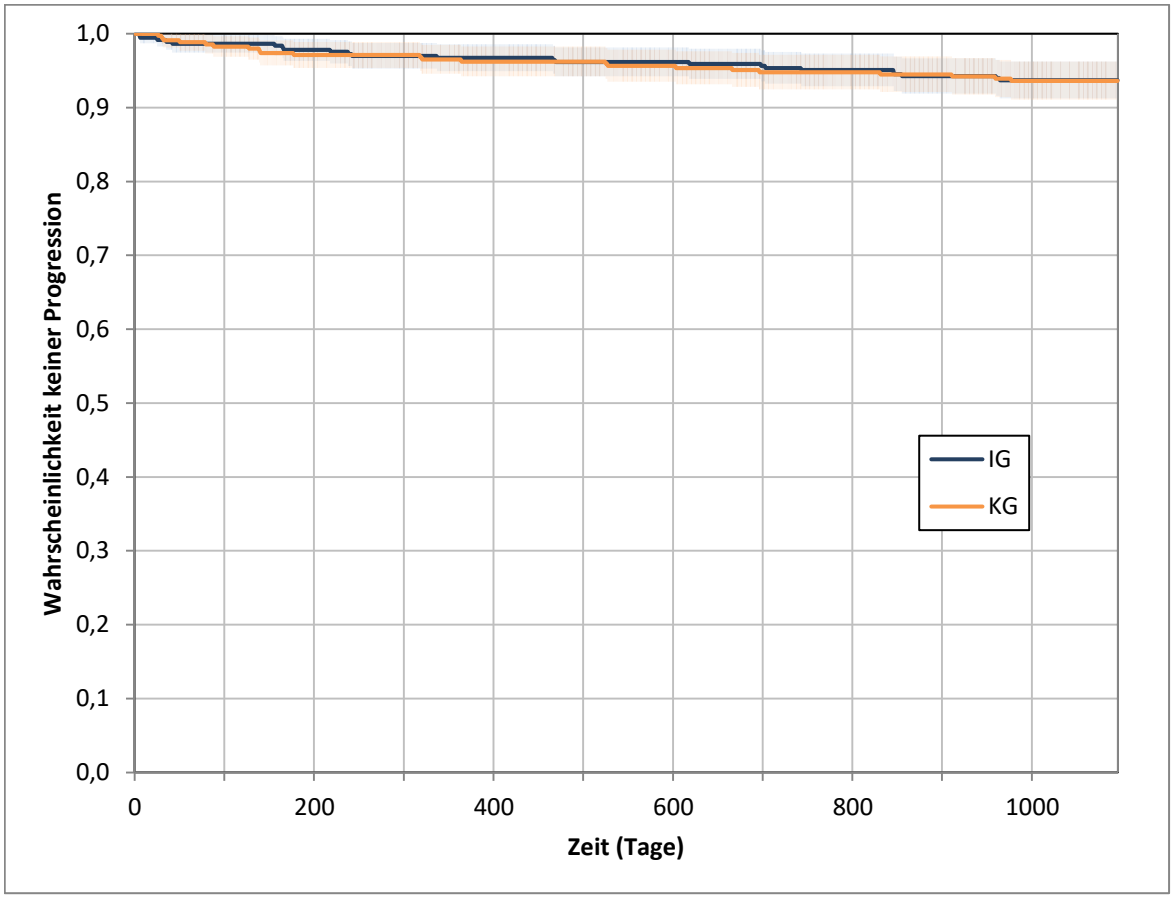
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

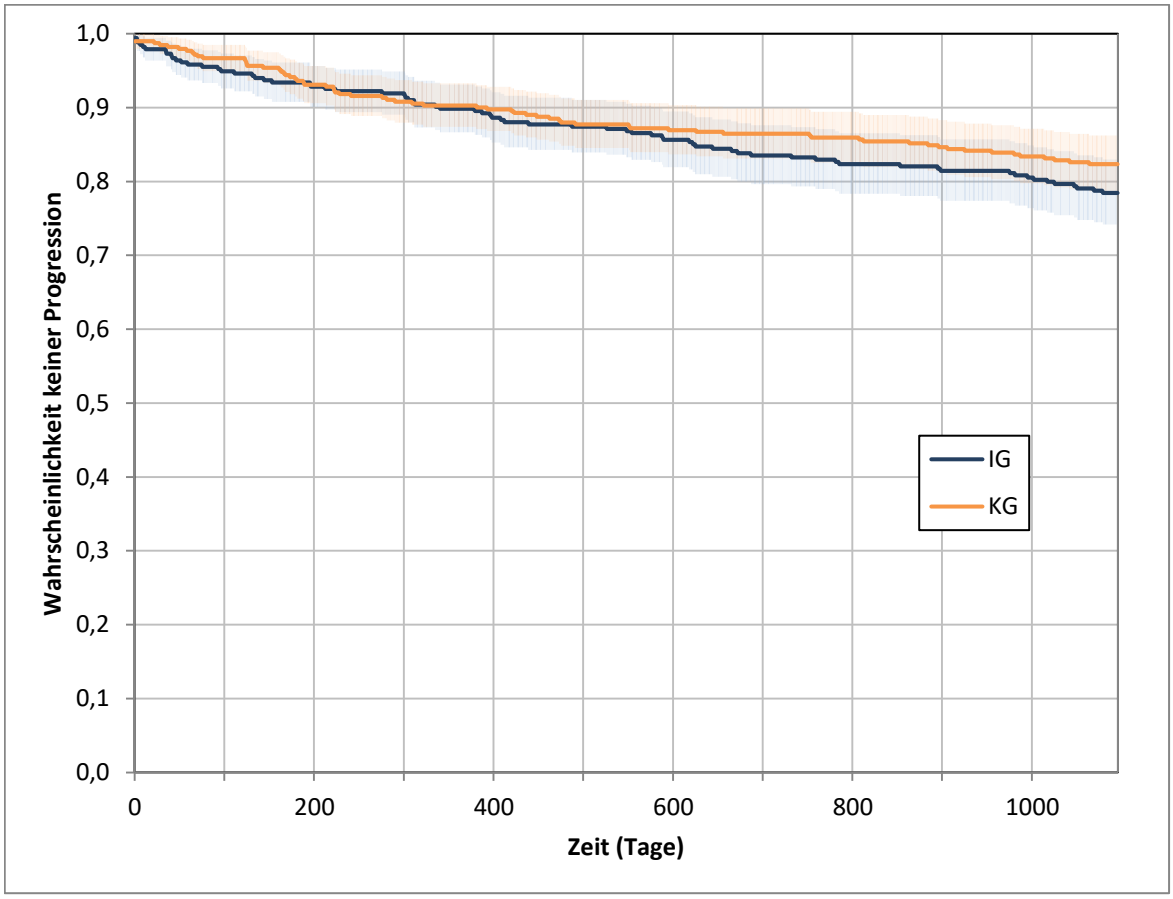
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



8.2.11 Leitlinienadhärenz

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den klinikneuen erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** etwas größere Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 6,0 %; KG: 2,1 %) und vergleichbare Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 0,8 %; KG: 0,3 %). Die Fallzahlen waren zu gering, um inferenzstatistische Tests durchzuführen.

Für die **Demenz** ergaben sich geringe Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche in der IG niedriger als in der KG waren (IG: 5,7 %; KG: 9,0 %). Der Anteil von Personen mit Demenz und ohne Antipsychotikaverordnung war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: 44,4 %; KG: 58,3 %). Bei der anderen Untersuchung zur Demenz war 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: 45,3 %; KG: 47,4 %). Auch 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: 5,4 %; KG: 5,0 %).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war zwischen IG und KG vergleichbar. Auch der Anteil der Personen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und

antipsychotischer Medikation war zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den anderen Untersuchungen zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
• Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit[3]	**199**	**280**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	6,0 %	2,1 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**266**	**293**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	0,8 %	0,3 %

[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)		
• Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz[1]	**192**	**210**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	5,7 %	9,0 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
• Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz[3]	**42**	**53**
• Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern[4] oder Memantine[5]	50,0 %	54,7 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**99**	**115**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	44,4 %	58,3 %

[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)		
• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode[1]	**974**	**956**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	45,3 %	47,4 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**687**	**972**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	5,4 %	5,0 %

[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 (≥ 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)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[2]	**178**	**199**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	77,0 %	76,4 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**129**	**135**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	78,3 %	77,8 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[5] und Langzeitmedikation[6]	**33**	**38**
• Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen[7] und antipsychotischer Medikation[3] innerhalb von sechs Monaten	30,3 %	18,4 %

[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

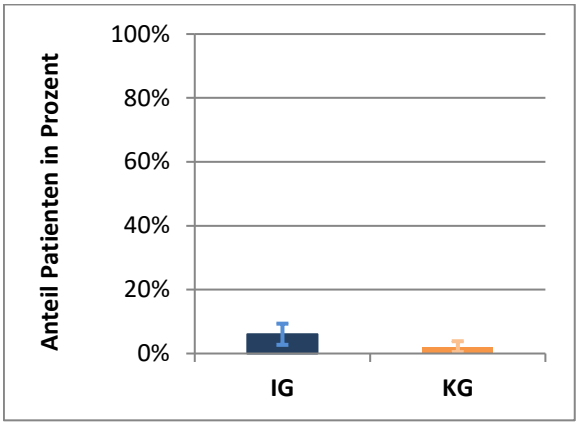
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Erwachsene, klinikneue Patienten

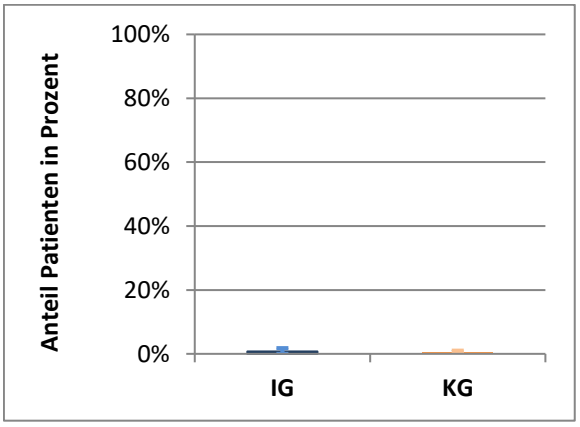
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

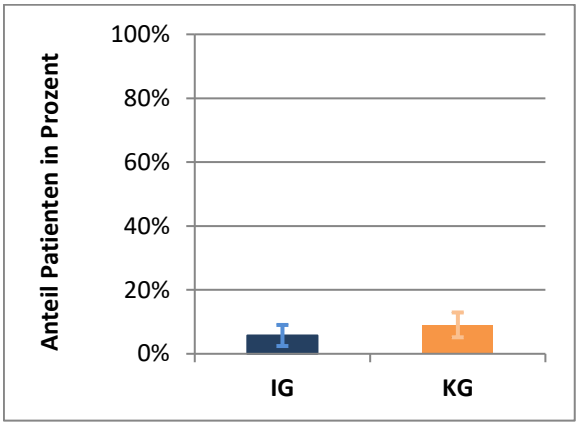
Alkoholabhängigkeit B



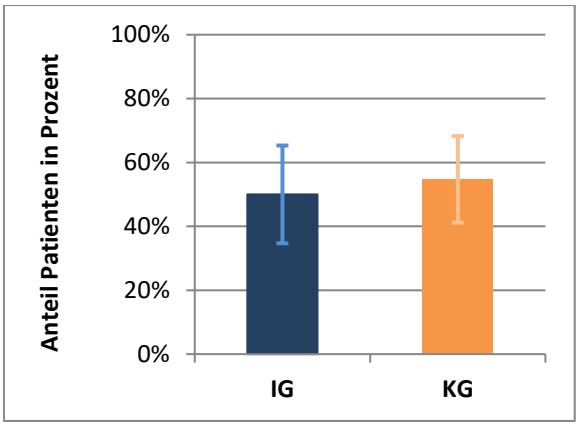
Alkoholabhängigkeit C



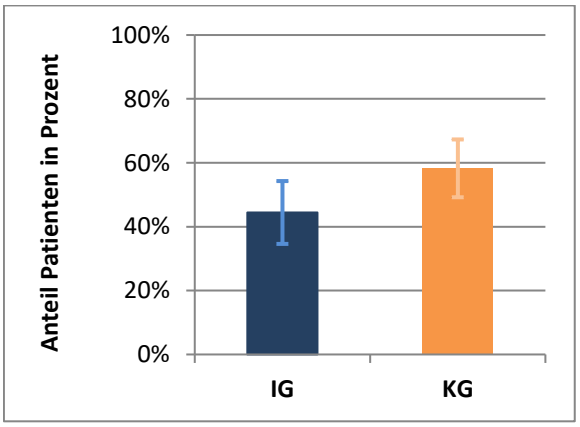
Demenz D



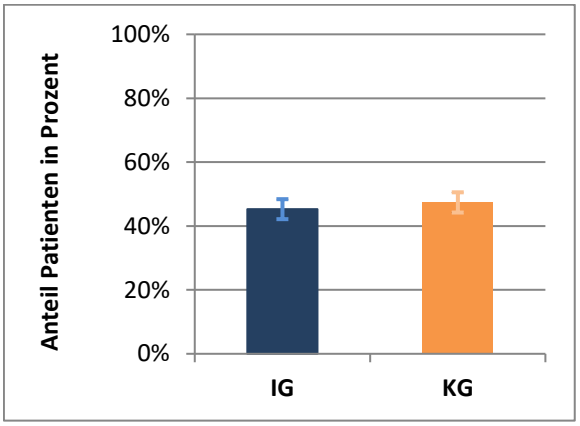
Demenz E



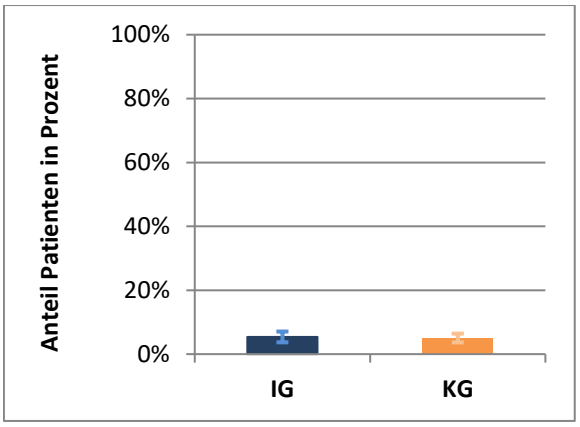
Demenz F



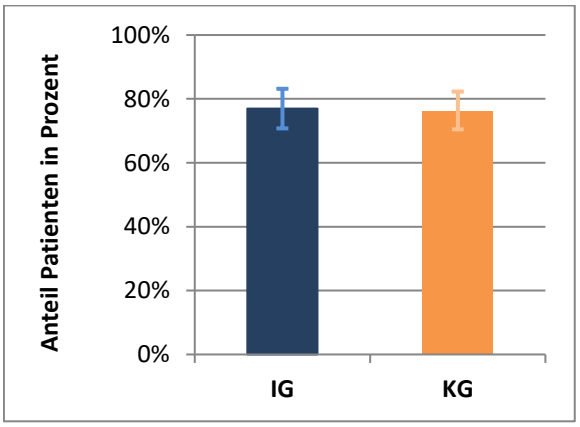
Depression G



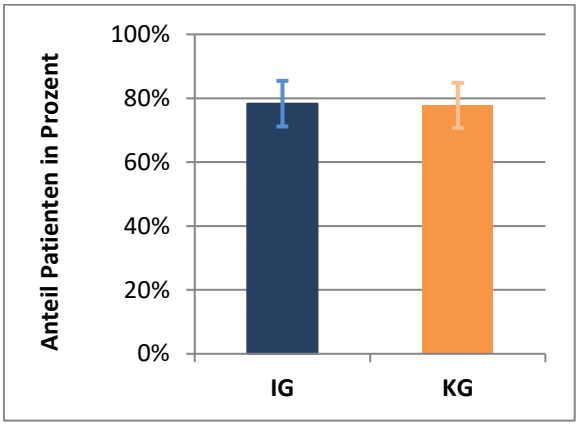
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

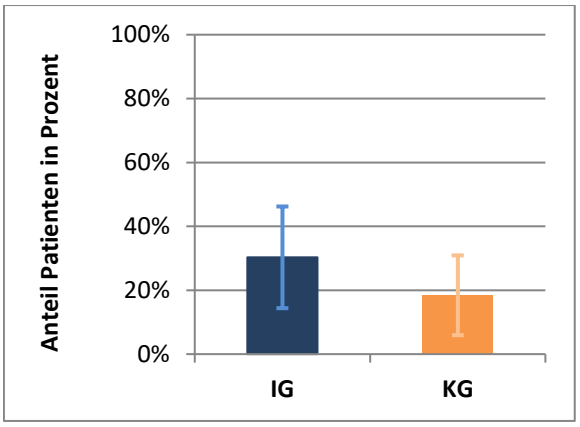


Tabelle 67: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,50* 0,28…0,90	1,04 0,86…1,25	1,29 0,82…2,04	0,98 0,60…1,60	0,87 0,47…1,63	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 54) hier für Kinder und Jugendliche (Alter <18 Jahre) darstellt. Einzelne Parameter, die nicht für Kinder und Jugendliche zutreffen wurden herausgenommen (siehe auch separater Methodenband).

8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den jungen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die Fallzahlen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können (jeweils n < 30).

U2: Bei den klinikneuen 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 und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war jedoch in der IG weniger stark im Vergleich zur KG (IG: +30,2 %-Punkte; KG: +39,7 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG weniger stark als in der KG (IG: +19,8 %; KG: +23,8 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine größere Steigerung der durchschnittlichen Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +20,0; KG: +16,7 vollstationäre Tage). Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +17,3; KG: +14,2 teilstationäre Tage).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war, nach vergleichbarem Niveau im Jahr vor Referenzfall, ein geringerer Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ersichtlich. Im zweiten Jahr nach Referenzfall war der Anteil hingegen in der IG etwas größer als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall an, dabei war der Verlauf zwischen beiden Gruppen weitestgehend vergleichbar.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine größere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG; auch blieb dieses größere Niveau im zweiten Jahr nach Referenzfall bestehen (prä: -0,5; 1. Jahr: +8,3; 2. Jahr: +1,9 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG stärker an als in der KG und blieb auf einem etwas höheren Niveau (prä: +0,0; 1. Jahr: +5,9; 2. Jahr: +2,0 teilstationäre Tage). Diese Unterschiede waren jedoch erneut statistisch nicht signifikant. Zu beachten ist hier, dass die Fallzahl mit 81 in der IG und 83 in der KG als gering eingeschätzt wird.

U4: Auch bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Fallzahlen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können (jeweils $n < 44$).

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)	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	4,8 %	57,1 %	19,0 %	0,0 %	19,0 %	0,0 %	55,0 %	25,0 %	20,0 %	20,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	9,5 %	0,0 %	4,8 %	4,8 %	0,0 %	15,0 %	5,0 %	10,0 %	0,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	4,8 %	57,1 %	19,0 %	4,8 %	23,8 %	0,0 %	65,0 %	25,0 %	20,0 %	20,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	4,8 %	14,3 %	9,5 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	5,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	4,8 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	5,0 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	0,1	33,0	2,9	0,0	9,2	0,0	14,1	6,3	1,6	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,0	6,0	0,0	0,0	3,0	0,0	15,6	0,7	2,2	0,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	0,1	39,0	2,9	0,0	12,3	0,0	29,6	7,0	3,8	0,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	19,8	12,1	1,2	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,4	0,2	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)	**29**	**29**	**29**	**29**	**29**	**27**	**27**	**27**	**27**	**27**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	31,0 %	20,7 %	10,3 %	6,9 %	6,9 %	18,5 %	14,8 %	3,7 %	7,4 %	7,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	3,4 %	17,2 %	3,4 %	3,4 %	0,0 %	0,0 %	18,5 %	3,7 %	3,7 %	11,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	31,0 %	31,0 %	10,3 %	10,3 %	6,9 %	18,5 %	29,6 %	7,4 %	7,4 %	14,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	10,3 %	0,0 %	6,9 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	6,9 %	3,4 %	3,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	22,2	13,0	9,6	4,7	6,9	8,0	0,3	0,1	3,6	3,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	1,0	8,1	0,5	3,2	0,0	0,0	8,9	3,5	2,1	4,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	23,2	21,1	10,1	8,0	6,9	8,0	9,2	3,6	5,8	7,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	7,9	0,0	0,8	0,0	0,0	0,4	0,9	10,6	3,0	1,9
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	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).

Abbildung 36: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

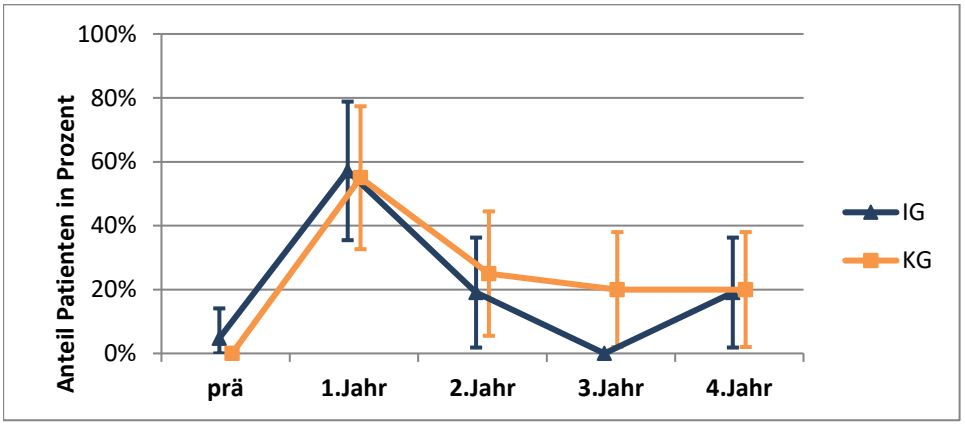
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

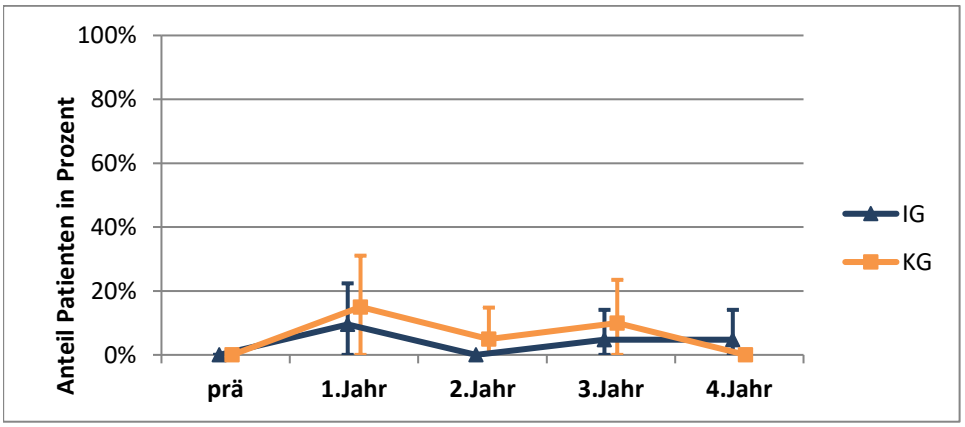
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

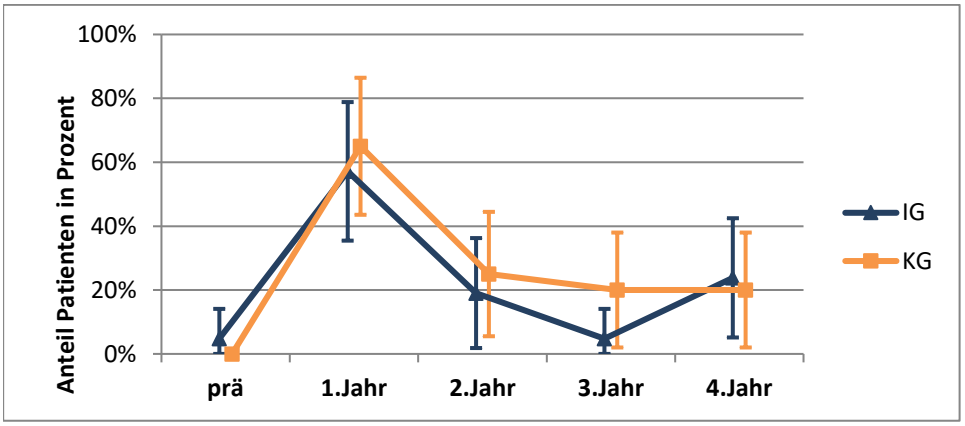
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



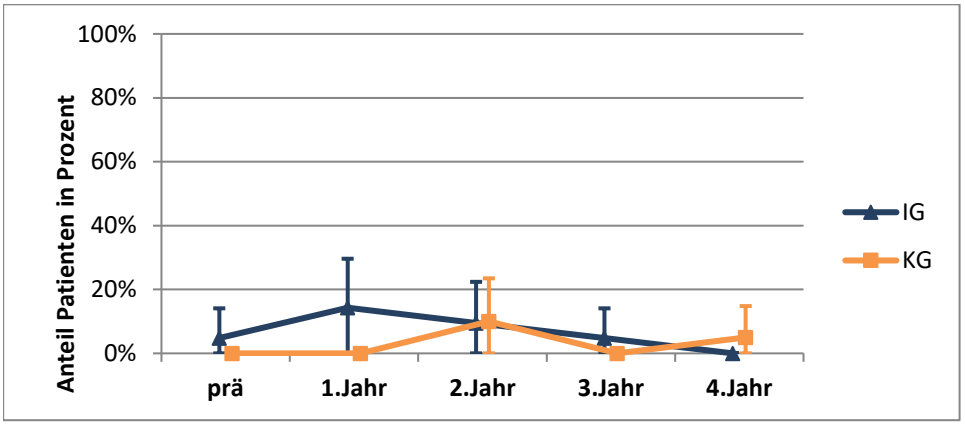
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



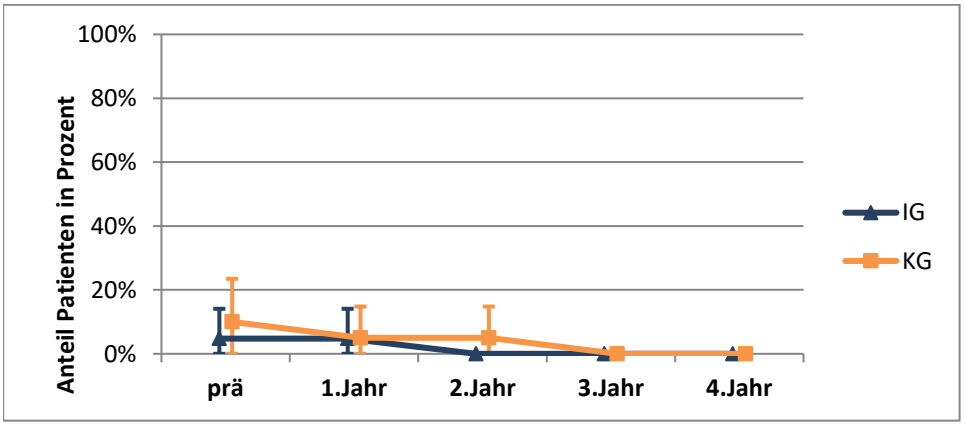
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

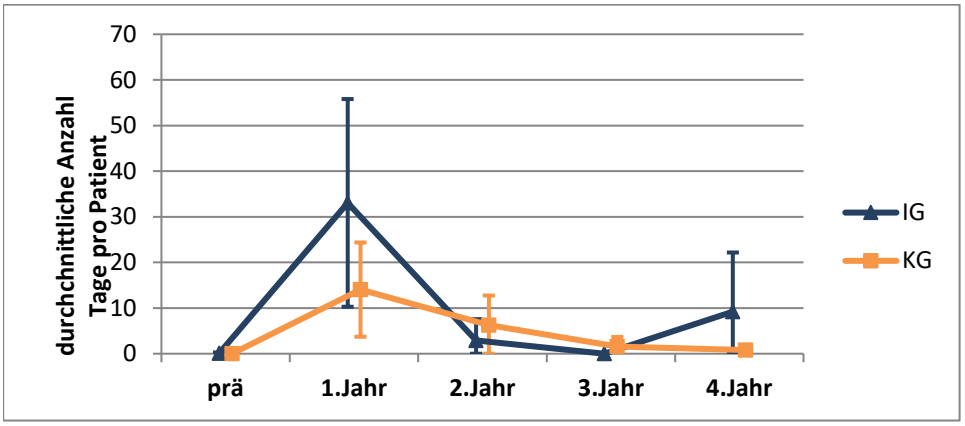


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

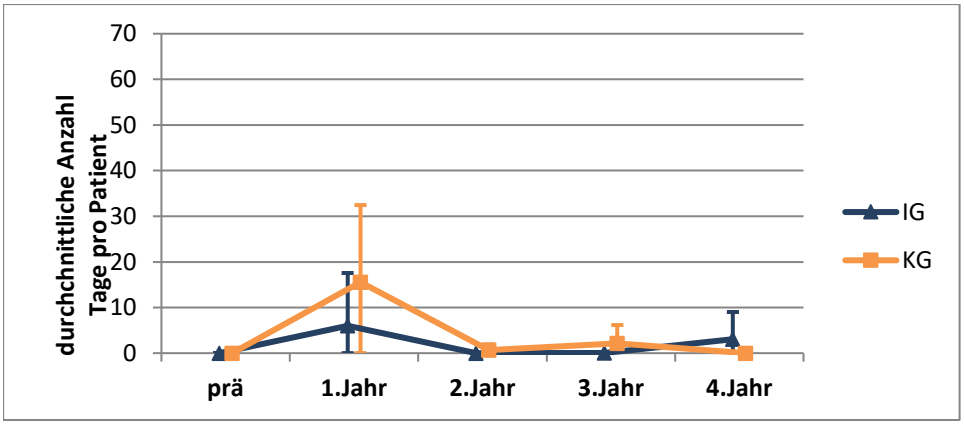


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

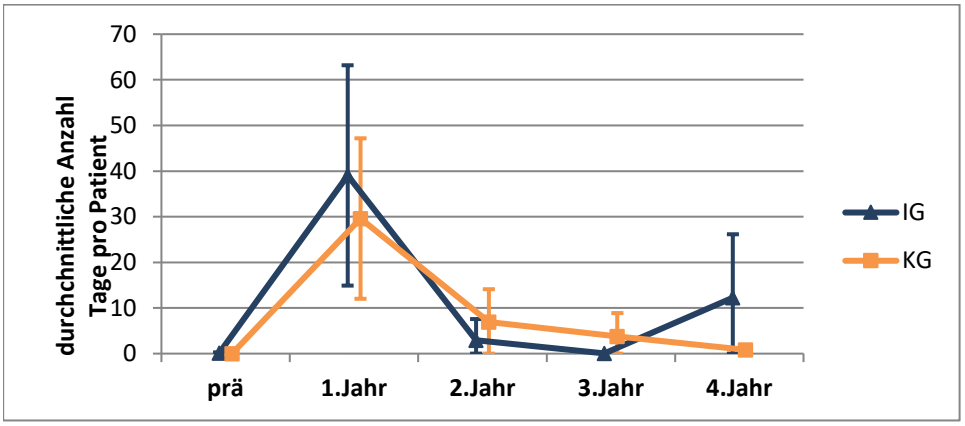
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



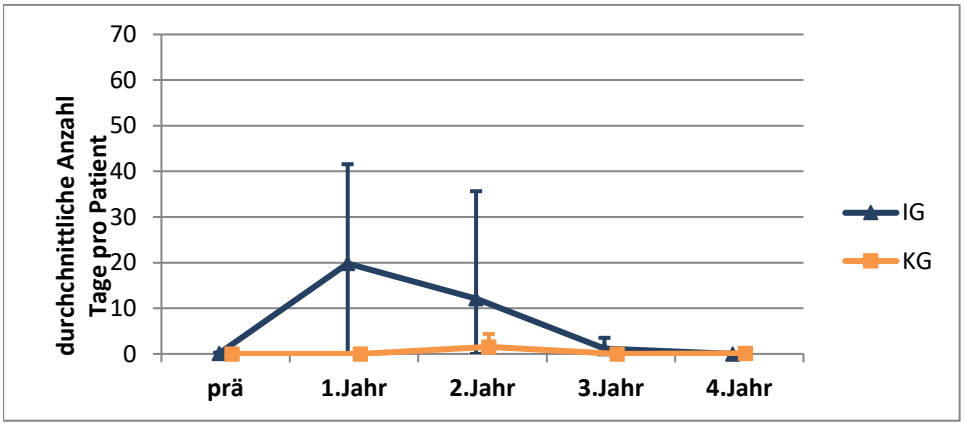
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



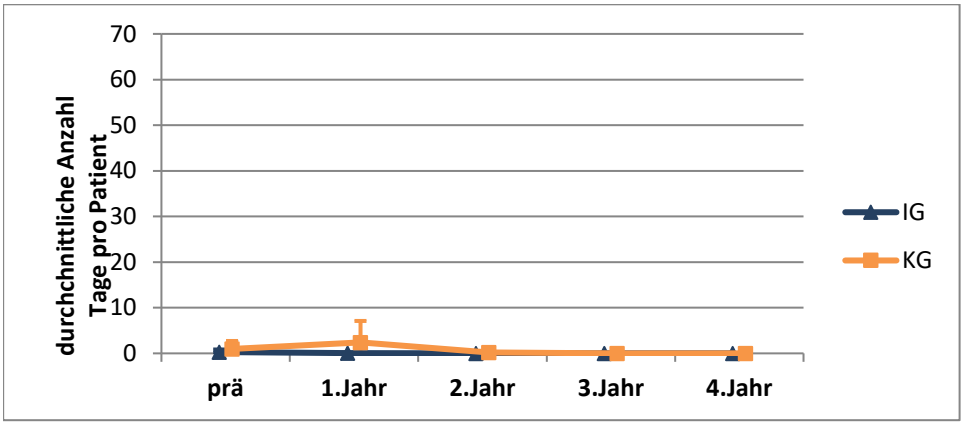
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



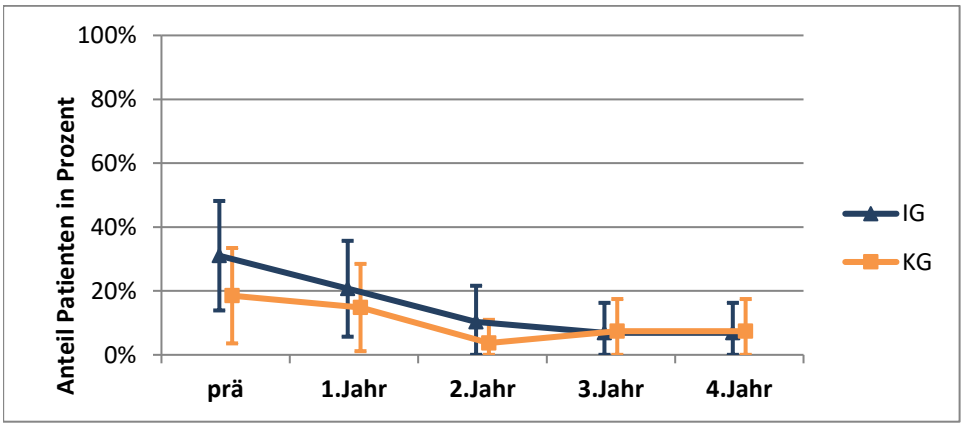
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

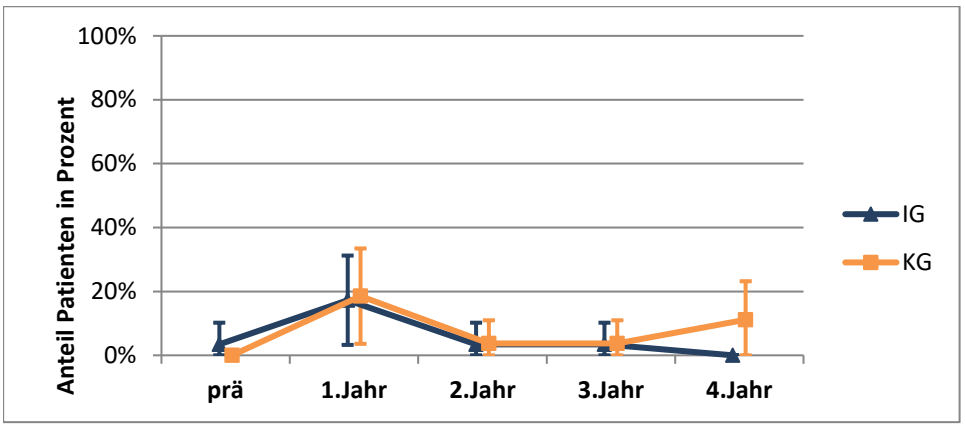
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

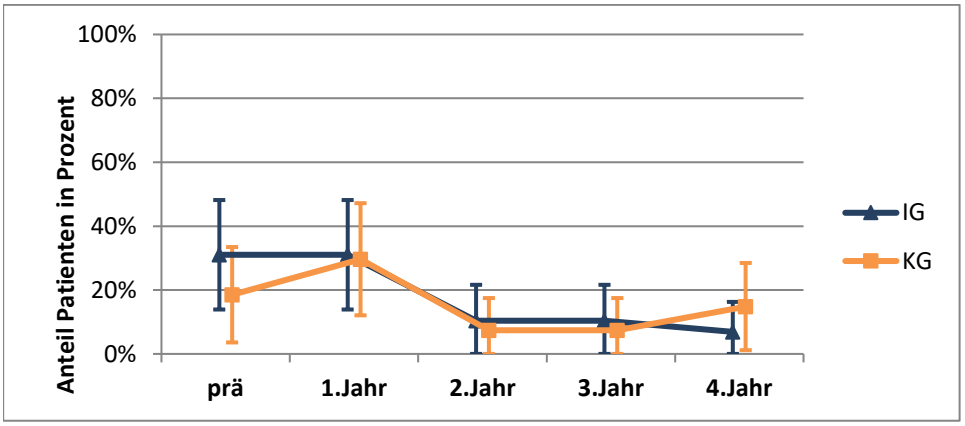
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



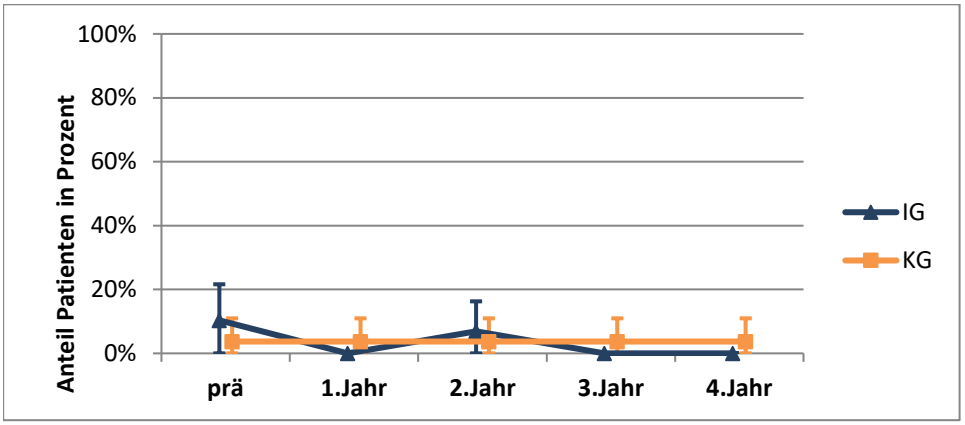
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



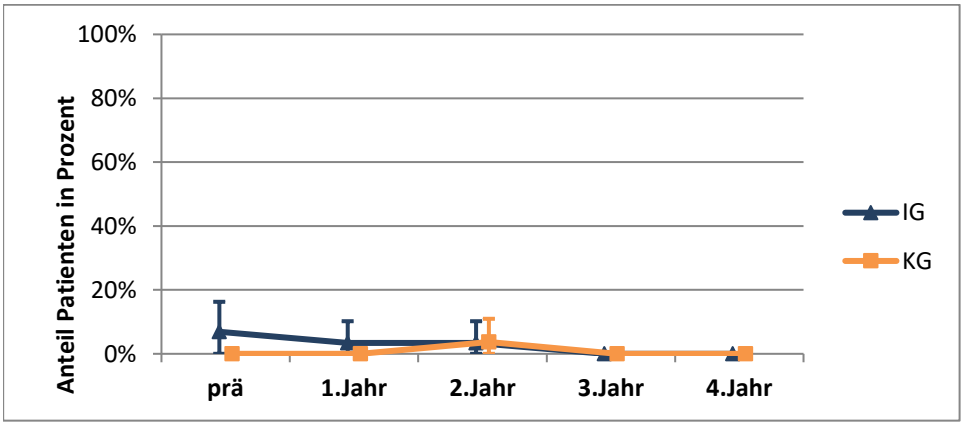
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

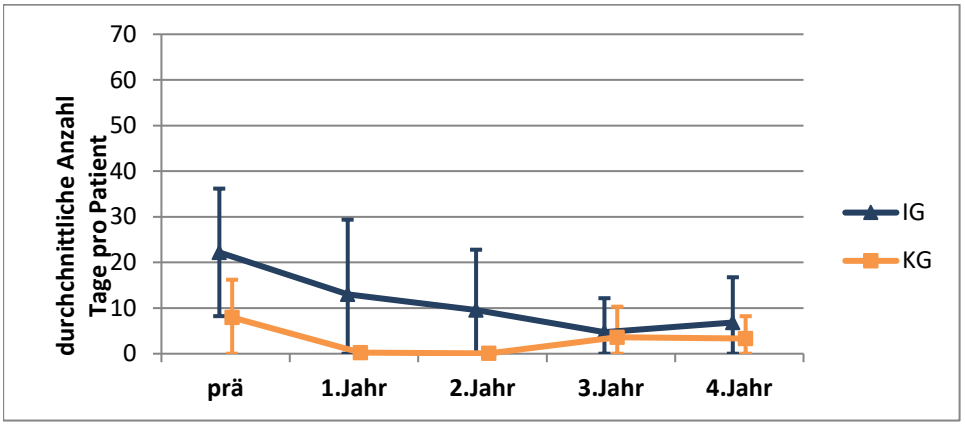


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

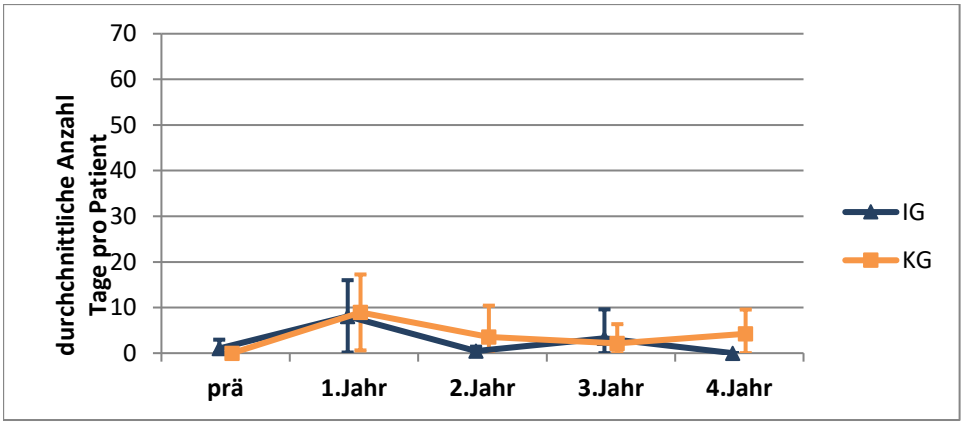


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

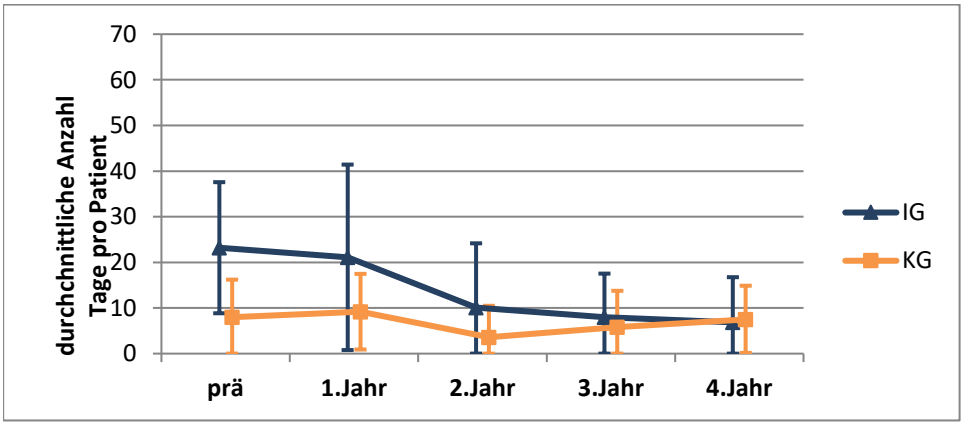
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



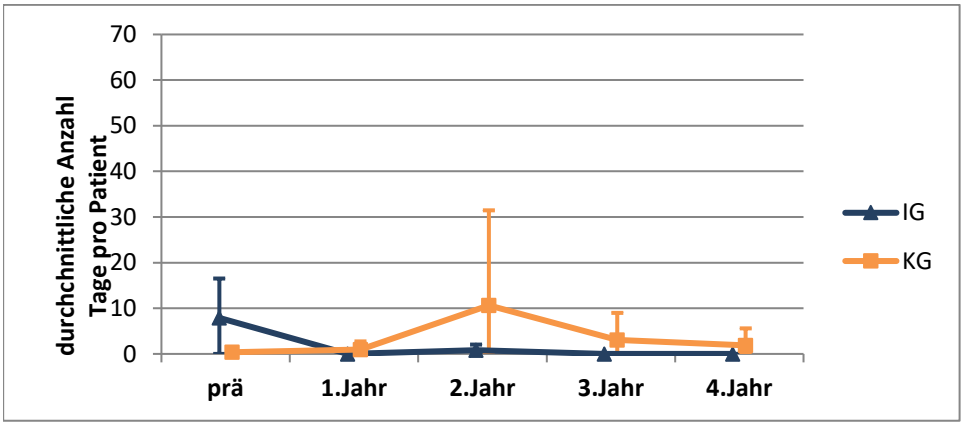
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



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

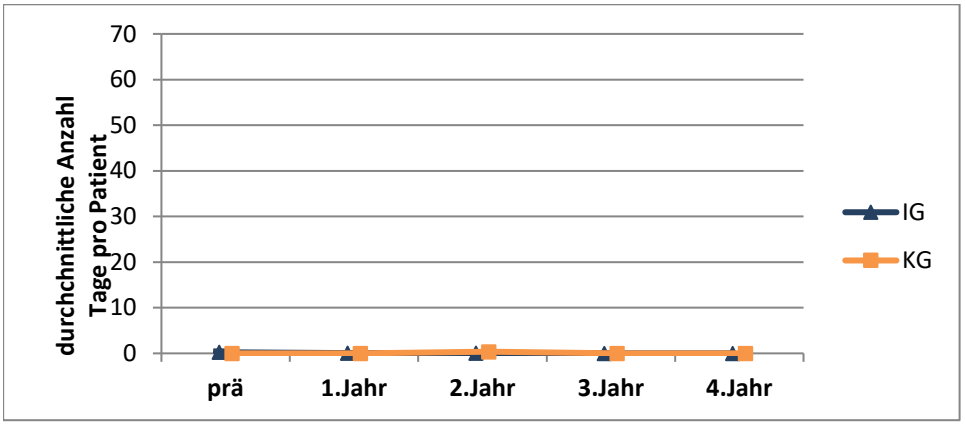


Tabelle 69: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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)	**126**	**126**	**126**	**126**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	3,2 %	33,3 %	4,0 %	43,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	19,8 %	0,0 %	23,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	3,2 %	43,7 %	4,0 %	57,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,4 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	4,0 %	2,4 %	4,8 %	0,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	1,0	21,0	1,4	18,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,0	17,3	0,0	14,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	1,0	38,3	1,4	32,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	4,1	0,0	0,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,1	0,4	0,4

[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 37: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

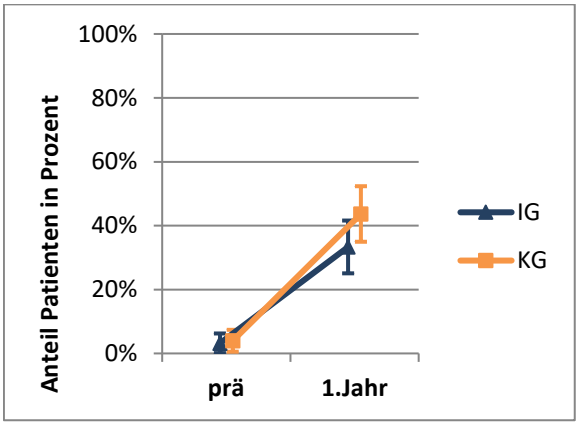
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

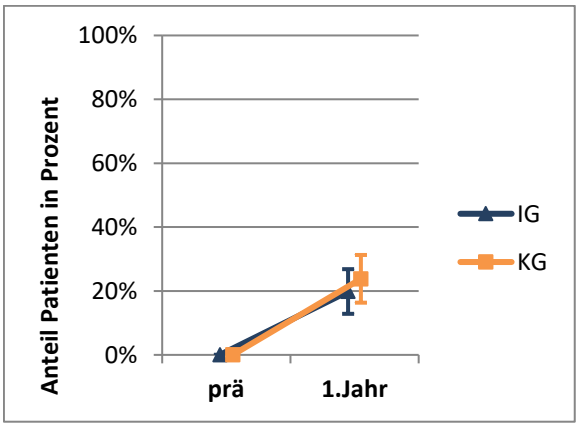
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

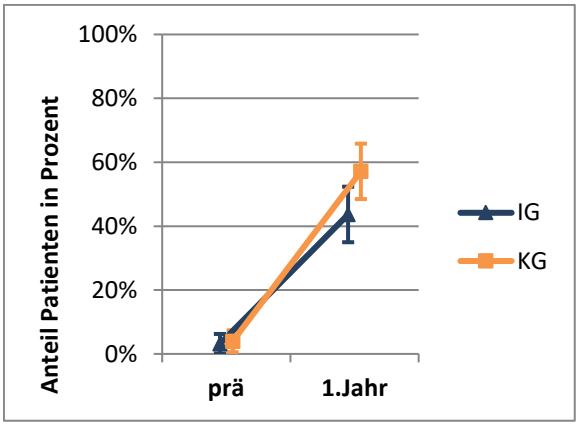
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



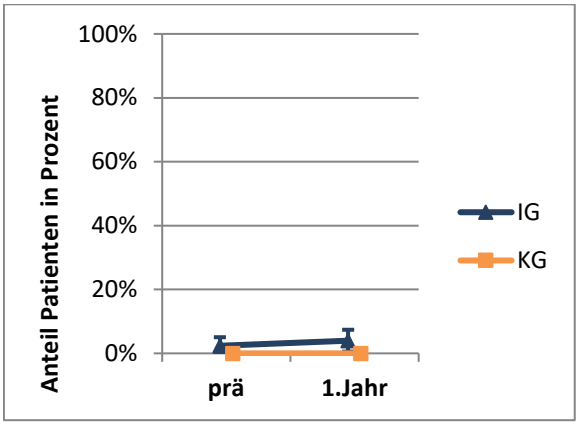
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



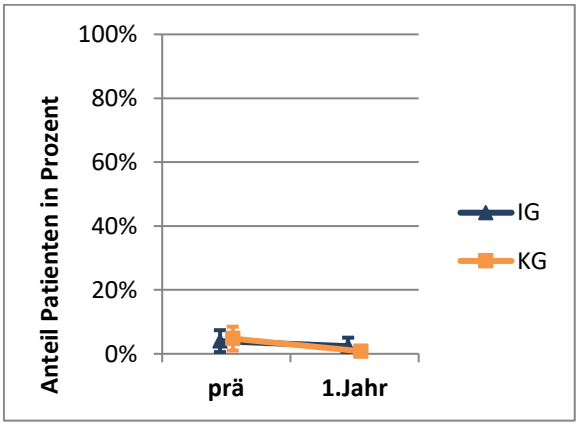
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

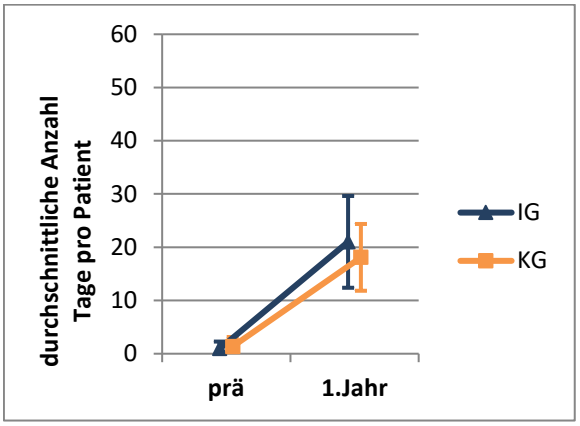


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

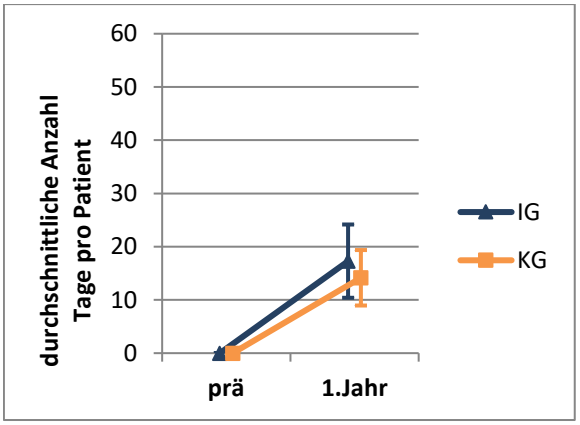


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

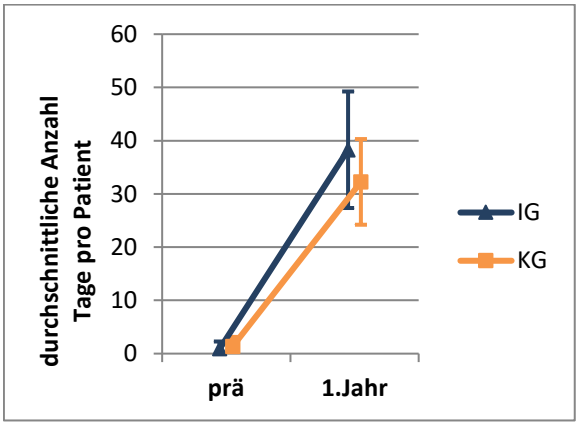
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



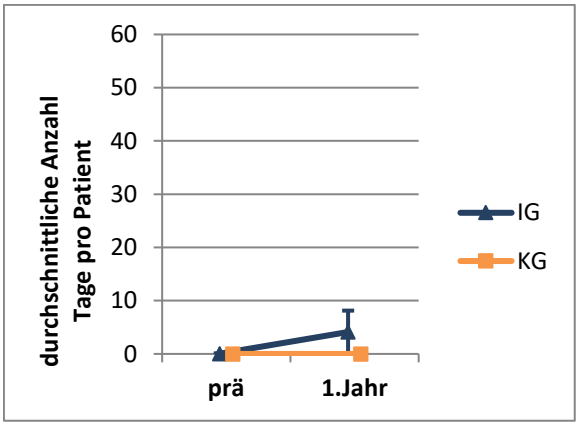
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



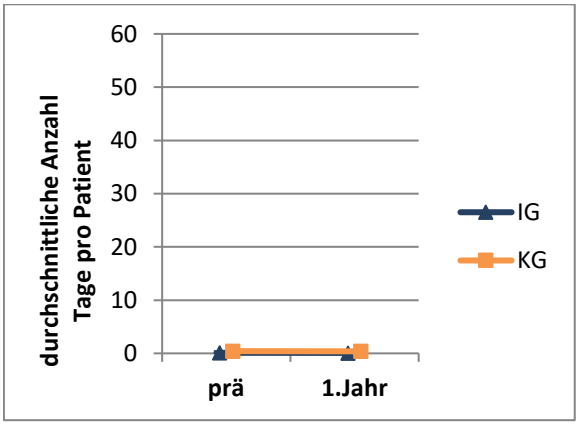
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- **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)	**81**	**81**	**81**	**83**	**83**	**83**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	3,7 %	37,0 %	12,3 %	3,6 %	47,0 %	10,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	21,0 %	6,2 %	0,0 %	21,7 %	4,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	3,7 %	46,9 %	16,0 %	3,6 %	57,8 %	13,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,5 %	4,9 %	4,9 %	0,0 %	0,0 %	3,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	4,9 %	2,5 %	0,0 %	4,8 %	1,2 %	3,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	1,4	24,1	4,1	2,0	15,8	2,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,0	18,2	3,6	0,0	12,3	1,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	1,4	42,3	7,8	2,0	28,1	3,9
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	6,3	3,4	0,0	0,0	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,0	0,0	0,5	0,6	0,1

[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

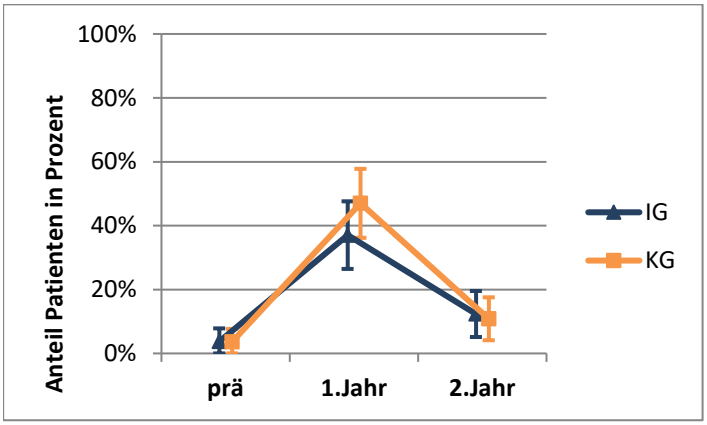
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

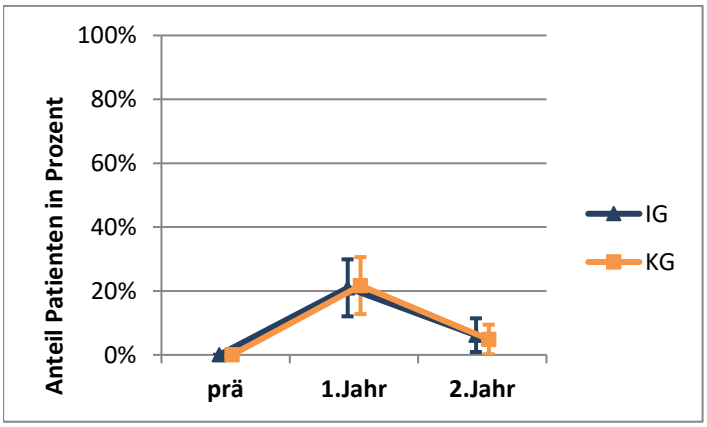
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

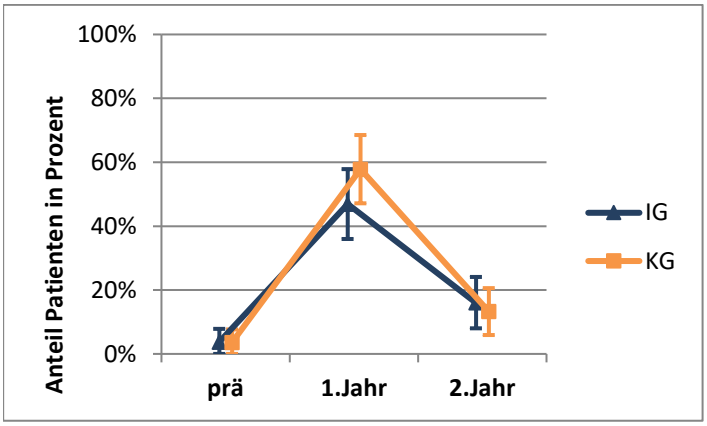
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



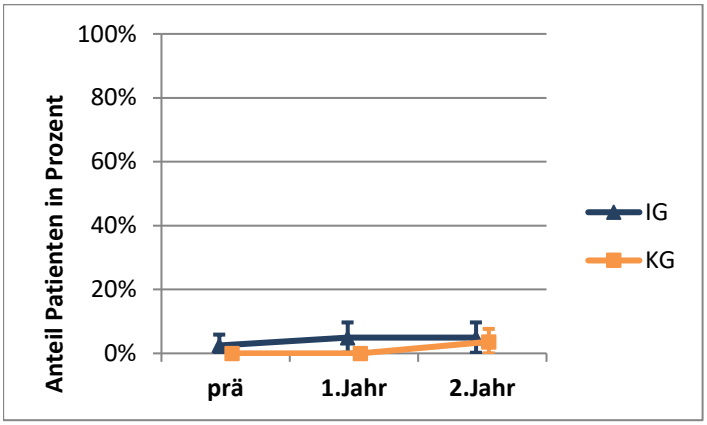
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



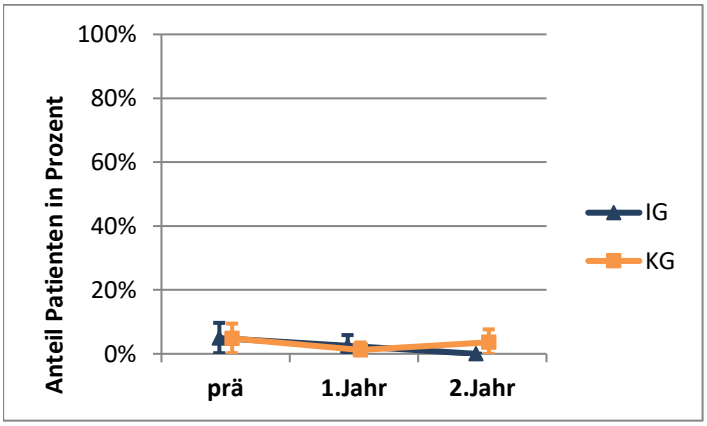
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

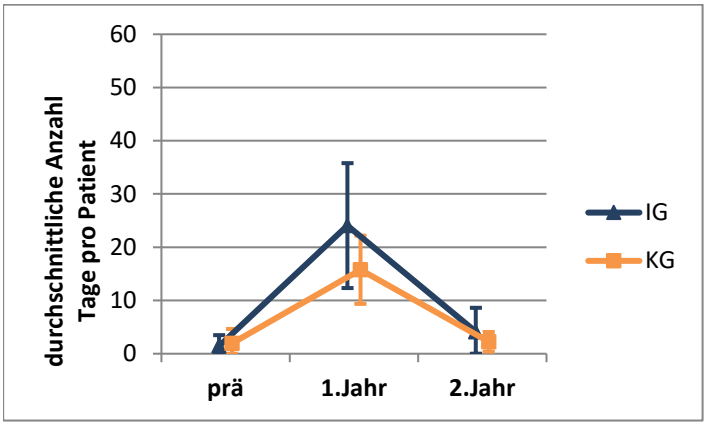


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

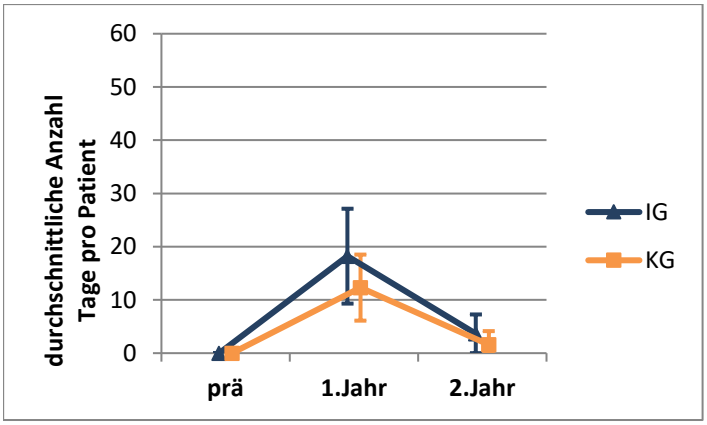


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

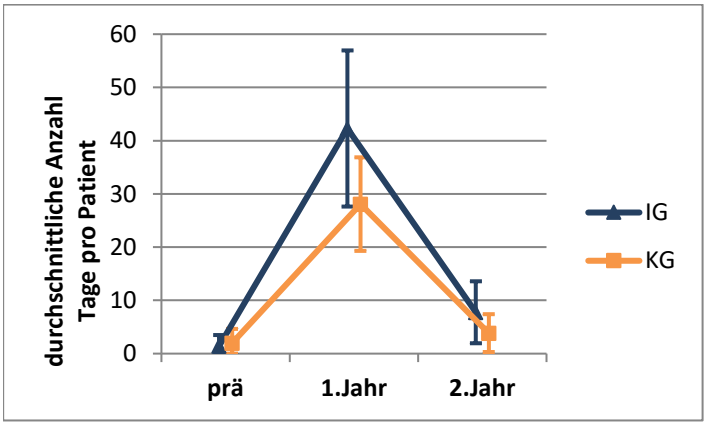
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



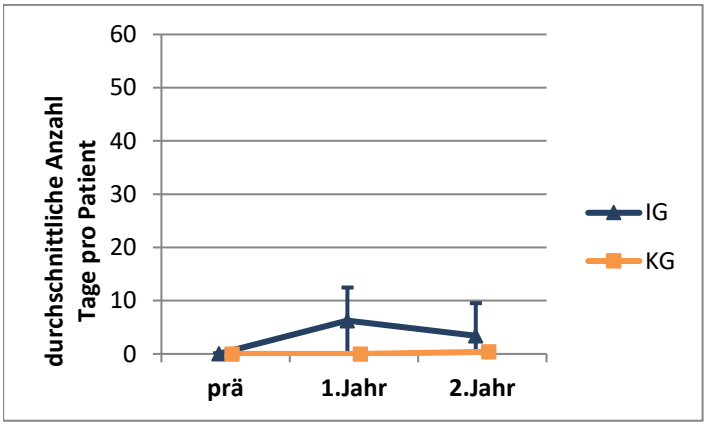
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



- **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	0,49 0,08…3,02	0,96 0,00…INF	8,80 -2,89…20,49	5,91 -3,65…15,47
DID Jahr 2	1,12 0,16…7,90	1,31 0,00…INF	2,40 -9,29…14,09	2,02 -7,54…11,57

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)	**39**	**39**	**39**	**39**	**43**	**43**	**43**	**43**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	2,6 %	48,7 %	17,9 %	0,0 %	2,3 %	48,8 %	16,3 %	14,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	20,5 %	2,6 %	2,6 %	0,0 %	18,6 %	4,7 %	4,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	2,6 %	51,3 %	17,9 %	2,6 %	2,3 %	60,5 %	18,6 %	14,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,6 %	10,3 %	5,1 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	7,0 %	2,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	2,6 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	7,0 %	2,3 %	4,7 %	0,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	0,1	34,4	6,1	0,0	0,1	13,4	3,8	2,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,0	15,7	1,2	0,0	0,0	11,1	0,4	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	0,1	50,1	7,3	0,0	0,1	24,5	4,2	3,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	13,0	6,5	0,6	0,0	0,0	0,8	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	1,1	0,2	0,0

[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)	**36**	**36**	**36**	**36**	**35**	**35**	**35**	**35**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	25,0 %	25,0 %	13,9 %	5,6 %	17,1 %	17,1 %	5,7 %	5,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	2,8 %	16,7 %	2,8 %	2,8 %	0,0 %	14,3 %	2,9 %	2,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	25,0 %	33,3 %	13,9 %	8,3 %	17,1 %	28,6 %	8,6 %	5,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	8,3 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	5,6 %	2,8 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	2,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	17,9	17,0	9,8	3,8	6,3	0,3	1,4	2,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,8	9,3	0,4	2,6	0,0	6,9	2,7	1,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	18,7	26,3	10,2	6,4	6,3	7,2	4,1	4,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	6,4	0,0	0,6	0,0	0,3	0,7	8,2	2,3

• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	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).

Abbildung 39: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

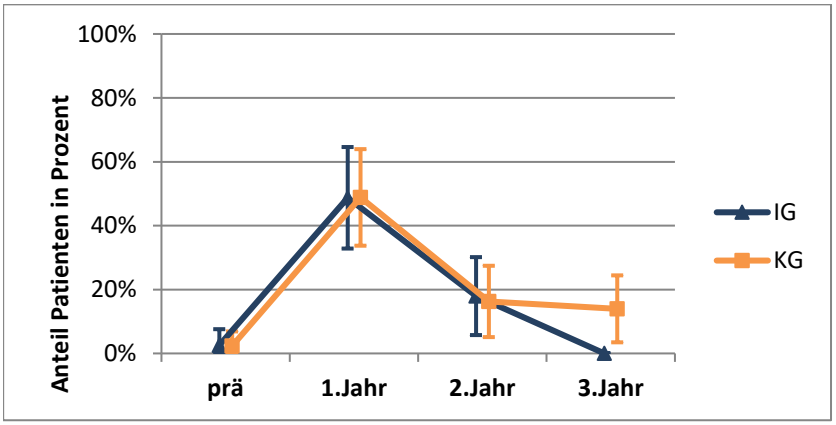
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

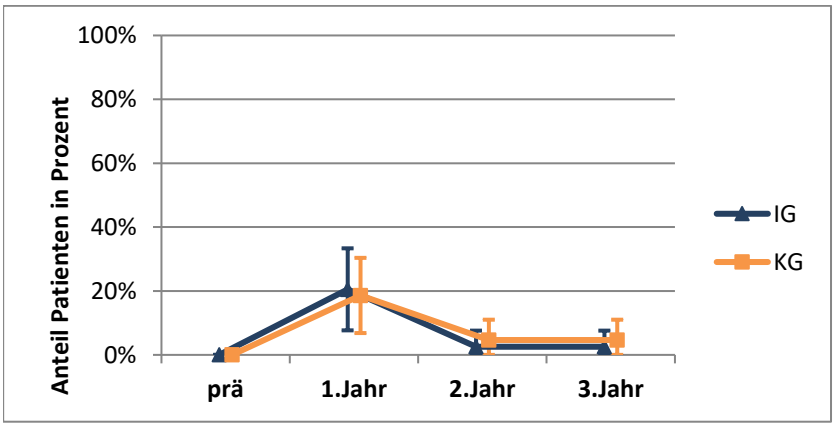
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

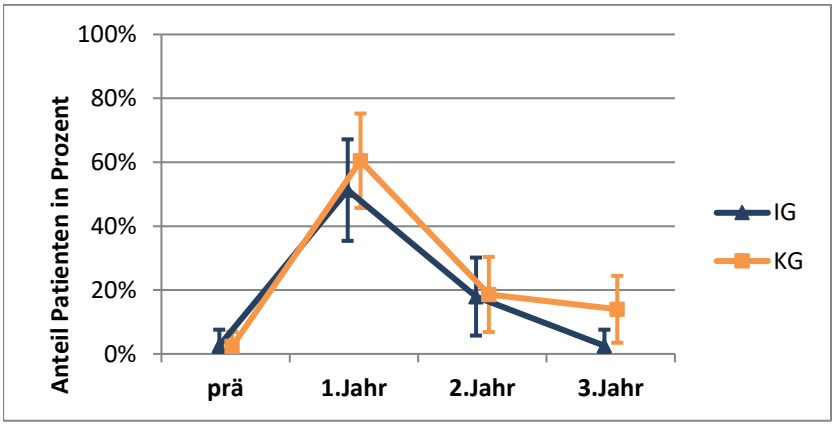
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



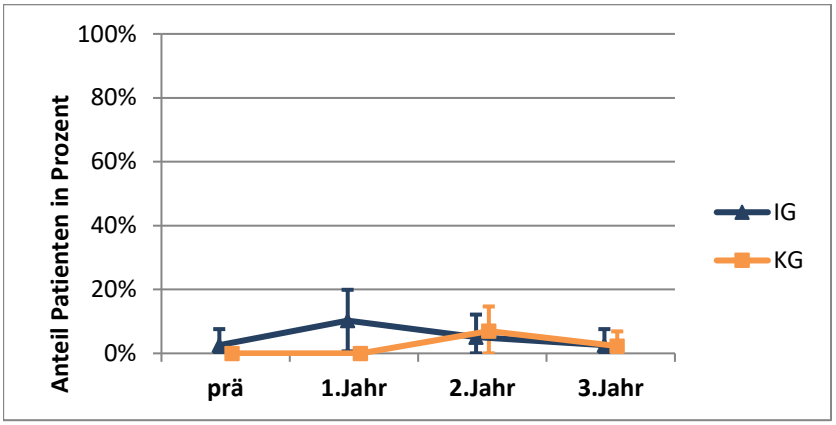
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



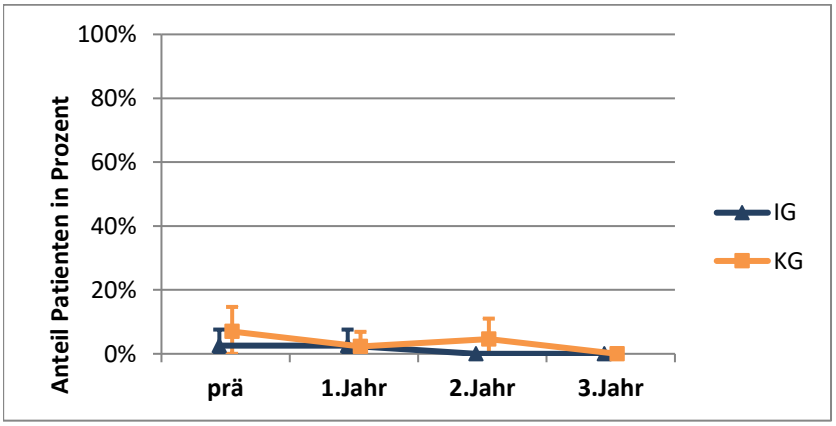
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

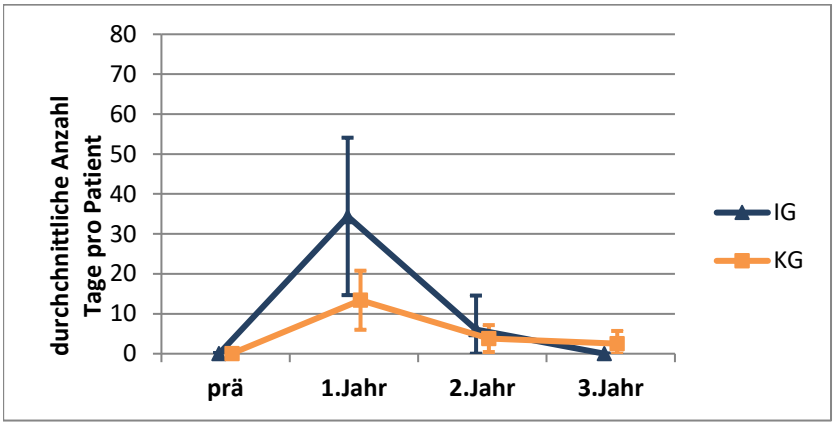


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

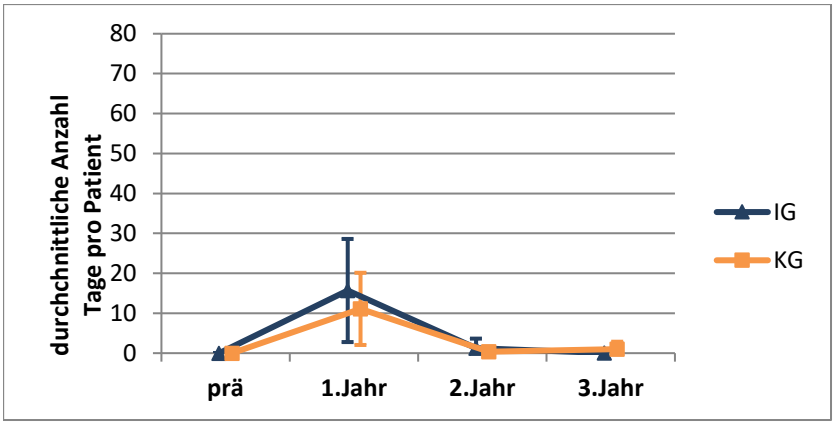


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

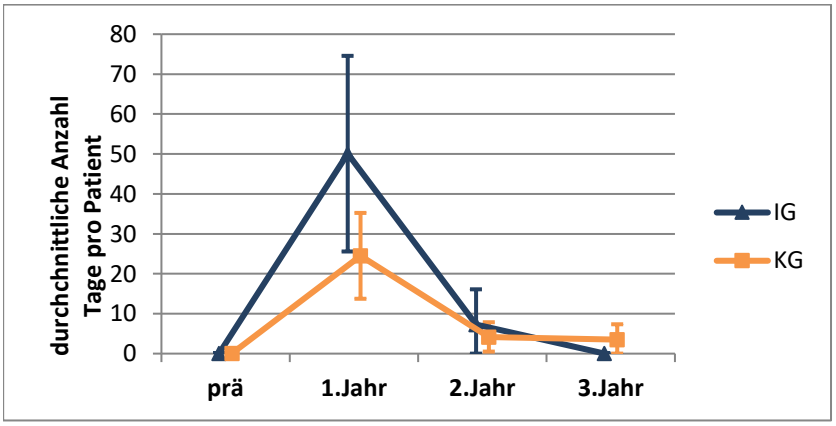
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



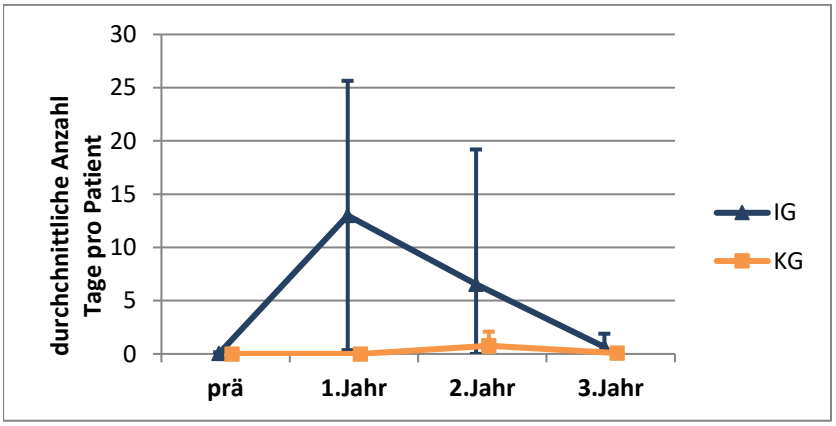
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



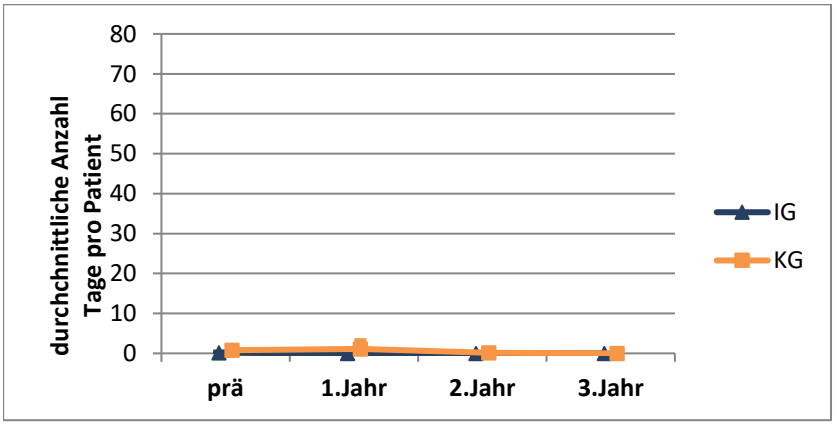
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



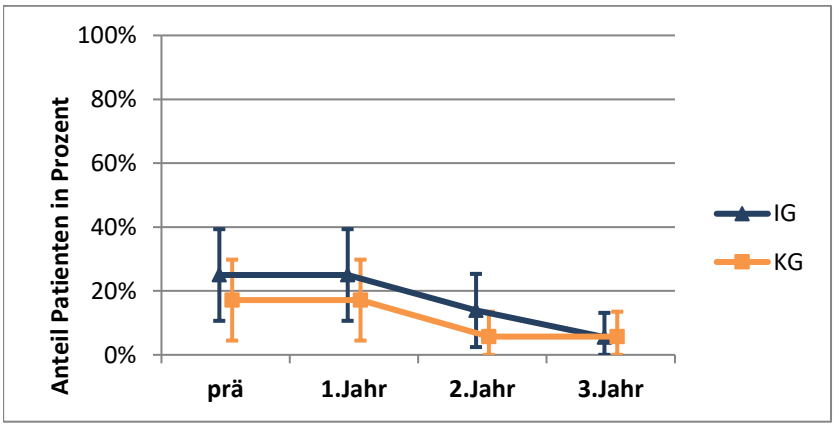
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

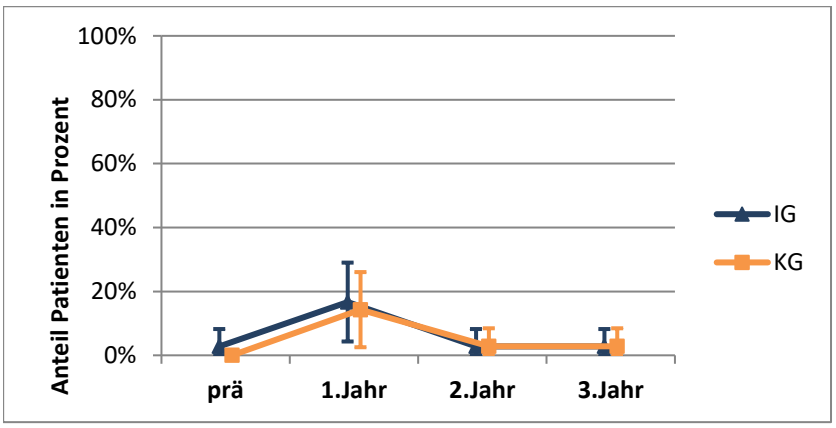
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

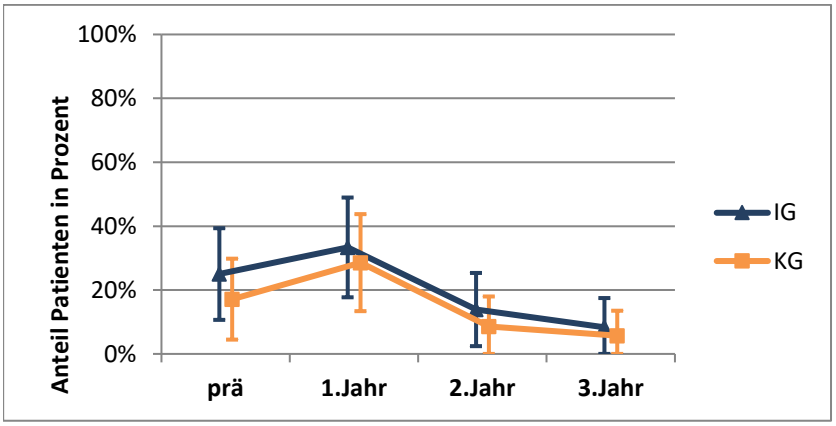
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



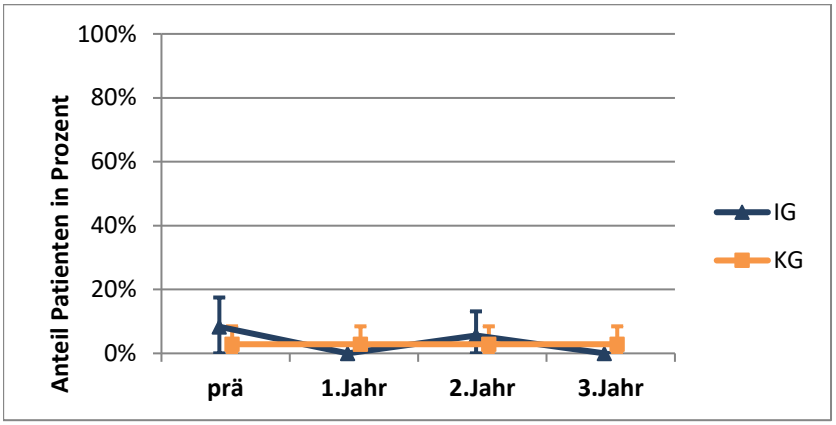
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



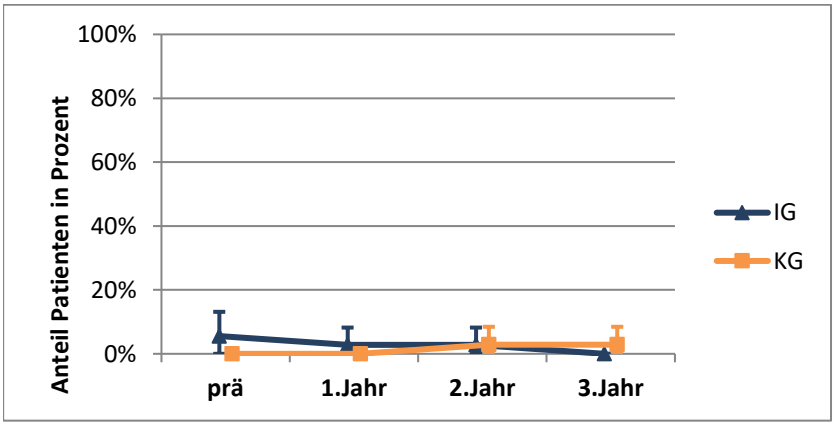
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

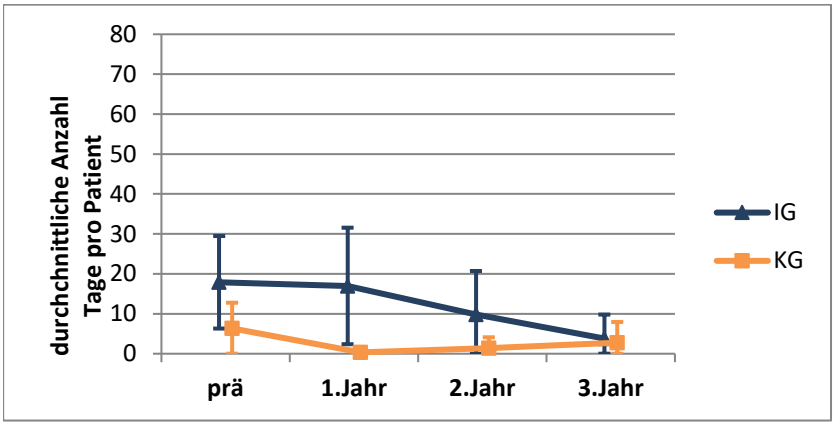


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

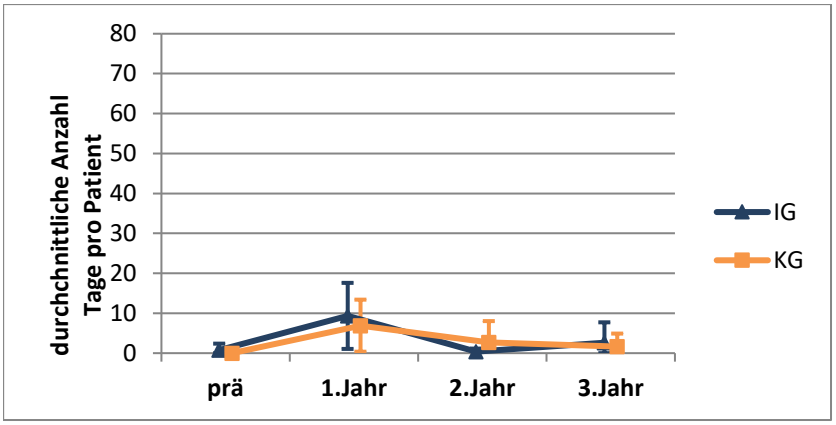


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

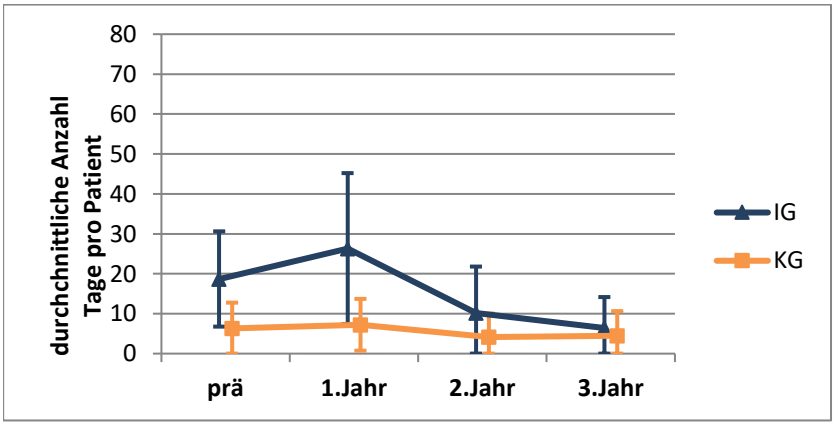
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



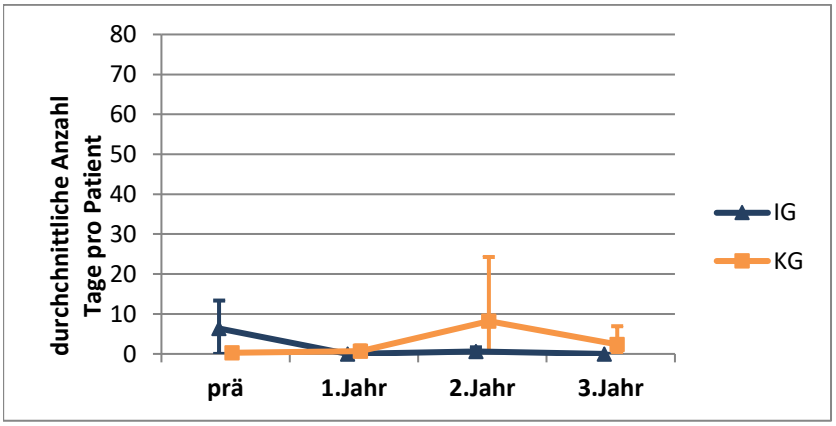
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



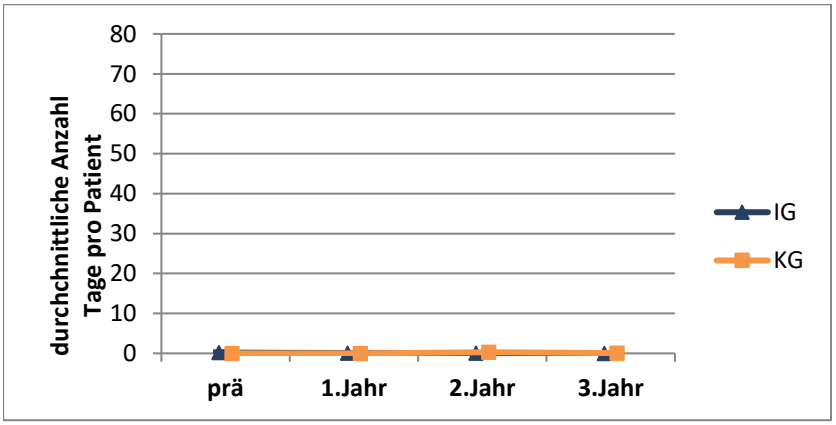
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- **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 jungen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die Fallzahlen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können (jeweils n < 30).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich in der IG stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +7,0 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 und der KG etwa gleich an (IG: +1,9 Kontakte; KG: +1,7 Kontakte).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U2, ein stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = +3,5 Kontakte). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG, blieb

jedoch in der IG größer, so dass die Anzahl der Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum zweiten Jahr danach in der IG auch statistisch signifikant mehr stieg (DiD = +2,3 Kontakte).

Auch die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, in der IG etwas stärker als in der KG und blieb in der IG größer als in der KG (prä: +0,6; 1. Jahr: +1,3; 2. Jahr: +1,2 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

U4: Auch bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Fallzahlen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können (jeweils n < 44).

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)	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**21**	**20**	**21**	**20**	**18**	**18**	**20**	**20**	**20**	**20**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,9	2,7	3,1	0,6	0,0	2,4	0,6	0,5	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	10,9	15,0	9,2	6,1	5,5	7,3	8,5	8,0	5,5	4,2
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	2,3	2,0	1,1	1,3	1,7	0,8	2,4	2,5	2,1	1,8
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	0,1	0,0
• 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)	0,4	0,6	0,7	0,4	0,0	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										

• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	0,9	0,8	0,6	0,0	0,0	5,9	3,7	0,3	0,3	0,0

[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

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)	**29**	**29**	**29**	**29**	**29**	**27**	**27**	**27**	**27**	**27**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**29**	**29**	**29**	**29**	**29**	**27**	**27**	**27**	**27**	**27**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**26**	**28**	**28**	**27**	**29**	**25**	**27**	**25**	**27**	**27**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,4	5,5	3,0	2,4	1,8	1,9	2,4	0,7	0,6	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,6	8,8	11,1	8,3	6,4	5,1	5,0	6,8	9,5	7,7
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	3,1	2,9	2,1	2,2	3,4	3,0	2,5	1,6	2,1	3,4

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,6	0,6	0,4	0,7	0,5	0,7	0,2	0,5	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	3,1	4,8	2,1	0,0	0,0	3,6	0,7	0,7	0,1	1,9

[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

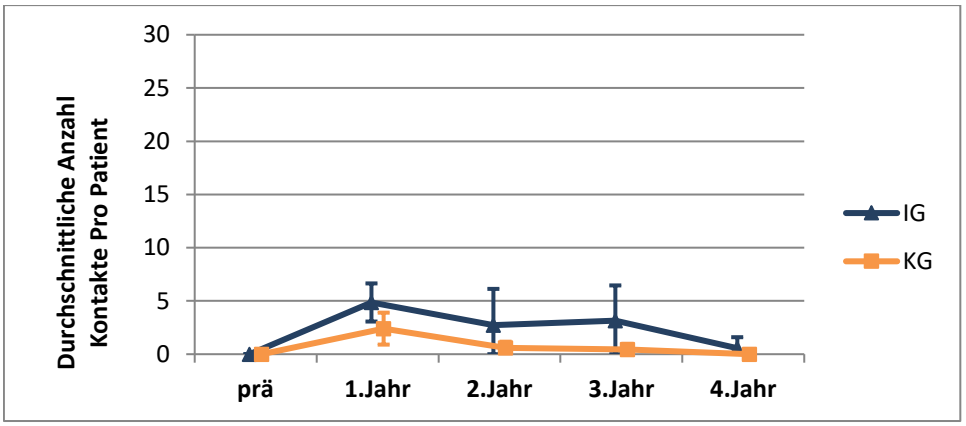
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

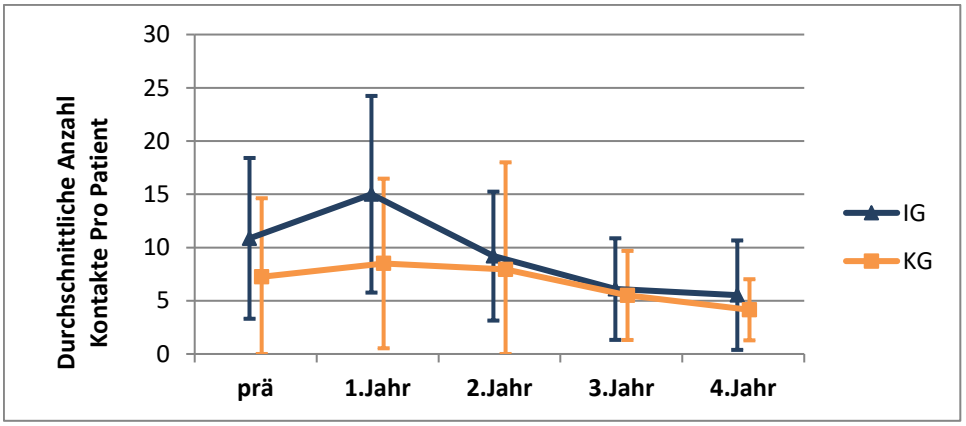
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

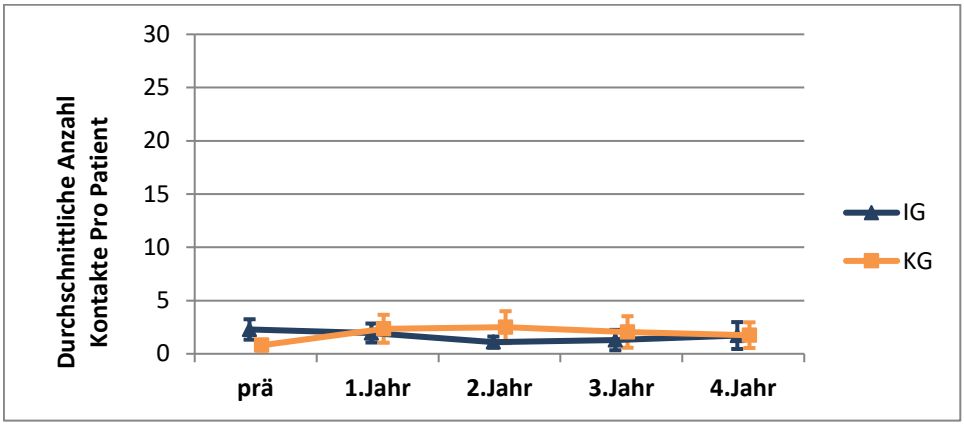
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

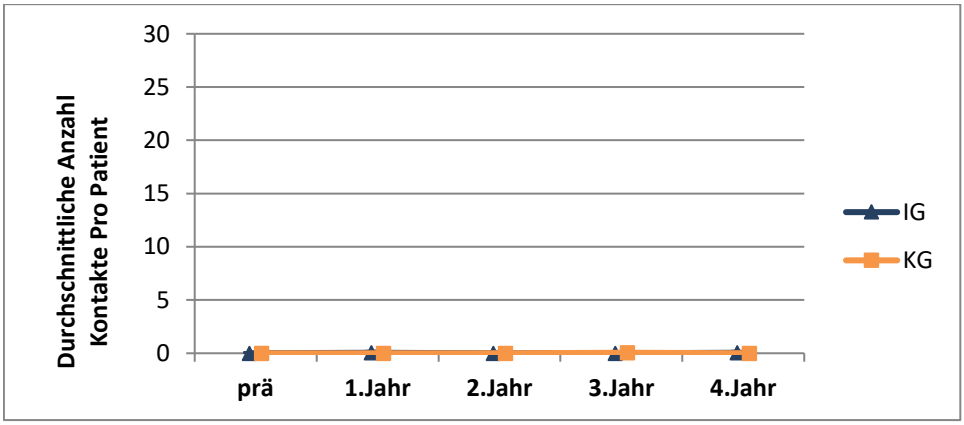


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

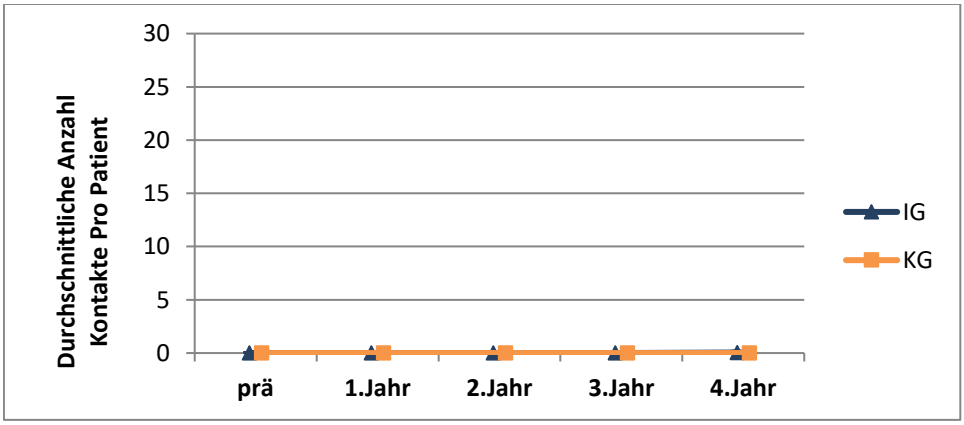


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

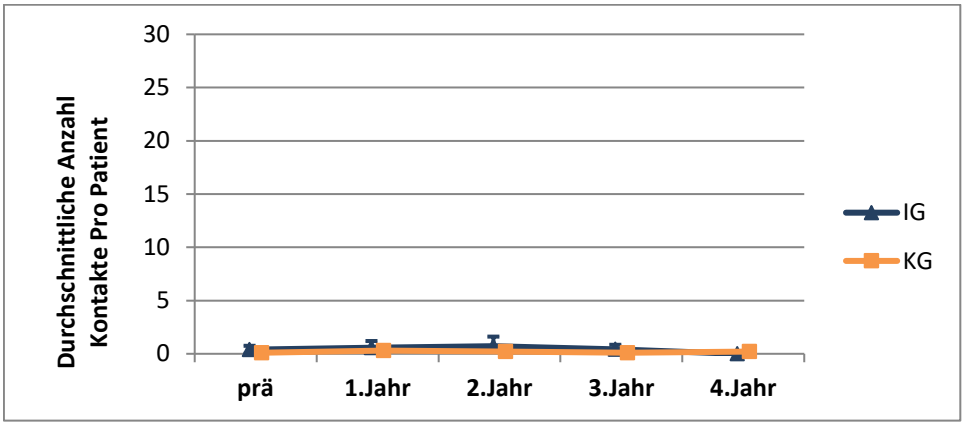
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

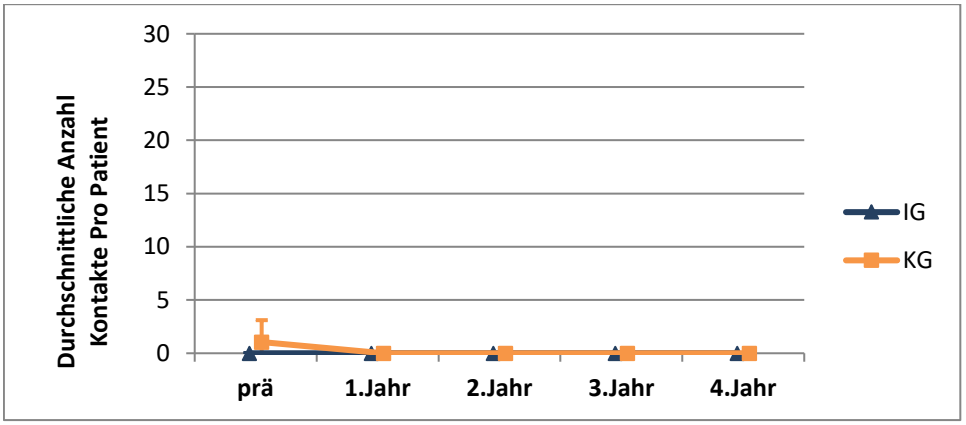


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

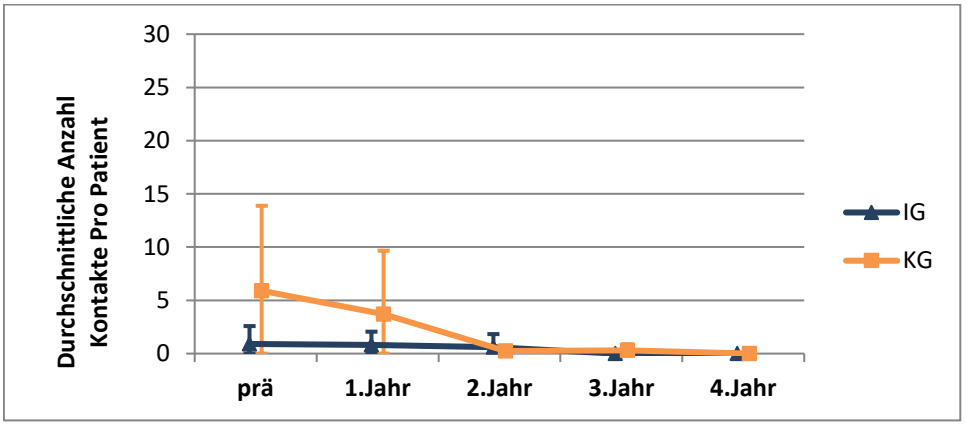


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



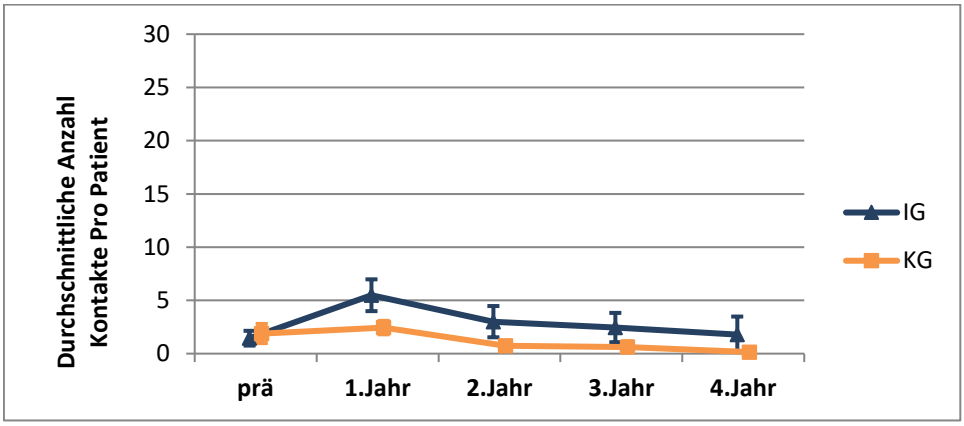
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

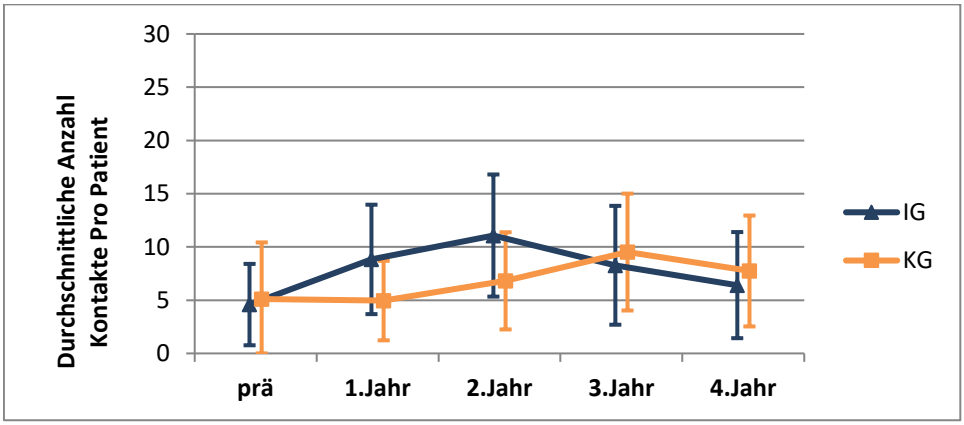
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

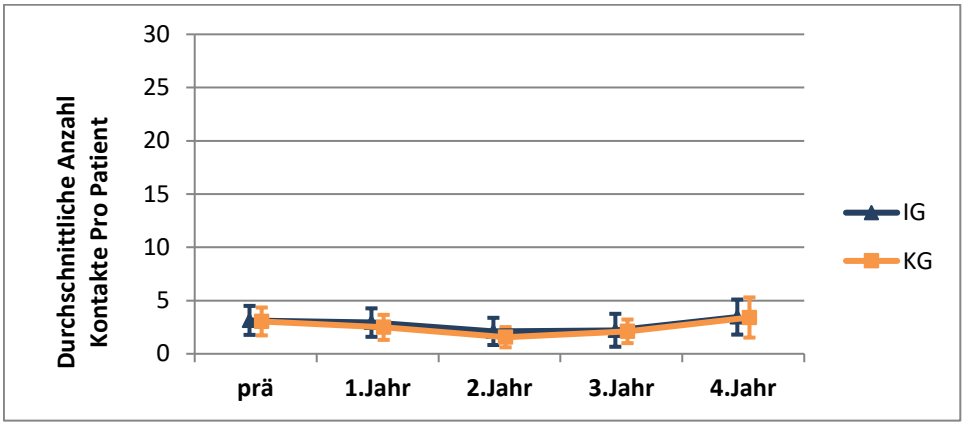
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

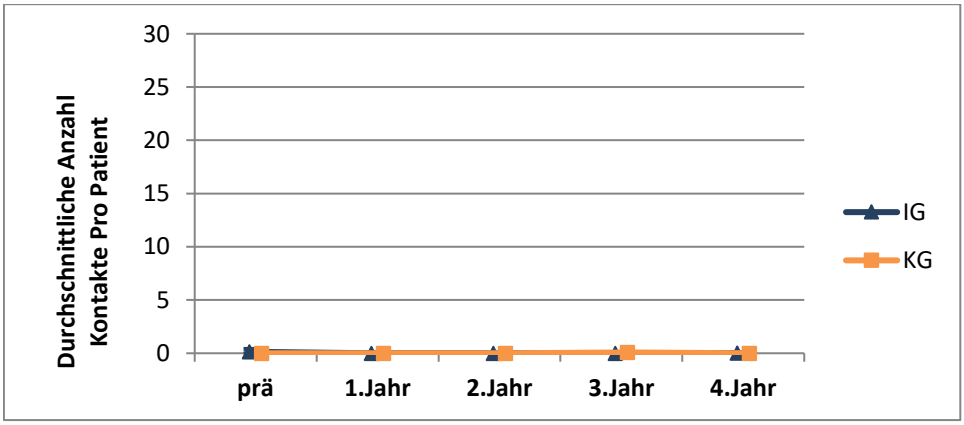


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

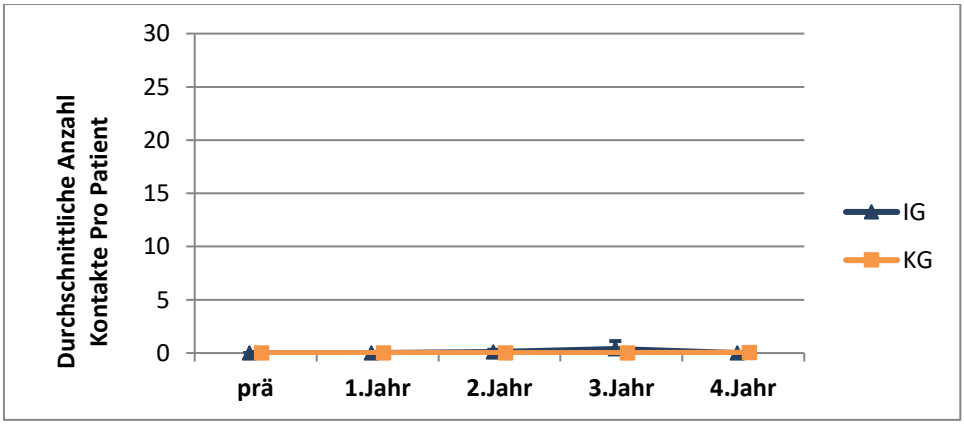


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

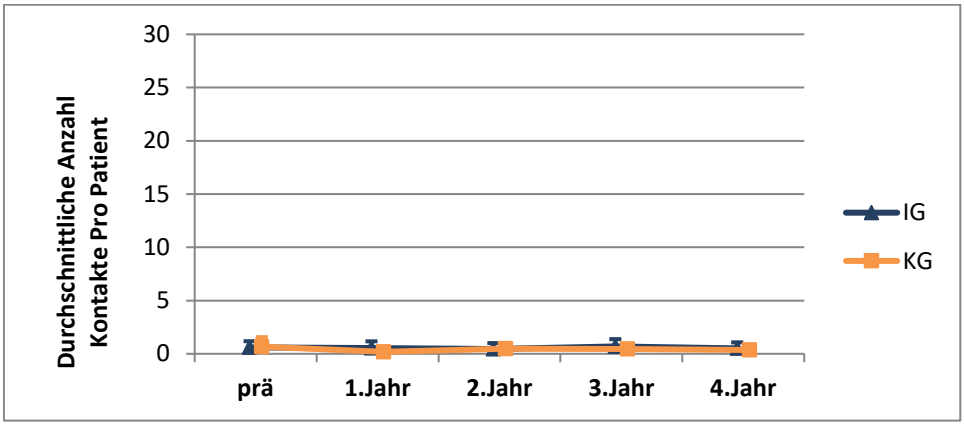
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

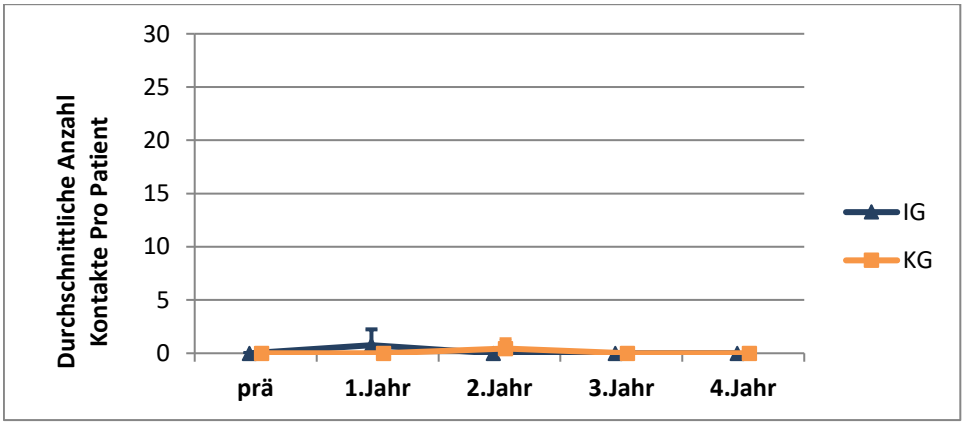


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

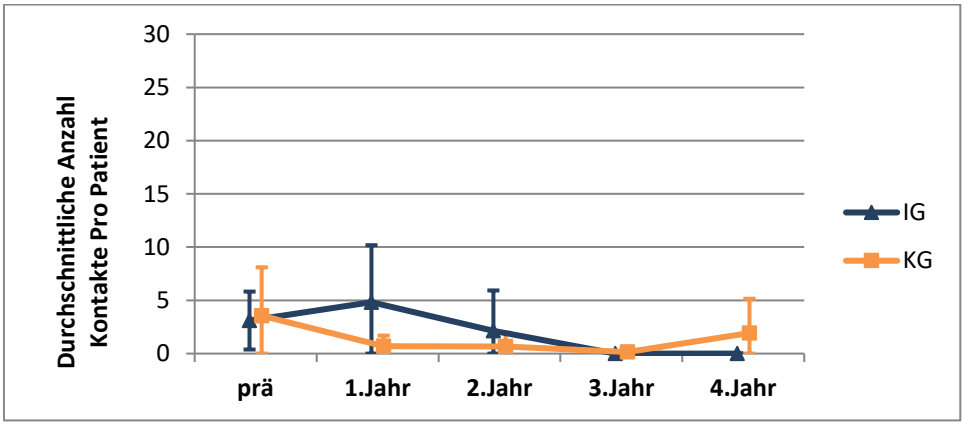


Tabelle 75: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen , Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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)	**126**	**126**	**126**	**126**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**126**	**126**	**126**	**126**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**123**	**123**	**121**	**123**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	7,0	0,1	3,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	5,5	7,3	4,8	6,5
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	2,4	3,0	2,0	3,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,0	0,2
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,4	0,3	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,2	0,0	0,2	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	0,9	0,4	1,2	1,2

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

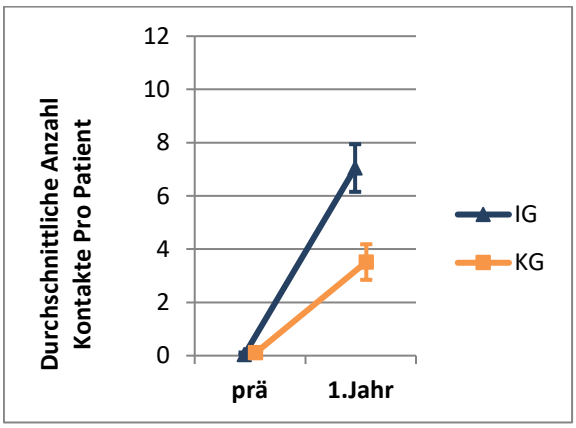
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

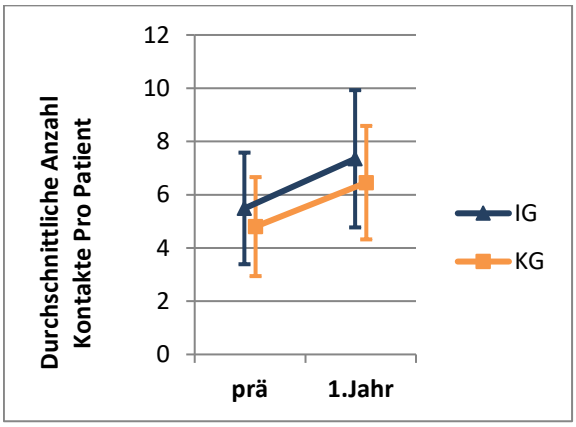
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

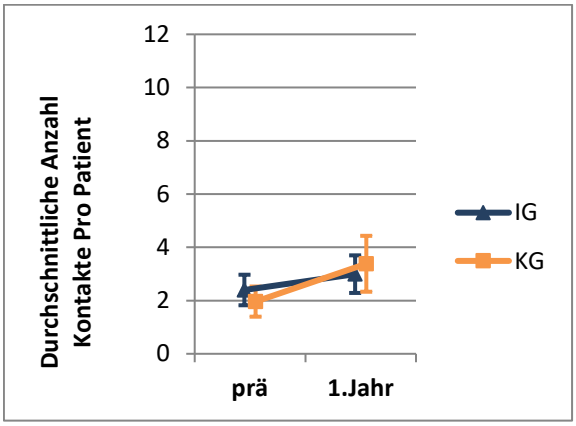
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

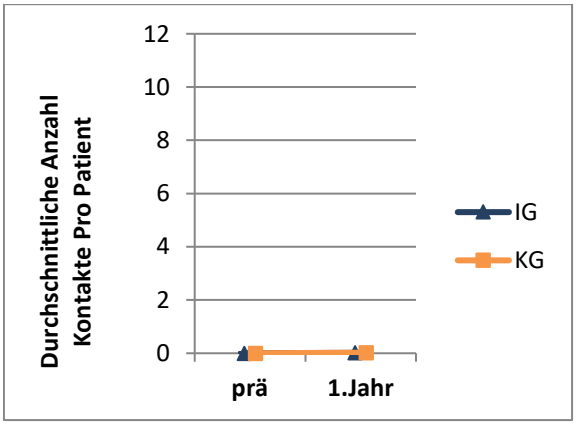


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

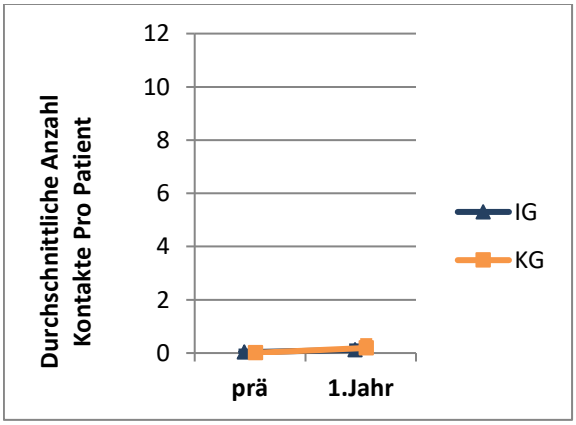


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

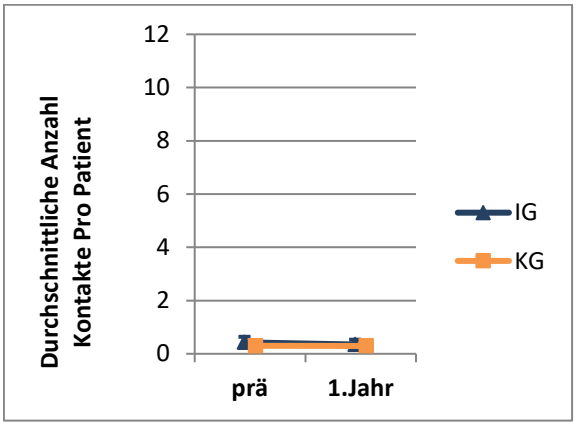
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

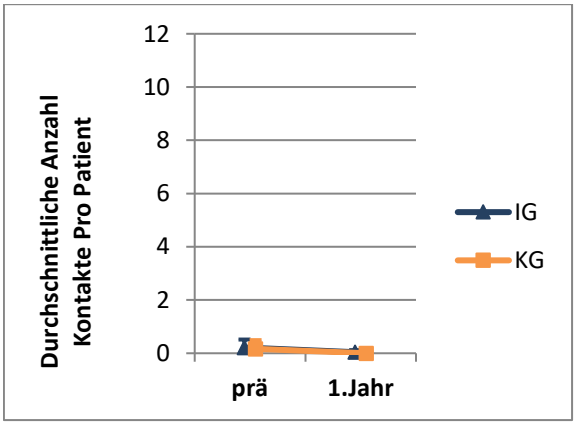


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

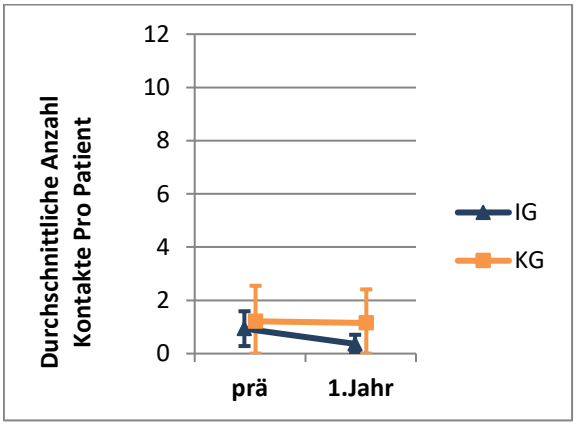


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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)	**81**	**81**	**81**	**83**	**83**	**83**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**81**	**81**	**81**	**83**	**83**	**83**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**80**	**79**	**80**	**78**	**80**	**81**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	6,4	3,0	0,1	2,9	0,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	6,2	8,6	9,4	5,6	7,3	8,2
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	2,6	3,2	2,4	2,0	3,7	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	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,2	0,2	0,0	0,3	0,4
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,6	0,4	0,4	0,1	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	1,3	0,5	0,2	1,8	1,1	0,1

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

[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

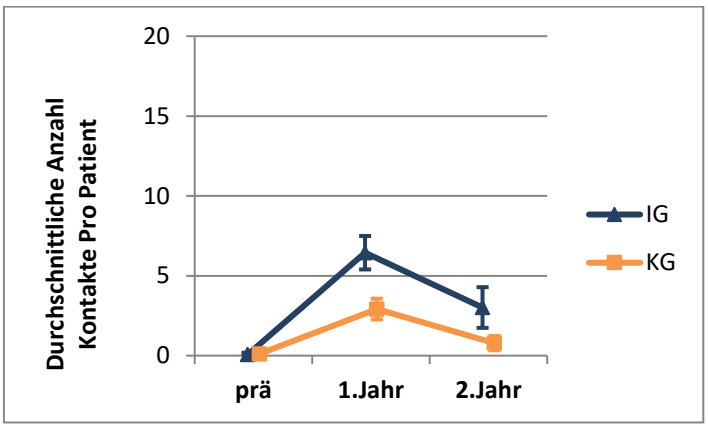
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

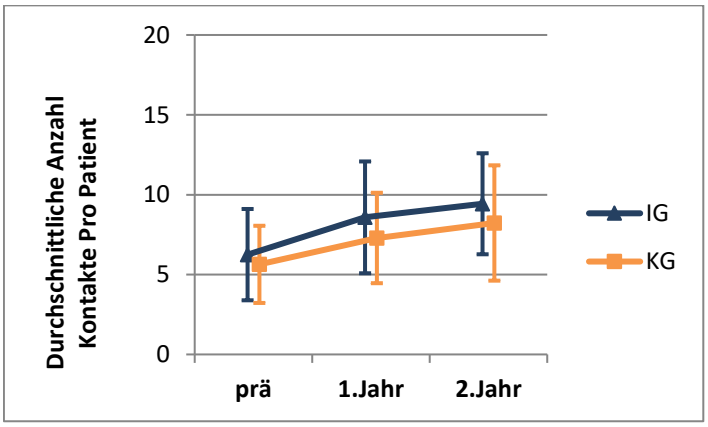
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

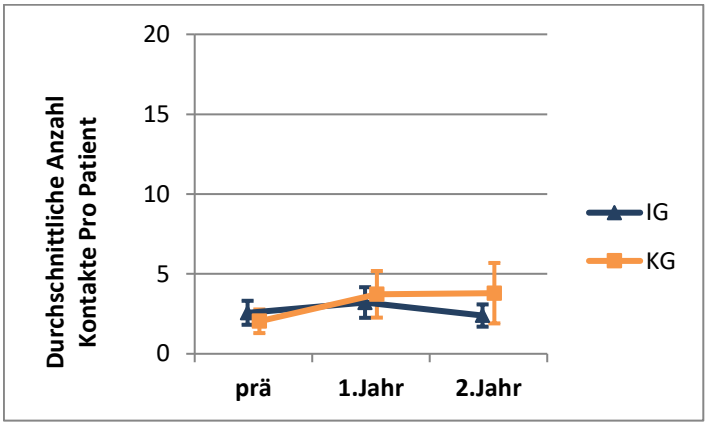
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

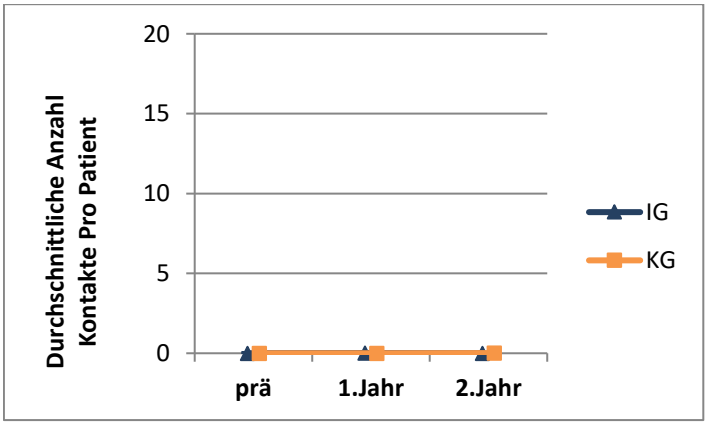


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

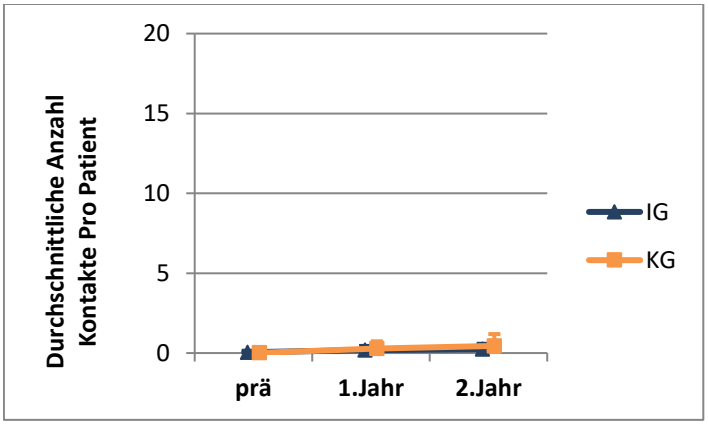


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

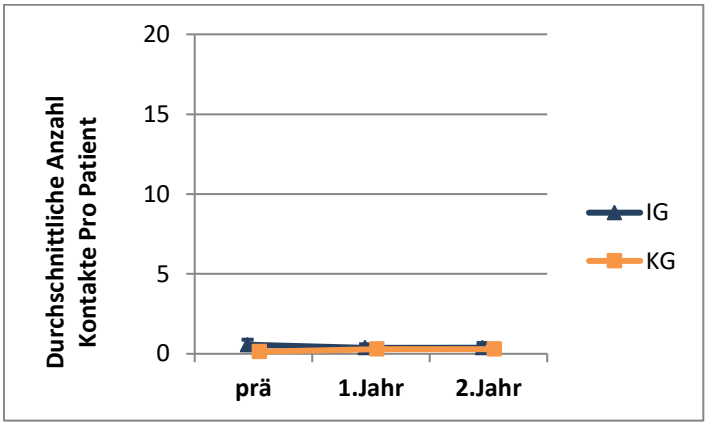
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

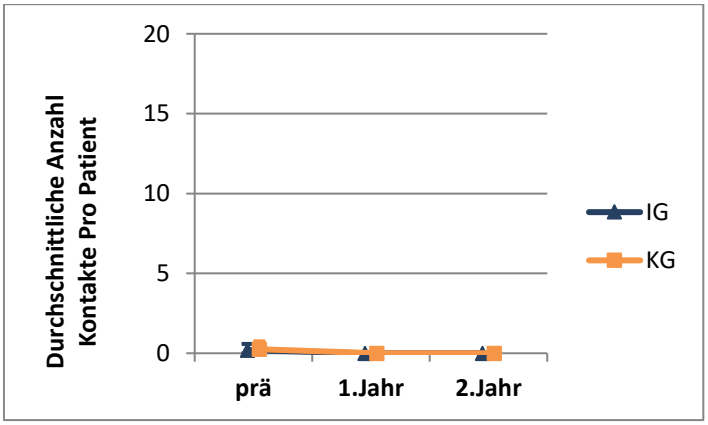


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

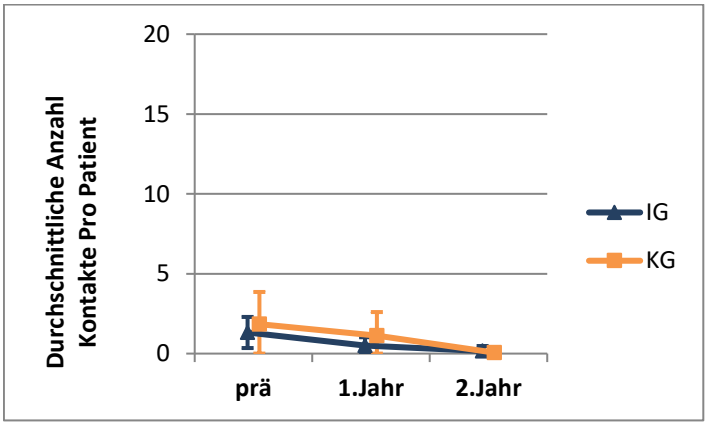


Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	3,58*** 2,09…5,06	0,68 -5,45…6,82	-1,04 -3,35…1,26
DID Jahr 2	2,28** 0,79…3,76	0,60 -5,54…6,73	-1,93 -4,23…0,37

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)	**39**	**39**	**39**	**39**	**43**	**43**	**43**	**43**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**39**	**39**	**39**	**39**	**43**	**43**	**43**	**43**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**39**	**38**	**39**	**37**	**39**	**40**	**42**	**43**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	6,1	3,1	2,2	0,1	2,6	0,7	0,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	6,4	11,8	10,2	9,4	5,6	7,3	5,7	3,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	2,6	3,2	1,8	2,4	1,9	3,1	3,0	3,0
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	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,4	0,4	0,4	0,3	0,1	0,3	0,3	0,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								

• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,4	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	1,7	1,1	0,3	0,0	3,4	2,2	0,1	0,2

[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)	**36**	**36**	**36**	**36**	**35**	**35**	**35**	**35**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**36**	**36**	**36**	**36**	**35**	**35**	**35**	**35**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**33**	**35**	**35**	**34**	**32**	**35**	**33**	**35**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,2	5,6	3,5	2,3	1,5	2,2	0,7	0,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,0	7,4	8,9	7,6	3,9	5,1	5,4	7,3
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	2,7	2,7	1,8	2,4	2,5	2,0	1,6	1,8

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,1	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5	0,2	0,4	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	2,5	3,9	1,7	0,0	2,7	0,7	2,9	1,1

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

[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

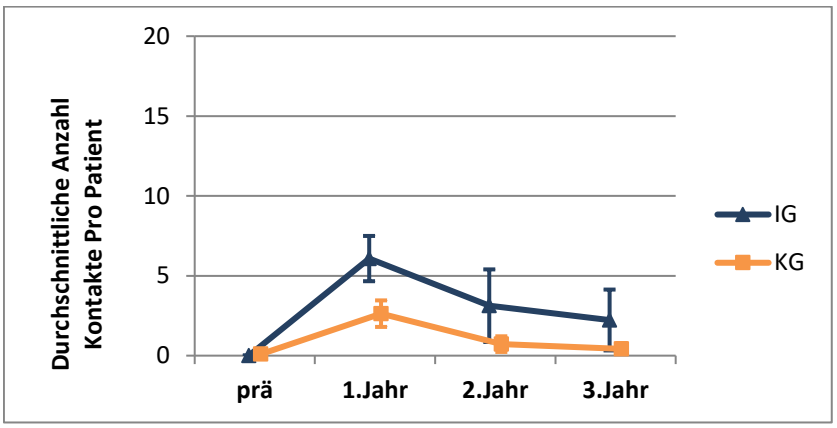
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

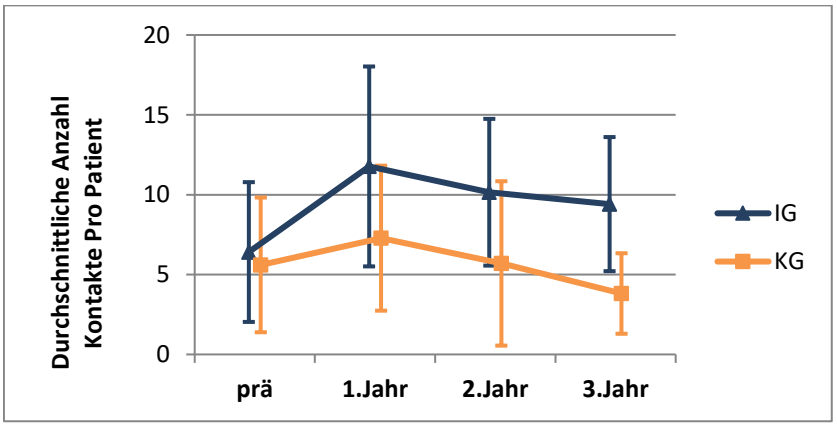
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

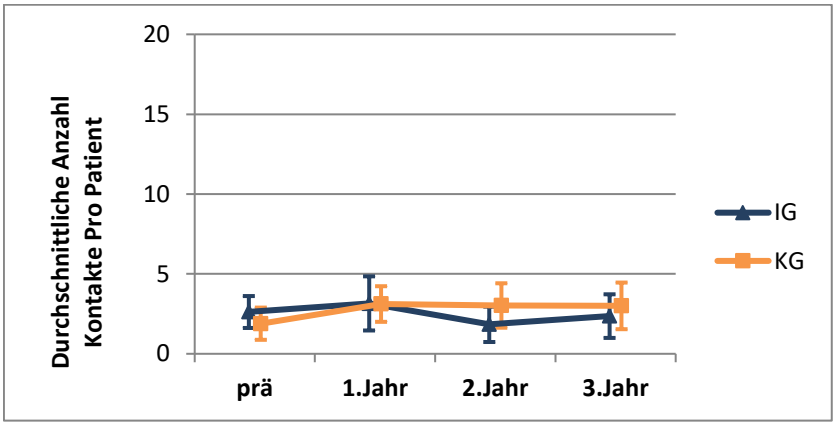
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

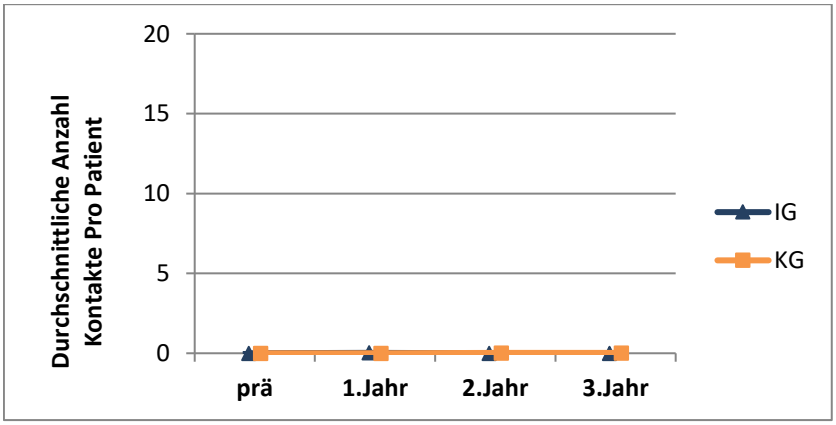


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

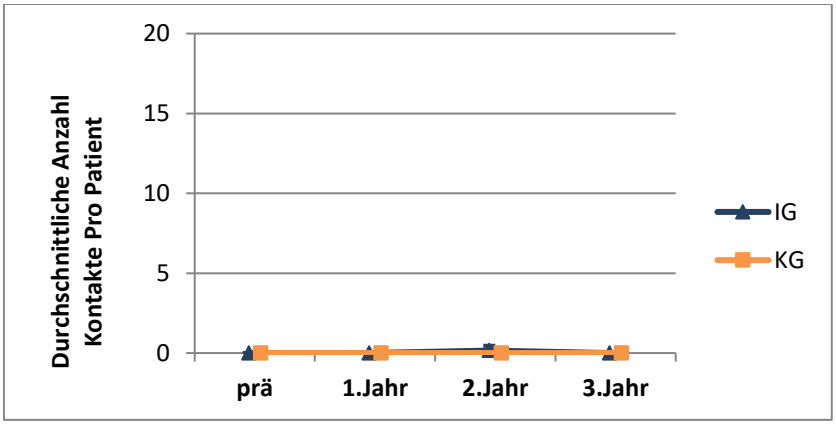


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

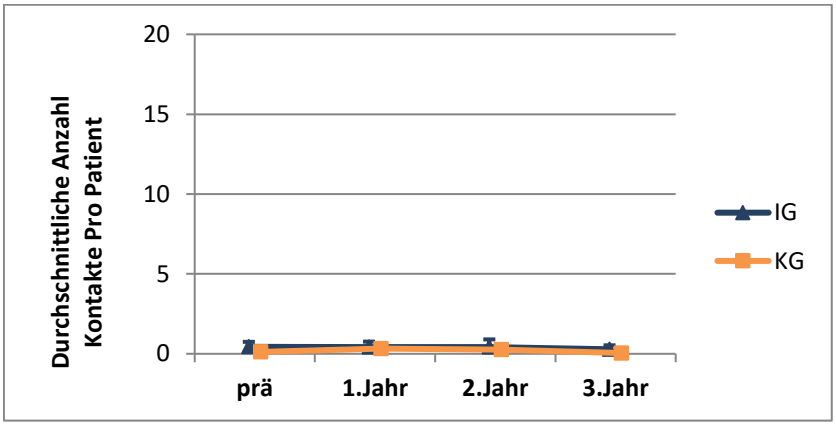
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

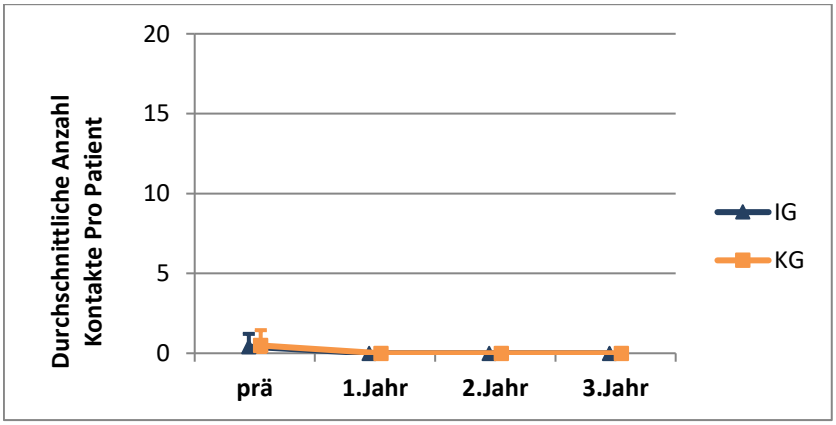


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

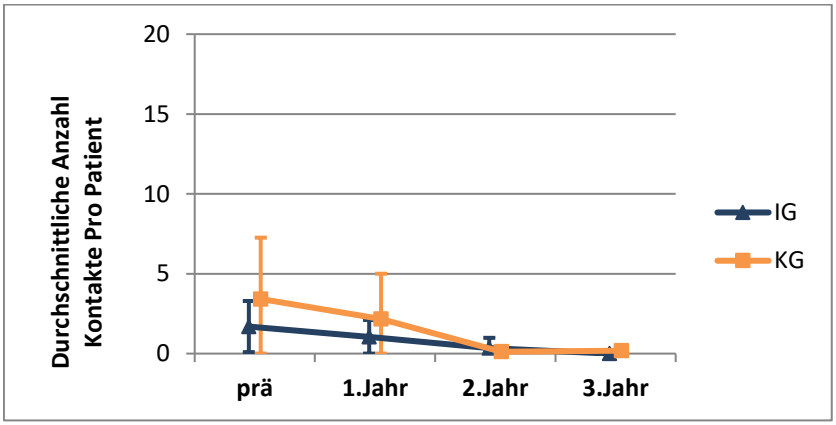


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



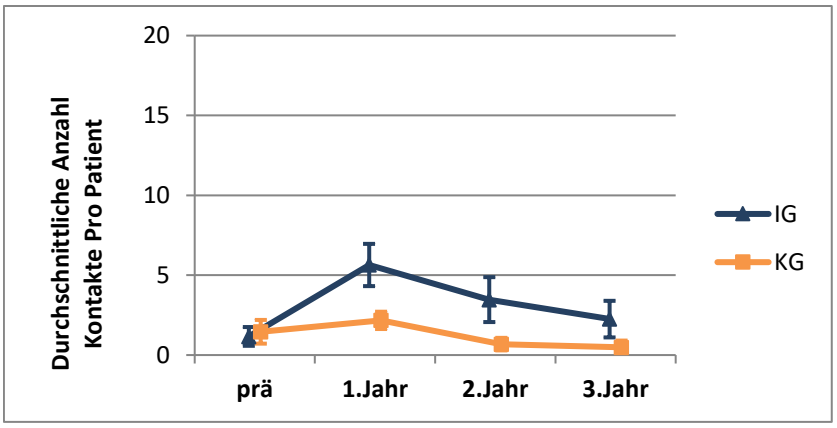
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

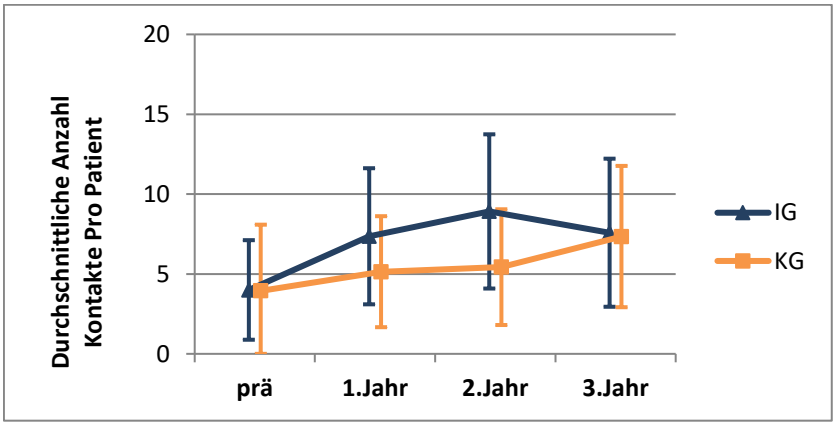
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

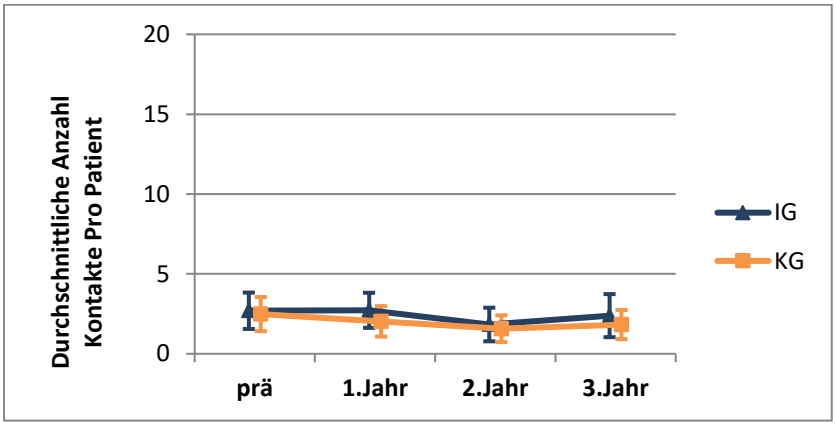
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

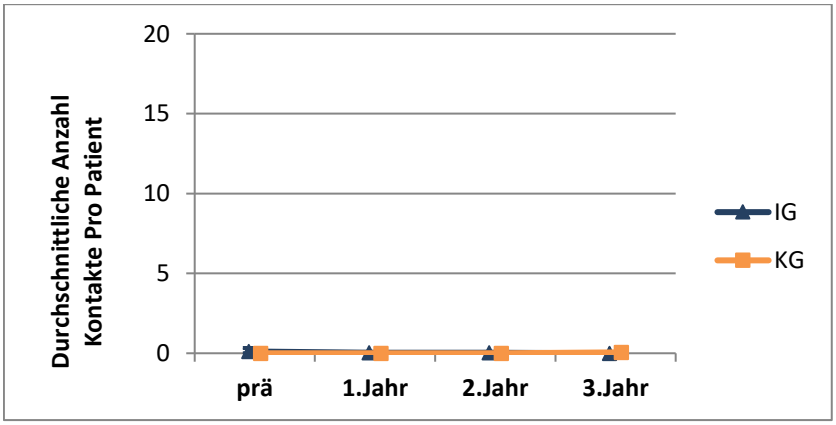


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

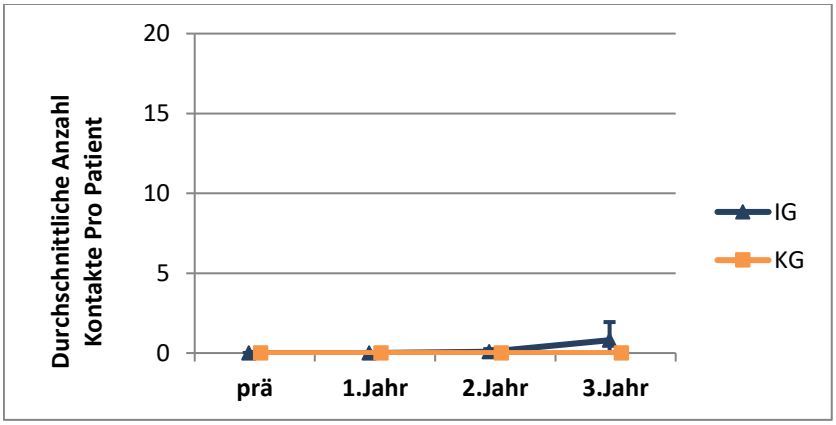


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

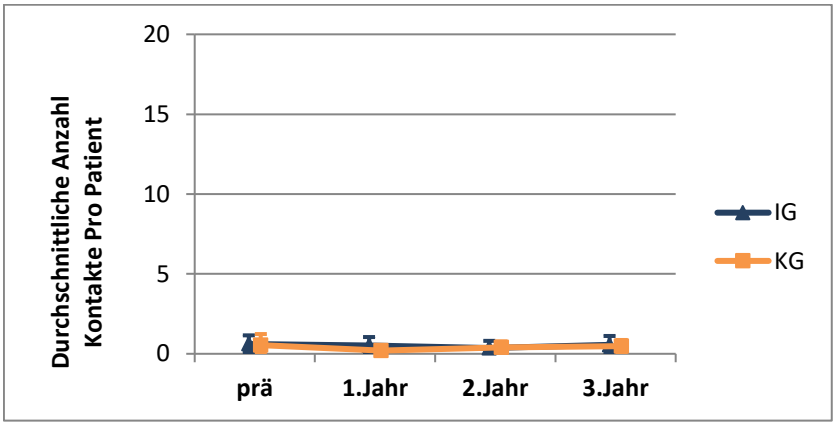
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

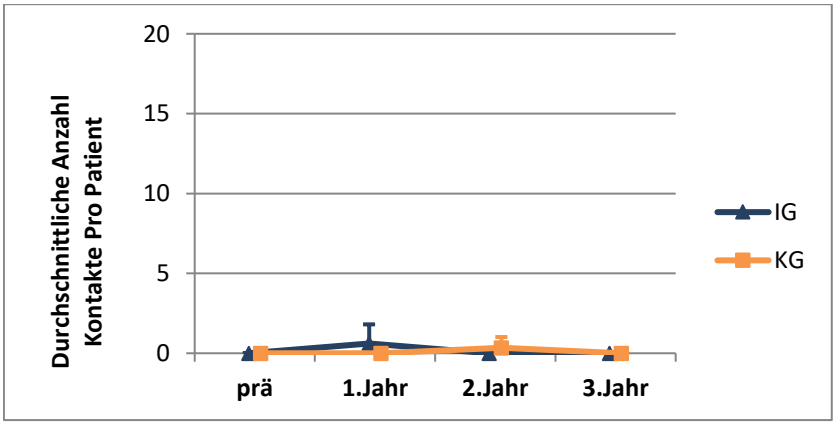


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

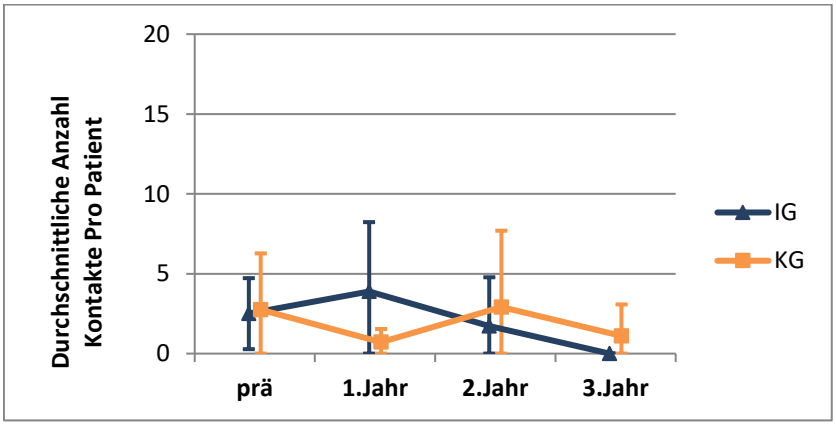


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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 jungen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die Fallzahlen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können (jeweils n < 16).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein höherer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +14,8 %-Punkte; 30 Tage: +19,8 %-Punkte; 90 Tage: +18,7 %-Punkte).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (7 Tage: +13,3 %-Punkte; 30 Tage: +19,5 %-Punkte; 90 Tage: +15,8 %-Punkte). Inferenzstatistische Tests konnten aufgrund der geringen Fallzahlen nicht durchgeführt werden. Die Fallzahlen im zweiten Jahr nach Referenzfall waren für eine valide Aussage zu gering.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Fallzahlen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können (jeweils n < 30).

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 7 Tagen 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 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**17**	**<10**	**0**	**<10**	**14**	**<10**	**<10**	**<10**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,8 %	0,0 %	—	20,0 %	7,1 %	28,6 %	0,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,6 %	25,0 %	—	20,0 %	7,1 %	0,0 %	20,0 %	66,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	17,6 %	0,0 %	—	40,0 %	14,3 %	57,1 %	40,0 %	16,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	5,9 %	0,0 %	—	20,0 %	7,1 %	14,3 %	20,0 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	5,9 %	0,0 %	—	40,0 %	14,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	0,0 %	—	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,4 %	25,0 %	—	60,0 %	28,6 %	28,6 %	20,0 %	66,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	52,9 %	75,0 %	—	20,0 %	57,1 %	28,6 %	40,0 %	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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen 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 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**15**	**<10**	**0**	**<10**	**14**	**<10**	**<10**	**<10**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	25,0 %	—	20,0 %	21,4 %	50,0 %	40,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,0 %	50,0 %	—	20,0 %	7,1 %	0,0 %	40,0 %	60,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	26,7 %	0,0 %	—	60,0 %	50,0 %	83,3 %	60,0 %	40,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	20,0 %	25,0 %	—	20,0 %	28,6 %	16,7 %	20,0 %	20,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	26,7 %	0,0 %	—	60,0 %	21,4 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	25,0 %	—	0,0 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %	40,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,7 %	75,0 %	—	60,0 %	50,0 %	50,0 %	80,0 %	60,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	40,0 %	25,0 %	—	0,0 %	14,3 %	16,7 %	20,0 %	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**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen 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 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**13**	**<10**	**0**	**<10**	**13**	**<10**	**<10**	**<10**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	30,8 %	25,0 %	—	20,0 %	15,4 %	75,0 %	75,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	46,2 %	50,0 %	—	40,0 %	15,4 %	0,0 %	50,0 %	75,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	61,5 %	0,0 %	—	80,0 %	69,2 %	75,0 %	100,0 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,8 %	25,0 %	—	60,0 %	30,8 %	50,0 %	50,0 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	30,8 %	25,0 %	—	60,0 %	23,1 %	25,0 %	25,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,1 %	25,0 %	—	0,0 %	7,7 %	25,0 %	25,0 %	50,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,5 %	75,0 %	—	60,0 %	53,8 %	75,0 %	75,0 %	75,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	15,4 %	25,0 %	—	0,0 %	0,0 %	0,0 %	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

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen 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 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	10	<10	<10	<10	10	<10	<10	<10
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	40,0 %	66,7 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,0 %	0,0 %	40,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	10,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %	50,0 %	11,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,0 %	0,0 %	20,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,0 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	66,7 %	40,0 %	50,0 %	10,0 %	50,0 %	50,0 %	11,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,0 %	33,3 %	40,0 %	0,0 %	70,0 %	50,0 %	0,0 %	44,4 %

[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			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen 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 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	62,5 %	100,0 %	40,0 %	0,0 %	44,4 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	12,5 %	33,3 %	60,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	25,0 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	37,5 %	0,0 %	20,0 %	50,0 %	11,1 %	0,0 %	50,0 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,5 %	33,3 %	20,0 %	0,0 %	11,1 %	50,0 %	100,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,5 %	100,0 %	100,0 %	50,0 %	55,6 %	50,0 %	100,0 %	16,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	50,0 %	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

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**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**	**<10**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	71,4 %	100,0 %	50,0 %	100,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	0,0 %	50,0 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	57,1 %	50,0 %	0,0 %	100,0 %	87,5 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	57,1 %	0,0 %	75,0 %	50,0 %	25,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	14,3 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %	12,5 %	50,0 %	100,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,4 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	62,5 %	50,0 %	100,0 %	25,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	12,5 %	50,0 %	0,0 %	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

Abbildung 44: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

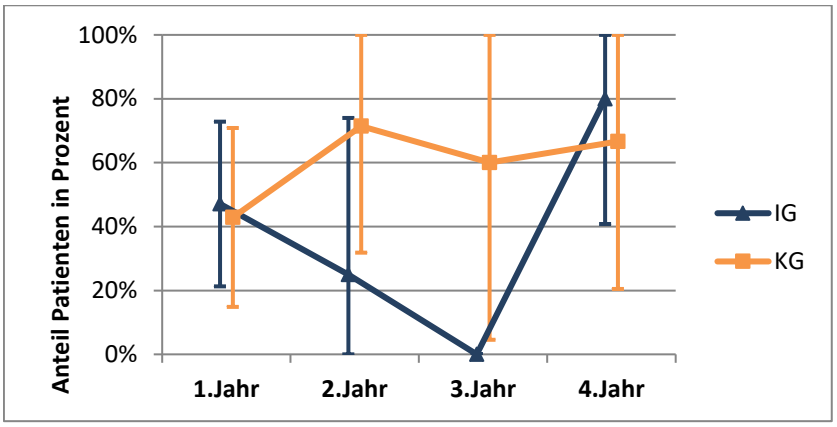
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

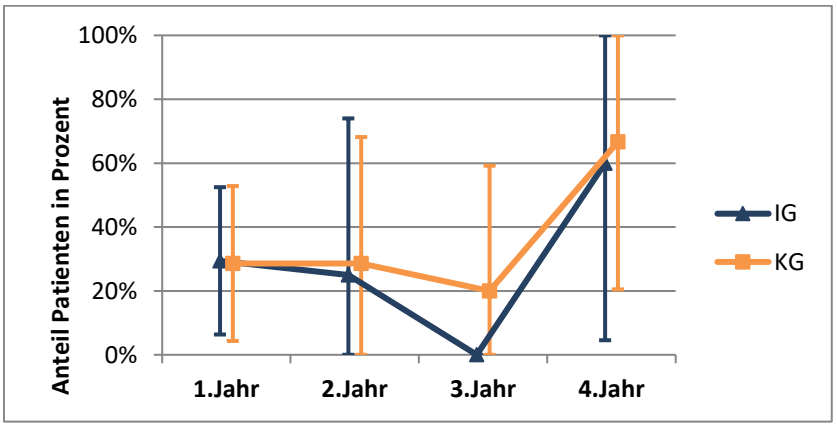
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



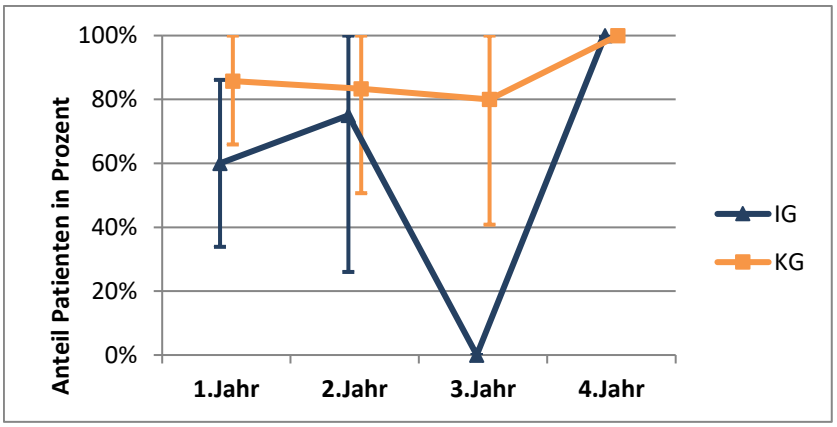
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



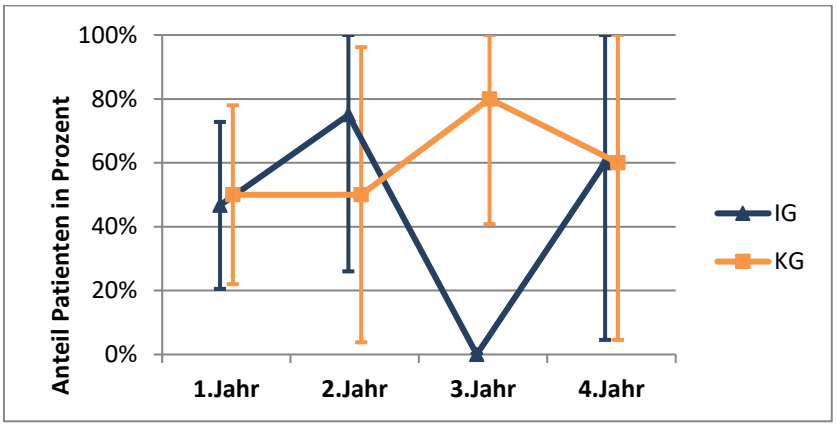
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



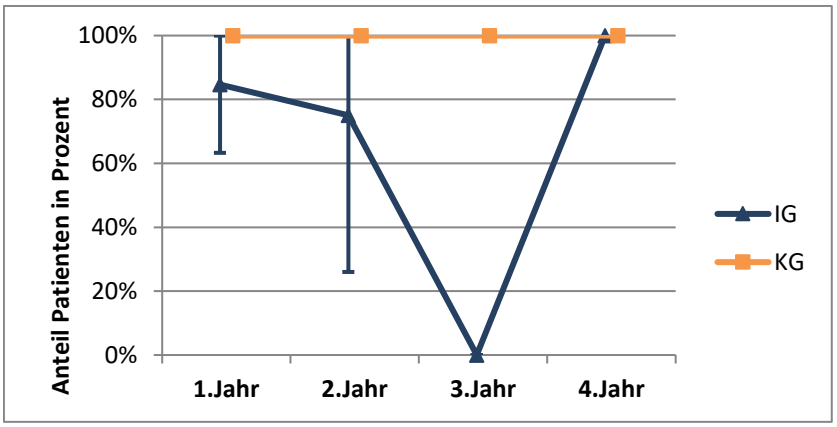
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



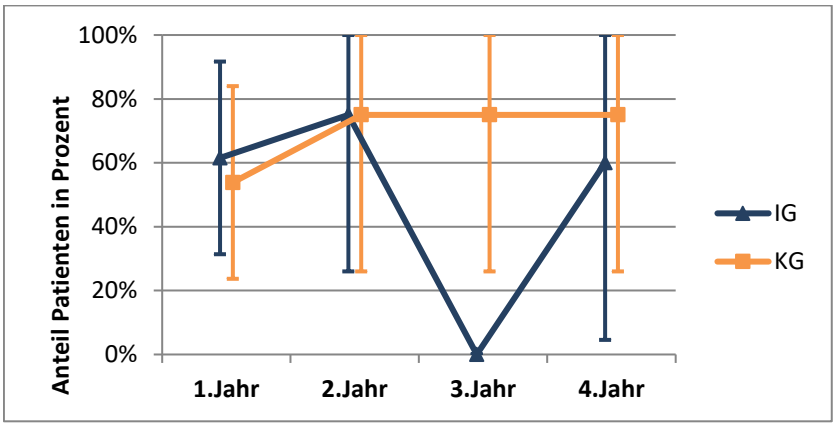
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



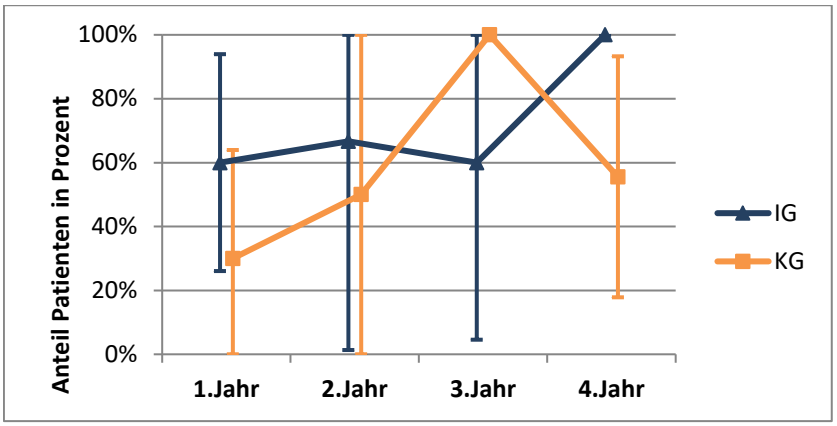
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

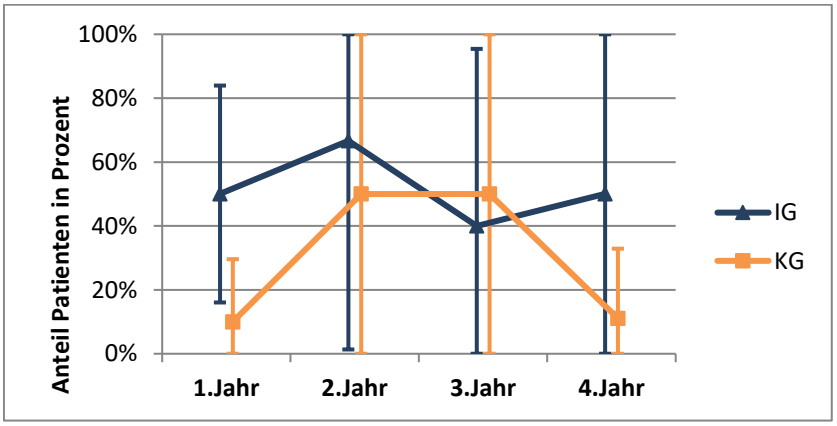
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



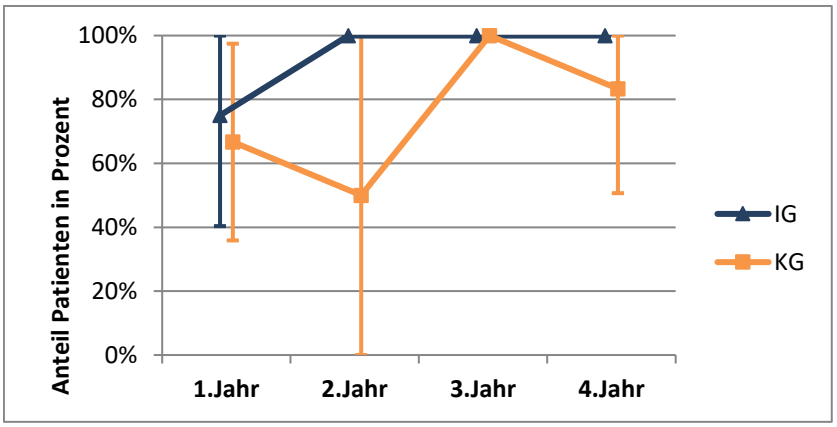
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



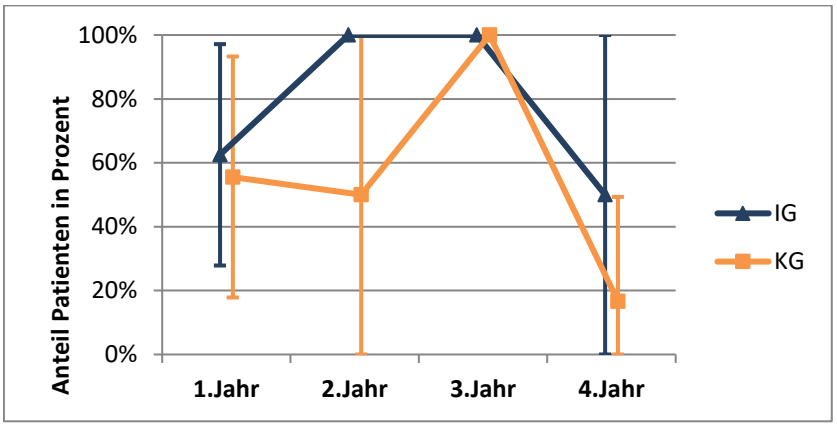
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



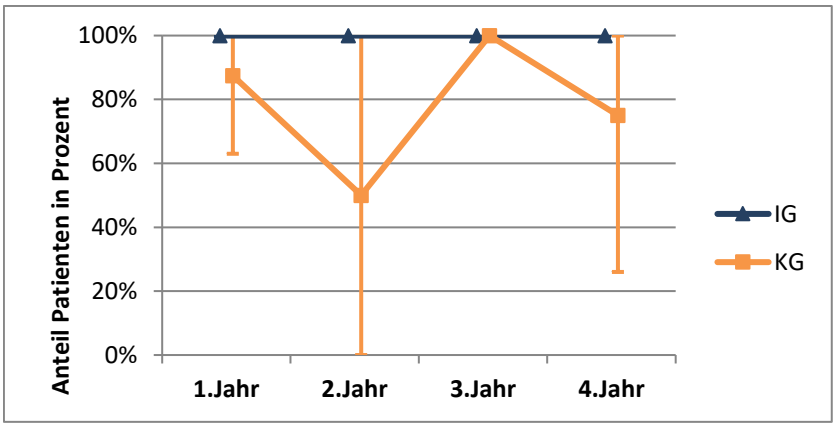
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

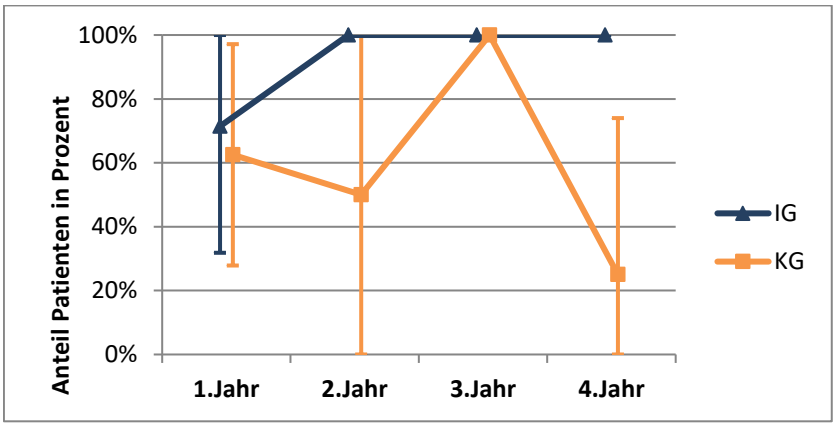


Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**71**	**91**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	28,2 %	12,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,1 %	9,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	16,9 %	16,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	4,2 %	6,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,8 %	9,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	1,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,3 %	27,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,5 %	57,1 %

[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 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**63**	**84**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	49,2 %	23,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,6 %	17,9 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	28,6 %	39,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,9 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,1 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,5 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,8 %	50,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,2 %	28,6 %

[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 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**54**	**78**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	59,3 %	32,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	28,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	63,0 %	60,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	25,9 %	39,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	18,5 %	20,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,4 %	9,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,5 %	62,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	11,5 %

[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

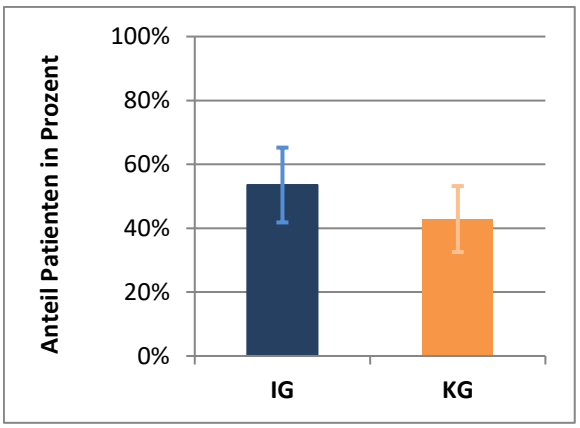
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

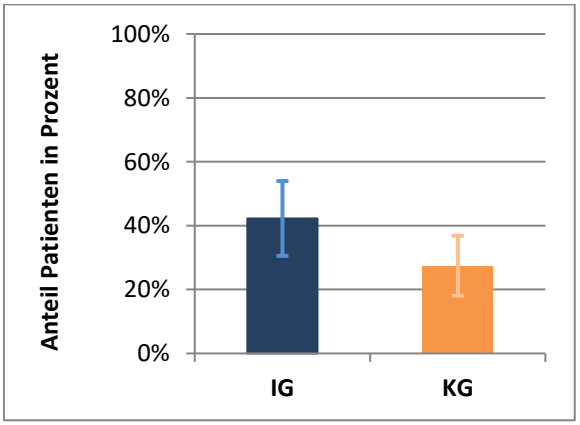
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



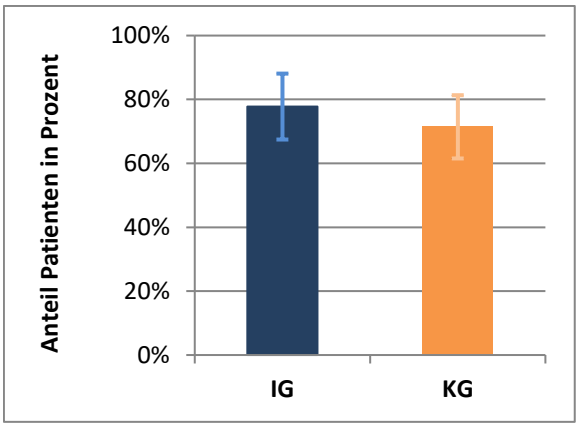
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



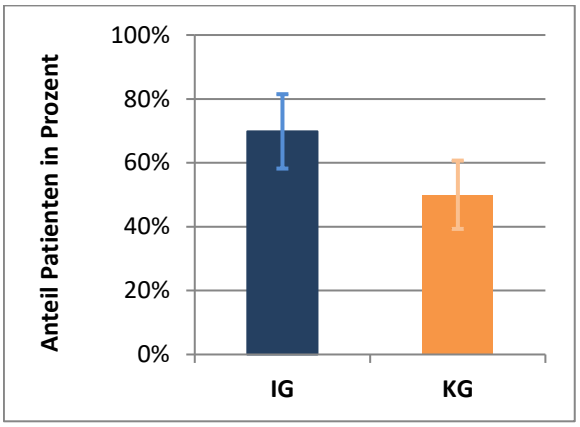
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



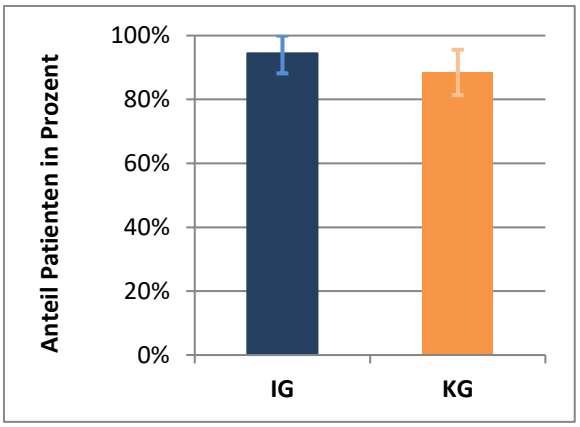
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



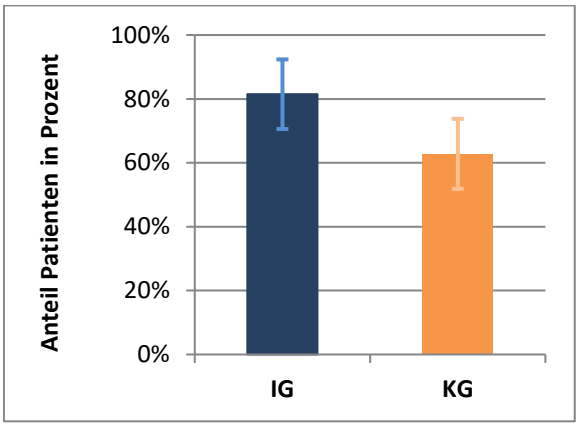
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**51**	**13**	**57**	**17**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,5 %	23,1 %	8,8 %	23,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,7 %	38,5 %	12,3 %	5,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	17,6 %	15,4 %	12,3 %	29,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	5,9 %	0,0 %	7,0 %	11,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,9 %	23,1 %	14,0 %	17,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	7,7 %	1,8 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,1 %	61,5 %	29,8 %	41,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	45,1 %	30,8 %	59,6 %	35,3 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**44**	**13**	**53**	**16**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	47,7 %	38,5 %	24,5 %	31,3 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	22,7 %	53,8 %	18,9 %	43,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	31,8 %	30,8 %	32,1 %	62,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	22,7 %	7,7 %	17,0 %	31,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	13,6 %	23,1 %	18,9 %	25,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,6 %	23,1 %	1,9 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,5 %	84,6 %	50,9 %	62,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,7 %	7,7 %	32,1 %	18,8 %

[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**	
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	**37**	**11**	**49**	**11**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	56,8 %	54,5 %	30,6 %	45,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	40,5 %	45,5 %	30,6 %	36,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	70,3 %	27,3 %	59,2 %	63,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	29,7 %	27,3 %	40,8 %	54,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	21,6 %	18,2 %	24,5 %	27,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,3 %	27,3 %	4,1 %	18,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,1 %	90,9 %	65,3 %	63,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,4 %	9,1 %	10,2 %	18,2 %

[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

Abbildung 46: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

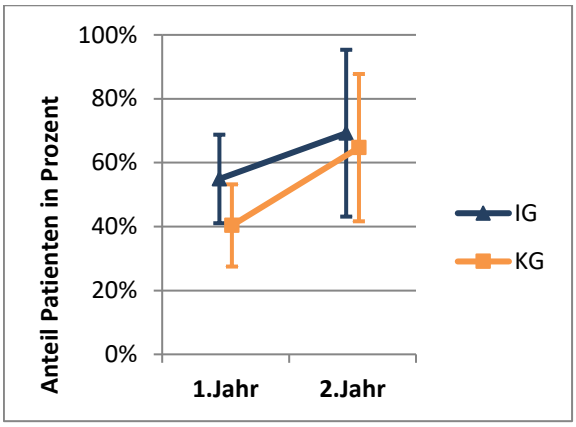
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

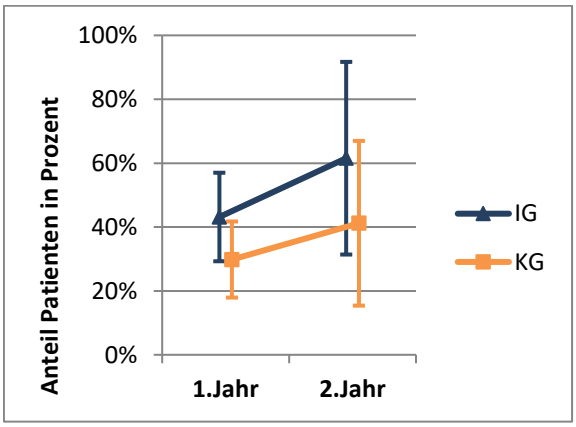
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



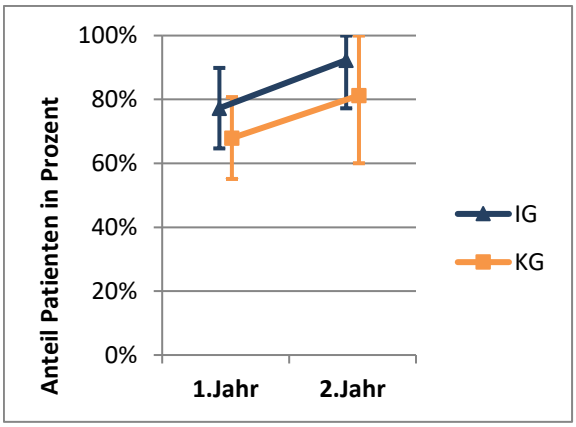
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



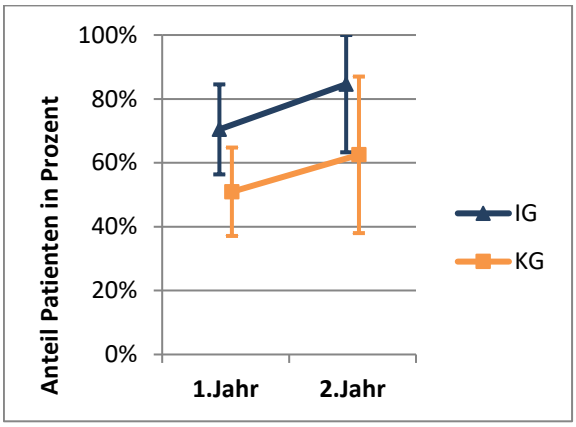
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



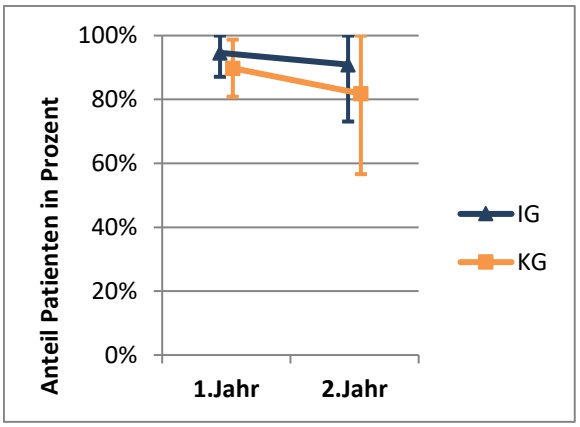
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

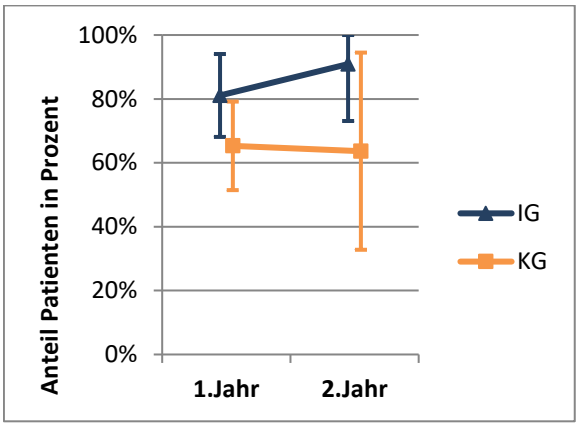


Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

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		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**27**	**<10**	**0**	**29**	**11**	**<10**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,9 %	28,6 %	—	6,9 %	18,2 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,1 %	28,6 %	—	6,9 %	0,0 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	18,5 %	14,3 %	—	13,8 %	36,4 %	28,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	3,7 %	0,0 %	—	3,4 %	9,1 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,7 %	0,0 %	—	13,8 %	9,1 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	14,3 %	—	3,4 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,0 %	57,1 %	—	24,1 %	27,3 %	14,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	48,1 %	42,9 %	—	62,1 %	45,5 %	42,9 %

[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 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**24**	**<10**	**0**	**27**	**10**	**<10**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	41,7 %	42,9 %	—	22,2 %	30,0 %	42,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	12,5 %	57,1 %	—	7,4 %	30,0 %	28,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	25,0 %	14,3 %	—	40,7 %	60,0 %	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	25,0 %	14,3 %	—	18,5 %	30,0 %	42,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,7 %	0,0 %	—	22,2 %	10,0 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	28,6 %	—	3,7 %	10,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,3 %	85,7 %	—	44,4 %	60,0 %	71,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	33,3 %	14,3 %	—	29,6 %	20,0 %	14,3 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60
[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**			**KG**		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**19**	**<10**	**0**	**26**	**<10**	**<10**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	47,4 %	42,9 %	—	23,1 %	50,0 %	66,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	42,1 %	57,1 %	—	11,5 %	37,5 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,4 %	14,3 %	—	57,7 %	62,5 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	31,6 %	28,6 %	—	46,2 %	50,0 %	66,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	26,3 %	14,3 %	—	23,1 %	25,0 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,8 %	28,6 %	—	7,7 %	25,0 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,7 %	85,7 %	—	50,0 %	75,0 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,5 %	14,3 %	—	15,4 %	12,5 %	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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**12**	**<10**	**<10**	**12**	**<10**	**<10**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,3 %	40,0 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	8,3 %	0,0 %	40,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	8,3 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,7 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,3 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	50,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,7 %	40,0 %	40,0 %	8,3 %	33,3 %	50,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,7 %	60,0 %	40,0 %	75,0 %	66,7 %	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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**10**	**<10**	**<10**	**11**	**<10**	**<10**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	70,0 %	60,0 %	40,0 %	36,4 %	0,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,0 %	20,0 %	60,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	30,0 %	20,0 %	0,0 %	27,3 %	0,0 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	40,0 %	0,0 %	20,0 %	9,1 %	0,0 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,0 %	20,0 %	20,0 %	9,1 %	33,3 %	100,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,0 %	60,0 %	100,0 %	45,5 %	33,3 %	100,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,0 %	40,0 %	0,0 %	45,5 %	66,7 %	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 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**<10**	**<10**	**10**	**<10**	**<10**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	77,8 %	100,0 %	50,0 %	40,0 %	0,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	0,0 %	25,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	55,6 %	50,0 %	0,0 %	70,0 %	0,0 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	55,6 %	0,0 %	75,0 %	30,0 %	0,0 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,1 %	25,0 %	50,0 %	10,0 %	33,3 %	100,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,8 %	100,0 %	100,0 %	50,0 %	33,3 %	100,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	66,7 %	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 47: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

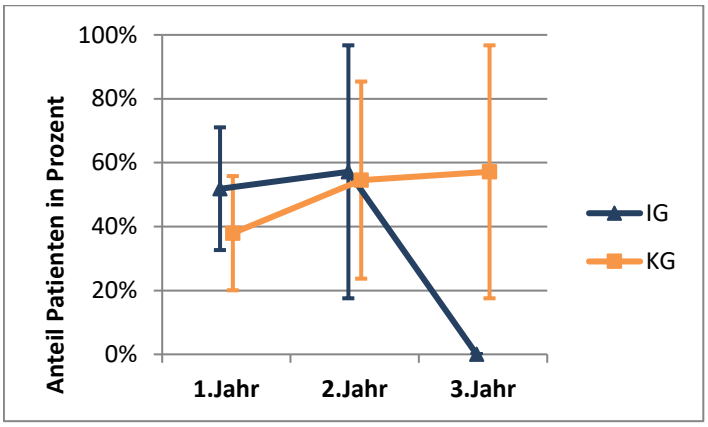
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

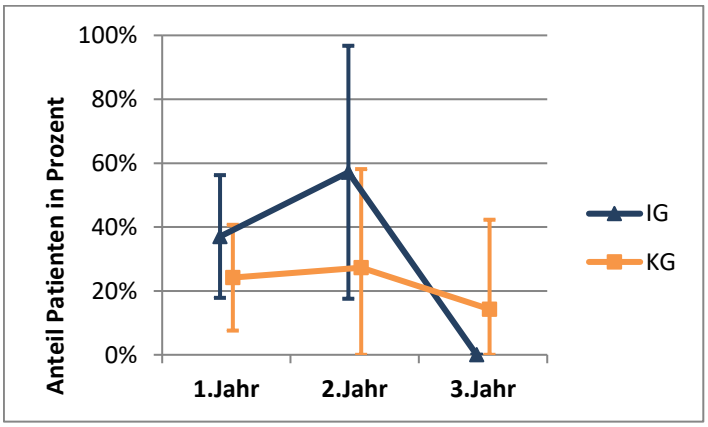
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



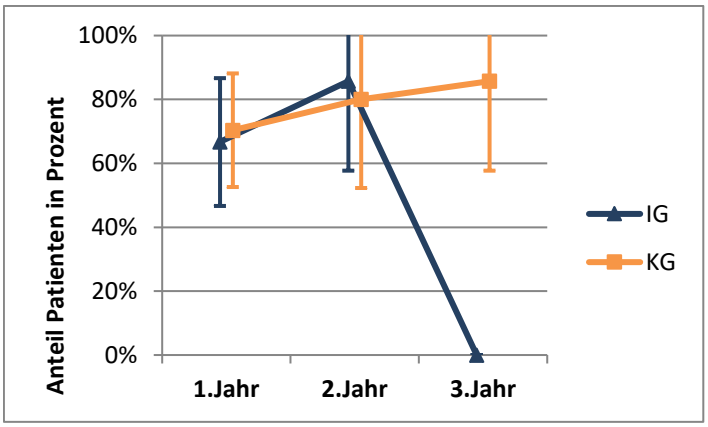
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



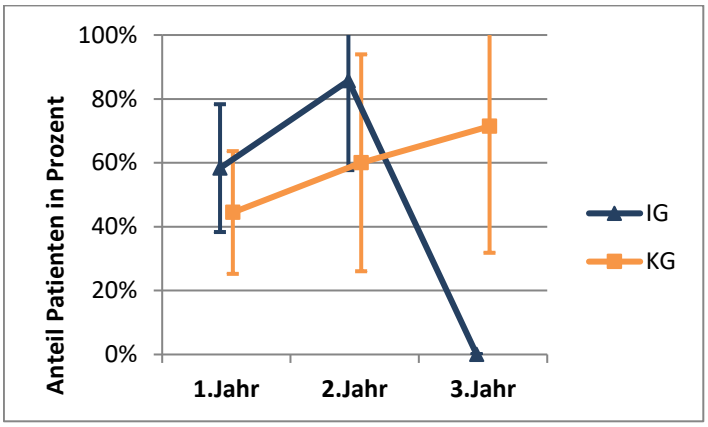
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



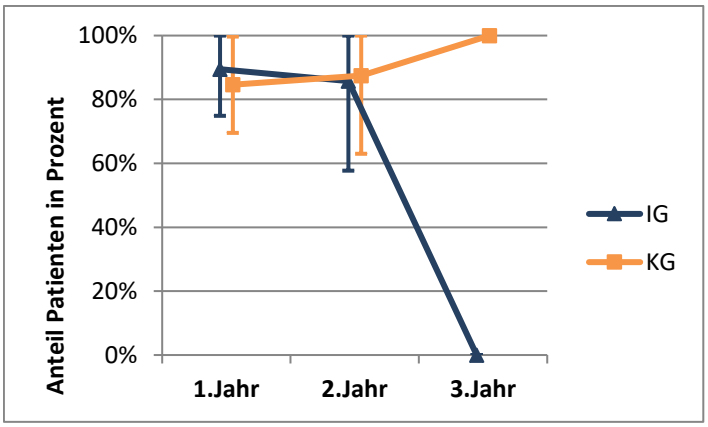
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



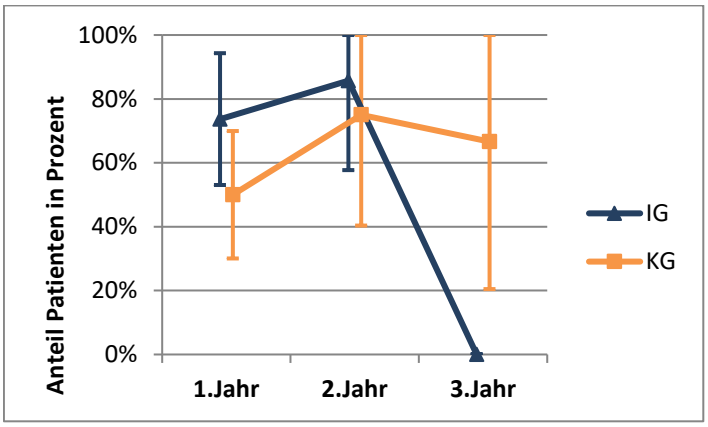
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



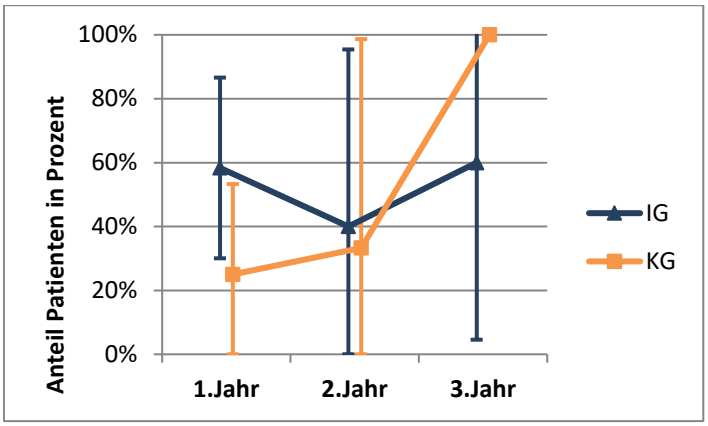
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

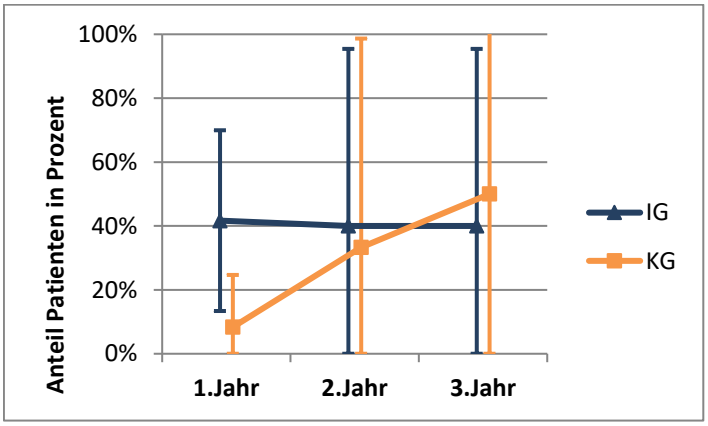
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



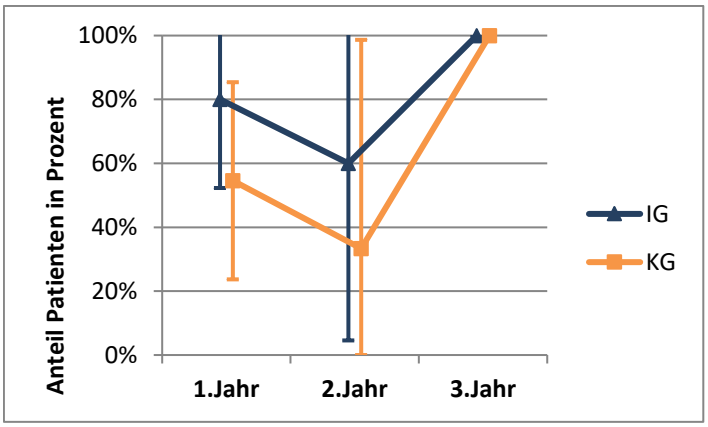
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



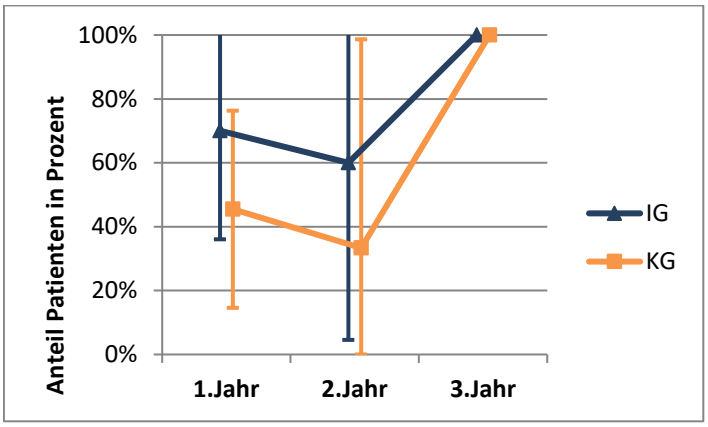
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



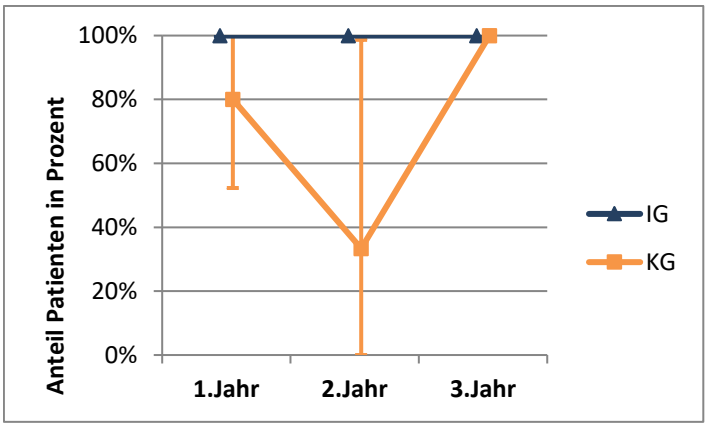
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



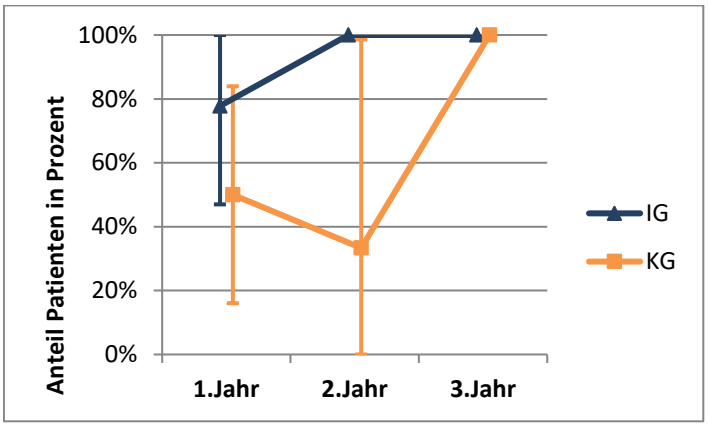
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

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 klinikneuen und klinikbekannten Patienten der Fall. Geringe Fallzahlen ermöglichten keinen inferenzstatistischen Test (U1 und U3) und schränkt die Aussagen besonders für U1 ($n < 30$) und U4 ($n < 44$) ein.

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)	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**21**	**20**	**21**	**20**	**18**	**18**	**20**	**20**	**20**	**20**
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%	0,0%	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%	5,0%
• 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)	**29**	**29**	**29**	**29**	**29**	**27**	**27**	**27**	**27**	**27**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**26**	**28**	**28**	**27**	**29**	**25**	**27**	**25**	**27**	**27**
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%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	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%

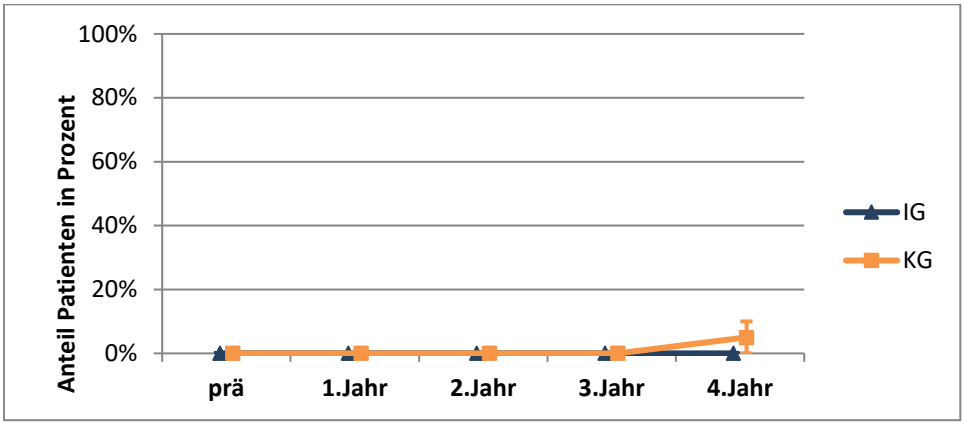
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

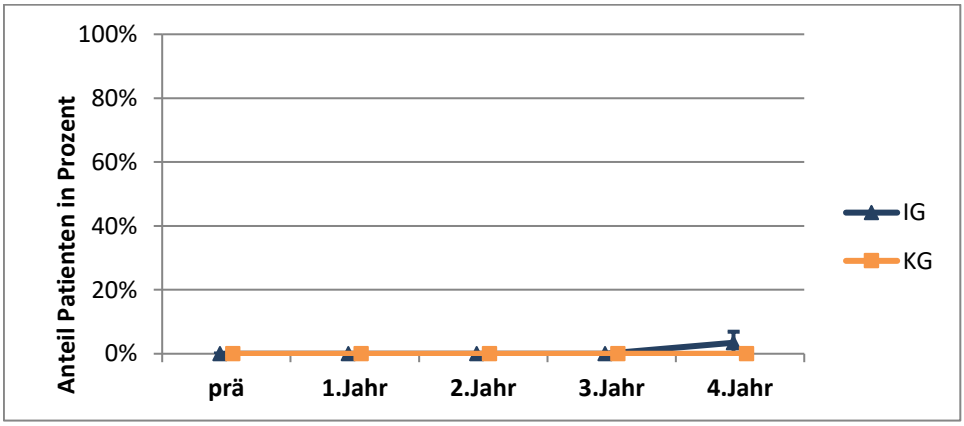


Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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)	**126**	**126**	**126**	**126**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**123**	**123**	**121**	**123**
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%	2,4%	2,4%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

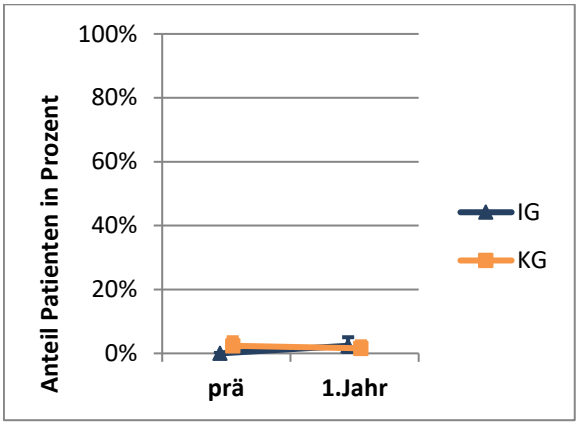
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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)	**81**	**81**	**81**	**83**	**83**	**83**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**80**	**79**	**80**	**78**	**80**	**81**
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%	2,5%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	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.

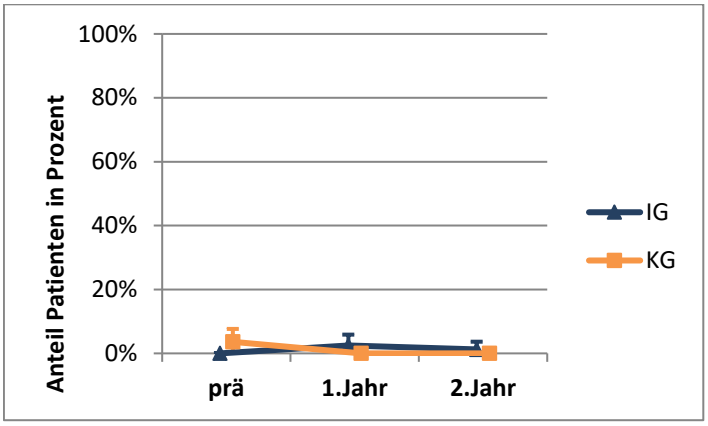


Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

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)	**39**	**39**	**39**	**39**	**43**	**43**	**43**	**43**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**39**	**38**	**39**	**37**	**39**	**40**	**42**	**43**
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%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

[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)	**36**	**36**	**36**	**36**	**35**	**35**	**35**	**35**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**33**	**35**	**35**	**34**	**32**	**35**	**33**	**35**
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%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

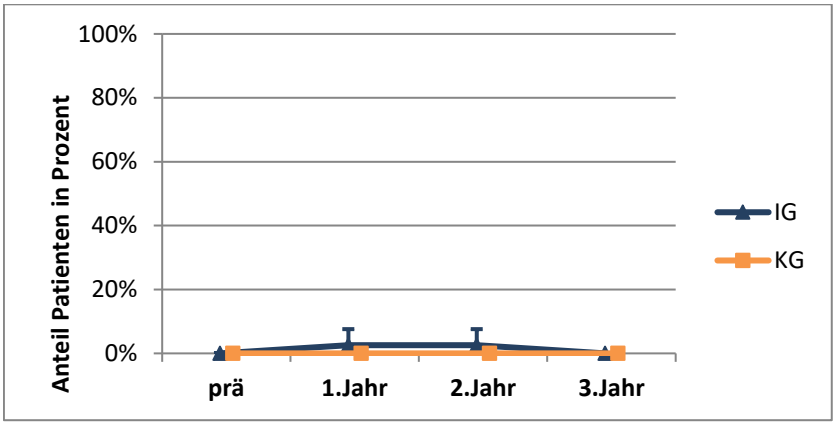
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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:

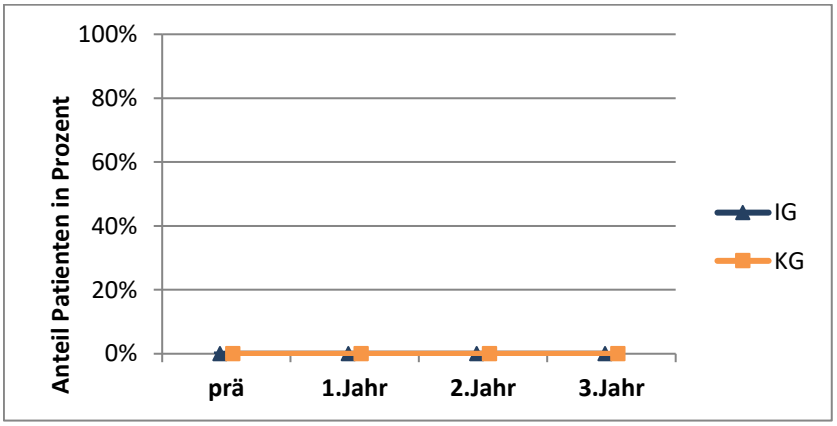
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 jungen klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil an Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG etwas größer als in der KG (IG: 33,3 %; KG: 29,1 %). Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war in der IG geringer als in der KG (IG: 67,2 Tage; KG: 88,6 Tage). Jedoch waren die Fallzahlen, die betrachten werden konnten, zu gering, um inferenzstatistische Tests durchzuführen. Auch die Aussagen oben sind unter dem Vorbehalt der geringen Fallzahlen zu betrachten.

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 aufweisen[1] (alle)	**39**	**55**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	33,3%	29,1%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	67,2	88,6
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**<10**	**<10**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	7,7%	1,8%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	29,7	27,0
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**<10**	**<10**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	0,0%	1,8%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	0,0	27,0

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

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

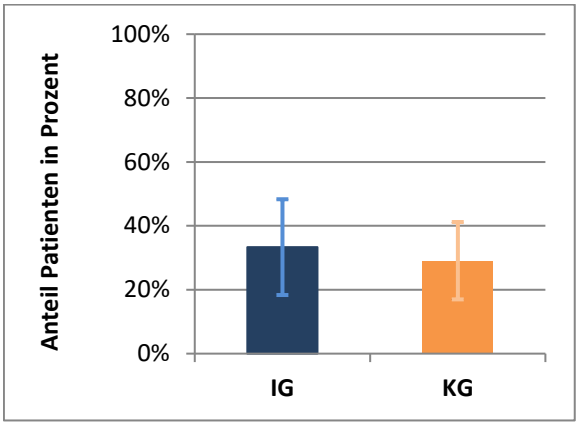
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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



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

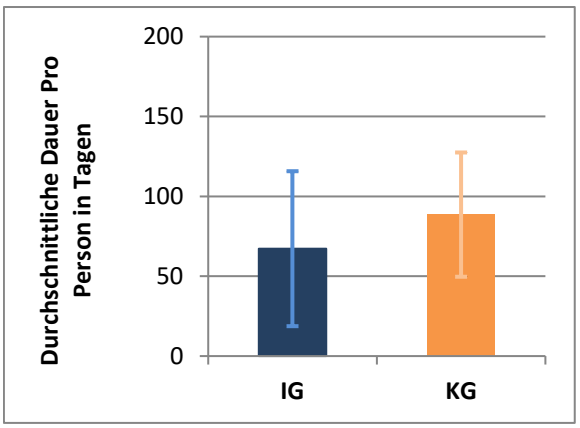


Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

8.3.8 Komorbidität

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

8.3.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

In der hier untersuchten Kohorte junger Patienten verstarb in unserem Untersuchungszeitraum niemand. Daher entfällt eine Beschreibung zur Untersuchung der **Mortalität.**

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 94: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**21**	**20**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	0,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**29**	**27**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	0,0 %

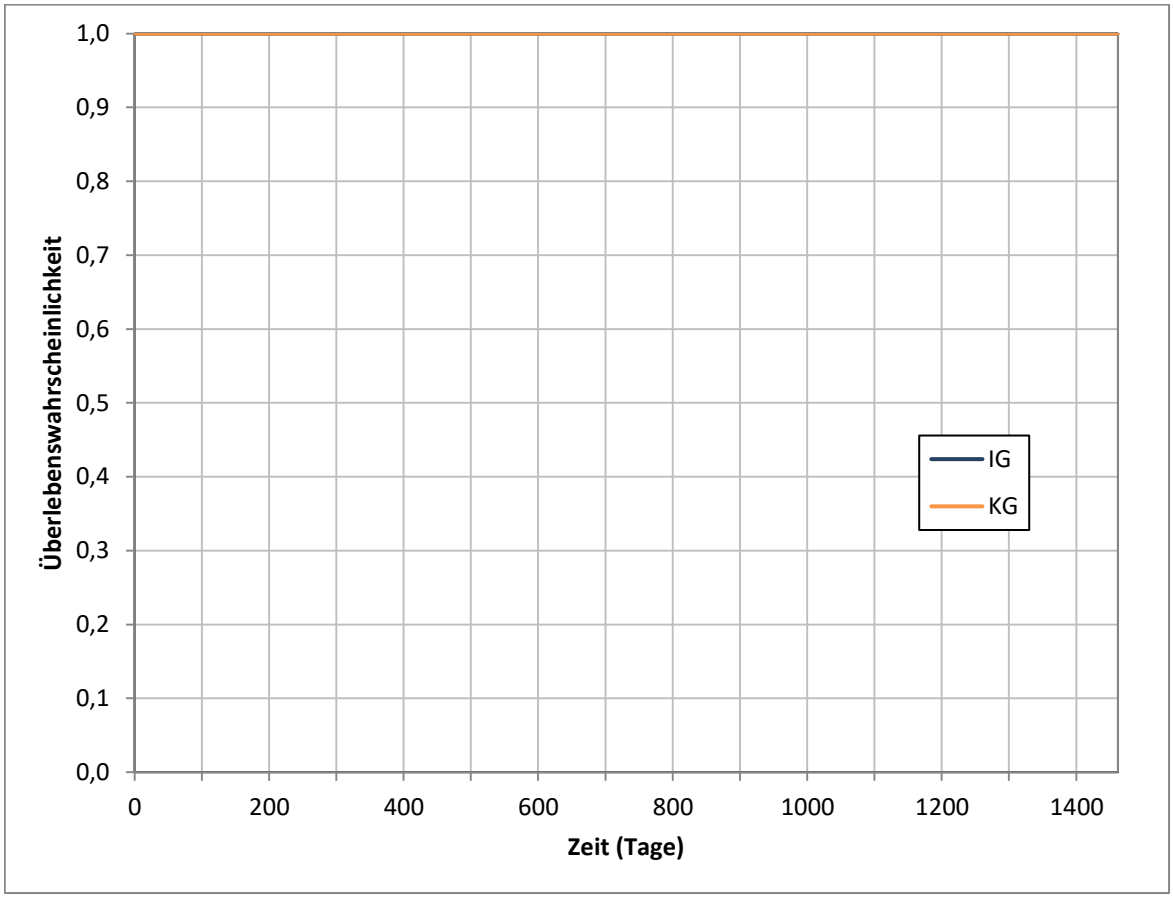
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

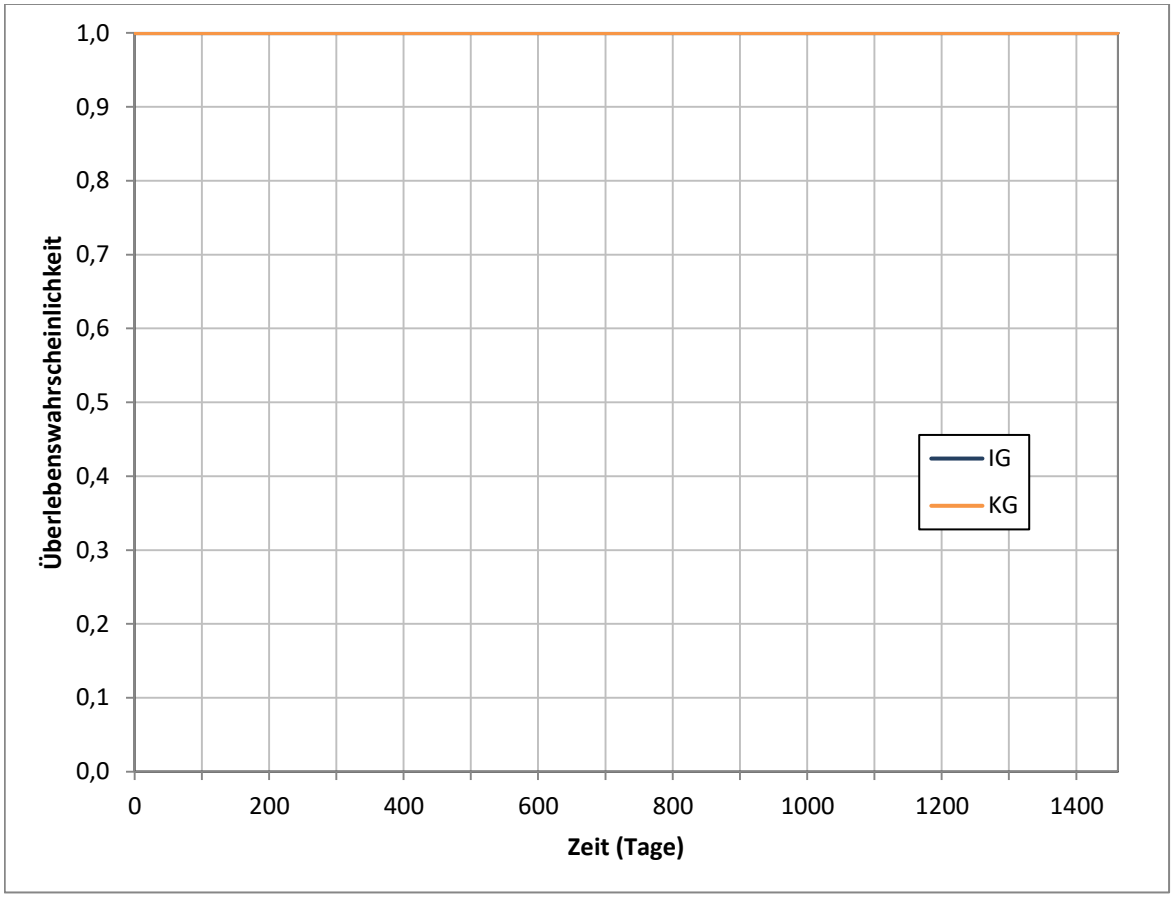


Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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)	**126**	**126**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	0,0 %

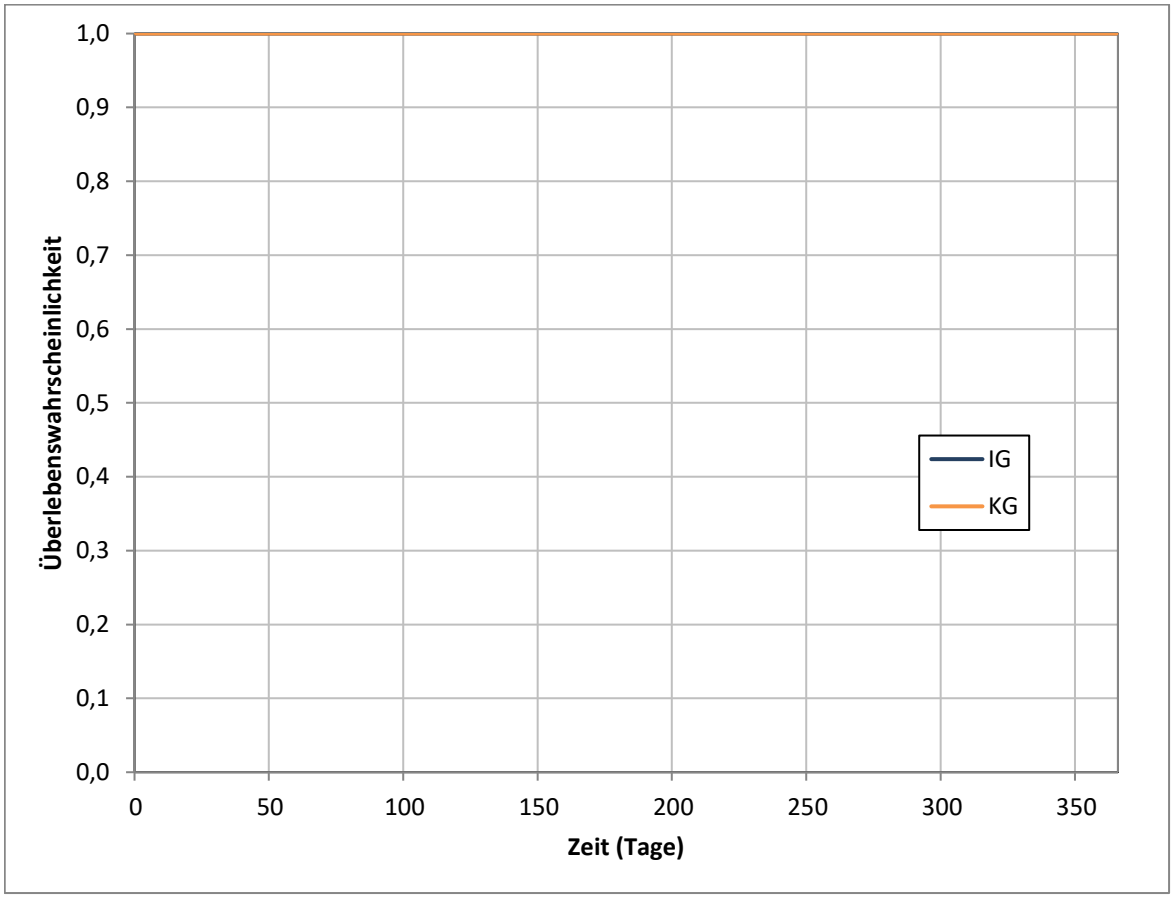
Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit



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

Tabelle 97: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**81**	**83**
• Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	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

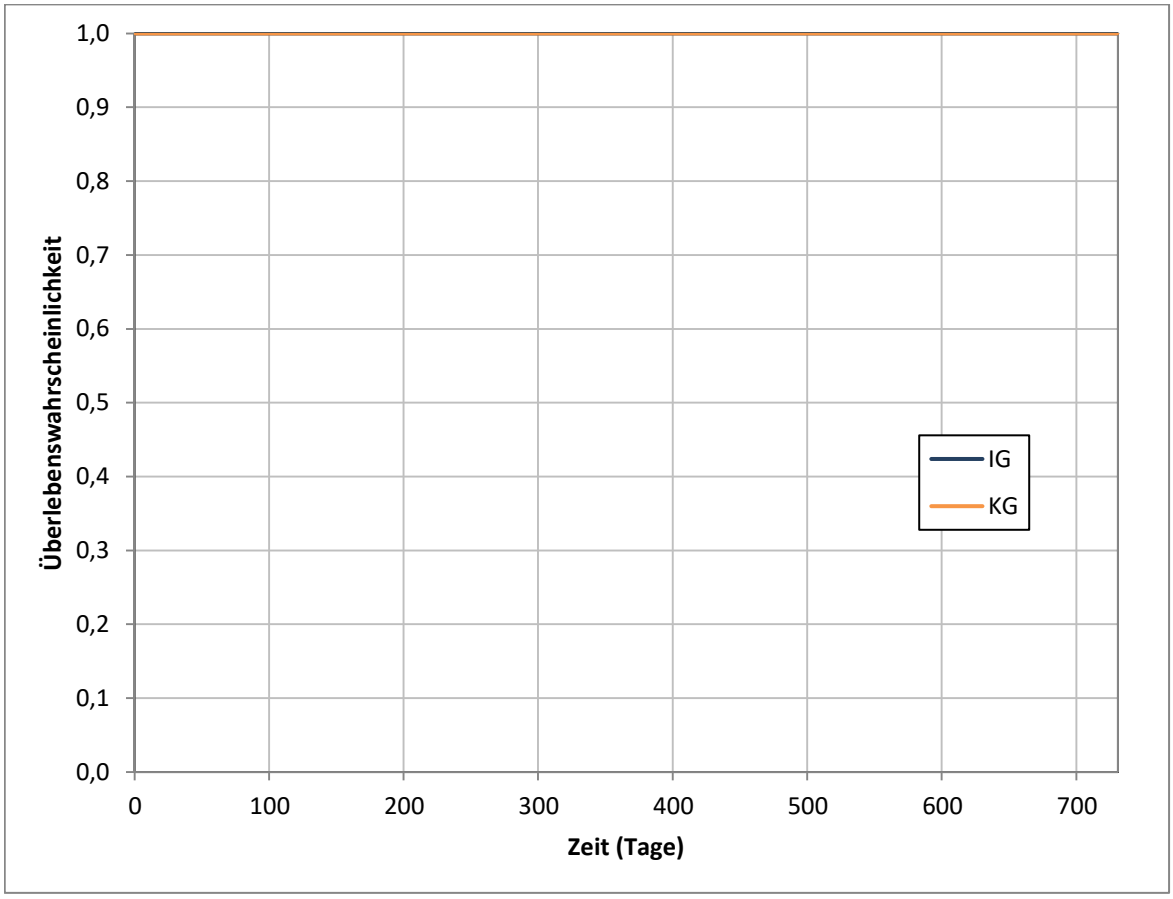


Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

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)	**39**	**43**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	0,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**36**	**35**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	0,0 %

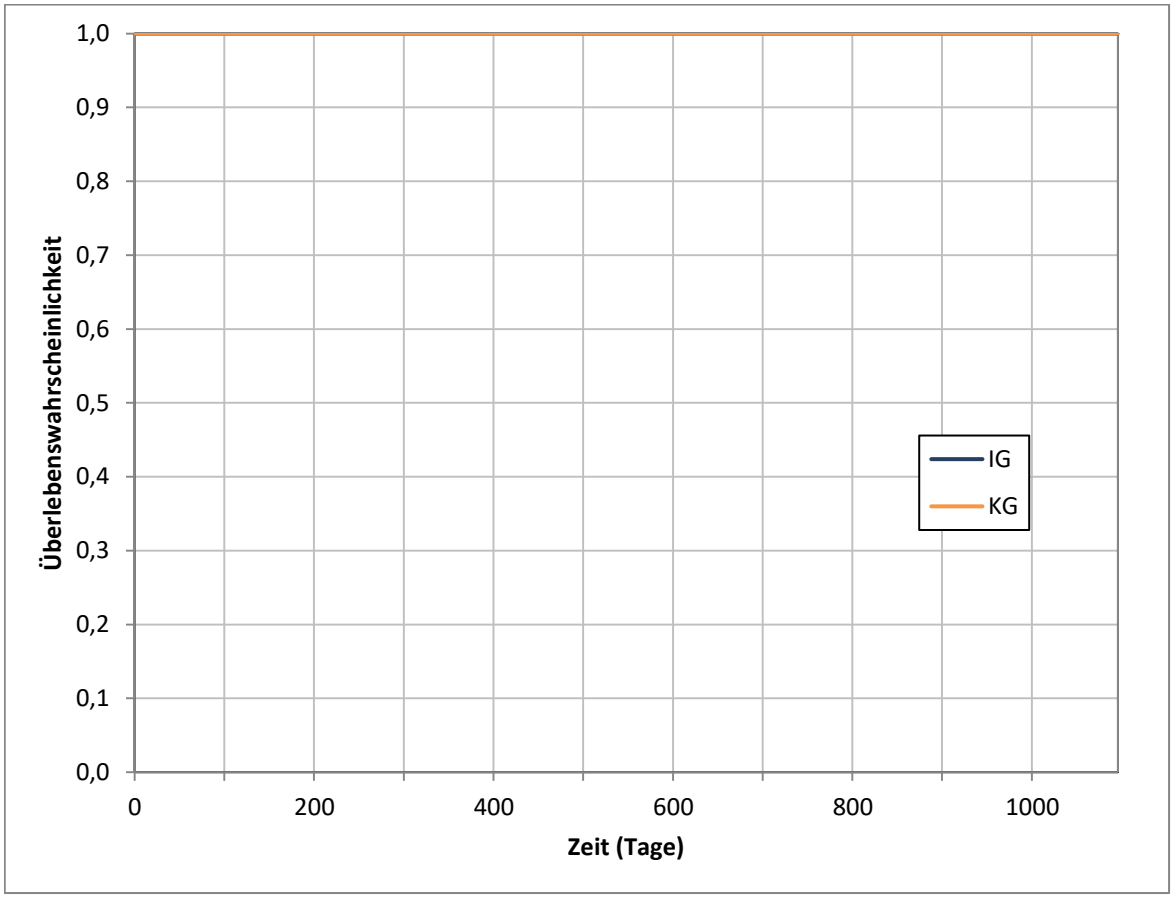
Abbildung 56: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

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

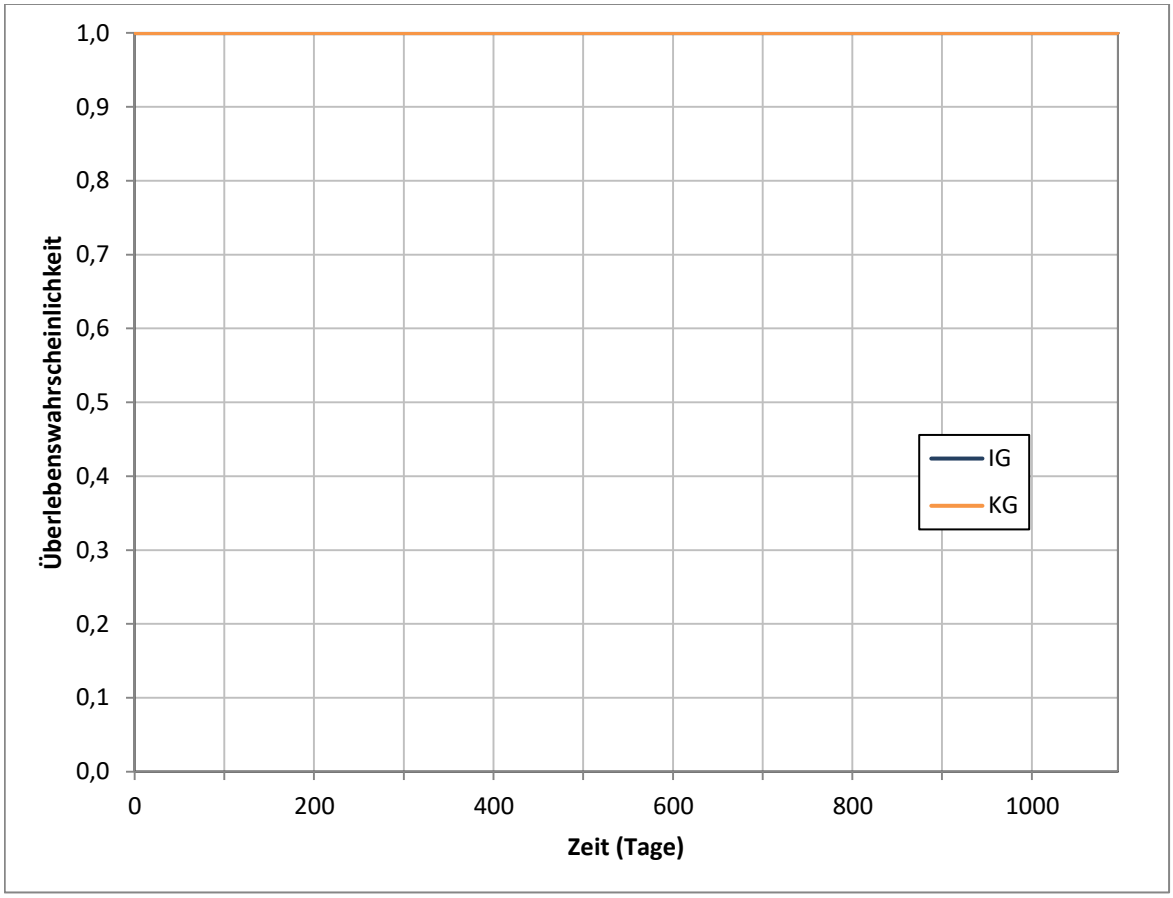


Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

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 jungen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die Fallzahlen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können (jeweils n < 26).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall in der IG um 2,5 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** (Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,9 %-Punkte größer ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** (Entwicklung einer Suchterkrankung) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 5,2 %-Punkte größer als in der KG.

U3: Bei den klinikneuen 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 etwas geringer als in der KG (-2,1 %-Punkte). Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar (-0,8 %-Punkte). Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**) war in der IG etwas geringer als in der KG (-1,6 %-Punkte). Zu beachten ist auch hier, dass die Fallzahlen teils sehr gering waren und inferenzstatistische Tests nicht erlaubten.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Fallzahlen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können (jeweils n < 43).

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	**21**	**20**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	10	11
• Jegliche depr. Episode[3]	12	11
• ohne Suchterkrankung [5]	19	19
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	40,0 %	9,1 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	16,7 %	9,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	26,3 %	26,3 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**	**KG**
	4 Jahre	**4 Jahre**
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**29**	**27**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	12	10
• Jegliche depr. Episode[3]	13	14
• ohne Suchterkrankung [5]	25	23
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	0,0 %	10,0 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	0,0 %	0,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	24,0 %	17,4 %

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

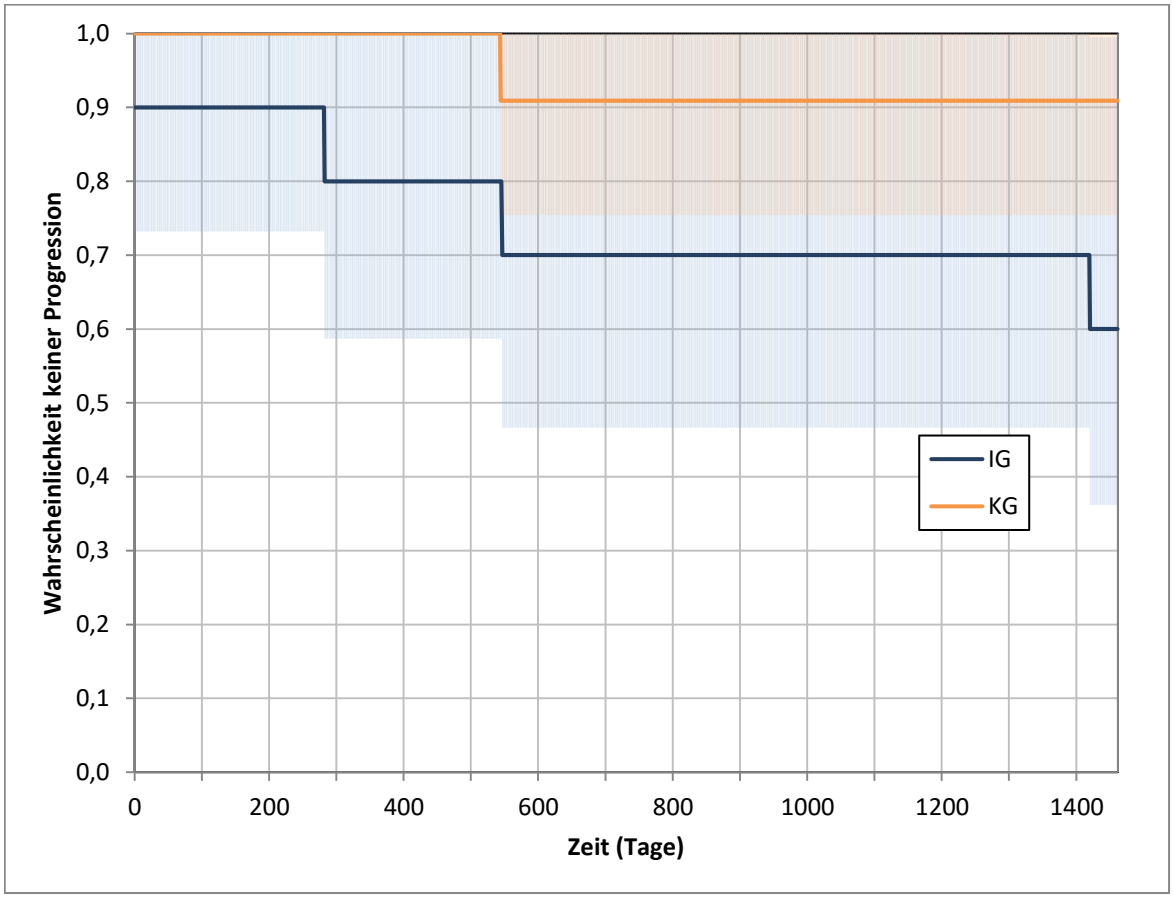
Abbildung 57: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

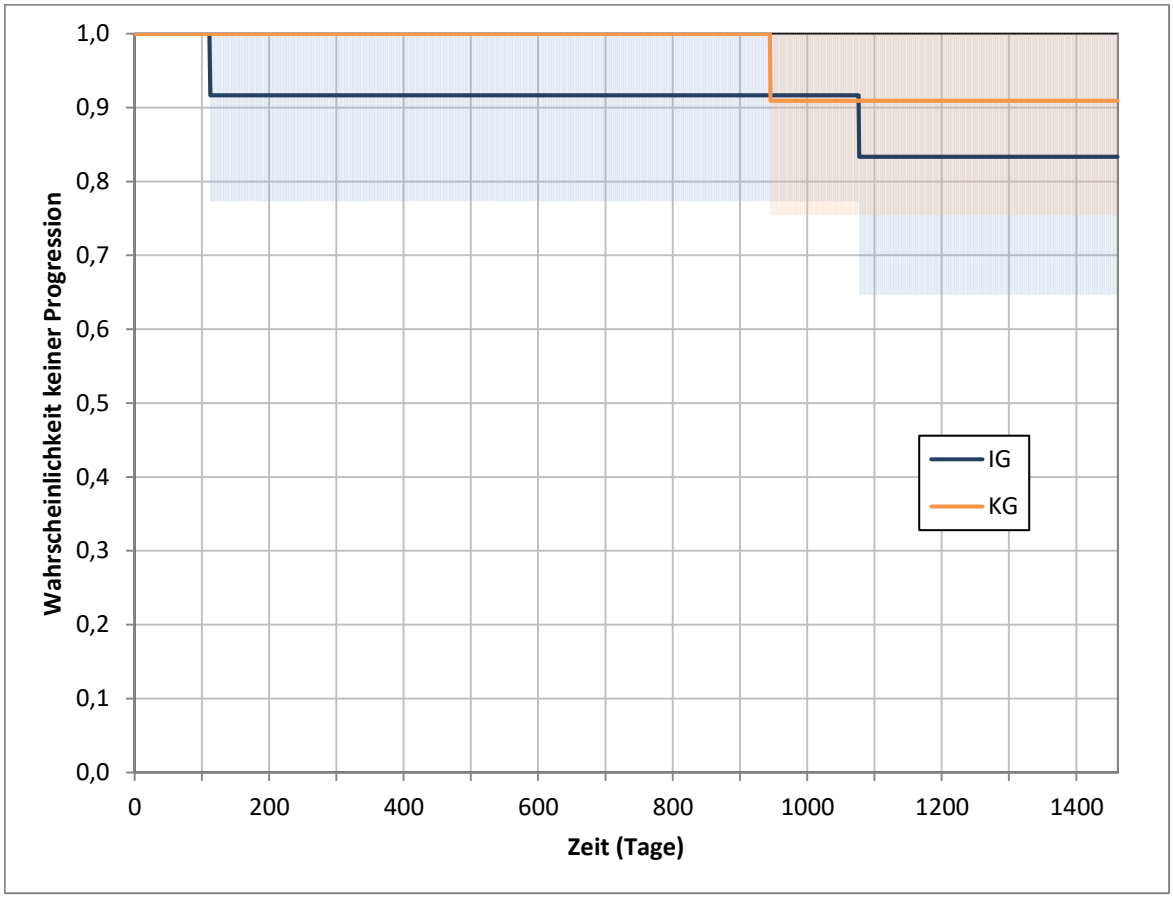
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

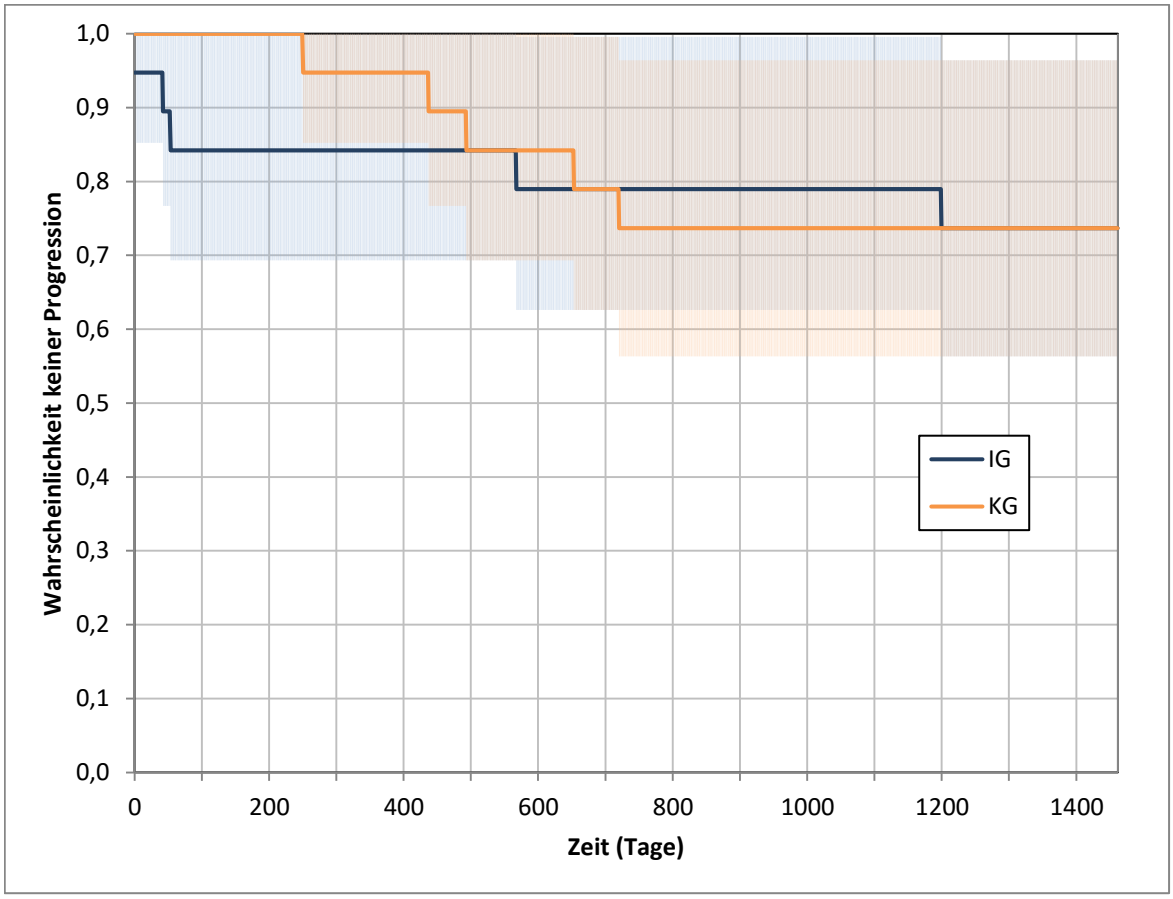
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

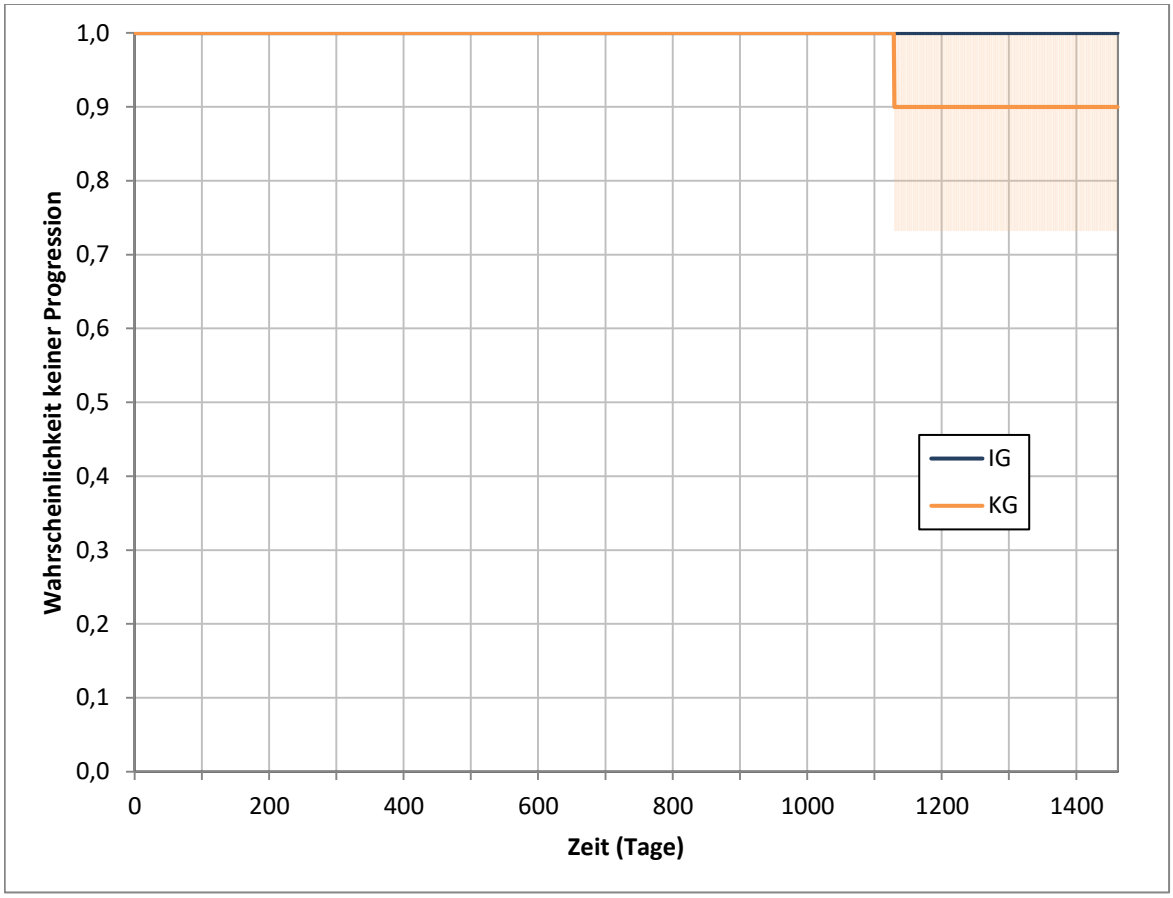


Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

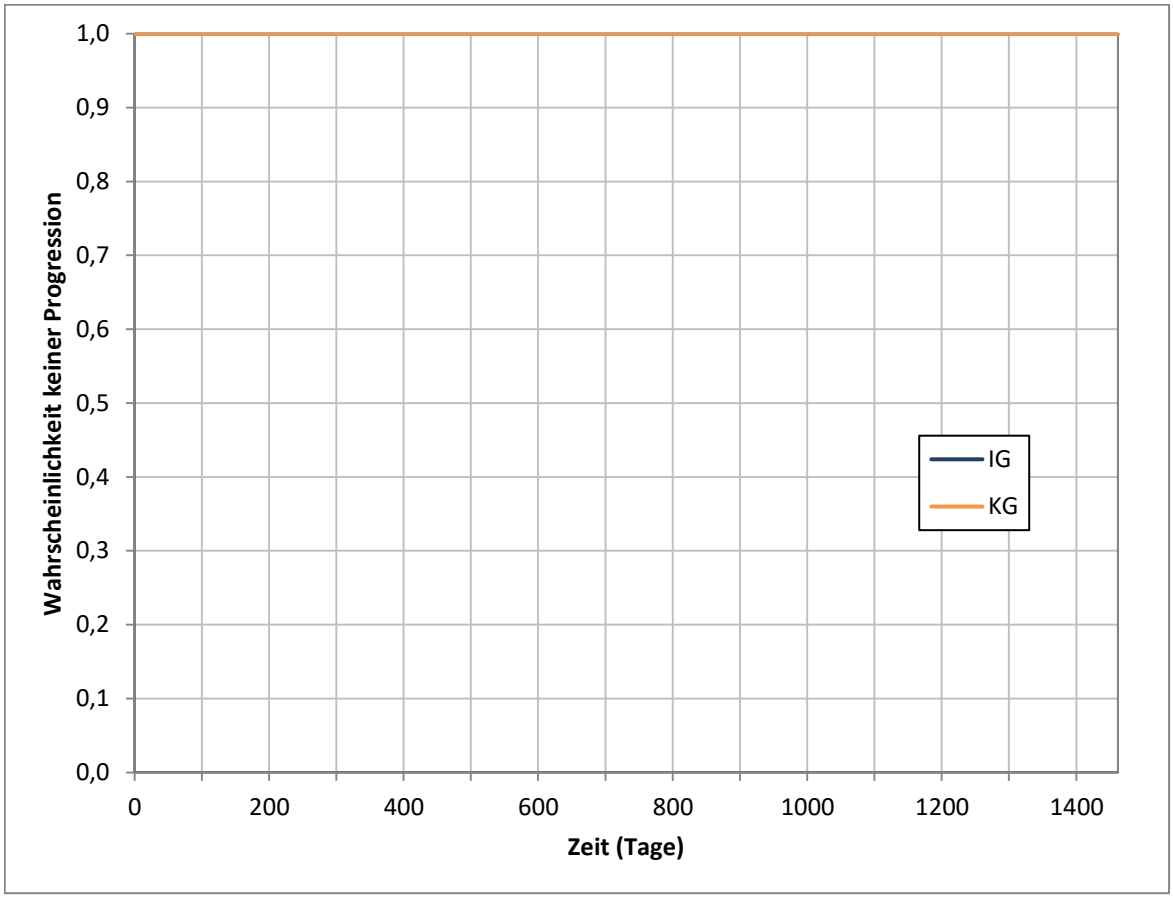
Legende für die folgenden Abbildungen:

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)

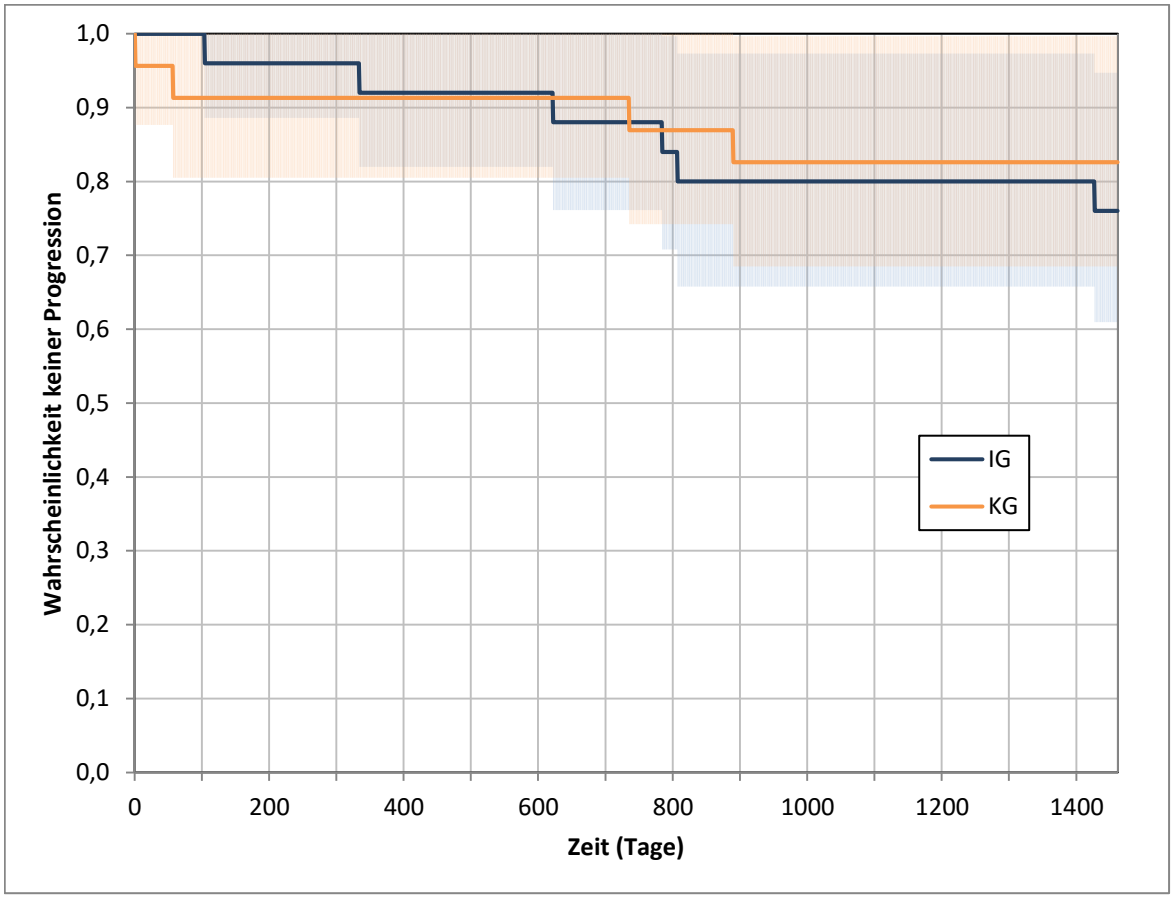


Tabelle 101: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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	**126**	**126**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	50	46
• Jegliche depr. Episode[3]	55	56
• ohne Suchterkrankung [5]	119	122
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	4,0 %	6,5 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	3,6 %	1,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	10,1 %	4,9 %

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

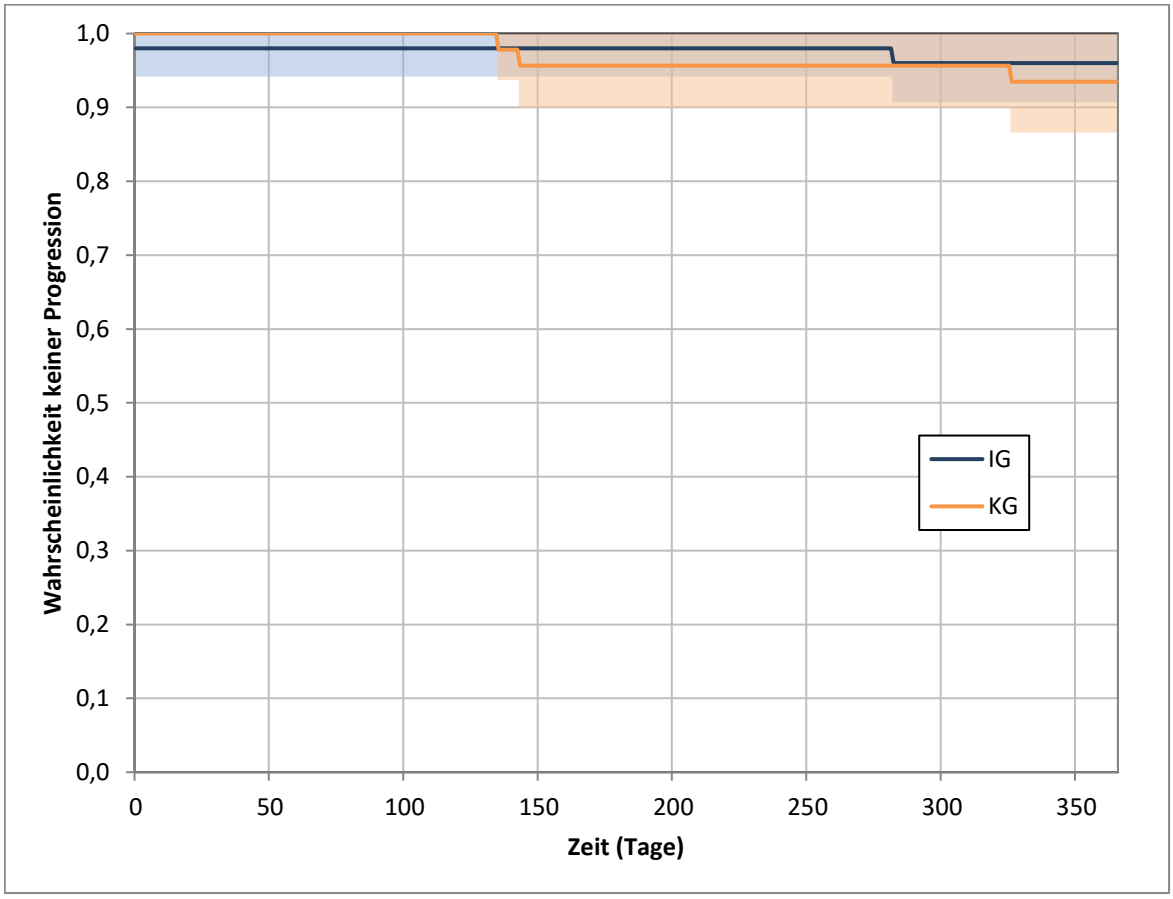
Abbildung 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

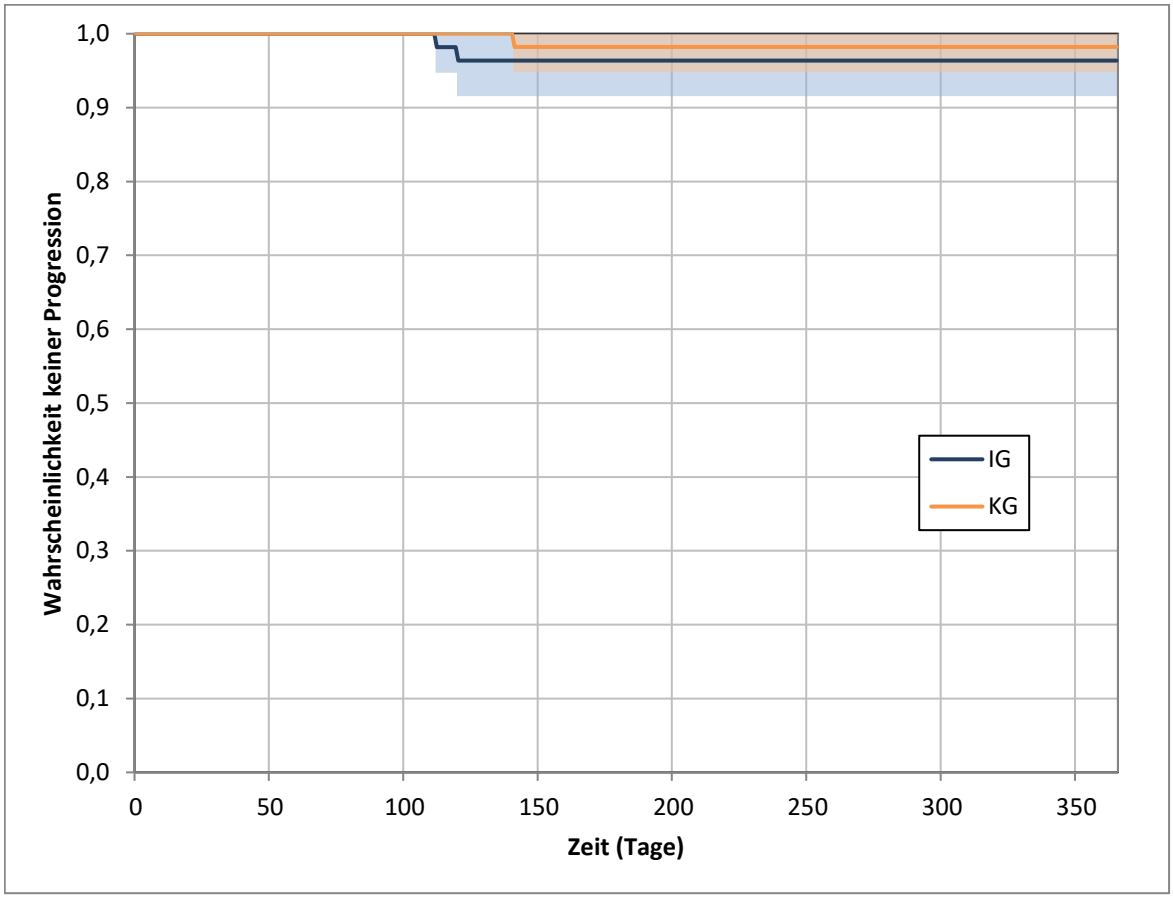
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

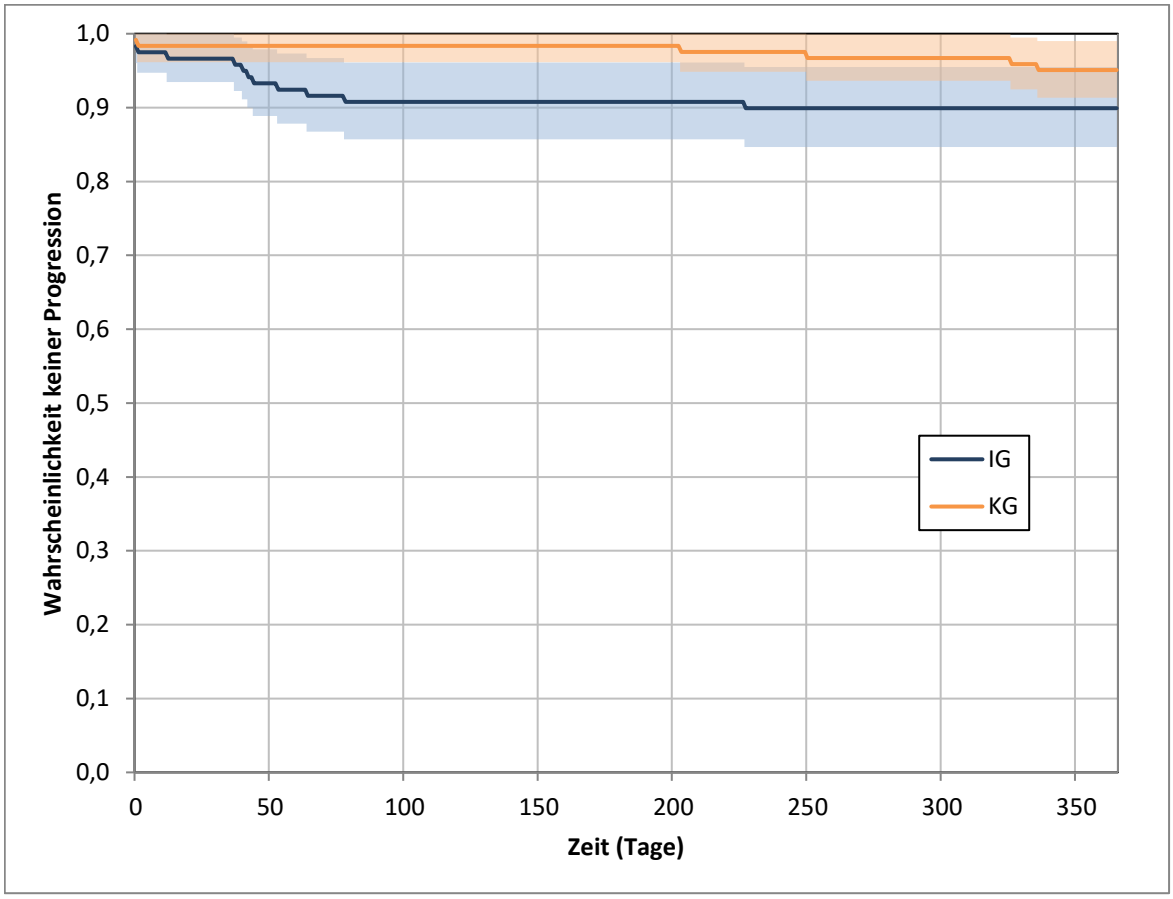
Progression A (→ schwere depressive Störung)



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	**81**	**83**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	37	31
• Jegliche depr. Episode[3]	43	37
• ohne Suchterkrankung [5]	77	82
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	10,8 %	12,9 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	4,7 %	5,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	14,3 %	15,9 %

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

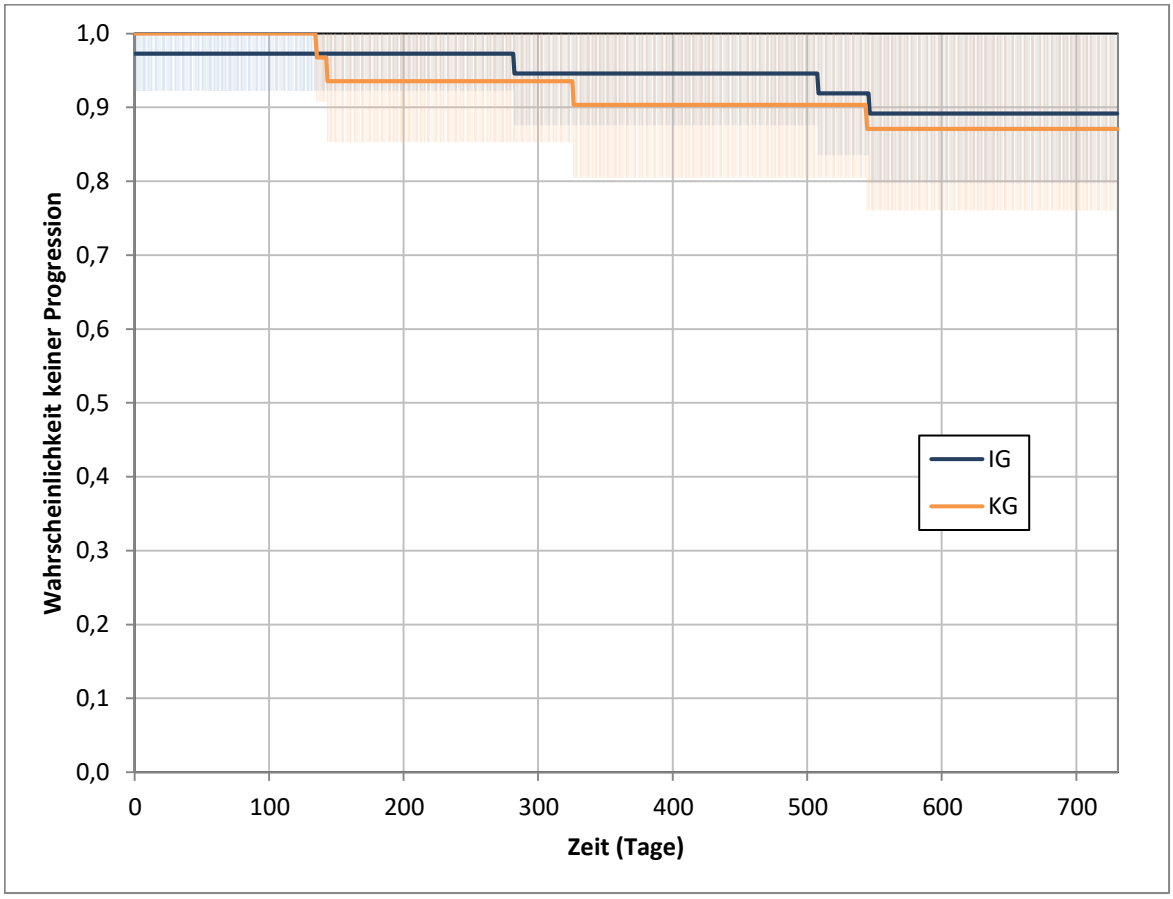
Abbildung 59: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

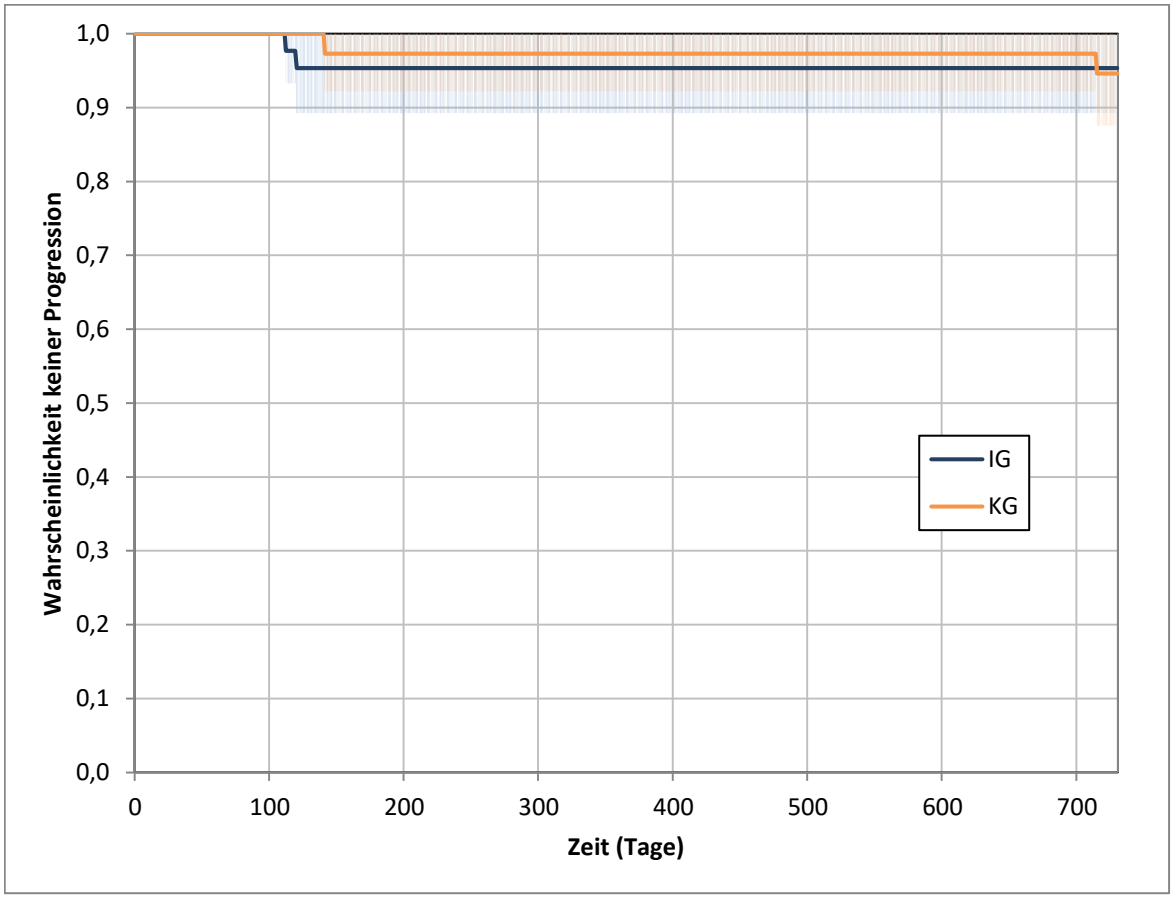
Legende für die folgenden Abbildungen:

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)

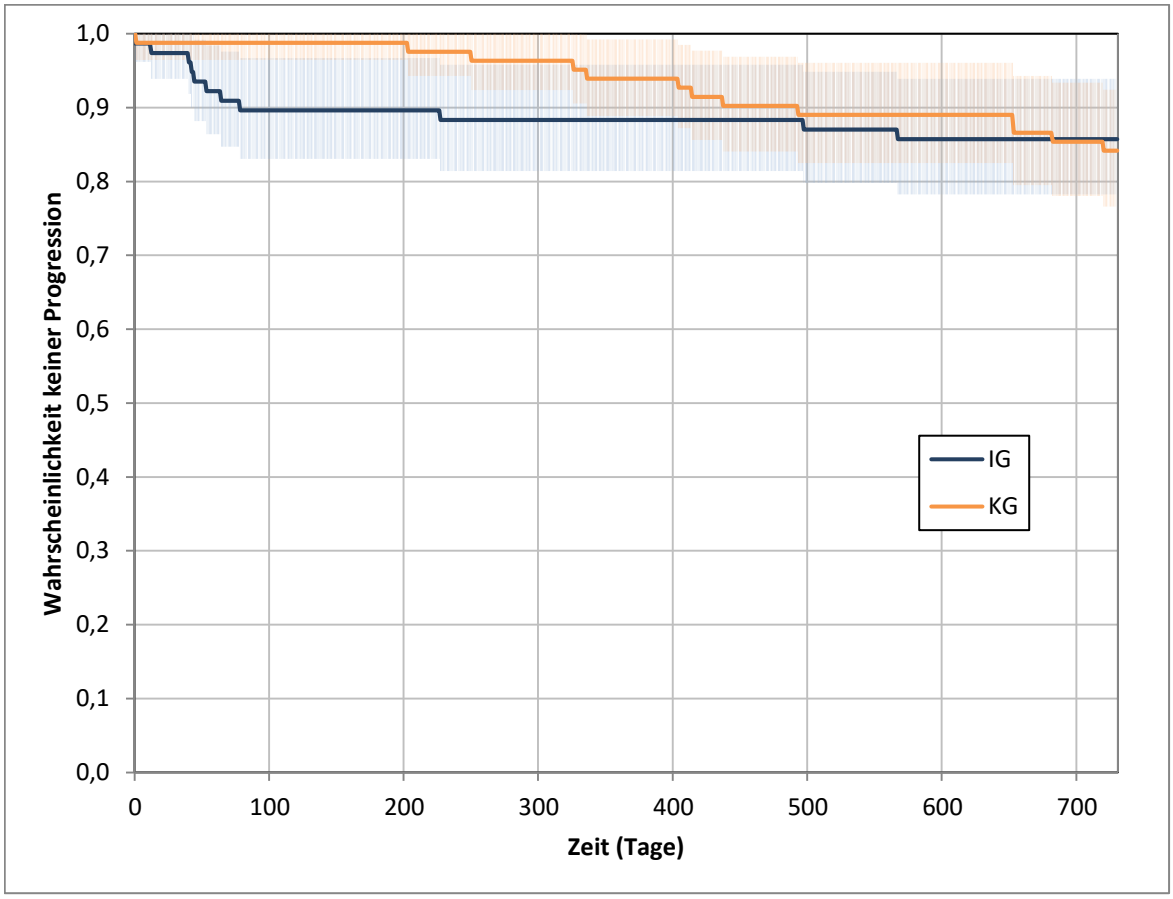


Tabelle 104: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

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	**39**	**43**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	21	23
• Jegliche depr. Episode[3]	24	24
• ohne Suchterkrankung [5]	36	42
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	14,3 %	13,0 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	12,5 %	8,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	19,4 %	23,8 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**	**KG**
	3 Jahre	**3 Jahre**
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**36**	**35**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	13	10
• Jegliche depr. Episode[3]	14	14
• ohne Suchterkrankung [5]	32	31
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	0,0 %	10,0 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	0,0 %	0,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	15,6 %	16,1 %

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

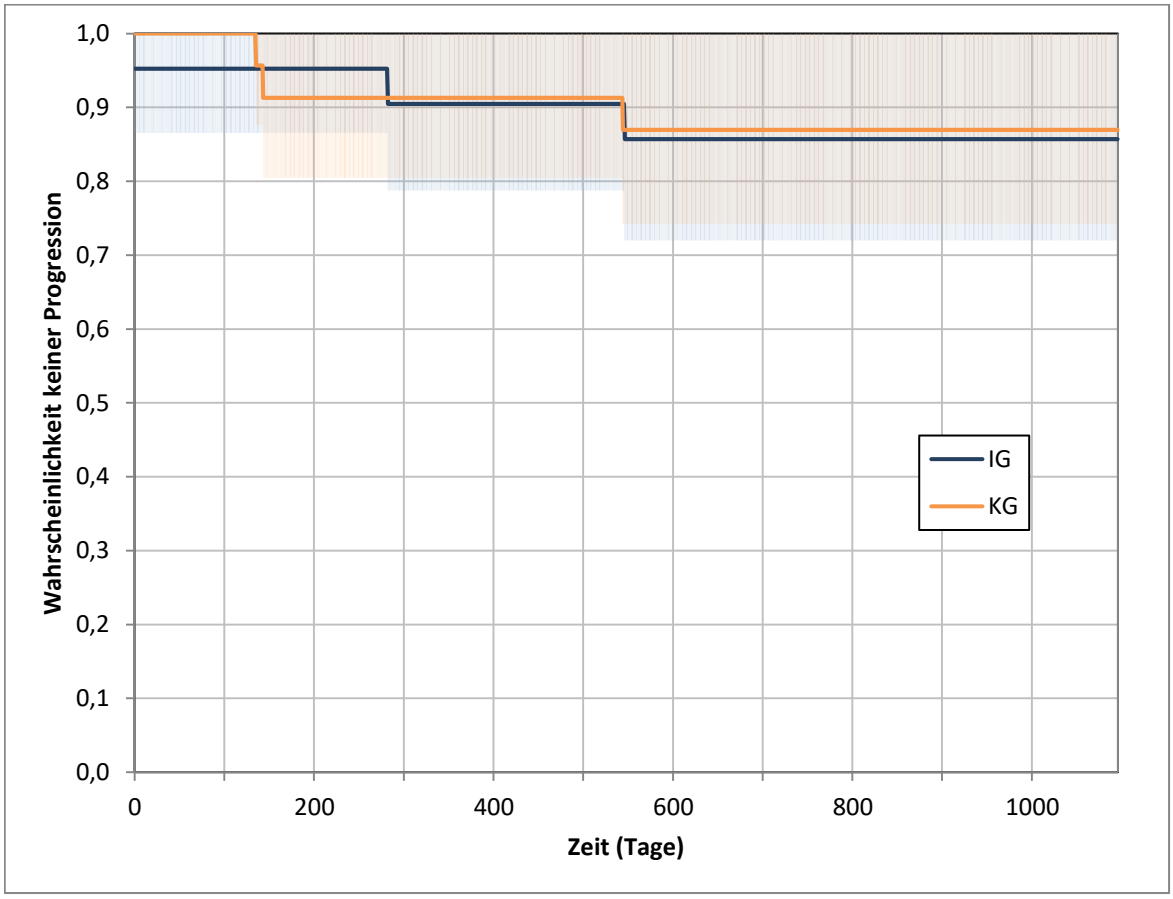
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

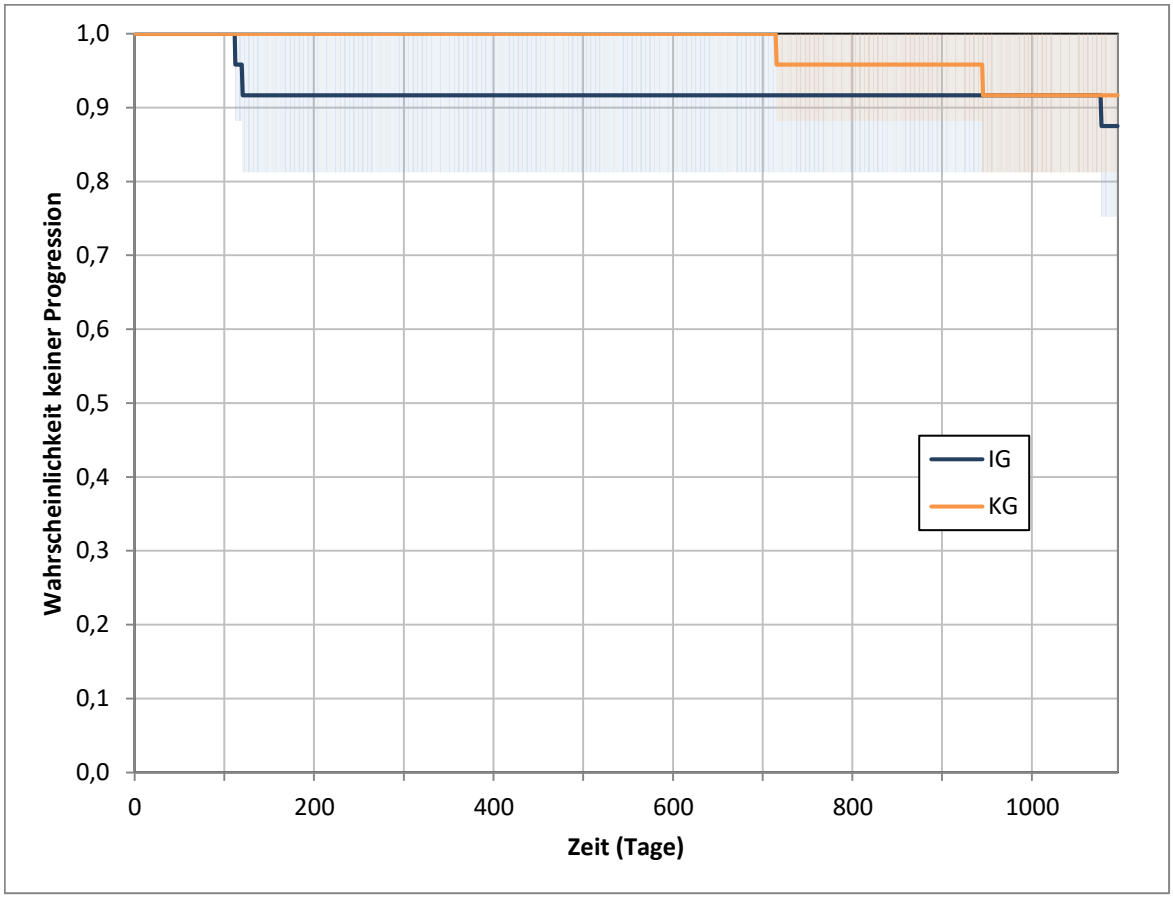
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

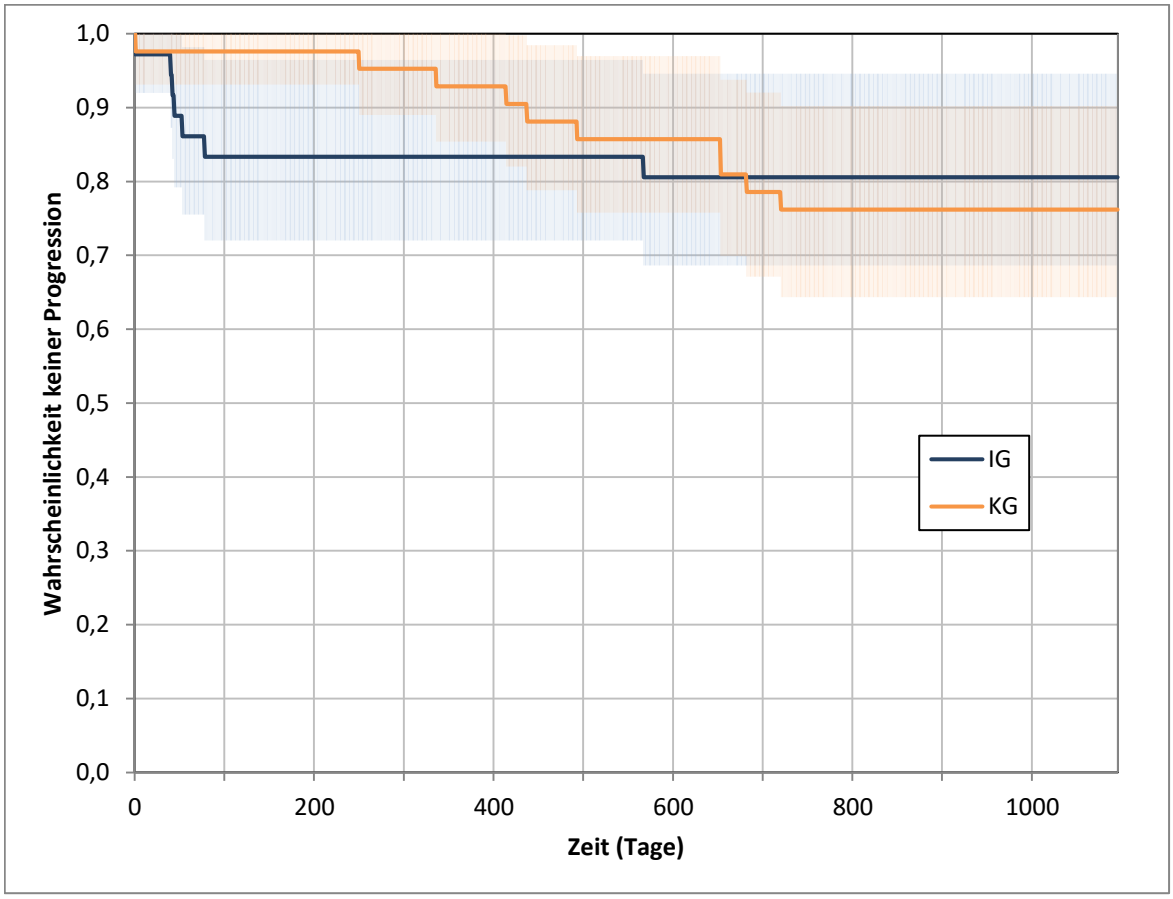
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

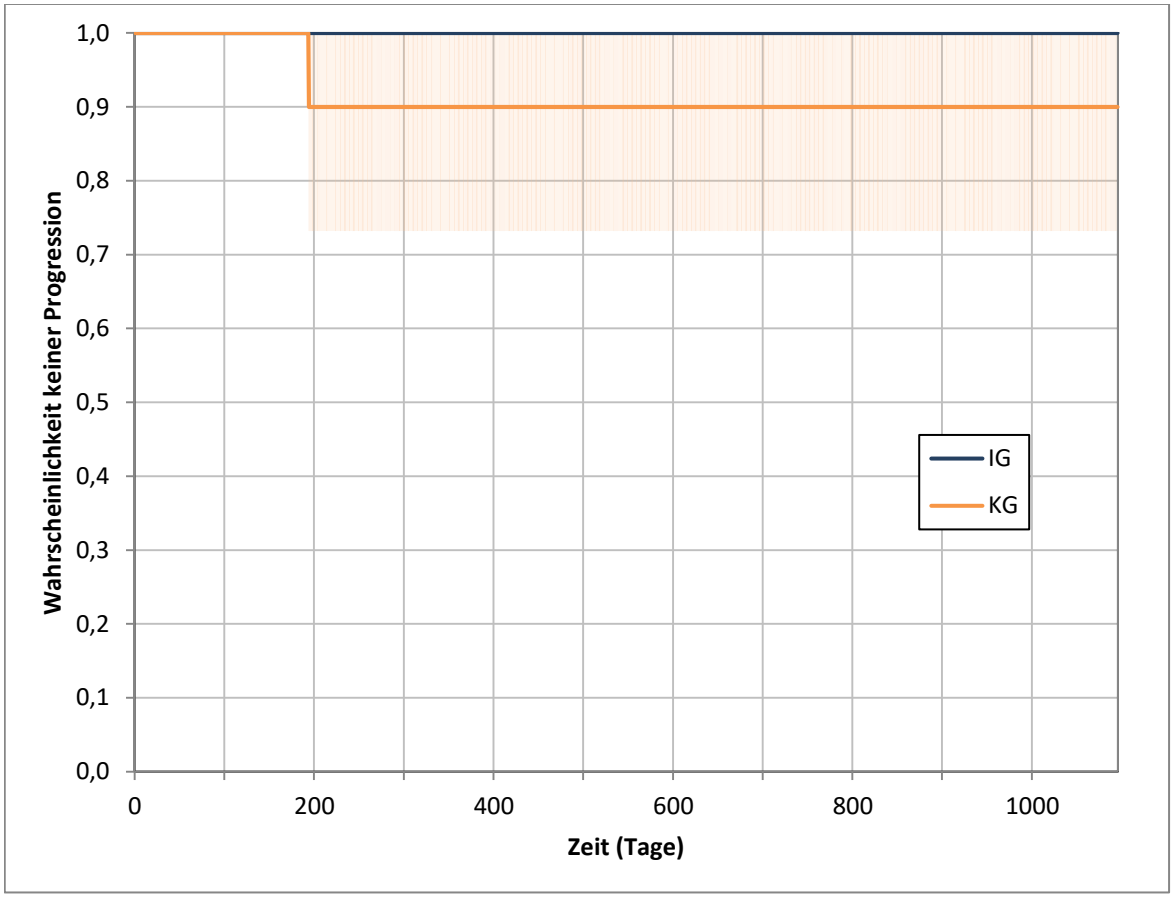


Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

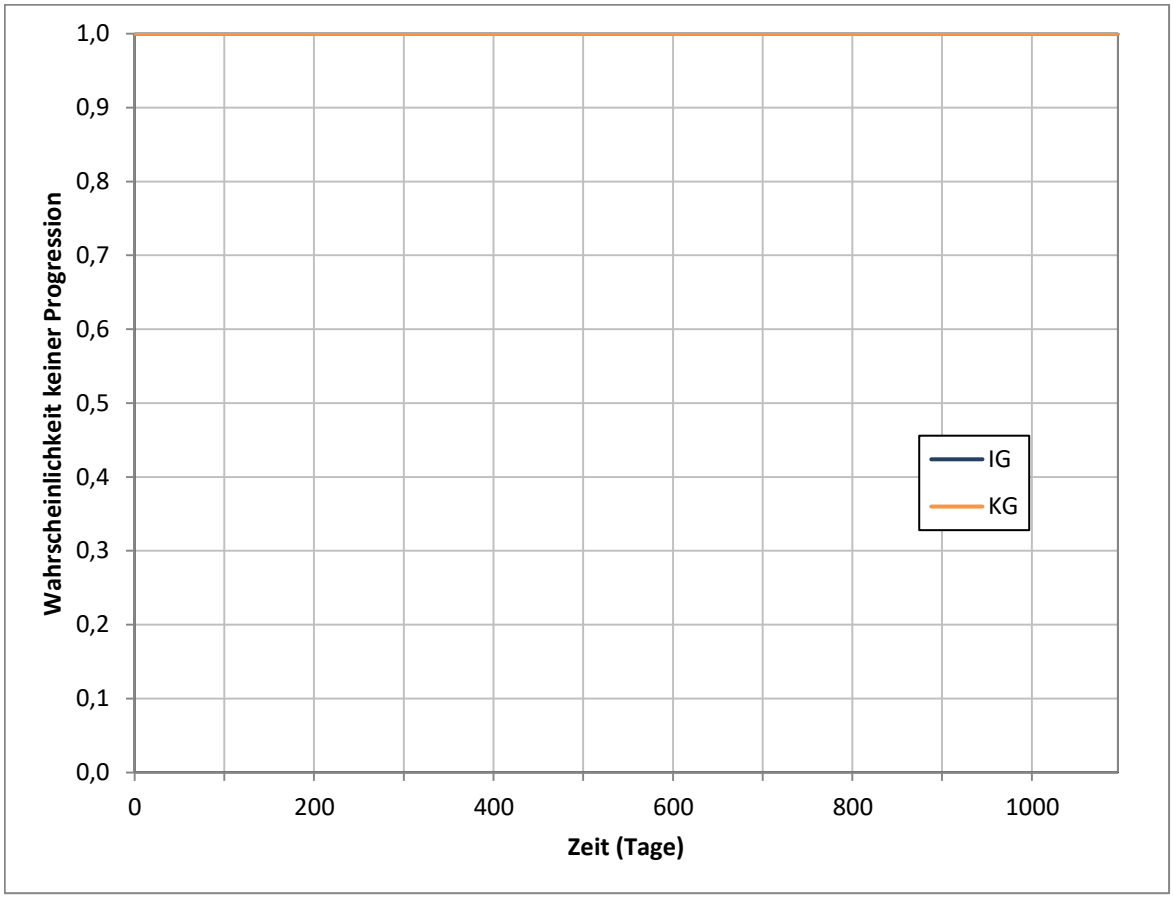
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

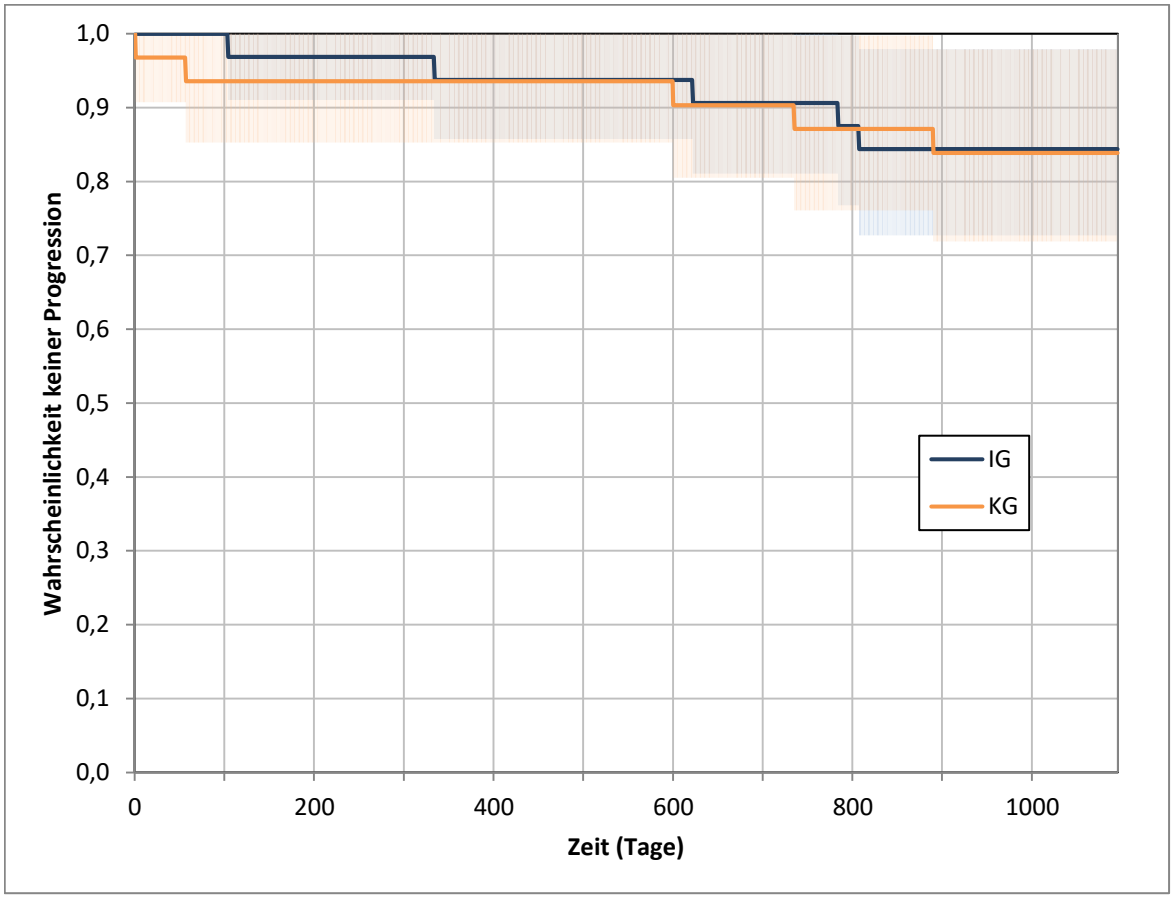
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



8.3.11 Leitlinienadhärenz

Für Kinder und Jugendliche wird von einer Auswertung des Outcomes Leitlinienadhärenz abgesehen, da die zugrundeliegenden Qualitätsindikatoren der Publikation von Großimlinghaus et al. (2013) auf Erwachsene fokussiert sind.

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergab sich im Präzeitraum kein Unterschied in der Gesamtverteilung. Der Anteil derjenigen, die keinen Fall aufwiesen, war in der IG jedoch signifikant höher als in der KG (97% vs. 92%). Im Referenzfall zeigte sich in der IG ein signifikant geringerer Anteil an Patienten mit vollstationärem Fall (55% vs. 69%), denen ein signifikant höherer PIA-Anteil gegenüberstand (37% vs. 20%). Im ersten Nachbeobachtungsjahr war der Anteil ohne Fall in der IG geringer (40% vs. 52%), aber der Anteil der PIA-Patienten höher (28% vs. 14%). Im zweiten Jahr war der PIA-Anteil erneut höher in der IG (19% vs. 10%). Im dritten Jahr lag der Anteil ohne Fall in der IG unter dem der KG (68% vs. 76%). Die übrigen Settings waren in ihren Anteilen zwischen IG und KG gleich besetzt (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 61).

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich weder im Präzeitraum noch im Referenzfall Unterschiede zwischen IG und KG. Im ersten Jahr lag der Anteil der ausschließlich vollstationär behandelten Patienten in der IG unter dem der KG. Demgegenüber war die Kombination aus vollstationärer und PIA-Behandlung in der IG signifikant höher besetzt (14% vs. 8%). Ab dem zweiten Jahr ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 62).

U2: Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lag der Anteil ohne Fall im Präzeitraum in der IG über dem der KG (98% vs. 95%). Der Anteil mit rein vollstationärer Behandlung war in der IG geringer (1% vs. 3%). Im Referenzfall lag der Anteil der vollstationär (52% vs. 65%) und teilstationär (9% vs. 14%) Behandelten in der IG signifikant unter und der PIA-Anteil signifikant über (40% vs. 21%) dem der KG. Dies zeigte sich auch im ersten und zweiten Jahr (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 63).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entsprach das Muster im Präzeitraum und im Referenzfall sowie dem ersten Jahr dem von U2. Im zweiten Jahr war der Anteil ohne Fall in der IG geringer (vgl. Tabelle 109 und Abbildung 64).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entsprach das Muster dem von U1 (Tabelle 110 und Abbildung 65).

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 111 und Abbildung 66).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

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

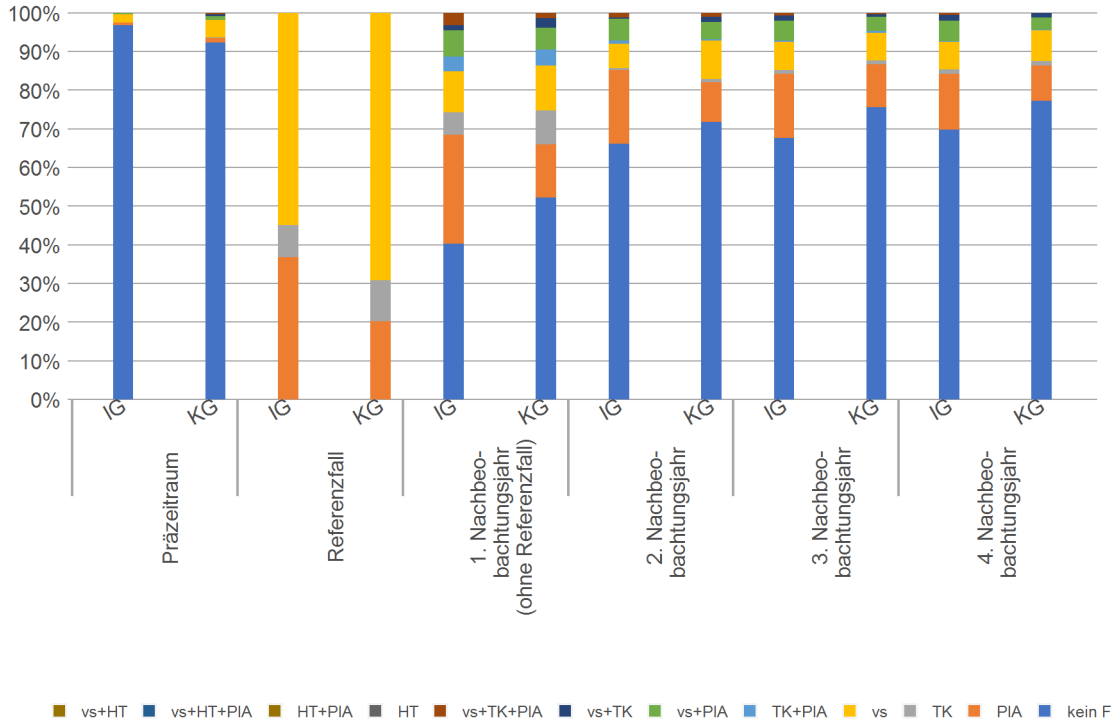
Klinikneue Patienten

Tabelle 106: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
Behandlungs-setting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA		<10	>0,999				18	<10	0,428	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10		>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK		<10	>0,999				<10	14	>0,999	<10	<10	0,876	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	<10	<10	>0,999				39	31	>0,999	30	24	>0,999	27	19	>0,999	27	16	0,834
vs+HT																		
TK+PIA							22	24	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	13	25	0,368	314	388	<0,001	60	65	>0,999	34	53	0,272	39	38	>0,999	37	40	>0,999
TK		<10	>0,999	47	60	0,188	33	49	0,428	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	<10	<10	>0,999	210	113	<0,001	161	77	<0,001	104	55	<0,001	88	58	0,096	74	46	0,103
HT																		
kein Fall	553	518	0,010				230	293	<0,001	360	387	0,288	358	396	0,043	361	390	0,082
Gesamt-ergebnis	**571**	**561**	**0,220**	**571**	**561**	**<0,001**	**571**	**561**	**<0,001**	**545**	**539**	**0,005**	**530**	**524**	**0,990**	**517**	**505**	**0,393**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 61: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

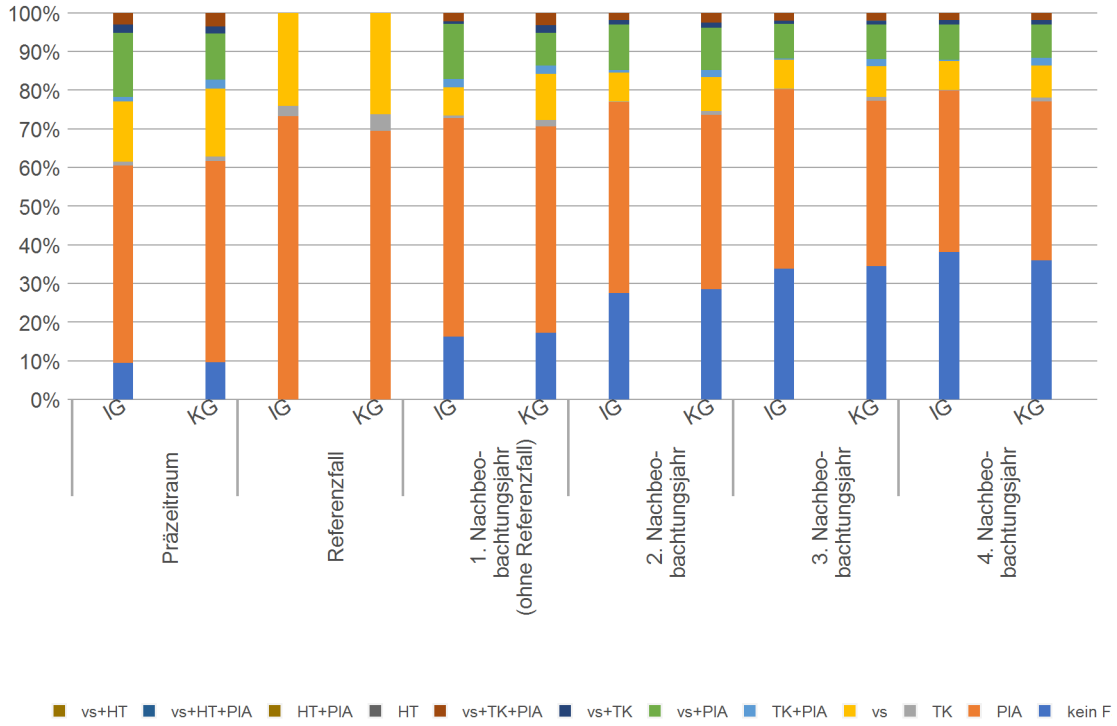
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 107: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
Behandlungs-setting	**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	24	28	>0,999				17	25	0,832	14	19	>0,999	15	15	>0,999	13	13	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA														<10	>0,999		<10	>0,999
TK+HT+PIA																		
vs+TK	17	14	>0,999				<10	16	0,324	<10	10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	128	93	0,115				110	65	0,003	87	83	>0,999	64	65	>0,999	63	61	>0,999
vs+HT																		
TK+PIA	10	18	>0,999				17	18	>0,999	<10	13	0,925	<10	14	0,157	<10	14	0,171
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	121	137	>0,999	187	205	0,444	57	92	0,025	55	67	>0,999	53	57	>0,999	51	59	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	21	33	0,444	<10	14	0,328	<10	<10	>0,999	<10	<10	0,420	<10	<10	0,444
PIA	397	406	>0,999	570	542	0,444	440	415	0,805	367	340	0,925	334	310	>0,999	290	292	>0,999
HT																		
kein Fall	74	75	>0,999				126	135	>0,999	204	214	>0,999	243	251	>0,999	264	256	>0,999
Gesamt-ergebnis	**778**	**780**	**>0,999**	**778**	**780**	**0,444**	**778**	**780**	**<0,001**	**743**	**753**	**>0,999**	**719**	**727**	**0,523**	**693**	**712**	**0,643**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 62: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

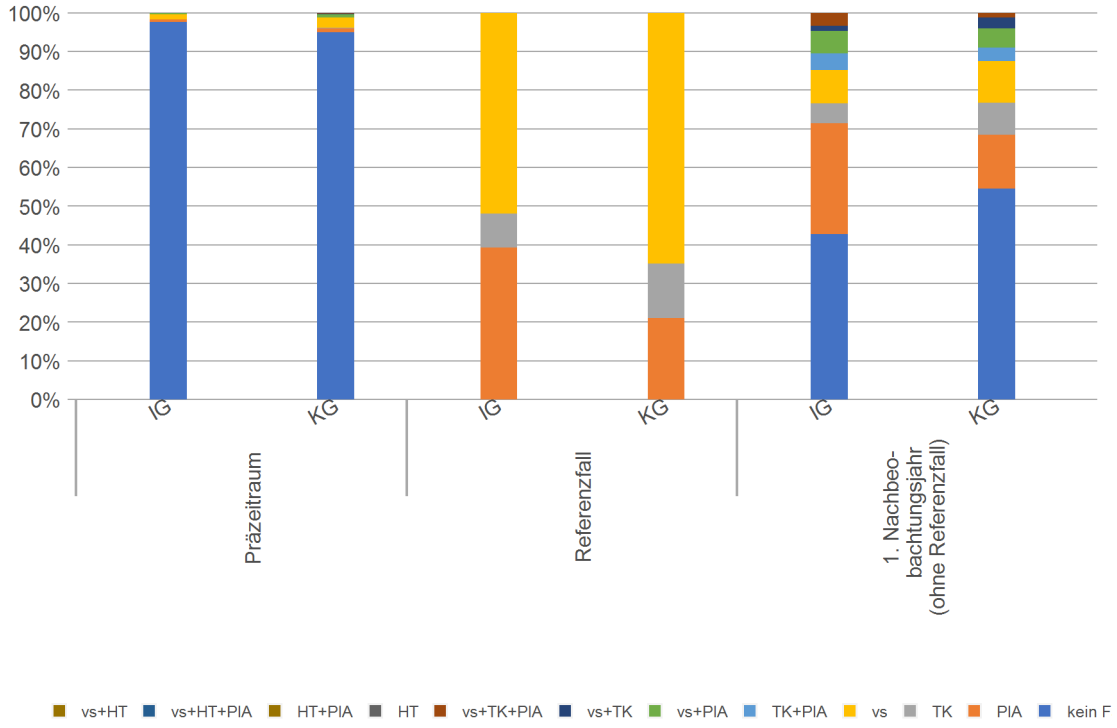
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr erhoben.

Tabelle 108: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				83	31	<0,001
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK		<10	0,667				35	69	0,004
vs+PIA	<10	20	0,223				139	121	0,292
vs+HT									
TK+PIA	<10	<10	>0,999				109	88	0,292
TK+HT									
HT+PIA									
vs	31	65	0,005	1.276	1.594	<0,001	210	262	0,041
TK	<10	<10	>0,999	216	346	<0,001	125	204	<0,001
PIA	15	25	0,667	967	519	<0,001	708	343	<0,001
HT									
kein Fall	2.400	2.336	<0,001				1.050	1.341	<0,001
Gesamtergebnis	**2.459**	**2.459**	**0,004**	**2.459**	**2.459**	**<0,001**	**2.459**	**2.459**	**<0,001**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

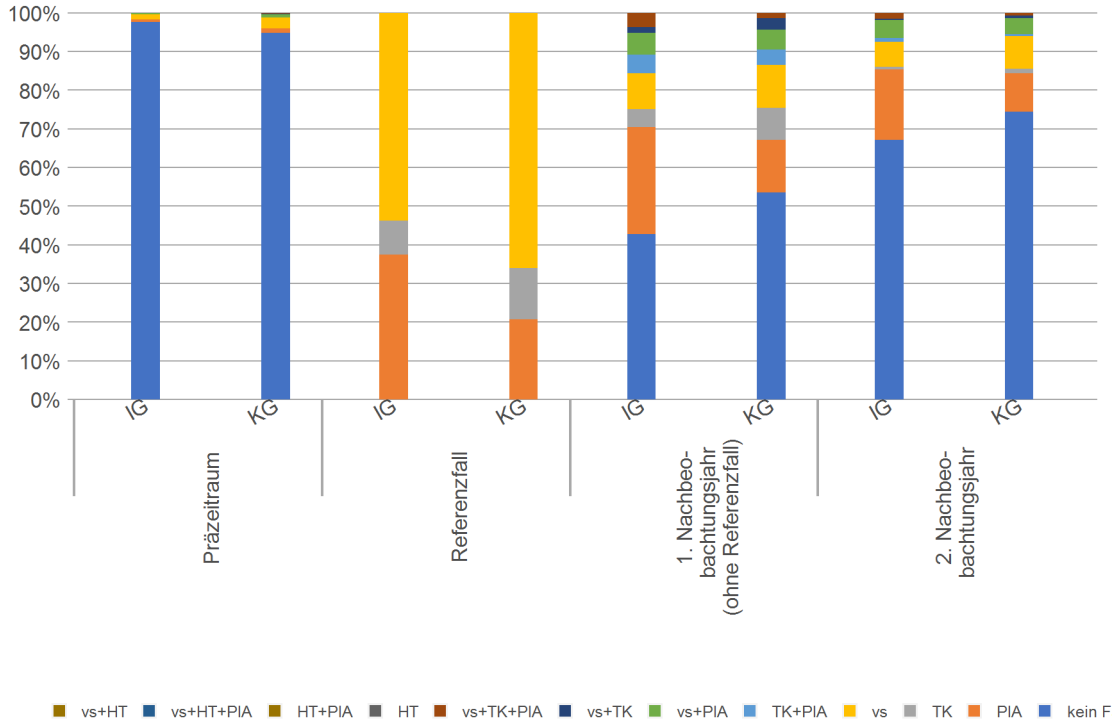
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Tabelle 109: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				66	24	<0,001	26	12	0,171
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK		<10	>0,999				29	54	0,029	<10	13	>0,999
vs+PIA	<10	14	0,687				101	92	0,769	80	70	>0,999
vs+HT												
TK+PIA		<10	>0,999				85	73	0,769	16	10	>0,999
TK+HT												
HT+PIA												
vs	23	50	0,016	969	1.184	<0,001	167	199	0,241	110	145	0,158
TK	<10	<10	>0,999	156	238	<0,001	84	149	<0,001	12	19	>0,999
PIA	12	20	>0,999	675	371	<0,001	499	241	<0,001	315	172	<0,001
HT												
kein Fall	1.757	1.699	<0,001				769	961	<0,001	1.157	1.281	<0,001
Gesamtergebnis	**1.800**	**1.793**	**0,016**	**1.800**	**1.793**	**<0,001**	**1.800**	**1.793**	**<0,001**	**1.724**	**1.722**	**<0,001**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

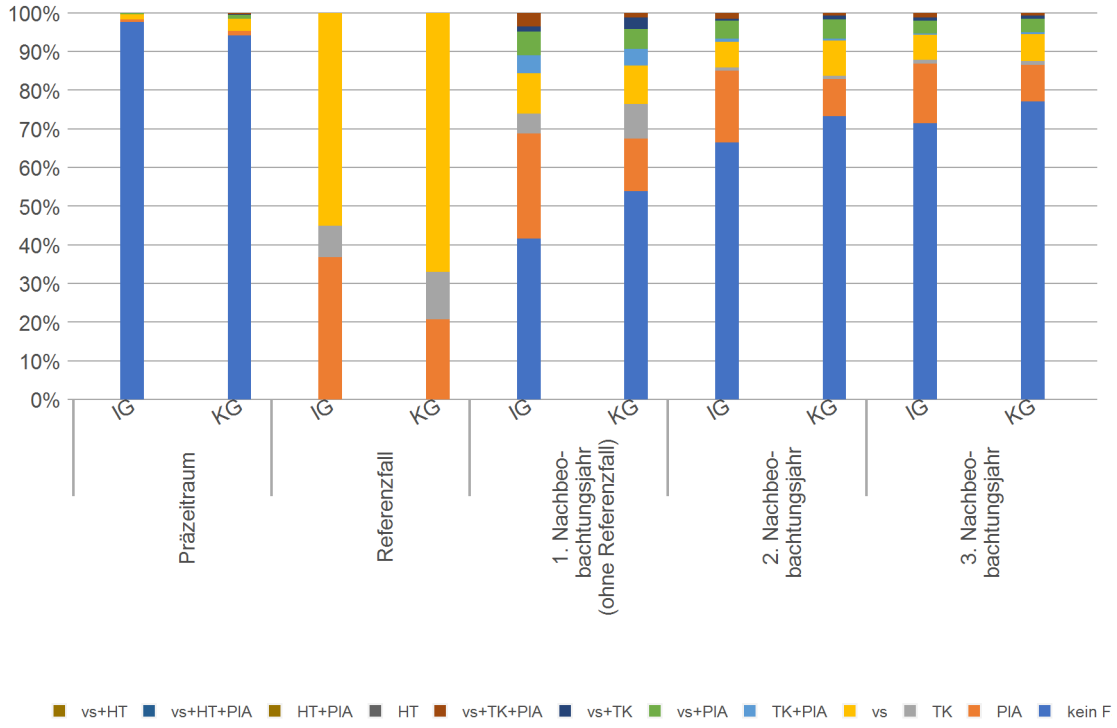
Klinikneue Patienten

Tabelle 110: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				41	15	0,004	17	<10	0,858	13	<10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK		<10	>0,999				16	34	0,056	<10	11	>0,999	10	<10	>0,999
vs+PIA	<10	11	0,702				73	61	>0,999	53	56	>0,999	37	38	>0,999
vs+HT															
TK+PIA		<10	>0,999				54	49	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	15	36	0,034	647	782	<0,001	122	117	>0,999	76	102	0,280	71	77	>0,999
TK		<10	>0,999	97	145	0,001	61	104	0,004	<10	<10	>0,999	11	11	>0,999
PIA	<10	12	>0,999	432	241	<0,001	320	159	<0,001	208	107	<0,001	169	102	<0,001
HT															
kein Fall	1.147	1.100	<0,001				489	629	<0,001	749	821	0,004	786	841	0,024
Gesamtergebnis	**1.176**	**1.168**	**0,038**	**1.176**	**1.168**	**<0,001**	**1.176**	**1.168**	**<0,001**	**1.126**	**1.120**	**<0,001**	**1.100**	**1.091**	**0,038**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

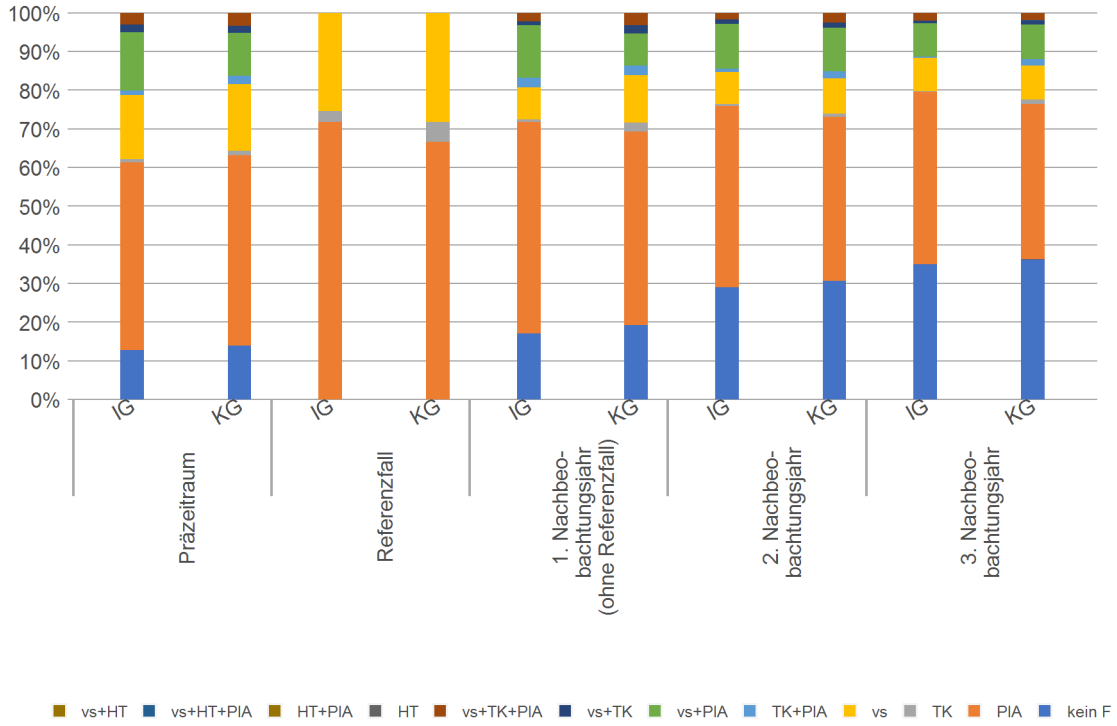
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 111: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
Behandlungs-setting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	KG	IG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	26	29	>0,999				19	28	0,754	14	22	>0,999	15	16	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA													<10		>0,999
TK+HT+PIA															
vs+TK	18	16	>0,999				<10	18	0,510	10	10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	129	97	0,195				117	73	0,006	95	94	>0,999	72	68	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	10	18	>0,999				20	21	>0,999	<10	16	0,527	14	<10	0,177
TK+HT															
HT+PIA															
vs	142	149	>0,999	218	245	0,200	72	106	0,077	69	75	>0,999	70	68	>0,999
TK	<10	10	>0,999	25	44	0,083	<10	20	0,077	<10	<10	>0,999	<10	<10	0,280
PIA	417	427	>0,999	615	578	0,083	468	435	0,384	385	353	0,527	323	353	0,672
HT													<10		>0,999
kein Fall	109	121	>0,999				147	166	0,754	237	255	>0,999	290	276	>0,999
Gesamt-ergebnis	**858**	**867**	**>0,999**	**858**	**867**	**0,077**	**858**	**867**	**<0,001**	**819**	**833**	**>0,999**	**803**	**791**	**0,365**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 67).

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 113 und Abbildung 68)

U2: Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 114 und Abbildung 69)

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 115 und Abbildung 70).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (Tabelle 116 und Abbildung 71).

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (Tabelle 117 und Abbildung 72).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

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

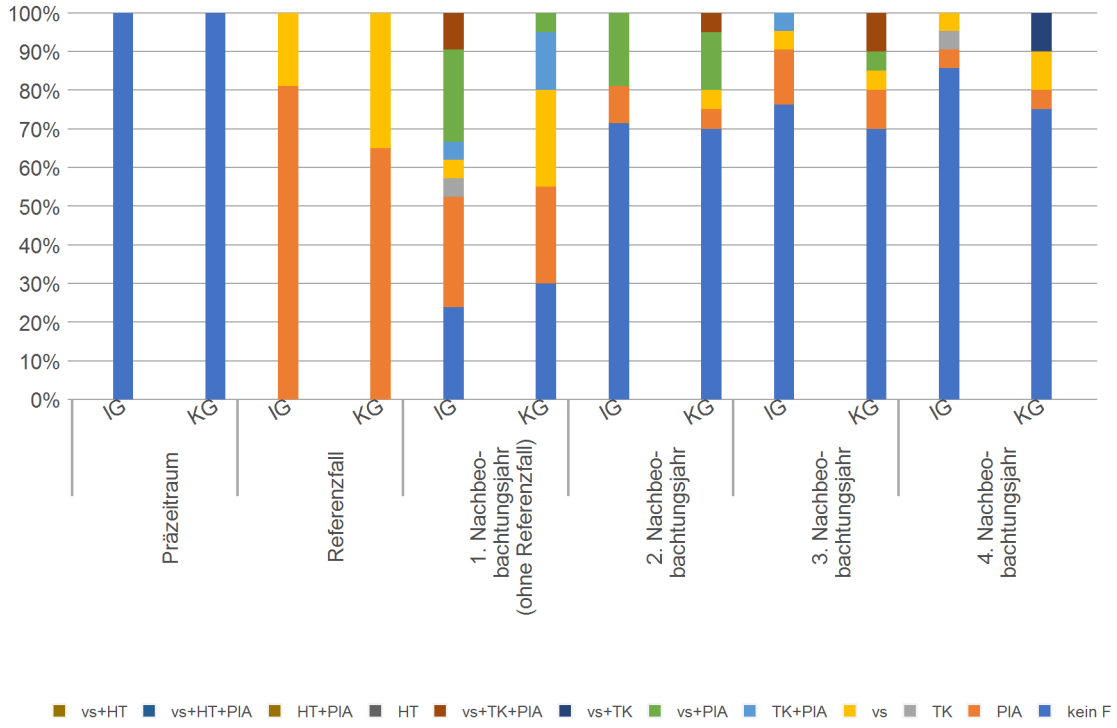
Klinikneue Patienten

Tabelle 112: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
Behandlungs-setting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA							<10		>0,999		<10	>0,999		<10	>0,999			
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK																	<10	>0,999
vs+PIA							<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999		<10	>0,999			
vs+HT																		
TK+PIA							<10	<10	>0,999				<10		>0,999			
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999		<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK							<10		>0,999							<10		>0,999
PIA				17	13	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
HT																		
kein Fall	21	20					<10	<10	>0,999	15	14	>0,999	16	14	>0,999	18	15	>0,999
Gesamtergebnis	**21**	**20**		**21**	**20**	**>0,999**	**21**	**20**	**>0,999**	**21**	**20**	**>0,999**	**21**	**20**	**>0,999**	**21**	**20**	**>0,999**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

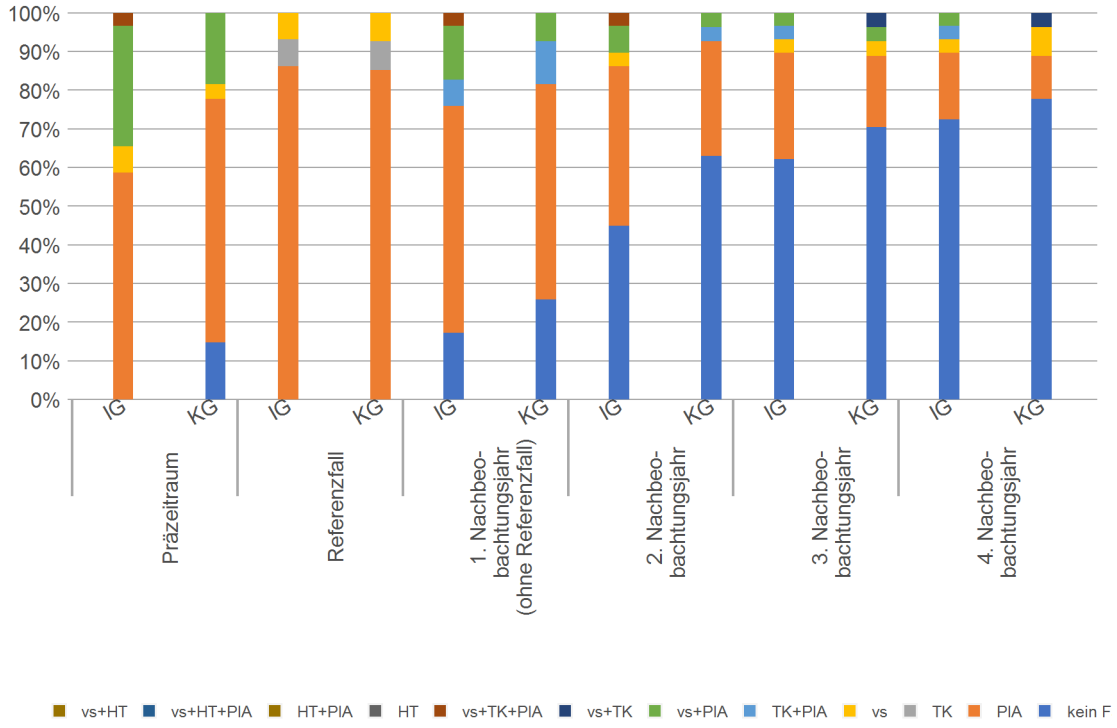
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 113: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
Behandlung-ssetting	**KG**	**IG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA		<10	>0,999				<10		>0,999	<10		>0,999						
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK														<10	>0,999		<10	>0,999
vs+PIA	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10		>0,999
vs+HT																		
TK+PIA							<10	<10	>0,999		<10	>0,999	<10		>0,999	<10		>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999				<10		>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK				<10	<10	>0,999												
PIA	17	17	>0,999	25	23	>0,999	17	15	>0,999	12	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
HT																		
kein Fall	<10		0,616				<10	<10	>0,999	13	17	>0,999	18	19	>0,999	21	21	>0,999
Gesamt-ergebnis	**27**	**29**	**0,852**	**29**	**27**	**>0,999**	**29**	**27**	**>0,999**	**29**	**27**	**>0,999**	**29**	**27**	**>0,999**	**29**	**27**	**>0,999**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

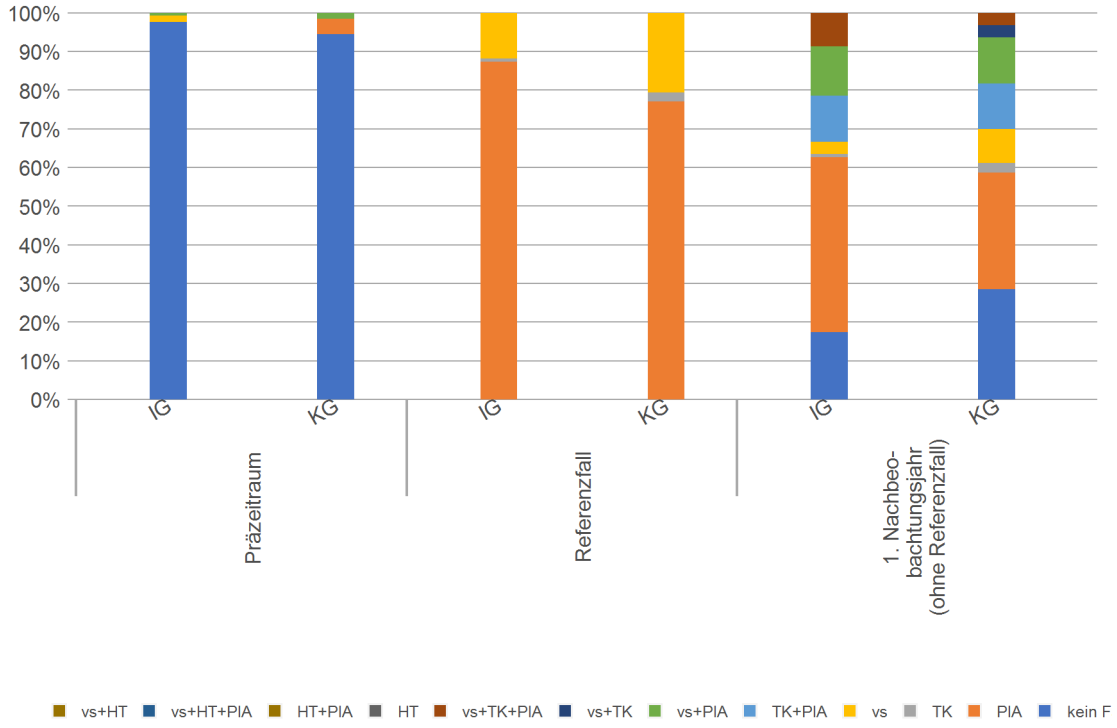
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr erhoben.

Tabelle 114: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA							11	<10	0,661
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK								<10	0,661
vs+PIA	<10	<10	>0,999				16	15	>0,999
vs+HT									
TK+PIA							15	15	>0,999
TK+HT									
HT+PIA									
vs	<10		>0,999	15	26	0,264	<10	11	0,661
TK				<10	<10	0,614	<10	<10	>0,999
PIA		<10	0,301	110	97	0,194	57	38	0,154
HT									
kein Fall	123	119	>0,999				22	36	0,362
Gesamtergebnis	**126**	**126**	**0,301**	**126**	**126**	**0,264**	**126**	**126**	**0,081**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 69: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

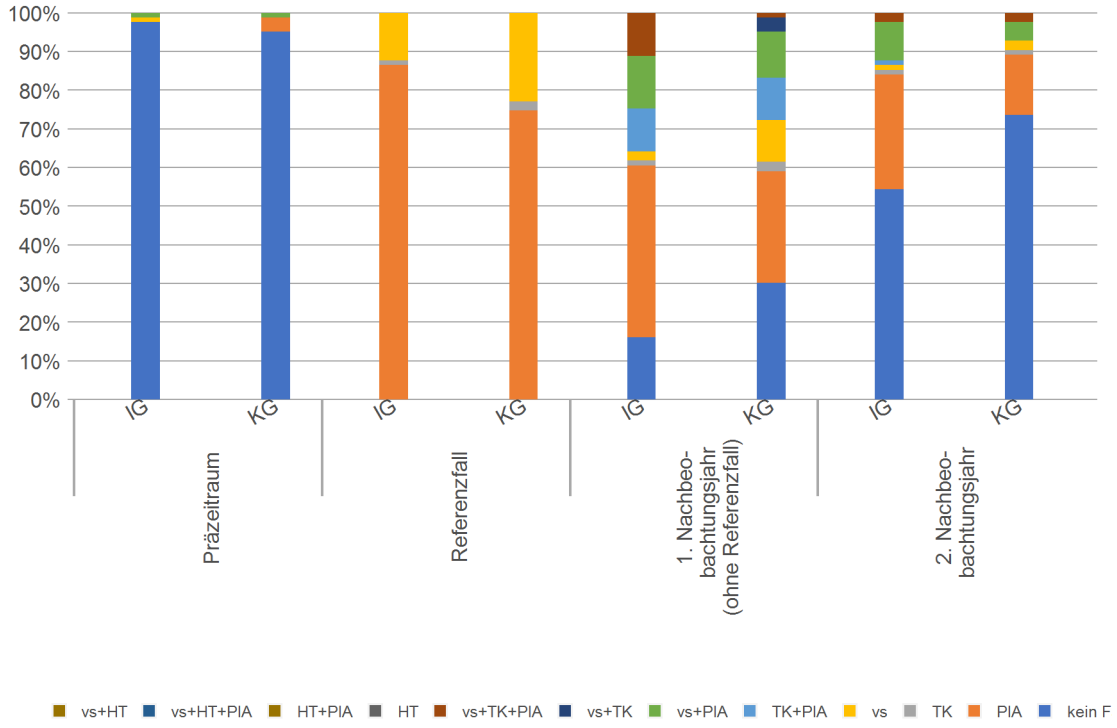
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 115: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
Behandlungssetting	**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	0,161	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK								<10	>0,999			
vs+PIA	<10	<10	>0,999				11	10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+HT												
TK+PIA							<10	<10	>0,999	<10		>0,999
TK+HT												
HT+PIA												
vs	<10		>0,999	10	19	0,359	<10	<10	0,358	<10	<10	>0,999
TK				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA		<10	>0,999	70	62	0,359	36	24	0,358	24	13	0,356
HT												
kein Fall	79	79	>0,999				13	25	0,358	44	61	0,133
Gesamtergebnis	**81**	**83**	**>0,999**	**81**	**83**	**0,359**	**81**	**83**	**0,043**	**81**	**83**	**>0,999**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 70: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

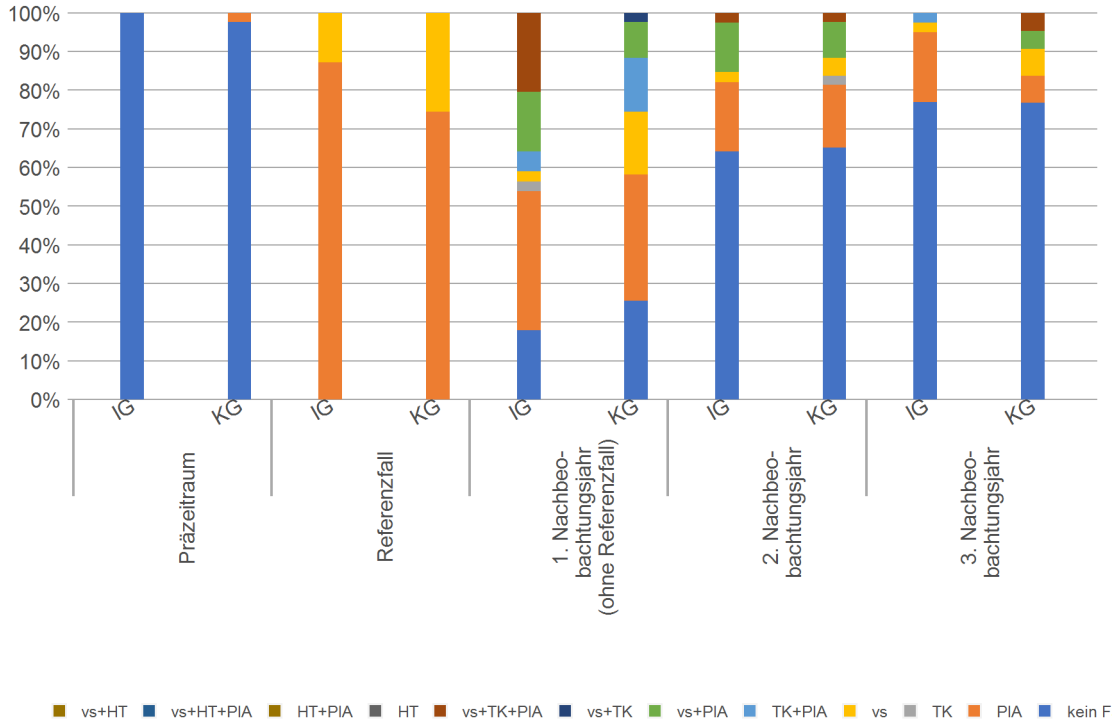
Klinikneue Patienten

Tabelle 116: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA							<10		0,053	<10	<10	>0,999		<10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK								<10	>0,999						
vs+PIA							<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999		<10	>0,999
vs+HT															
TK+PIA							<10	<10	>0,999				<10		>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs				<10	11	0,717	<10	<10	0,601	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK							<10		>0,999		<10	>0,999			
PIA		<10	>0,999	34	32	0,717	14	14	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
HT															
kein Fall	39	42	>0,999				<10	11	>0,999	25	28	>0,999	30	33	>0,999
Gesamtergebnis	**39**	**43**	**>0,999**	**39**	**43**	**0,717**	**39**	**43**	**0,110**	**39**	**43**	**>0,999**	**39**	**43**	**>0,999**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 71: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

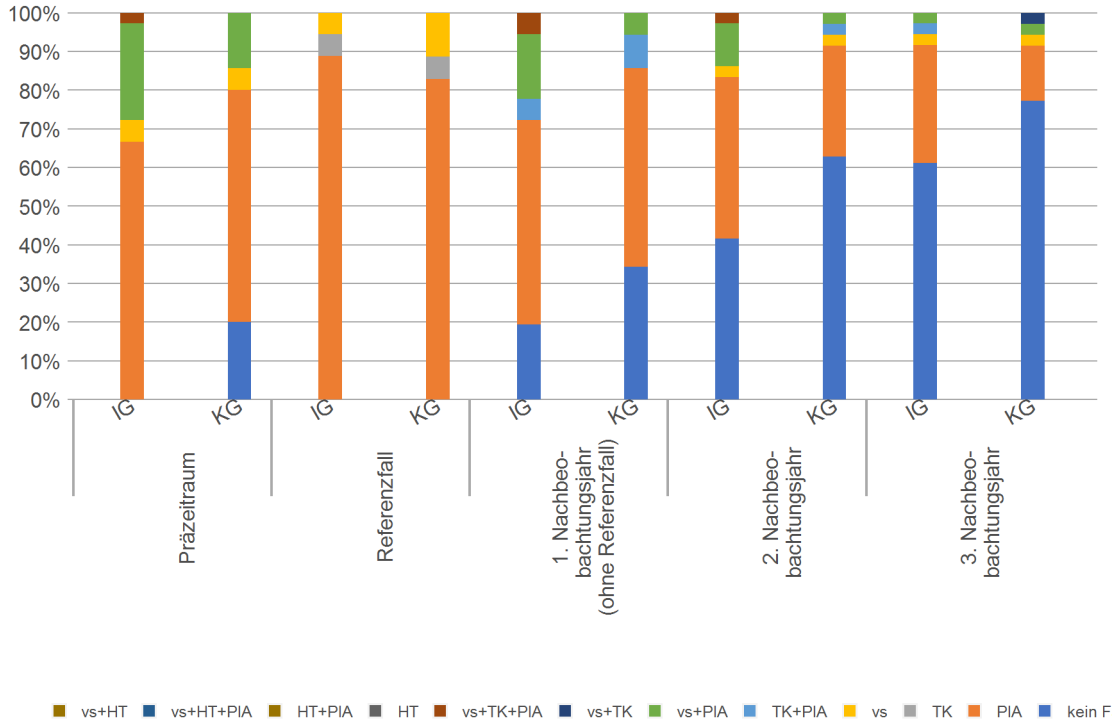
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 117: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
Behandlungssetting	**KG**	**IG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA		<10	>0,999				<10		>0,999	<10		>0,999			
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK														<10	>0,999
vs+PIA	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+HT															
TK+PIA							<10	<10	>0,999		<10	>0,999	<10		>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK				<10	<10	>0,999									
PIA	21	24	>0,999	32	29	>0,999	19	18	>0,999	15	10	>0,999	11	<10	>0,999
HT															
kein Fall	<10		0,091				<10	12	>0,999	15	22	0,849	22	27	>0,999
Gesamtergebnis	**35**	**36**	**0,267**	**36**	**35**	**>0,999**	**36**	**35**	**>0,999**	**36**	**35**	**>0,999**	**36**	**35**	**>0,999**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 72: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1) EP

U1: Die Ergebnisse der Auswertungen der Leistungserbringung in Form von Therapieeinheiten sowie PIA-Kontakten befinden sich in Tabelle 118 bis Tabelle 121 sowie Tabelle 122 bis Tabelle 125.

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

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

Klinikneue Patienten

Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	571	561	571	561	571	561	571	561	571	561	571	561	545	539	545	539	530	524	530	524
N mit Fall	15	36	0	6	314	388	47	60	125	118	81	95	73	90	17	20	77	63	18	13
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,4		0,0	2,1	0,9	0,7	0,4	1,3	0,7	1,1	0,7	0,7	0,7	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	0,6		0,1	2,5	2,8	1,1	1,4	2,3	1,5	2,3	1,9	1,0	1,3	0,3	0,6	0,7	0,8	0,3	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1			0,5	0,2			0,2	0,2			0,3	0,2			0,1	0,2		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,3			0,7	0,6			0,8	0,3			0,3	0,4			0,3	0,3		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0			0,2	0,1	1,3	0,1	0,3	0,1	1,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0			0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,0																		
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,0																		
Gesamt	**1,3**	**1,5**		**0,1**	**6,1**	**4,9**	**3,4**	**2,2**	**5,0**	**3,0**	**5,0**	**3,1**	**2,4**	**2,7**	**0,8**	**0,8**	**1,5**	**1,5**	**0,5**	**0,3**

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 EP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	571	561	571	561	571	561	571	561	571	561	571	561	545	539	545	539	530	524	530	524
N mit Fall	15	36	0	6	314	388	47	60	125	118	81	95	73	90	17	20	77	63	18	13
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	9,6	6,4		2,0	3,8	1,3	8,0	4,0	5,8	3,5	7,6	4,4	5,4	4,3	8,8	4,4	2,8	2,5	5,6	2,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	30,1	10,1		8,9	4,5	4,1	13,9	13,3	10,4	7,3	16,1	11,4	7,2	8,0	10,0	16,7	4,8	6,4	7,6	7,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	2,7	1,1			0,9	0,3			1,1	1,0			2,1	1,2			1,0	1,3		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	5,7	4,3			1,3	0,9			3,5	1,5			2,3	2,5			2,0	2,3		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	0,2			0,3	0,2	15,3	1,2	1,4	0,5	8,6	1,6	0,7	0,2	5,7	0,1	0,0	0,1	0,5	0,2
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,0			0,2	0,3	4,0	1,7	0,7	0,4	3,1	1,0	0,5	0,2	0,7	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,8																		
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,8																		
Gesamt	**49,6**	**23,6**		**10,9**	**11,0**	**7,1**	**41,1**	**20,3**	**23,0**	**14,2**	**35,4**	**18,4**	**18,3**	**16,4**	**25,2**	**21,4**	**10,7**	**12,7**	**13,7**	**10,3**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	571	561	571	561	571	561	545	539	530	524	517	505
N mit Fall	5	14	210	113	240	140	146	87	121	81	105	63
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,1	0,0	1,5	0,5	1,2	0,4	1,7	0,8	1,4	0,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,2	0,7	0,2	2,9	1,5	1,7	1,1	1,6	1,0	1,5	1,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	0,7	0,3	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,2	0,9	0,3	4,4	2,0	2,9	1,5	3,3	1,8	2,9	2,0
Gesamt	**0,0**	**0,3**	**1,0**	**0,3**	**5,2**	**2,3**	**3,3**	**1,9**	**3,5**	**1,9**	**3,0**	**2,0**

Tabelle 121: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	571	561	571	561	571	561	545	539	530	524	517	505
N mit Fall	5	14	210	113	240	140	146	87	121	81	105	63
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,6	3,3	0,4	0,2	3,7	2,2	4,4	2,7	7,2	5,0	7,1	6,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,8	6,1	2,0	1,2	6,9	5,9	6,4	6,8	7,1	6,3	7,3	9,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,4	0,6	0,2	0,2	1,2	0,7	1,2	1,4	0,5	0,6	0,2	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,7	0,1	0,1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4	0,2	0,3
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,4	1,3	0,3	0,3	1,8	1,2	1,7	2,0	0,8	0,9	0,3	0,3
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	9,4	2,4	1,4	10,5	8,1	10,8	9,6	14,4	11,3	14,4	15,7
Gesamt	**2,8**	**10,7**	**2,7**	**1,7**	**12,3**	**9,2**	**12,5**	**11,6**	**15,2**	**12,3**	**14,7**	**16,0**

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	778	780	778	780	778	780	778	780	778	780	778	780	743	753	743	753	719	727	719	727	693	712	693	712
N mit Fall	290	272	58	69	187	205	21	33	190	198	45	73	165	179	30	49	138	144	25	43	146	129	26	38
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,6	1,2	0,8	0,6	0,6	0,3	0,1	0,1	1,7	0,7	0,3	0,4	1,6	0,6	0,2	0,3	1,0	0,5	0,2	0,2				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	3,8	4,3	2,0	1,5	0,7	1,0	0,4	0,2	1,9	2,8	0,8	0,9	1,8	2,7	0,4	0,6	1,1	1,9	0,5	0,4				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,3			0,2	0,2			0,5	0,2			0,6	0,3			0,4	0,3						
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,3	1,7			0,5	0,9			0,5	0,7		0,0	1,2	1,9			0,7	0,7						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,1	0,8	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,6	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0				
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,0																						
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,0																						
Gesamt	**9,4**	**7,5**	**3,7**	**2,3**	**2,1**	**2,5**	**0,6**	**0,3**	**5,1**	**4,6**	**1,9**	**1,5**	**5,7**	**5,9**	**0,8**	**1,2**	**3,4**	**3,5**	**0,7**	**0,7**				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	778	780	778	780	778	780	778	780	778	780	778	780	743	753	743	753	719	727	719	727	693	712	693	712
N mit Fall	290	272	58	69	187	205	21	33	190	198	45	73	165	179	30	49	138	144	25	43	146	129	26	38
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7,0	3,3	10,8	7,1	2,6	1,2	5,2	1,4	7,1	2,6	5,0	4,1	7,4	2,5	5,4	4,4	5,3	2,7	4,5	3,2				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10,3	12,3	26,2	17,3	2,8	3,9	13,0	4,5	7,7	11,1	13,2	9,8	8,2	11,3	10,4	10,0	5,8	9,4	13,3	7,1				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	2,2	0,8			1,0	0,7			2,2	0,9			2,8	1,2			2,1	1,4						
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,6	4,8			1,9	3,3			2,2	2,9		0,0	5,6	8,0			3,5	3,5						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,6	0,2	11,2	0,7	0,3	0,2	3,7	0,2	1,3	0,2	10,5	0,9	1,0	1,2	3,4	1,9	0,9	0,2	2,8	0,5				
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,2	2,0	1,0	0,2	0,2	0,8	0,4	0,6	0,1	3,3	0,7	0,7	0,7	1,7	2,0	0,3	0,1	0,8	0,6				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,0																						
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,0																						
Gesamt	**25,3**	**21,6**	**50,2**	**26,1**	**8,8**	**9,4**	**22,8**	**6,5**	**21,1**	**18,0**	**32,0**	**15,5**	**25,6**	**24,8**	**20,9**	**18,2**	**17,9**	**17,4**	**21,4**	**11,4**				

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 EP

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	778	780	778	780	778	780	743	753	719	727	693	712
N mit Fall	547	538	570	542	584	523	473	455	416	405	369	381
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,4	1,7	0,6	0,5	2,3	1,8	2,3	2,1	2,3	2,7	5,0	4,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,6	4,1	1,3	1,3	5,0	4,2	4,6	4,1	4,3	4,3	4,6	4,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,4	0,2	0,2	1,1	0,5	1,0	0,4	0,5	0,2	0,2	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,1	0,1	0,8	0,4	0,6	0,3	0,4	0,2	0,2	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,7	0,2	0,3	1,9	0,9	1,6	0,7	0,9	0,4	0,3	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	4,0	5,8	1,9	1,8	7,3	5,9	6,9	6,3	6,6	7,0	9,6	8,9
Gesamt	**4,4**	**6,5**	**2,1**	**2,1**	**9,1**	**6,8**	**8,5**	**7,0**	**7,6**	**7,4**	**9,9**	**9,0**

Tabelle 125: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	778	780	778	780	778	780	743	753	719	727	693	712
N mit Fall	547	538	570	542	584	523	473	455	416	405	369	381
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,0	2,5	0,8	0,7	3,1	2,7	3,6	3,5	4,0	4,8	9,4	8,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,7	6,0	1,8	1,9	6,6	6,2	7,2	6,8	7,4	7,7	8,6	8,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,6	0,2	0,2	1,4	0,7	1,6	0,6	0,9	0,4	0,3	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,4	0,1	0,2	1,0	0,6	0,9	0,6	0,7	0,4	0,3	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	1,0	0,3	0,4	2,5	1,3	2,5	1,2	1,6	0,8	0,6	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,7	8,5	2,6	2,7	9,7	8,9	10,9	10,4	11,5	12,5	18,0	16,7
Gesamt	**6,2**	**9,5**	**2,9**	**3,1**	**12,2**	**10,2**	**13,4**	**11,6**	**13,1**	**13,3**	**18,6**	**16,9**

Beschreibung Ergebnisse (U1) KJP

U1: Die Ergebnisse der Auswertungen der Leistungserbringung in Form von Therapieeinheiten sowie PIA-Kontakten befinden sich in Tabelle 126 bis Tabelle 129 sowie Tabelle 130 bis Tabelle 133.

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

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

Klinikneue Patienten

Tabelle 126: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20
N mit Fall	0	0	0	0	4	7	0	0	8	6	4	3	4	5	0	1	1	4	1	2	4	3	0	0
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe					2,7	2,8			13,4	9,6	20,4	17,4	2,2	6,6		0,6		3,2		0,1				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege					0,2	0,3			4,8	4,0	9,4	8,7	0,2	4,0		0,1		2,0		0,0				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe					0,8	3,7			18,2				9,4	0,8			0,2							
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege					0,1	0,7			4,3				3,6	0,8			0,0							
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
Gesamt					**3,8**	**7,4**			**40,7**	**13,6**	**29,8**	**26,1**	**15,5**	**12,2**		**0,6**	**0,3**	**5,2**		**0,2**				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 127: 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 KJP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20
N mit Fall	0	0	0	0	4	7	0	0	8	6	4	3	4	5	0	1	1	4	1	2	4	3	0	0
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe					14,3	7,9			35,0	32,0	107,0	116,2	11,8	26,5		11,0		16,2		1,5				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege					1,3	1,0			12,6	13,2	49,3	57,8	1,3	16,0		2,0		9,8		0,5				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe					4,0	10,5			47,9				49,4	3,2			5,1							
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege					0,5	1,9			11,3				19,0	3,2			1,0							
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
Gesamt					**20,1**	**21,2**			**106,8**	**45,2**	**156,4**	**174,0**	**81,5**	**49,0**		**13,0**	**6,1**	**26,0**		**2,0**				

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 KJP

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20
N mit Fall	0	0	17	13	14	9	6	5	4	5	1	1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			0,1		1,3	0,2	0,6	0,2	1,0	0,2	0,4	
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			2,2	0,4	2,6	1,3	1,9	0,3	1,4	0,3	0,6	0,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,2		0,2	0,3					
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,1	0,3	0,4	0,7	0,1				
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung				0,3	0,3	0,6	1,0	0,1				
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung			2,3	0,4	3,9	1,5	2,4	0,6	2,4	0,6	1,0	0,0
Gesamt			**2,3**	**0,7**	**4,2**	**2,1**	**3,4**	**0,7**	**2,4**	**0,6**	**1,0**	**0,0**

Tabelle 129: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20	21	20
N mit Fall	0	0	17	13	14	9	6	5	4	5	1	1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			0,2		1,9	0,4	2,0	0,8	5,5	0,8	9,0	
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			2,7	0,6	3,9	2,9	6,5	1,4	7,2	1,4	12,0	1,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,3		0,4	1,0					
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,2	0,4	0,9	2,5	0,6				
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung				0,5	0,4	1,3	3,5	0,6				
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung			2,9	0,6	5,9	3,3	8,5	2,2	12,8	2,2	21,0	1,0
Gesamt			**2,9**	**1,1**	**6,3**	**4,7**	**12,0**	**2,8**	**12,8**	**2,2**	**21,0**	**1,0**

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 130: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27
N mit Fall	12	6	1	0	2	2	2	2	5	2	3	3	4	1	1	1	2	3	1	1	2	3	0	3
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	20,9	7,6	0,6		1,8		1,0	4,2	4,5	1,7	8,3	5,9	3,2	1,0	0,0	2,0	0,6	1,6	3,7	3,2				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	22,3	19,6	1,2		1,2		1,2	3,8	6,3	0,1	5,5	2,4	6,9	0,6	0,4	3,1	0,3	1,4	1,2	1,0				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	2,5					0,1			0,3				3,3	2,9			2,6	0,2						
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,1								0,0				2,5	1,9			0,7	0,8						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
Gesamt	**46,8**	**27,2**	**1,8**		**2,9**	**0,1**	**2,2**	**8,1**	**11,1**	**1,8**	**13,8**	**8,3**	**15,9**	**6,4**	**0,4**	**5,1**	**4,2**	**4,0**	**4,9**	**4,1**				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 131: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27
N mit Fall	12	6	1	0	2	2	2	2	5	2	3	3	4	1	1	1	2	3	1	1	2	3	0	3
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	50,6	34,4	18,0		25,7		14,5	57,2	26,3	22,6	80,4	53,1	23,4	26,1	1,0	53,7	8,6	14,1	108,2	85,5				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	53,8	88,0	35,0		17,1		17,1	51,5	36,4	1,5	52,8	21,7	49,7	17,0	12,0	84,0	4,6	12,8	34,0	26,2				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	5,9					2,0			1,6				24,0	79,4			37,1	1,8						
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,7								0,2				18,1	50,2			10,7	7,5						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
Gesamt	**113,0**	**122,4**	**53,0**		**42,8**	**2,0**	**31,6**	**108,7**	**64,6**	**24,1**	**133,2**	**74,8**	**115,3**	**172,8**	**13,0**	**137,7**	**60,9**	**36,1**	**142,2**	**111,8**				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 132: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27
N mit Fall	26	22	25	23	24	20	15	10	10	6	7	3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,5	0,3	0,4	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,8	1,0	1,1	0,4	4,3	1,0	2,8	0,3	2,2	0,2	1,4	0,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,6		0,1		0,2	0,0	0,2	0,4	0,1		
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,3		0,3		0,3		0,3	0,1	0,2		
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,9		0,4		0,5	0,0	0,5	0,5	0,4		
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,2	1,3	1,6	0,4	4,5	1,1	3,0	0,4	2,3	0,3	1,5	0,1
Gesamt	**2,2**	**2,2**	**1,6**	**0,9**	**4,5**	**1,6**	**3,0**	**0,9**	**2,9**	**0,7**	**1,5**	**0,1**

Tabelle 133: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27	29	27
N mit Fall	26	22	25	23	24	20	15	10	10	6	7	3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,5	0,4	0,5	0,0	0,2	0,1	0,4	0,2	0,3	0,3	0,6	
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,0	1,2	1,3	0,5	5,2	1,4	5,4	0,8	6,5	1,0	5,7	1,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,7		0,1		0,3	0,1	0,6	1,3	0,7		
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,4		0,3		0,4		0,7	0,2	1,0		
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		1,0		0,5		0,7	0,1	1,3	1,5	1,7		
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,5	1,6	1,8	0,5	5,4	1,5	5,8	1,0	6,8	1,3	6,3	1,3
Gesamt	**2,5**	**2,7**	**1,8**	**1,0**	**5,4**	**2,2**	**5,9**	**2,3**	**8,3**	**3,0**	**6,3**	**1,3**

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den klinikneuen 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 1.111 € niedrigere Kosten als die KG mit 1.330 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 11.966 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.731 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3.455 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.020 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.142 €.

Bei den klinikbekannten 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 7.375 € höhere Kosten als die KG mit 5.722 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 8.414 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.679 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 917 € nicht signifikant ($p=0,267$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 6.759 €. In der KG sanken die Kosten auf 4.353 €.

U2: Bei den klinikneuen 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 770 € geringere Kosten als die KG mit 1.030 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 11.285 €. In der KG stiegen die Kosten auf 9.633 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 818 € geringere Kosten als die KG mit 1.057 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 11.419 €. In der KG stiegen die Kosten auf 9.471 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.188 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3.320 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.636 €.

U4: Bei den klinikneuen 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 895 € geringere Kosten als die KG mit 1.238 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 11.707 €. In der KG stiegen die Kosten auf 10.522 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.505 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.379 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Abbildung 78) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7.181 € mehr Kosten als die KG mit 5.451 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 8.787 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7.768 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5.698 €. In der KG sanken die Kosten auf 4.466 €.

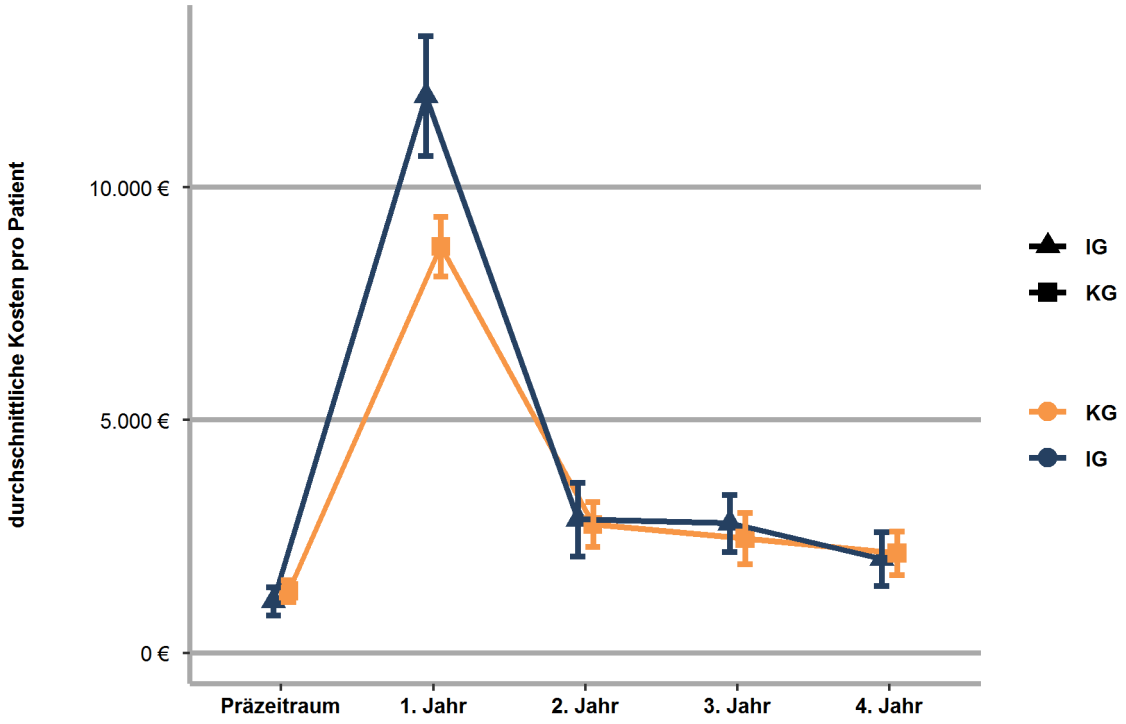
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	507	571	481	449	428	494	561	483	453	434
Mittelwert	**1.111 €**	**11.966 €**	**2.870 €**	**2.783 €**	**2.020 €**	**1.330 €**	**8.731 €**	**2.755 €**	**2.457 €**	**2.142 €**
Standardabweichung	4.319 €	18.615 €	11.224 €	8.529 €	7.921 €	3.374 €	9.227 €	6.806 €	7.661 €	6.447 €
Minimum	0,00 €	86,46 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	55,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	35,95 €	1.715,79 €	56,95 €	39,24 €	24,51 €	40,34 €	1.876,71 €	64,56 €	33,09 €	26,45 €
Median	142,35 €	5.044,44 €	480,96 €	325,56 €	245,43 €	216,42 €	6.299,80 €	493,64 €	288,71 €	218,18 €
75%-Perzentil	767 €	14.719 €	1.603 €	1.348 €	968 €	843 €	12.018 €	1.678 €	1.178 €	965 €
Maximum	64.043 €	191.760 €	192.754 €	105.473 €	126.648 €	33.635 €	71.162 €	83.166 €	87.579 €	67.628 €

Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	766	778	709	676	645	766	780	722	692	675
Mittelwert	7.374,53 €	8.413,87 €	6.854,51 €	5.811,83 €	6.759,21 €	5.722,19 €	7.678,94 €	4.845,90 €	4.549,93 €	4.352,64 €
Standardabweichung	13.454 €	16.874 €	17.481 €	15.227 €	19.338 €	8.795 €	15.838 €	9.365 €	9.541 €	9.962 €
Minimum	0,00 €	78,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	101,19 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	984,07 €	1.087,38 €	581,10 €	348,67 €	306,04 €	1.019,92 €	1.310,63 €	617,32 €	474,30 €	392,55 €
Median	1.982,14 €	2.707,95 €	1.445,21 €	1.015,35 €	992,74 €	1.867,28 €	2.392,94 €	1.525,16 €	1.318,69 €	1.316,92 €
75%-Perzentil	7.368,32 €	8.802,33 €	4.430,20 €	2.784,96 €	3.034,42 €	6.594,34 €	8.014,21 €	4.518,81 €	3.096,85 €	2.755,97 €
Maximum	120.047 €	229.890 €	189.724 €	168.246 €	198.261 €	63.685 €	322.683 €	84.217 €	79.538 €	100.735 €

Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

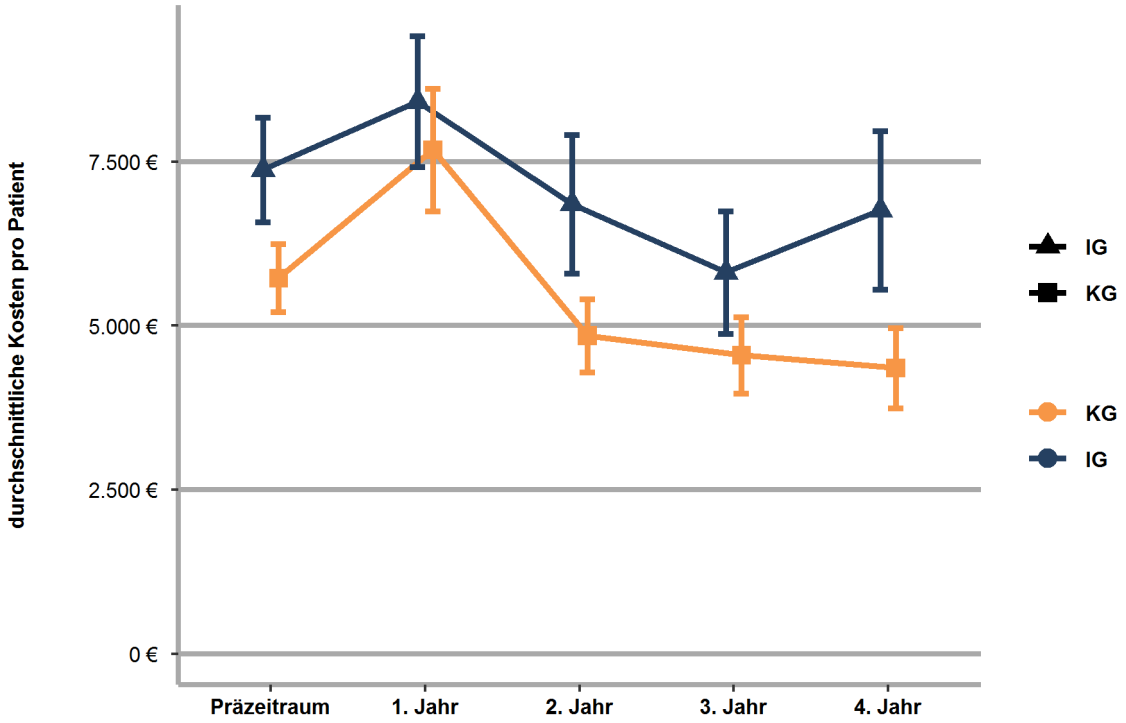


Tabelle 136: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.329,96 €	<0,001	1.329,96 €	<0,001	-962,37 €	0,074
IG (vs. KG)	-219,28 €	0,341	-219,28 €	0,341	36,09 €	0,877
Post (vs. Prä)	2.780,95 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	1.154,90 €	0,008				
1. Jahr (vs. Prä)			7.400,65 €	<0,001	8.959,05 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.425,38 €	<0,001	2.970,83 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			1.126,79 €	0,001	2.642,87 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			812,19 €	0,008	2.330,25 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			3.454,84 €	<0,001	3.138,79 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			333,69 €	0,568	10,87 €	0,985
IG x Jahr 3 (DiD)			545,18 €	0,303	247,53 €	0,639
IG x Jahr 4 (DiD)			96,75 €	0,843	-208,62 €	0,666
Alter (30-47 J. vs. U30)					-307,40 €	0,548
Alter (48-64 J. vs. U30)					-292,60 €	0,611
Alter (Ü64 vs. U30)					281,36 €	0,683
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					543,05 €	0,111
F 00 (Demenz)					-1.261,39 €	0,076
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.353,85 €	0,121
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					2.264,12 €	0,166
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.924,73 €	0,016
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-186,49 €	0,849
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-634,52 €	0,106
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6.557,94 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.137,58 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-465,94 €	0,185
F 45 (Somatoforme Störungen)					-490,42 €	0,234
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-93,28 €	0,873
F 50 (Essstörungen)					-1.062,72 €	0,048
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-641,47 €	0,365
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-281,75 €	0,852
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-2.795,55 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3.454,95 €	0,347
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.806,90 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.448,77 €	0,145
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.009,24 €	0,495
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					798,45 €	<0,001
R^2		0,020		0,119		0,173

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.722,19 €	<0,001	5.722,19 €	<0,001	-1.564,07 €	0,184
IG (vs. KG)	1.652,34 €	0,004	1.652,34 €	0,004	1.564,18 €	<0,001
Post (vs. Prä)	-323,33 €	0,341				
IG x Post (DiD)	-61,18 €	0,921				
1. Jahr (vs. Prä)			1.956,75 €	<0,001	8.467,20 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-876,29 €	0,026	5.588,00 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-1.172,26 €	0,003	5.247,05 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-1.369,55 €	0,002	5.031,08 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-917,42 €	0,267	-738,43 €	0,372
IG x Jahr 2 (DiD)			356,27 €	0,659	525,94 €	0,502
IG x Jahr 3 (DiD)			-390,44 €	0,617	-204,26 €	0,786
IG x Jahr 4 (DiD)			754,23 €	0,405	905,66 €	0,308
Alter (30-47 J. vs. U30)					-842,72 €	0,353
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.009,45 €	0,286
Alter (Ü64 vs. U30)					-812,36 €	0,435
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					735,62 €	0,131
F 00 (Demenz)					-2.399,34 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.836,00 €	0,100
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-748,44 €	0,244
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					833,94 €	0,675
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					9.134,62 €	0,326
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					159,93 €	0,762
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.600,24 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					760,50 €	0,087
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1.565,44 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-172,33 €	0,806
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1.492,44 €	0,015
F 50 (Essstörungen)					3.865,40 €	0,180
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					436,06 €	0,553
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.178,65 €	0,504
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-4.741,62 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-105,49 €	0,920
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.507,14 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.380,47 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.664,48 €	0,010
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					343,92 €	0,621
R^2		0,003		0,009		0,083

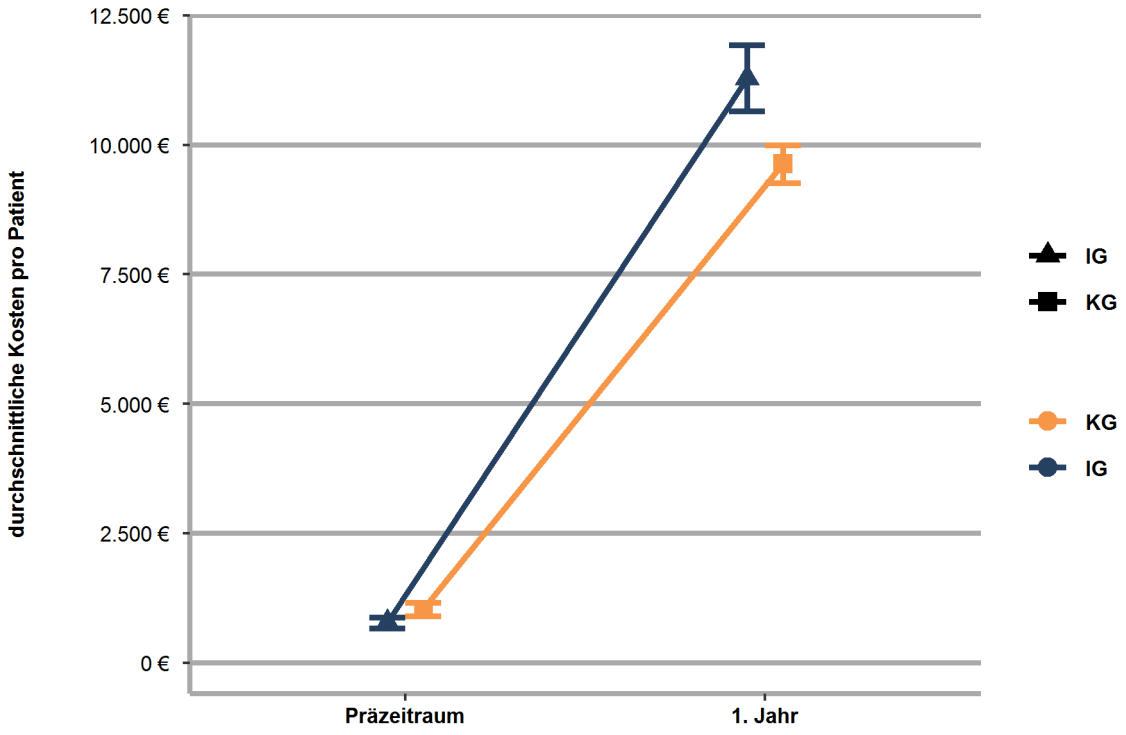
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 138: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	2.100	2.459	2.144	2.459
Mittelwert	770 €	11.285 €	1.030 €	9.633 €
Standardabweichung	3.197 €	19.229 €	3.973 €	11.068 €
Minimum	0,00 €	78,27 €	0,00 €	55,00 €
25%-Perzentil	27,79 €	1.042,55 €	36,02 €	1.889,04 €
Median	119,91 €	4.223,70 €	153,72 €	6.749,94 €
75%-Perzentil	521 €	13.267 €	574 €	13.047 €
Maximum	90.208 €	226.260 €	87.890 €	102.717 €

Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	1.546	1.800	1.488	1.570	1.793	1.501
Mittelwert	818 €	11.419 €	3.320 €	1.057 €	9.471 €	2.636 €
Standardabweichung	2.900 €	19.075 €	12.475 €	3.560 €	10.703 €	7.997 €
Minimum	0,00 €	78,27 €	0,00 €	0,00 €	55,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,78 €	1.165,85 €	43,92 €	37,01 €	1.873,02 €	46,10 €
Median	124,80 €	4.419,99 €	372,34 €	161,64 €	6.460,02 €	339,62 €
75%-Perzentil	584 €	13.356 €	1.274 €	640 €	12.816 €	1.243 €
Maximum	64.043 €	226.260 €	225.708 €	74.623 €	99.548 €	141.446 €

Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

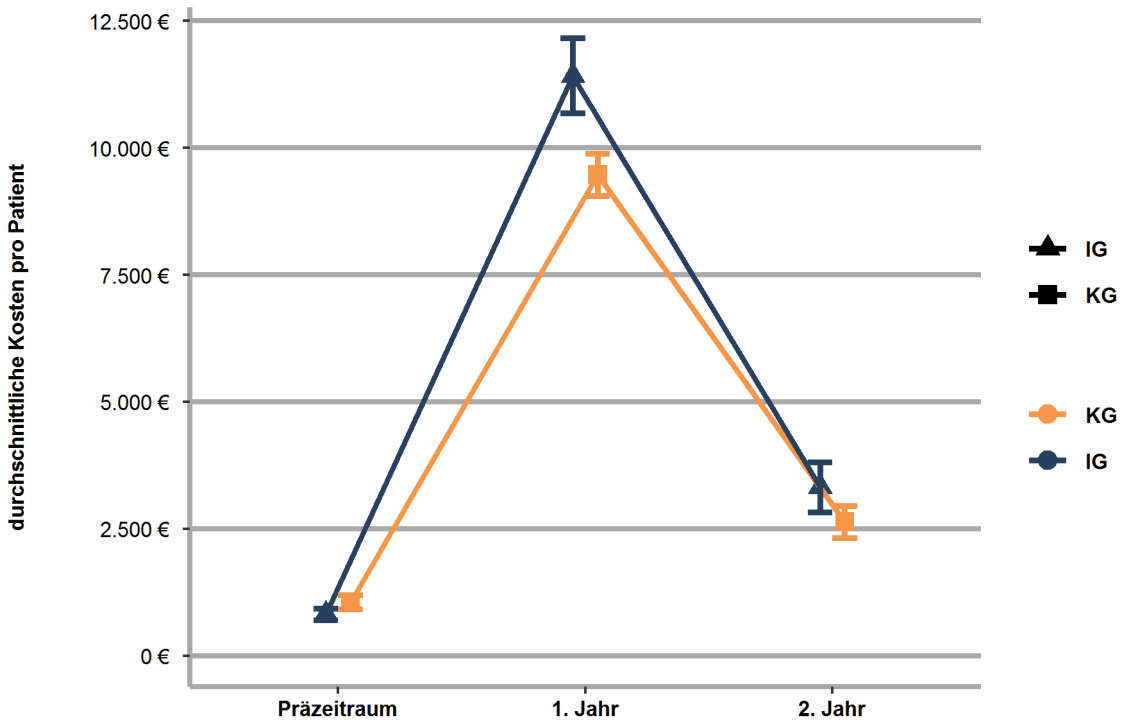


Tabelle 140: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.057,30 €	<0,001	1.057,30 €	<0,001	-2.092,79 €	<0,001
IG (vs. KG)	-239,72 €	0,027	-239,72 €	0,027	-46,51 €	0,676
Post (vs. Prä)	5.065,15 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	1.574,34 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			8.413,72 €	<0,001	9.298,87 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.578,52 €	<0,001	2.454,99 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2.188,19 €	<0,001	1.992,99 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			923,88 €	0,011	739,92 €	0,041
Alter (30-47 J. vs. U30)					-154,89 €	0,633
Alter (48-64 J. vs. U30)					556,20 €	0,149
Alter (Ü64 vs. U30)					1.254,14 €	0,004
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					312,76 €	0,203
F 00 (Demenz)					-550,98 €	0,384
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-981,86 €	0,125
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-1.293,93 €	0,524
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.758,80 €	0,002
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					993,69 €	0,399
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-53,60 €	0,870
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					7.329,99 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.158,79 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					732,70 €	0,020
F 45 (Somatoforme Störungen)					-517,15 €	0,075
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-496,61 €	0,147
F 50 (Essstörungen)					339,35 €	0,684
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.313,50 €	0,003
F 70-79 (Intelligenzstörung)					958,72 €	0,399
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-2.649,04 €	0,134
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.562,84 €	0,420
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.641,11 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.452,84 €	0,022
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.115,61 €	0,014
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					326,06 €	0,028
R^2		0,058		0,126		0,175

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

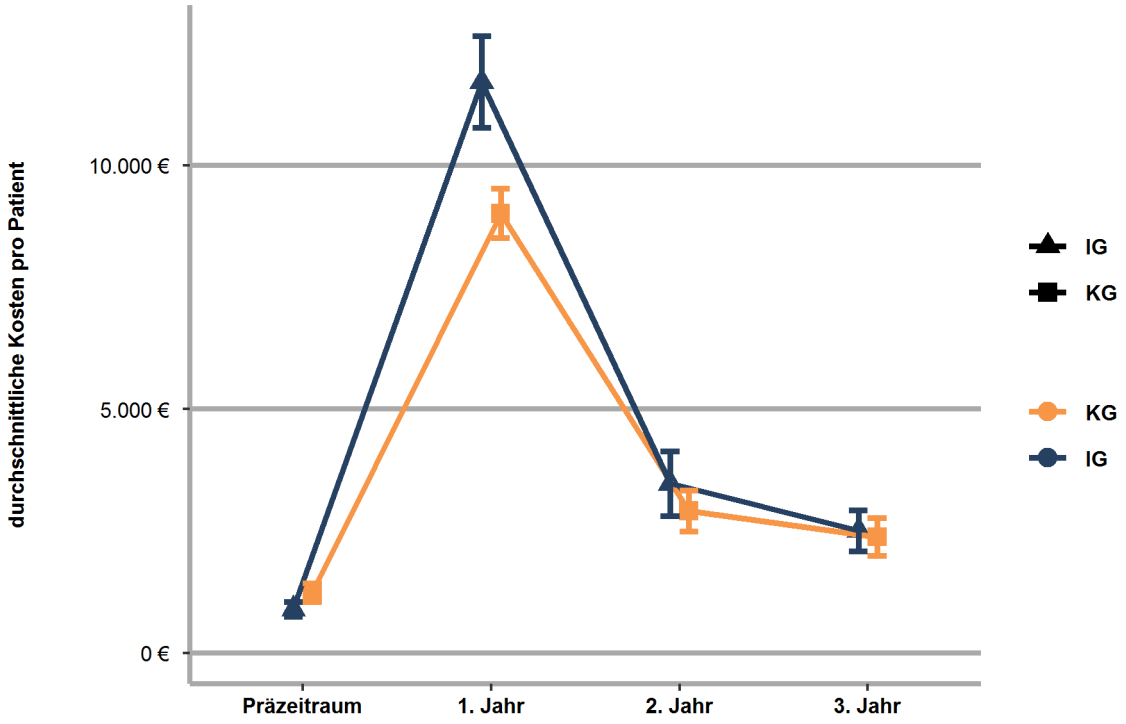
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 141: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	1.023	1.176	992	914	1.029	1.168	982	925
Mittelwert	895 €	11.707 €	3.472 €	2.505 €	1.238 €	9.012 €	2.914 €	2.379 €
Standardabweichung	3.225 €	19.586 €	13.511 €	8.447 €	4.010 €	10.522 €	8.613 €	7.775 €
Minimum	0,00 €	78,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	55,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	30,43 €	1.486,07 €	49,79 €	32,21 €	37,48 €	1.785,12 €	49,58 €	30,59 €
Median	136,24 €	4.698,64 €	409,16 €	287,81 €	174,30 €	5.977,36 €	392,75 €	252,34 €
75%-Perzentil	686 €	13.899 €	1.360 €	1.053 €	713 €	12.202 €	1.473 €	1.062 €
Maximum	64.043 €	226.260 €	225.708 €	111.612 €	74.623 €	99.548 €	141.446 €	93.196 €

Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

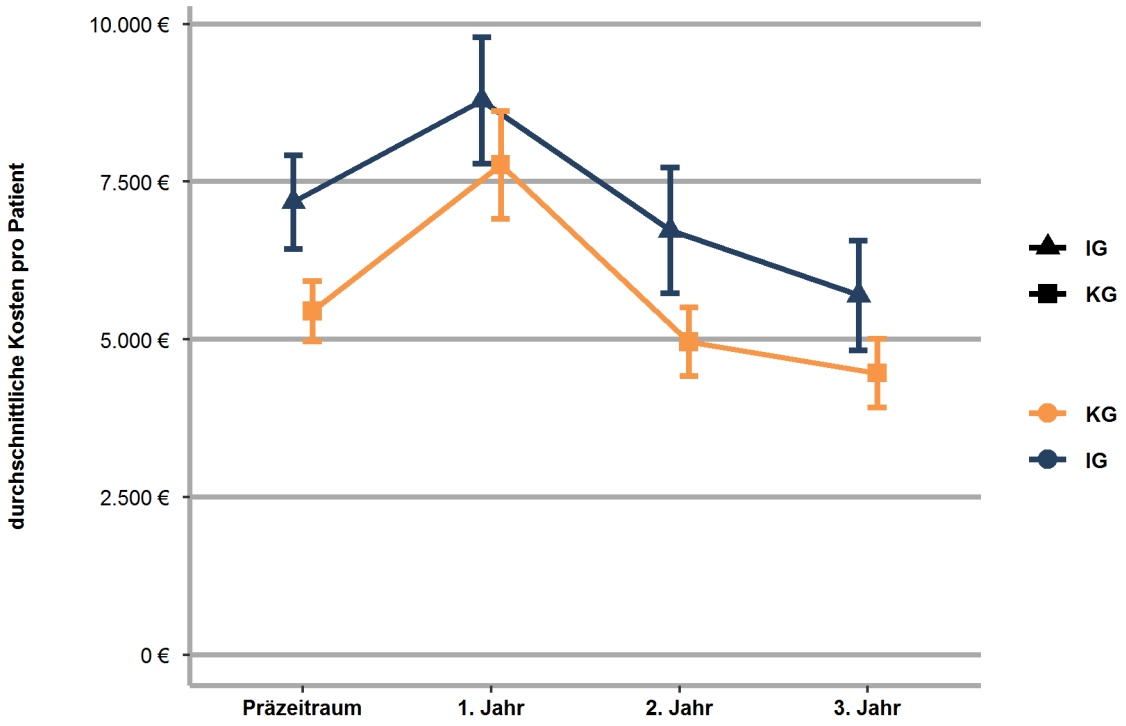


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	845	858	779	741	848	867	797	763
Mittelwert	7.180,93 €	8.787,31 €	6.726,88 €	5.698,38 €	5.451,45 €	7.767,70 €	4.960,92 €	4.465,97 €
Standardabweichung	13.243 €	17.821 €	17.356 €	14.938 €	8.520 €	15.347 €	9.543 €	9.357 €
Minimum	0,00 €	78,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	101,19 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	894,16 €	1.112,24 €	524,70 €	322,40 €	920,34 €	1.314,65 €	572,61 €	447,75 €
Median	1.888,80 €	2.790,52 €	1.400,23 €	1.016,54 €	1.795,22 €	2.545,65 €	1.522,72 €	1.302,35 €
75%-Perzentil	7.154,40 €	8.892,42 €	4.168,49 €	2.823,92 €	6.172,33 €	8.251,47 €	4.698,00 €	3.173,11 €
Maximum	120.047 €	229.890 €	189.724 €	168.246 €	63.685 €	322.683 €	84.217 €	79.538 €

Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (Tabelle 143, Tabelle 145 und Abbildung 79) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.032 € höhere Kosten als die KG mit 781 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 31.027 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.913 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 22.862 € signifikant (p=0,019) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3.212 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 734 €.

Bei den klinikbekannten 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 15.581 € mehr Kosten als die KG mit 4.338 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 11.580 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.100 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.763 (p=0,582) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 7.233 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.873 €.

U2: Bei den klinikneuen 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 823 € niedrigere Kosten als die KG mit 1.014 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 25.882 €. In der KG stiegen die Kosten auf 10.004 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 148, Tabelle 149 und Abbildung 82) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.030 € weniger Kosten als die KG mit 1.353 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 29.991 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7.773 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 22.441 € signifikant (p<0,001) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.744,50 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.106,90 €.

U4: Bei den klinikneuen 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 670 € weniger Kosten als die KG mit 905 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 39.457 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.852 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 603 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.377 €.

Bei den klinikbekannten 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 12.714 € mehr Kosten als die KG mit 3.533 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 15.332 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.550 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 4.060 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.814 €.

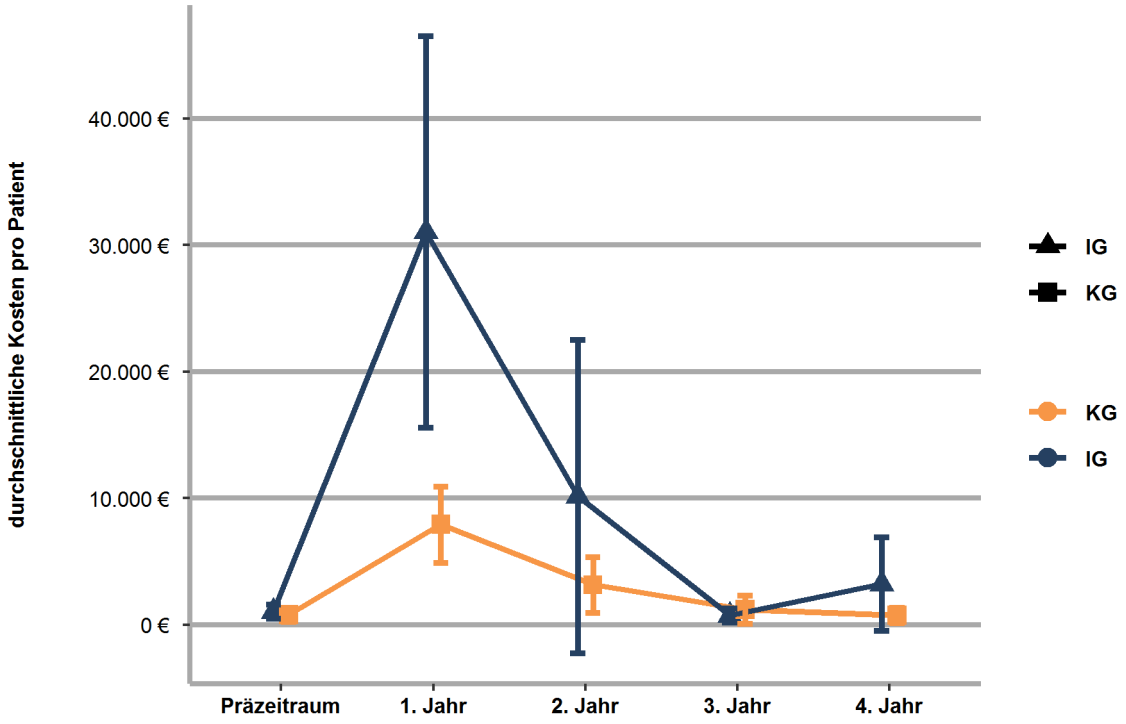
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	19	21	17	16	13	14	20	14	13	13
Mittelwert	1.032 €	31.027 €	10.143 €	736 €	3.212 €	781 €	7.913 €	3.148 €	1.190 €	734 €
Standardabweichung	1.543 €	43.071 €	34.467 €	1.582 €	10.310 €	1.519 €	8.159 €	6.027 €	3.009 €	1.678 €
Minimum	0,00 €	86,66 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	67,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	47,59 €	1.257,96 €	40,91 €	10,44 €	0,00 €	0,00 €	929,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	161 €	10.936 €	412 €	122 €	96 €	85 €	4.224 €	123 €	16 €	50 €
75%-Perzentil	2.031 €	37.924 €	1.817 €	459 €	345 €	458 €	15.059 €	1.178 €	576 €	539 €
Maximum	5.456 €	126.960 €	154.623 €	6.800 €	46.008 €	5.742 €	22.712 €	19.080 €	12.461 €	7.087 €

Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 144: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	29	29	23	17	19	27	27	22	22	23
Mittelwert	15.581 €	11.580 €	10.953 €	4.847 €	7.233 €	4.338 €	3.100 €	5.966 €	2.326 €	2.873 €
Standardabweichung	21.515 €	29.722 €	39.715 €	13.159 €	26.657 €	8.114 €	3.953 €	24.827 €	6.105 €	6.188 €
Minimum	267,88 €	173,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	10,70 €	85,46 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	668,30 €	1.377,33 €	64,02 €	0,00 €	0,00 €	369,65 €	577,74 €	15,50 €	25,84 €	48,22 €
Median	2.626,46 €	3.094,15 €	825,34 €	123,16 €	82,54 €	1.162,98 €	1.169,92 €	756,94 €	178,56 €	320,55 €
75%-Perzentil	30.524 €	6.988 €	2.880 €	1.187 €	668 €	3.022 €	3.636 €	1.209 €	687 €	808 €
Maximum	89.290 €	156.472 €	207.623 €	54.674 €	126.367 €	32.901 €	13.075 €	129.270 €	24.046 €	23.751 €

Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

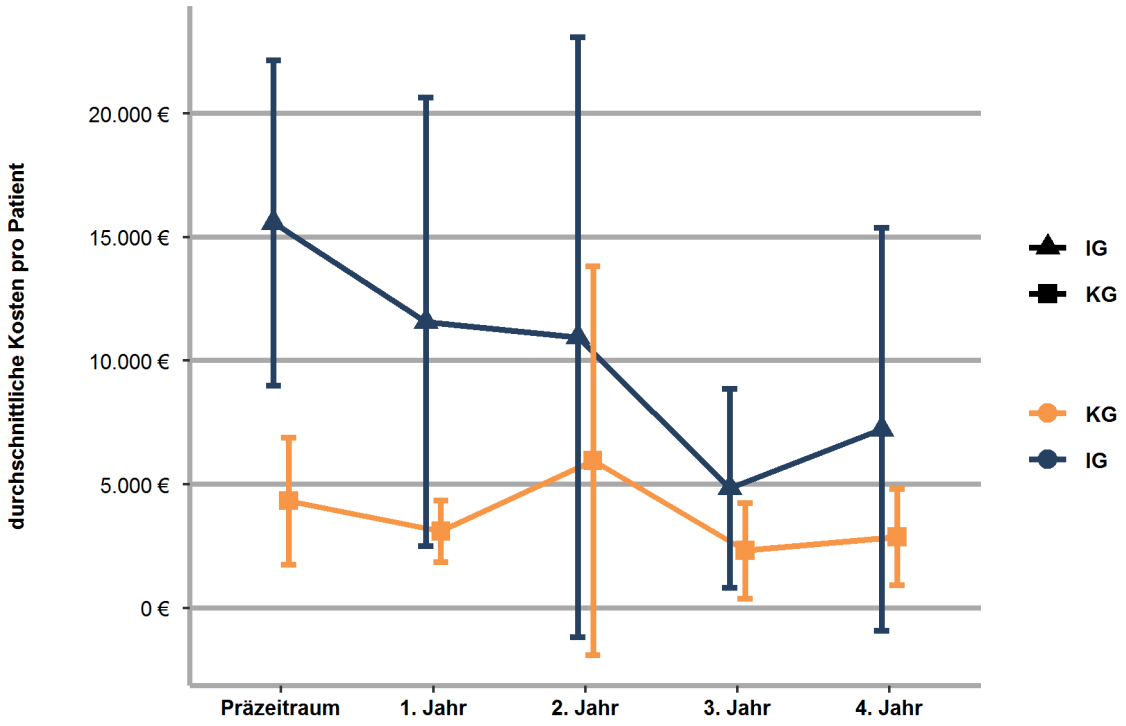


Tabelle 145: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	780,85 €	0,022	780,85 €	0,024	-5.755,66 €	0,023
IG (vs. KG)	251,60 €	0,598	251,60 €	0,603	2.609,75 €	0,126
Post (vs. Prä)	2.465,39 €	0,006				
IG x Post (DiD)	7.781,80 €	0,053				
1. Jahr (vs. Prä)			7.132,46 €	<0,001	5.970,94 €	0,002
2. Jahr (vs. Prä)			2.367,50 €	0,099	1.205,98 €	0,462
3. Jahr (vs. Prä)			408,84 €	0,610	-752,68 €	0,572
4. Jahr (vs. Prä)			-47,22 €	0,929	-1.208,73 €	0,283
IG x Jahr 1 (DiD)			22.861,89 €	0,019	22.380,67 €	0,021
IG x Jahr 2 (DiD)			6.743,50 €	0,382	6.262,28 €	0,414
IG x Jahr 3 (DiD)			-705,28 €	0,443	-1.186,51 €	0,281
IG x Jahr 4 (DiD)			2.227,09 €	0,355	1.745,86 €	0,466
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					3.562,41 €	0,317
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.542,14 €	0,019
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2.571,66 €	0,487
F 45 (Somatoforme Störungen)					-668,30 €	0,858
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-4.287,51 €	0,254
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					6.545,58 €	0,017
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-272,78 €	0,898
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.786,95 €	0,281
R^2		0,049		0,202		0,225

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 146: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	4.337,50 €	0,006	4.337,50 €	0,006	-2.239,27 €	0,735
IG (vs. KG)	11.243,36 €	0,009	11.243,36 €	0,010	7.066,15 €	0,010
Post (vs. Prä)	-771,44 €	0,742				
IG x Post (DiD)	-6.156,04 €	0,141				
1. Jahr (vs. Prä)			-1.237,64 €	0,498	7.934,07 €	0,219
2. Jahr (vs. Prä)			1.628,56 €	0,749	10.800,27 €	0,247
3. Jahr (vs. Prä)			-2.011,83 €	0,330	7.159,89 €	0,287
4. Jahr (vs. Prä)			-1.464,84 €	0,488	7.706,87 €	0,229
IG x Jahr 1 (DiD)			-2.762,82 €	0,582	2.432,53 €	0,638
IG x Jahr 2 (DiD)			-6.256,18 €	0,402	-1.060,84 €	0,903
IG x Jahr 3 (DiD)			-8.722,48 €	0,048	-3.527,14 €	0,313
IG x Jahr 4 (DiD)			-6.882,66 €	0,307	-1.687,31 €	0,783
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					192,14 €	0,957
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.659,43 €	0,716
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-3.459,01 €	0,683
F 45 (Somatoforme Störungen)					-11.201,05 €	0,040
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-6.114,10 €	0,017
F 50 (Essstörungen)					-5.700,39 €	0,594
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-1.059,14 €	0,901
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-10.361,02 €	0,226
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					7.041,19 €	0,300
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-4.614,55 €	0,575
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					27.226,41 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-8.254,66 €	0,196
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.918,87 €	0,621
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.114,59 €	0,665
R^2		0,030		0,038		0,128

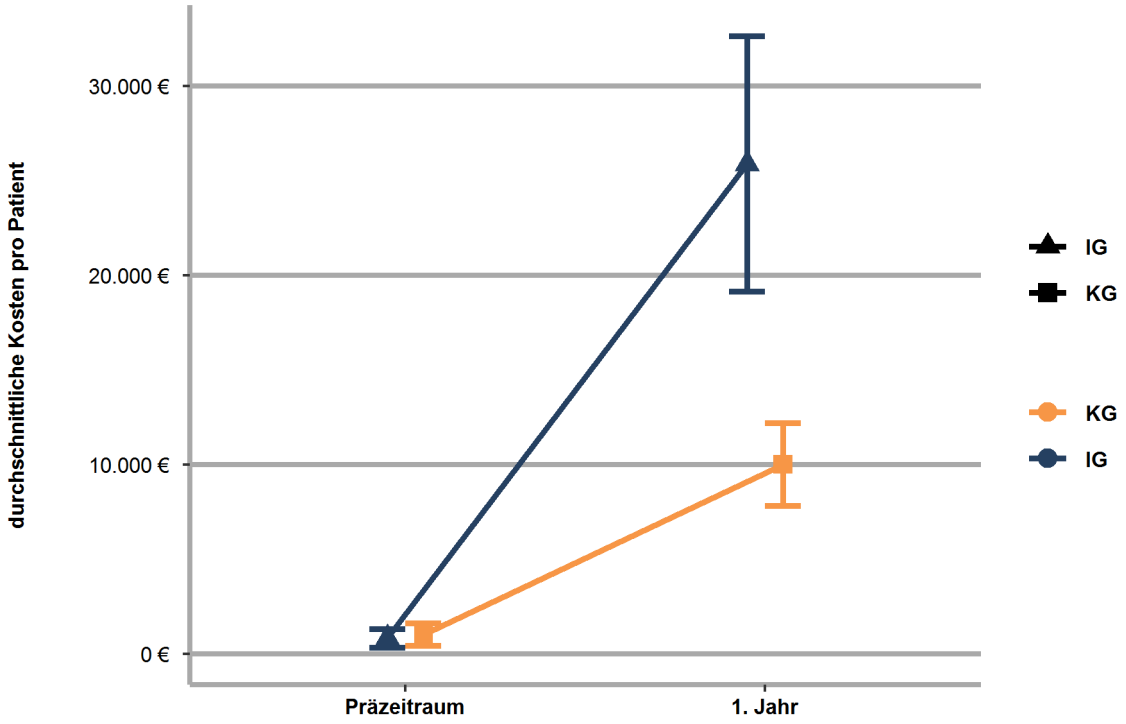
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 147: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	97	126	95	126
Mittelwert	823 €	25.882 €	1.014 €	10.004 €
Standardabweichung	3.305 €	46.024 €	4.118 €	14.987 €
Minimum	0,00 €	86,66 €	0,00 €	67,60 €
25%-Perzentil	8,53 €	890,44 €	4,79 €	905,29 €
Median	79,56 €	1.953,17 €	118,72 €	2.695,73 €
75%-Perzentil	362 €	36.821 €	678 €	14.648 €
Maximum	26.991 €	263.841 €	41.426 €	87.091 €

Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 148: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	65	81	72	65	83	66
Mittelwert	1.130 €	29.991 €	7.453 €	1.353 €	7.773 €	1.713 €
Standardabweichung	4.075 €	51.496 €	27.895 €	5.035 €	10.418 €	4.483 €
Minimum	0,00 €	86,66 €	0,00 €	0,00 €	67,60 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,48 €	885,62 €	93,32 €	8,70 €	873,24 €	28,28 €
Median	93,79 €	2.306,82 €	419,59 €	180,91 €	2.501,94 €	258,10 €
75%-Perzentil	587 €	43.021 €	1.762 €	706 €	12.766 €	803 €
Maximum	26.991 €	263.841 €	187.372 €	41.426 €	49.091 €	26.538 €

Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

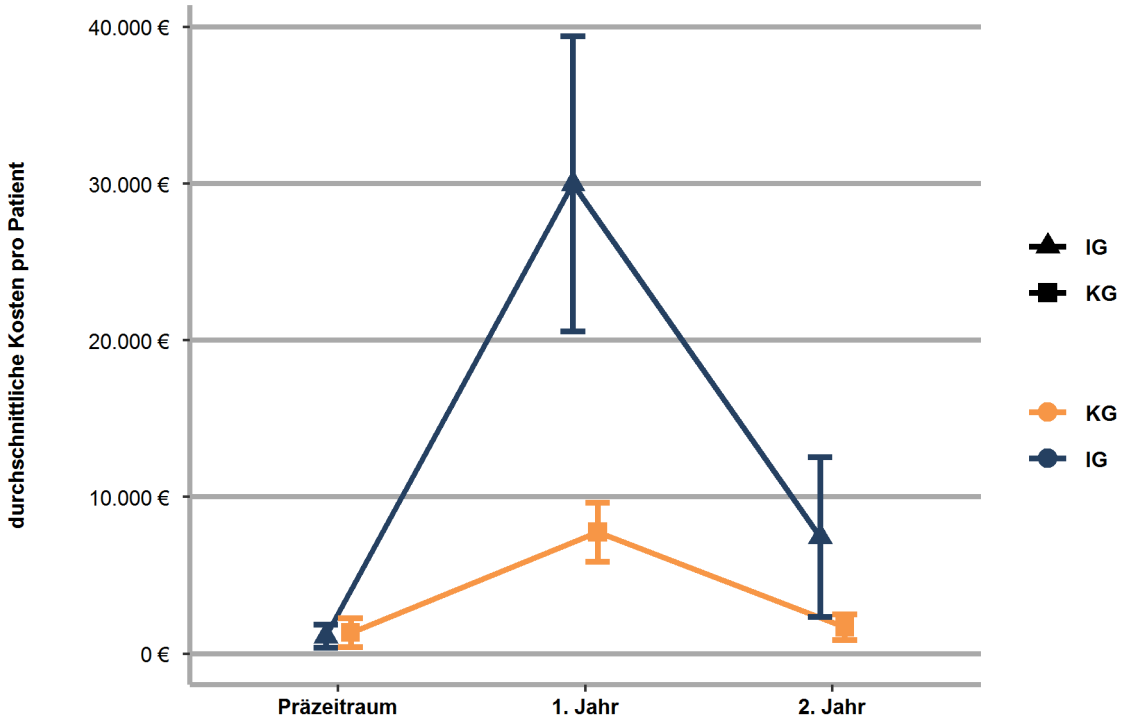


Tabelle 149: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP§

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.353,05 €	0,015	1.353,05 €	0,015	-4.669,84 €	0,260
IG (vs. KG)	-222,91 €	0,755	-222,91 €	0,756	-77,42 €	0,936
Post (vs. Prä)	3.390,02 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	14.202,00 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			6.419,70 €	<0,001	7.889,36 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			360,35 €	0,635	1.830,01 €	0,154
IG x Jahr 1 (DiD)			22.441,06 €	<0,001	22.318,64 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			5.962,95 €	0,065	5.840,53 €	0,081
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					4.203,27 €	0,105
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-6.427,87 €	0,007
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					8.857,46 €	0,422
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.693,24 €	0,550
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					9.986,21 €	0,229
F 45 (Somatoforme Störungen)					-2.094,70 €	0,697
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1.903,98 €	0,754
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					8.140,89 €	0,495
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-2.085,54 €	0,641
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					4.659,05 €	0,639
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					388,14 €	0,940
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13.196,43 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.417,00 €	0,020
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					733,19 €	0,652
R^2		0,082		0,148		0,189

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

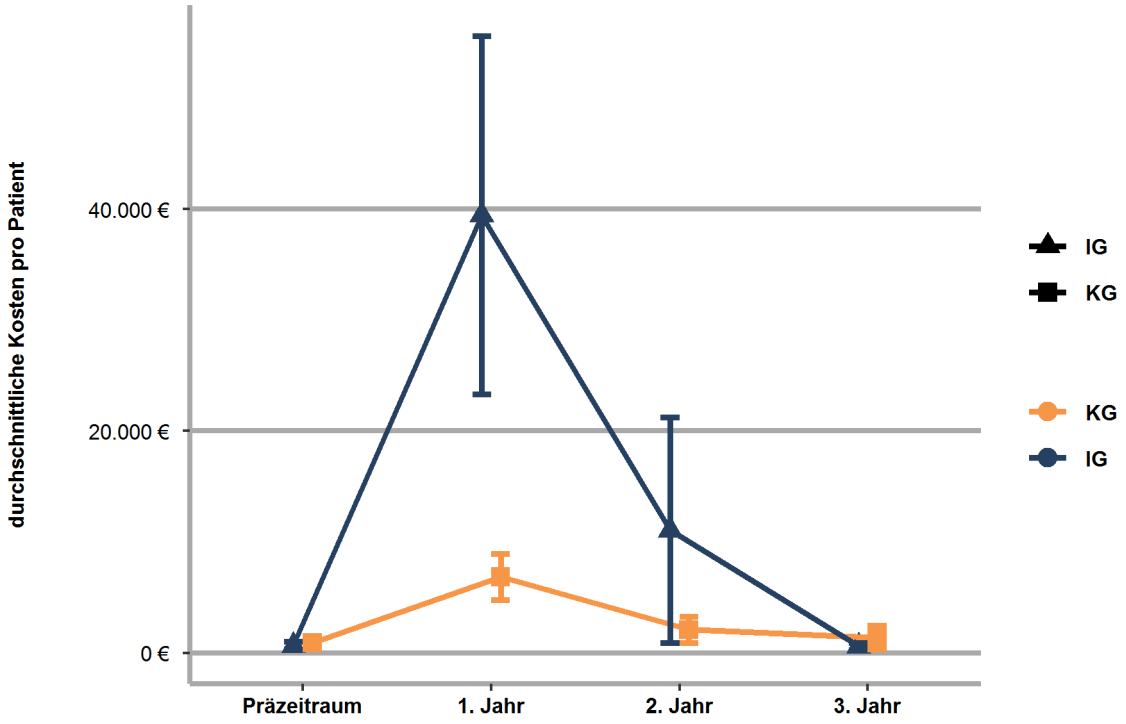
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 150: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	33	39	32	32	32	43	31	28
Mittelwert	670 €	39.457 €	11.059 €	603 €	905 €	6.852 €	2.087 €	1.377 €
Standardabweichung	1.231 €	61.268 €	38.579 €	1.212 €	1.519 €	8.207 €	4.728 €	4.222 €
Minimum	0,00 €	86,66 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	67,60 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,47 €	915,57 €	59,25 €	32,93 €	2,30 €	988,45 €	0,00 €	0,00 €
Median	63 €	10.309 €	412 €	197 €	110 €	2.552 €	190 €	24 €
75%-Perzentil	654 €	61.568 €	1.651 €	609 €	1.125 €	12.856 €	916 €	740 €
Maximum	5.456 €	263.841 €	187.372 €	6.800 €	5.742 €	27.357 €	19.080 €	24.615 €

Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

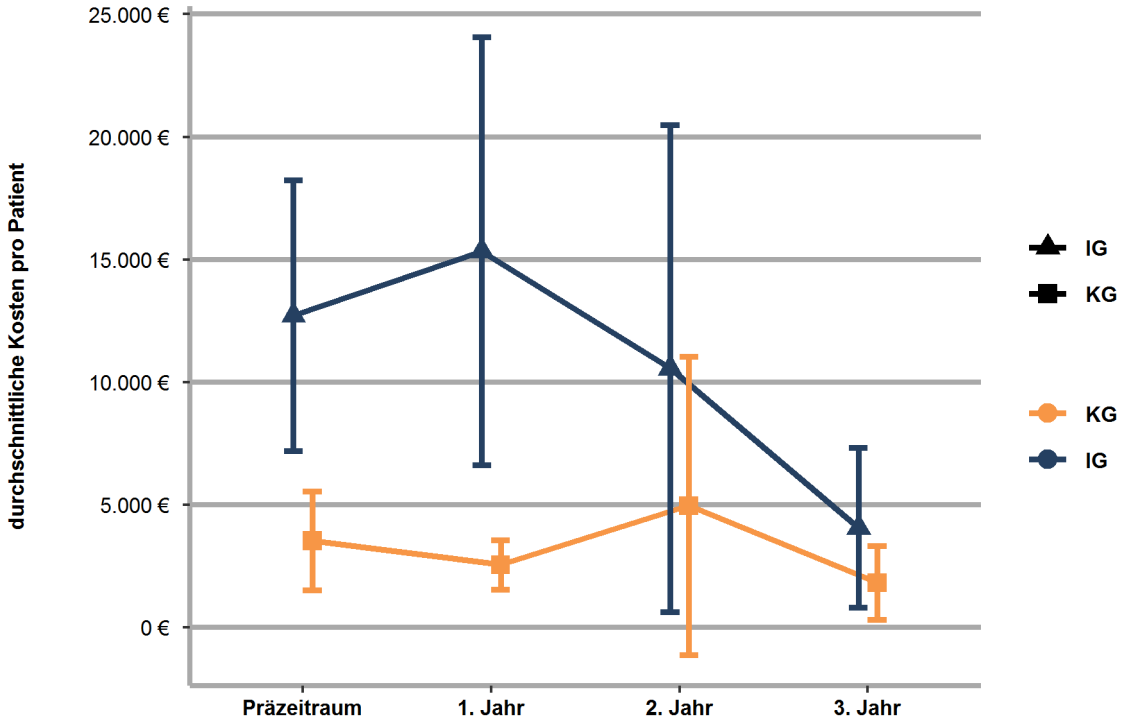


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 151: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	36	36	28	23	33	35	28	26
Mittelwert	12.714 €	15.332 €	10.564 €	4.060 €	3.533 €	2.550 €	4.958 €	1.814 €
Standardabweichung	20.134 €	31.829 €	36.216 €	11.884 €	7.272 €	3.609 €	21.860 €	5.424 €
Minimum	133,38 €	173,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	85,46 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	613,16 €	1.241,38 €	59,02 €	0,00 €	294,19 €	522,34 €	11,54 €	3,29 €
Median	1.255,99 €	3.048,27 €	817,83 €	666,49 €	759,30 €	1.018,71 €	488,51 €	67,53 €
75%-Perzentil	25.780 €	9.274 €	2.960 €	1.182 €	2.376 €	2.700 €	1.109 €	649 €
Maximum	89.290 €	156.472 €	207.623 €	54.674 €	32.901 €	13.075 €	129.270 €	24.046 €

Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 152, Tabelle 154) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 558,38 € geringere Kosten als die KG mit 725,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 8.204,11 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.239,36 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.131,75 € signifikant (p=0,007) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.352,20 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.452,59 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 153, Tabelle 155) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.438,09 € mehr Kosten als die KG mit 3.968,44 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5.814,25 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.346,58 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.001,99 € nicht signifikant (p=0,210) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5.141,60 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.809,40 €.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 156) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 351,17 € höhere Kosten als die KG mit 570,82 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7.605,67 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.936,22 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 157, Tabelle 158) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 353,54 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 540,44 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7.802,79 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.839,27 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.150,42 € signifikant

(p=0,015) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.289,21 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.864,20 €.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 159) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 364,39 € geringere Kosten als die KG mit 648,53 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.107,22 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.440,43 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.607,47 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.632,17 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 160) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.304,44 € höhere Kosten als die KG mit 3.757,18 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.237,64 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.408,47 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3.757,18 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.964,26 €.

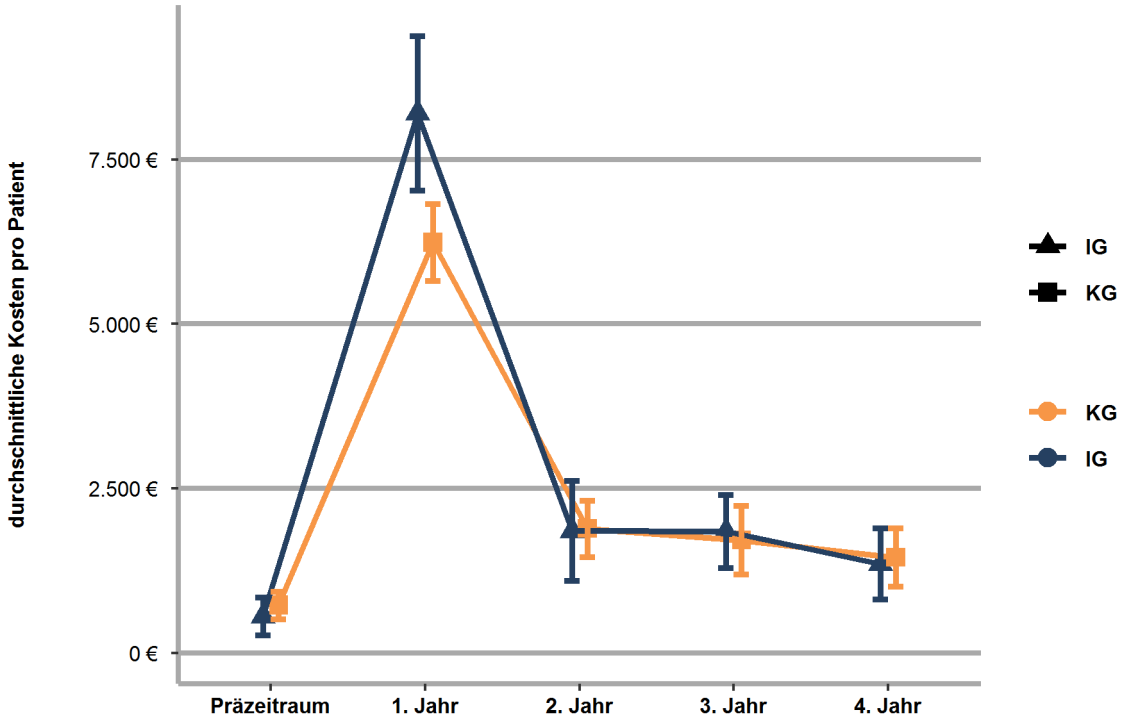
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	38	342	79	80	58	57	409	95	72	53
Mittelwert	558,38 €	8.204,11 €	1.856,50 €	1.845,47 €	1.353,20 €	725,38 €	6.239,36 €	1.890,60 €	1.714,41 €	1.452,59 €
Standardabweichung	4.165 €	16.997 €	10.743 €	7.733 €	7.506 €	2.996 €	8.396 €	6.050 €	7.250 €	6.044 €
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 €	1.969,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.977,43 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0 €	8.499 €	0 €	0 €	0 €	0 €	10.104 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	63.224 €	182.460 €	192.468 €	105.050 €	123.361 €	33.215 €	71.055 €	65.543 €	87.368 €	66.839 €

Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	301	286	170	148	152	281	291	191	149	137
Mittelwert	5.438,09 €	5.814,25 €	4.897,66 €	4.229,13 €	5.141,60 €	3.968,44 €	5.346,58 €	3.180,64 €	3.006,62 €	2.809,40 €
Standardabweichung	12.830 €	16.444 €	16.909 €	14.090 €	18.585 €	8.337 €	15.402 €	8.912 €	9.151 €	9.563 €
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	4.811,69 €	4.394,98 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.978,27 €	4.517,17 €	412,73 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	118.804 €	229.842 €	188.675 €	141.657 €	184.268 €	58.513 €	322.641 €	82.297 €	76.931 €	99.872 €

Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

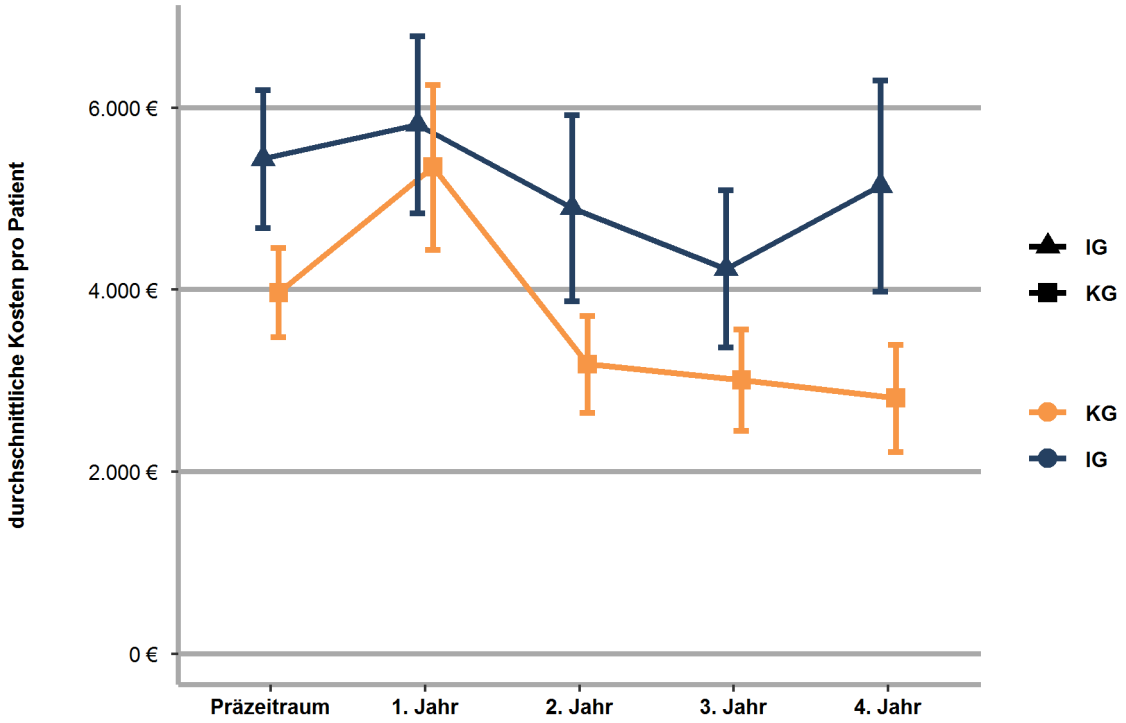


Tabelle 154: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	725,38 €	<0,001	725,38 €	<0,001	-842,95 €	0,082
IG (vs. KG)	-167,00 €	0,438	-167,00 €	0,438	83,85 €	0,711
Post (vs. Prä)	2.163,88 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	686,92 €	0,087				
1. Jahr (vs. Prä)			5.513,98 €	<0,001	6.550,57 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.165,22 €	<0,001	2.198,21 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			989,04 €	0,004	2.004,66 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			727,22 €	0,014	1.754,82 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2.131,75 €	0,007	1.856,86 €	0,020
IG x Jahr 2 (DiD)			132,90 €	0,812	-140,50 €	0,803
IG x Jahr 3 (DiD)			298,06 €	0,551	50,97 €	0,919
IG x Jahr 4 (DiD)			67,61 €	0,886	-189,22 €	0,684
Alter (30-47 J. vs. U30)					-493,12 €	0,270
Alter (48-64 J. vs. U30)					-360,08 €	0,470
Alter (Ü64 vs. U30)					767,25 €	0,226
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					625,87 €	0,032
F 00 (Demenz)					-1.674,20 €	0,013
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.373,59 €	0,111
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					527,23 €	0,816
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-2.291,49 €	0,006
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					86,73 €	0,936
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-131,92 €	0,703
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.680,26 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					433,12 €	0,111
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-725,42 €	0,021
F 45 (Somatoforme Störungen)					-269,27 €	0,444
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-157,28 €	0,747
F 50 (Essstörungen)					-1.331,03 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-957,60 €	0,122
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-604,90 €	0,730
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.740,27 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.679,23 €	0,410
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.550,13 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-286,08 €	0,904
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.316,43 €	0,665
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					283,45 €	0,170
R^2		0,013		0,074		0,125

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3.968,44 €	<0,001	3.968,44 €	<0,001	-1.170,75 €	0,308
IG (vs. KG)	1.469,65 €	0,007	1.469,65 €	0,007	1.249,14 €	0,005
Post (vs. Prä)	-350,85 €	0,279				
IG x Post (DiD)	-52,69 €	0,929				
1. Jahr (vs. Prä)			1.378,14 €	0,010	6.607,71 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-787,80 €	0,038	4.412,59 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-961,82 €	0,012	4.204,12 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-1.159,04 €	0,008	3.995,36 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.001,99 €	0,210	-732,04 €	0,365
IG x Jahr 2 (DiD)			247,37 €	0,751	508,31 €	0,506
IG x Jahr 3 (DiD)			-247,14 €	0,739	27,18 €	0,970
IG x Jahr 4 (DiD)			862,55 €	0,324	1.106,69 €	0,200
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.254,52 €	0,155
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.273,40 €	0,162
Alter (Ü64 vs. U30)					-741,91 €	0,459
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					641,47 €	0,166
F 00 (Demenz)					-2.676,01 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-2.109,18 €	0,055
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-737,61 €	0,274
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					184,72 €	0,924
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					9.344,61 €	0,316
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					490,16 €	0,318
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.300,58 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					186,12 €	0,652
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1.730,02 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-370,56 €	0,539
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1.501,27 €	0,006
F 50 (Essstörungen)					4.180,51 €	0,144
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-197,86 €	0,777
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.391,79 €	0,432
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-4.138,44 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-760,45 €	0,410
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.888,40 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.334,43 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.177,77 €	0,058
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-307,00 €	0,657
R^2		0,003		0,006		0,070

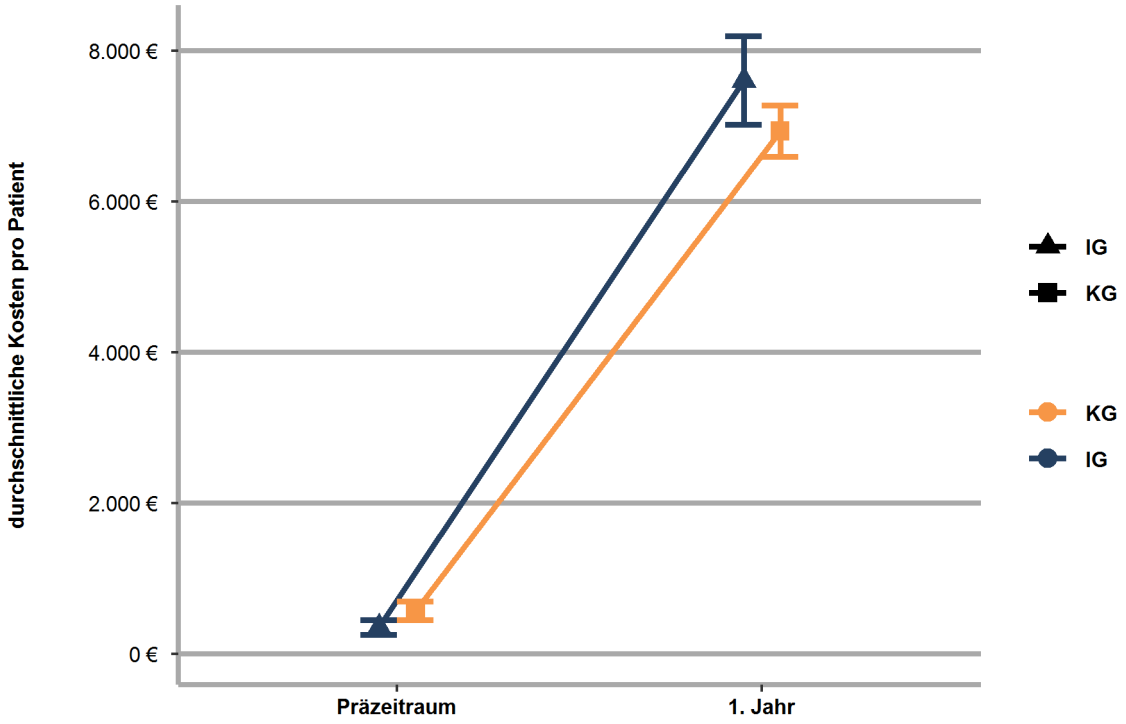
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 156: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	136	1.395	181	1.689
Mittelwert	351,17 €	7.605,67 €	570,82 €	6.936,22 €
Standardabweichung	3.006 €	17.642 €	3.730 €	10.339 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	948,05 €	0,00 €	2.977,43 €
75%-Perzentil	0 €	6.600 €	0 €	10.379 €
Maximum	86.988 €	223.833 €	87.861 €	101.817 €

Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	101	1.060	238	137	1.250	257
Mittelwert	353,54 €	7.802,79 €	2.289,21 €	540,44 €	6.839,27 €	1.864,20 €
Standardabweichung	2.693 €	17.421 €	11.676 €	3.219 €	9.925 €	7.509 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	1.414,82 €	0,00 €	0,00 €	2.992,11 €	0,00 €
75%-Perzentil	0 €	7.137 €	0 €	0 €	10.324 €	0 €
Maximum	63.224 €	223.833 €	225.298 €	74.299 €	99.234 €	141.337 €

Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

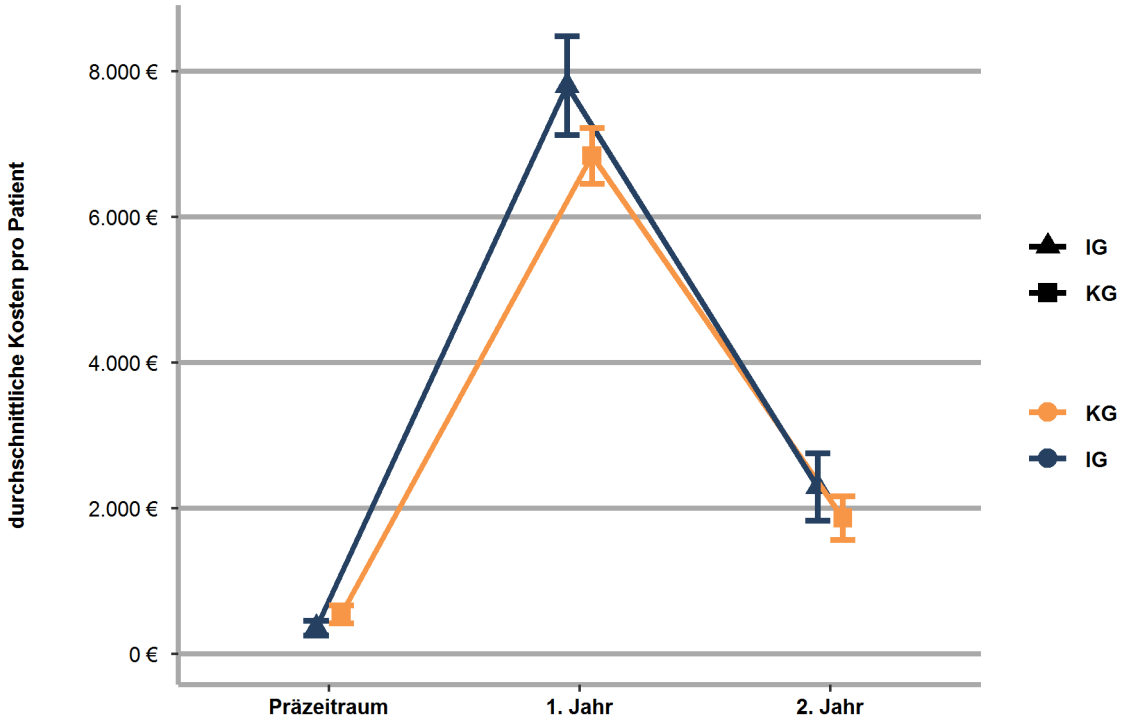


Tabelle 158: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	540,44 €	<0,001	540,44 €	<0,001	-1.874,93 €	<0,001
IG (vs. KG)	-186,90 €	0,059	-186,90 €	0,059	-25,35 €	0,807
Post (vs. Prä)	3.861,54 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	890,37 €	0,008				
1. Jahr (vs. Prä)			6.298,83 €	<0,001	6.911,47 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.323,76 €	<0,001	1.944,42 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			1.150,42 €	0,015	987,37 €	0,038
IG x Jahr 2 (DiD)			611,91 €	0,075	469,90 €	0,170
Alter (30-47 J. vs. U30)					-144,39 €	0,610
Alter (48-64 J. vs. U30)					488,29 €	0,153
Alter (Ü64 vs. U30)					1.917,86 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					170,62 €	0,441
F 00 (Demenz)					-922,34 €	0,136
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.180,26 €	0,058
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-1.571,29 €	0,457
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.820,07 €	0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.338,73 €	0,257
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					418,55 €	0,163
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6.517,99 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.239,96 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					14,38 €	0,959
F 45 (Somatoforme Störungen)					-286,06 €	0,260
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-535,67 €	0,092
F 50 (Essstörungen)					-238,55 €	0,709
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.577,01 €	0,026
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.112,60 €	0,345
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.601,21 €	0,312
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.271,28 €	0,478
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.290,04 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.301,55 €	0,304
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.291,69 €	0,068
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					81,26 €	0,531
R^2		0,038		0,079		0,126

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

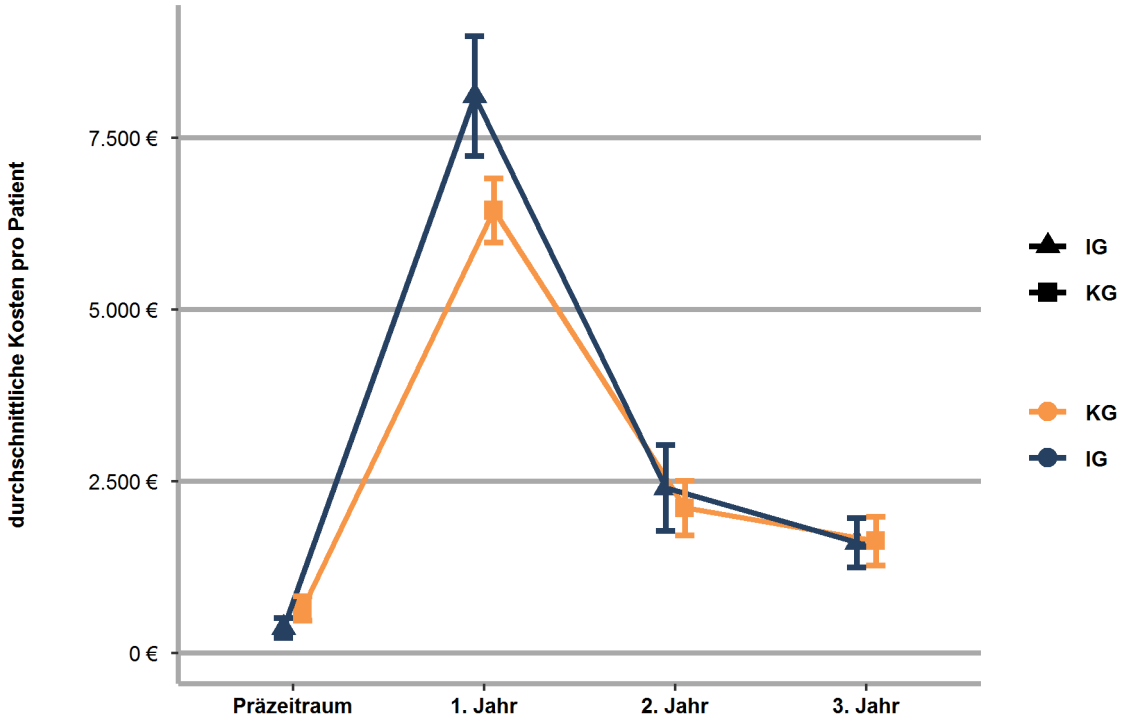
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 159: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	66	712	162	139	98	817	189	144
Mittelwert	364,39 €	8.107,22 €	2.401,49 €	1.607,41 €	648,53 €	6.440,43 €	2.109,77 €	1.632,17 €
Standardabweichung	3.025 €	18.126 €	12.718 €	7.206 €	3.622 €	9.673 €	8.013 €	7.095 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	1.934,17 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.771,30 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.551,43 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.450,87 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	63.224 €	223.833 €	225.298 €	105.050 €	74.299 €	99.234 €	141.337 €	90.855 €

Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

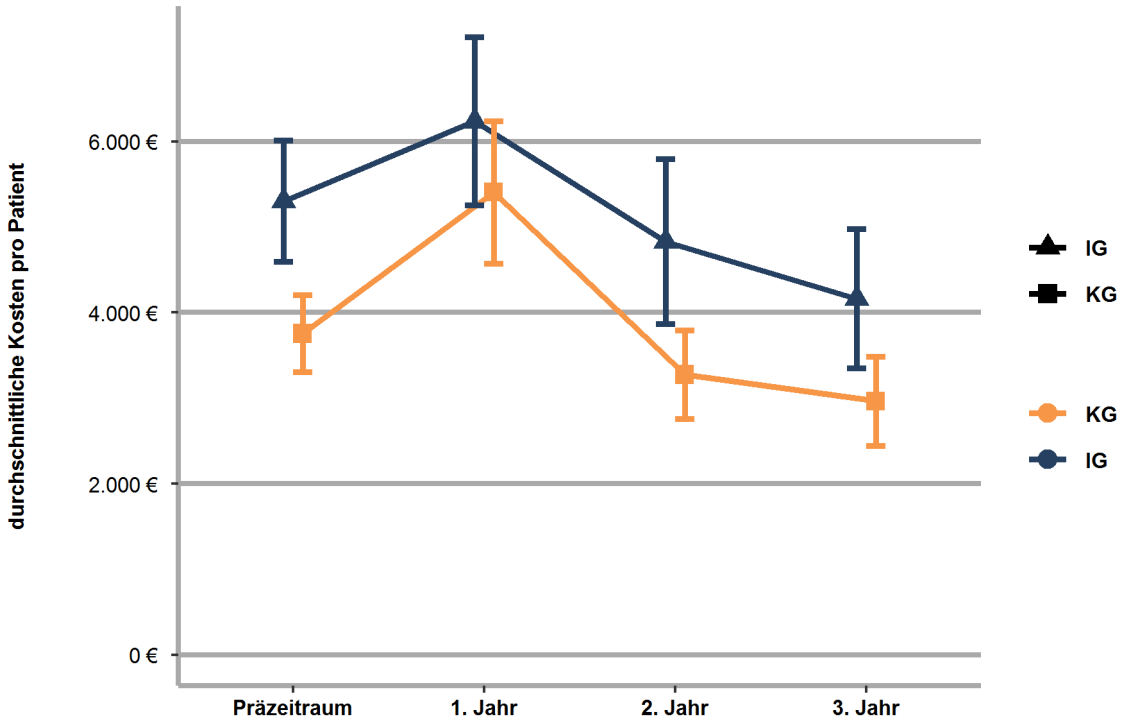


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	326	330	193	168	307	343	215	172
Mittelwert	5.304,44 €	6.237,64 €	4.830,26 €	4.164,06 €	3.757,18 €	5.408,47 €	3.273,38 €	2.964,26 €
Standardabweichung	12.627 €	17.463 €	16.798 €	13.861 €	8.050 €	14.904 €	9.054 €	8.980 €
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	4.572,18 €	4.548,11 €	0,00 €	0,00 €	3.712,27 €	5.360,87 €	657,85 €	0,00 €
Maximum	118.804 €	229.842 €	188.675 €	141.657 €	58.513 €	322.641 €	82.297 €	76.931 €

Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U1, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt: Tabelle 161 und Tabelle 162 sowie Tabelle 163 und Tabelle 164.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 165) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 433 € geringere Kosten als die KG mit 504 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 15.568 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.367 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 166, Tabelle 167) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 632 € geringere Kosten als die KG mit 729 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 18.292 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4.790 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 13.599,28 € signifikant (p=0,008) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 5.576 €. In der KG sanken die Kosten auf 994 €.

U4: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U1, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 168; Tabelle 169).

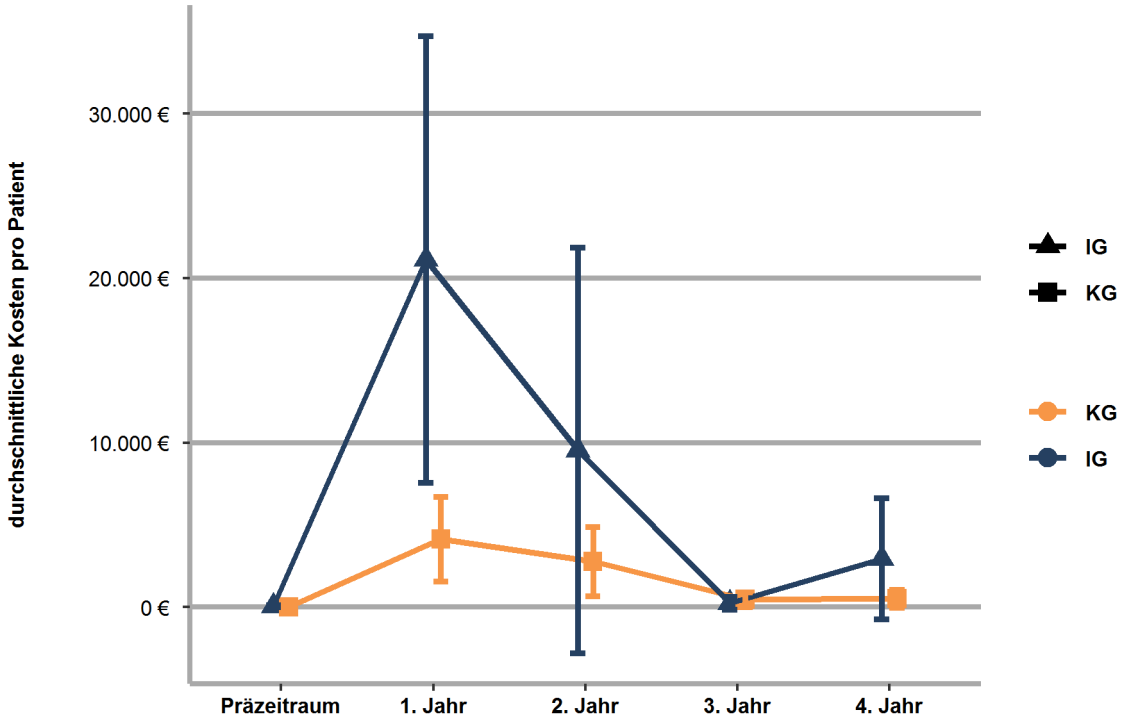
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	12	< 10	< 10	< 10	< 10	11	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	64 €	21.138 €	9.544 €	244 €	2.946 €	0 €	4.131 €	2.767 €	469 €	523 €
Standardabweichung	205 €	37.779 €	34.334 €	1.118 €	10.237 €	0 €	7.003 €	5.688 €	1.211 €	1.470 €
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 €	2.727,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	683,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0 €	15.311 €	0 €	0 €	0 €	0 €	3.061 €	396 €	0 €	0 €
Maximum	766 €	126.421 €	153.434 €	5.123 €	45.526 €	0 €	22.666 €	18.669 €	4.947 €	6.235 €

Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 162: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	12	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	14.168 €	6.825 €	9.685 €	2.290 €	6.716 €	2.949 €	470 €	4.764 €	1.607 €	1.692 €
Standardabweichung	21.382 €	26.841 €	39.032 €	8.659 €	26.111 €	8.032 €	2.046 €	24.756 €	5.592 €	5.335 €
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	28.227 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	87.734 €	144.352 €	203.035 €	38.043 €	124.147 €	32.433 €	10.662 €	128.635 €	22.950 €	22.193 €

Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

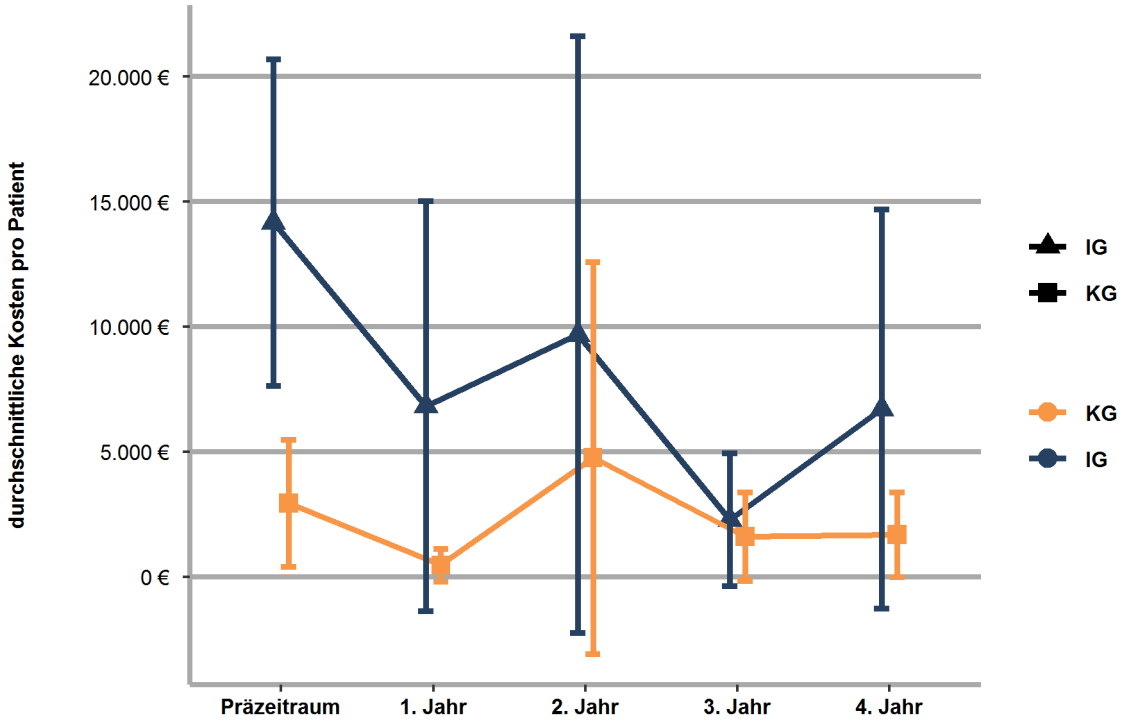


Tabelle 163: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	-0,00 €	>0,999	0,00 €		-4.159,51 €	0,104
IG (vs. KG)	64,37 €	0,150	64,37 €	0,157	2.179,19 €	0,096
Post (vs. Prä)	1.972,41 €	0,006				
IG x Post (DiD)	6.431,30 €	0,086				
1. Jahr (vs. Prä)			4.130,62 €	0,010	2.468,83 €	0,133
2. Jahr (vs. Prä)			2.767,02 €	0,032	1.105,23 €	0,444
3. Jahr (vs. Prä)			468,73 €	0,088	-1.193,06 €	0,203
4. Jahr (vs. Prä)			523,28 €	0,116	-1.138,51 €	0,239
IG x Jahr 1 (DiD)			16.943,37 €	0,047	16.262,92 €	0,054
IG x Jahr 2 (DiD)			6.712,76 €	0,381	6.032,31 €	0,425
IG x Jahr 3 (DiD)			-289,18 €	0,405	-969,63 €	0,087
IG x Jahr 4 (DiD)			2.358,25 €	0,304	1.677,80 €	0,467
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1.884,88 €	0,504
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.632,15 €	0,066
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-4.671,98 €	0,180
F 45 (Somatoforme Störungen)					-438,46 €	0,904
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3.535,72 €	0,329
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					5.518,76 €	0,052
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-305,91 €	0,894
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2.556,60 €	0,054
R^2		0,041		0,129		0,148

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	2.948,93 €	0,056	2.948,93 €	0,059	-3.363,85 €	0,600
IG (vs. KG)	11.219,30 €	0,009	11.219,30 €	0,009	7.512,10 €	0,008
Post (vs. Prä)	-815,68 €	0,719				
IG x Post (DiD)	-6.973,93 €	0,076				
1. Jahr (vs. Prä)			-2.479,00 €	0,124	6.234,92 €	0,329
2. Jahr (vs. Prä)			1.815,33 €	0,718	10.529,24 €	0,251
3. Jahr (vs. Prä)			-1.342,04 €	0,488	7.371,87 €	0,267
4. Jahr (vs. Prä)			-1.257,00 €	0,511	7.456,92 €	0,243
IG x Jahr 1 (DiD)			-4.864,53 €	0,256	-102,05 €	0,982
IG x Jahr 2 (DiD)			-6.298,97 €	0,389	-1.536,49 €	0,858
IG x Jahr 3 (DiD)			-10.536,61 €	0,004	-5.774,13 €	0,050
IG x Jahr 4 (DiD)			-6.195,62 €	0,347	-1.433,13 €	0,813
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-45,42 €	0,989
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.970,98 €	0,485
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-5.853,88 €	0,465
F 45 (Somatoforme Störungen)					-12.431,06 €	0,019
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-5.301,26 €	0,029
F 50 (Essstörungen)					-9.460,51 €	0,341
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					252,47 €	0,975
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-9.254,28 €	0,254
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					5.580,02 €	0,428
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-4.138,33 €	0,595
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					26.303,25 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-15.040,82 €	0,016
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.671,04 €	0,650
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.038,51 €	0,694
R^2		0,030		0,039		0,137

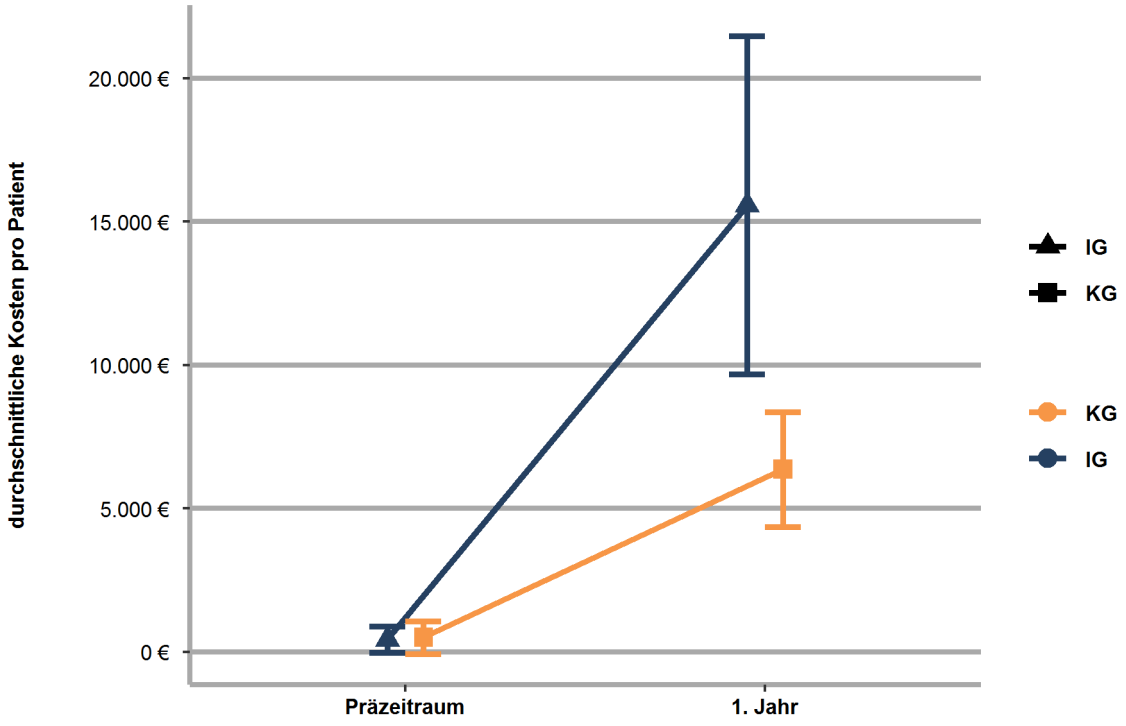
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 165: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	< 10	42	< 10	55
Mittelwert	433 €	15.568 €	504 €	6.367 €
Standardabweichung	3.133 €	40.235 €	3.881 €	13.683 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.947,34 €	0,00 €	7.229,56 €
Maximum	25.319 €	214.065 €	39.270 €	85.199 €

Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 166: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	< 10	29	12	< 10	39	< 10
Mittelwert	632 €	18.292 €	5.576 €	729 €	4.790 €	994 €
Standardabweichung	3.890 €	44.861 €	27.171 €	4.770 €	9.088 €	3.447 €
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 €	2.727,52 €	0,00 €	0,00 €	4.031,22 €	0,00 €
Maximum	25.319 €	214.065 €	185.372 €	39.270 €	46.658 €	18.669 €

Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

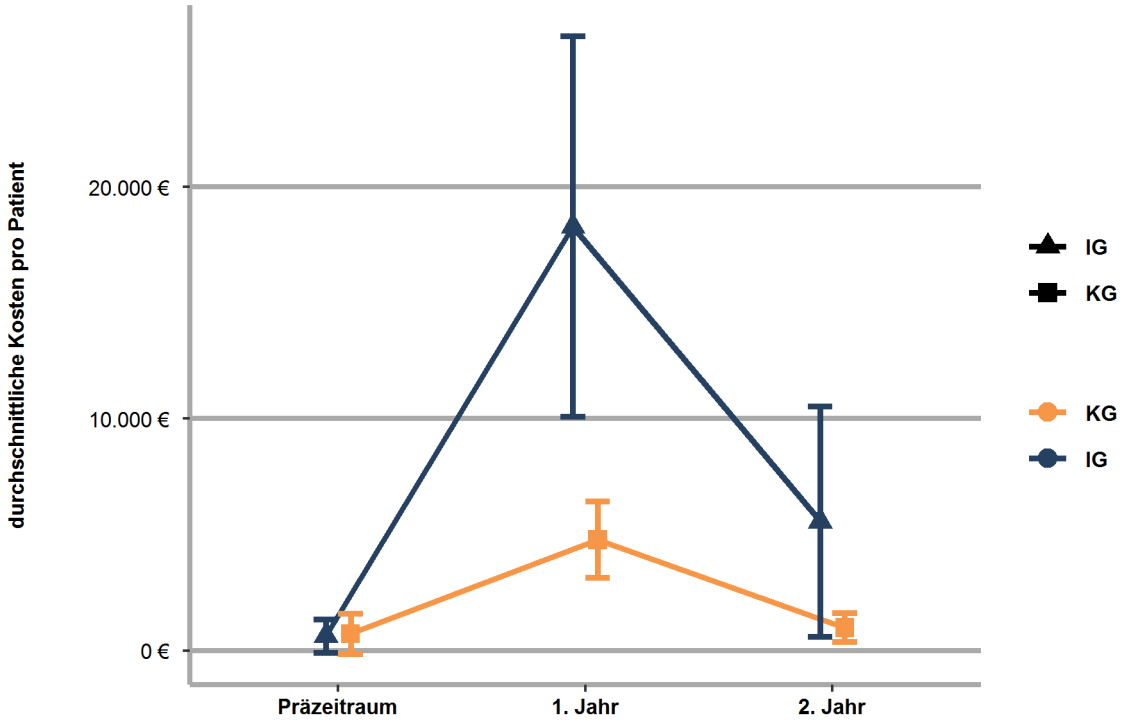


Tabelle 167: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	728,78 €	0,165	728,78 €	0,165	-2.038,45 €	0,600
IG (vs. KG)	-96,91 €	0,887	-96,91 €	0,887	-410,89 €	0,620
Post (vs. Prä)	2.163,06 €	0,003				
IG x Post (DiD)	9.139,43 €	0,011				
1. Jahr (vs. Prä)			4.061,15 €	<0,001	5.367,84 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			264,97 €	0,686	1.571,67 €	0,167
IG x Jahr 1 (DiD)			13.599,28 €	0,008	13.512,40 €	0,010
IG x Jahr 2 (DiD)			4.679,58 €	0,135	4.592,70 €	0,156
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1.871,99 €	0,398
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-5.981,59 €	0,018
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					10.200,62 €	0,324
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.228,86 €	0,682
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					5.776,43 €	0,405
F 45 (Somatoforme Störungen)					-3.021,13 €	0,522
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-2.072,95 €	0,701
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					11.301,80 €	0,358
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-2.445,40 €	0,490
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					7.250,28 €	0,493
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1.199,57 €	0,797
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13.090,81 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.178,33 €	0,043
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					597,87 €	0,682
R^2		0,046		0,075		0,112

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

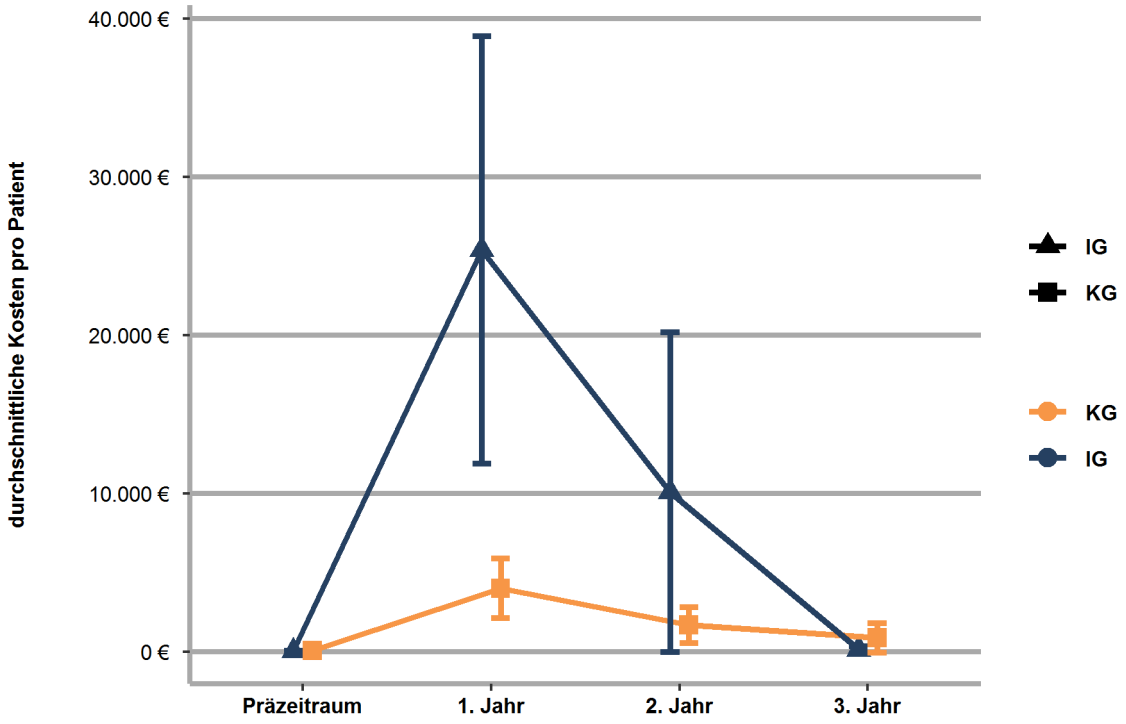
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 168: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	19	< 10	< 10	< 10	21	< 10	< 10
Mittelwert	35 €	25.384 €	10.075 €	131 €	50 €	4.000 €	1.689 €	878 €
Standardabweichung	152 €	51.258 €	38.363 €	820 €	330 €	7.484 €	4.495 €	3.730 €
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 €	17.592 €	0 €	0 €	0 €	2.925 €	0 €	0 €
Maximum	766 €	214.065 €	185.372 €	5.123 €	2.162 €	26.546 €	18.669 €	23.976 €

Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

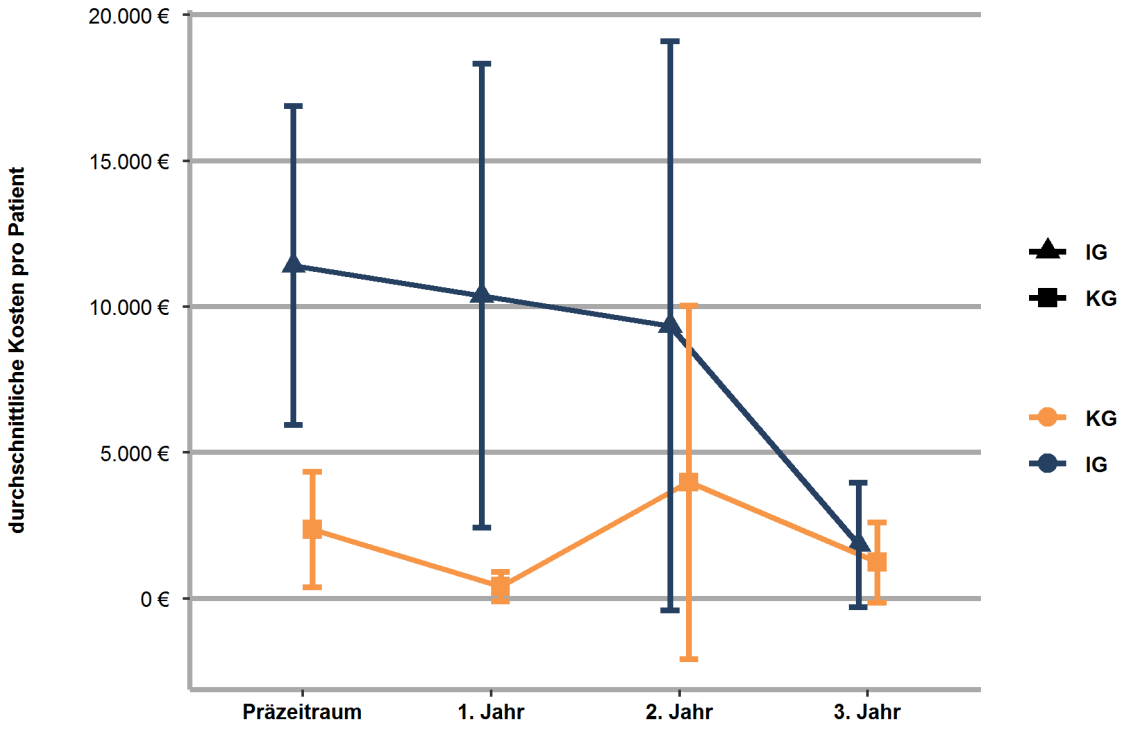


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 169: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	12	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	11.413 €	10.377 €	9.343 €	1.844 €	2.361 €	413 €	3.986 €	1.240 €
Standardabweichung	19.952 €	28.989 €	35.561 €	7.799 €	7.125 €	1.802 €	21.767 €	4.938 €
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	22.502 €	1.469 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	87.734 €	144.352 €	203.035 €	38.043 €	32.433 €	10.662 €	128.635 €	22.950 €

Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.3 Kosten stationsersetzender psychiatrischer Leistungen

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

Da sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten sowie in allen Untersuchungsperspektiven keine stationsäquivalenten Leistungen (bzw. nur in äußerst geringem Umfang) in Anspruch genommen wurden, wird auf die Ergebnisbeschreibung sowie eine Darstellung von Tabellen und Abbildungen hierfür verzichtet.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

Da sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten sowie in allen Untersuchungsperspektiven keine stationsäquivalenten Leistungen (bzw. nur in äußerst geringem Umfang) in Anspruch genommen wurden, wird auf die Ergebnisbeschreibung sowie eine Darstellung von Tabellen und Abbildungen hierfür verzichtet.

10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 170, Tabelle 172) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,79 € weniger Kosten als die KG mit 43,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.345,25 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.465,91 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 918,77 € signifikant (p=0,002) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 98,45 €. In der KG sanken die Kosten auf 138,33 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 171, Tabelle 173) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 606,19 € höhere Kosten als die KG mit 407,68 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 624,77 €. In der KG stiegen die Kosten auf 656,59 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 230,33,24 € nicht signifikant (p=0,179) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 267,16 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 290,47 €.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 174) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 8,92 € geringere Kosten als die KG mit 19,70 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.630,13 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.911,89 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 175, Tabelle 176) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 6,17 € geringere Kosten als die KG mit 21,56 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.526,49 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.806,64 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 735,25 € signifikant

(p<0,001) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 329,91 €. In der KG sanken die Kosten auf 183,91 €.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 177) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5,17 € niedrigere Kosten als die KG mit 32,60 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.383,32 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.683,42 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 325,61 €. In der KG sanken die Kosten auf 188,42 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 178) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 579,70 € höhere Kosten als die KG mit 386,30 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 630,64 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 715,75 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 254,07 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 252,53 €.

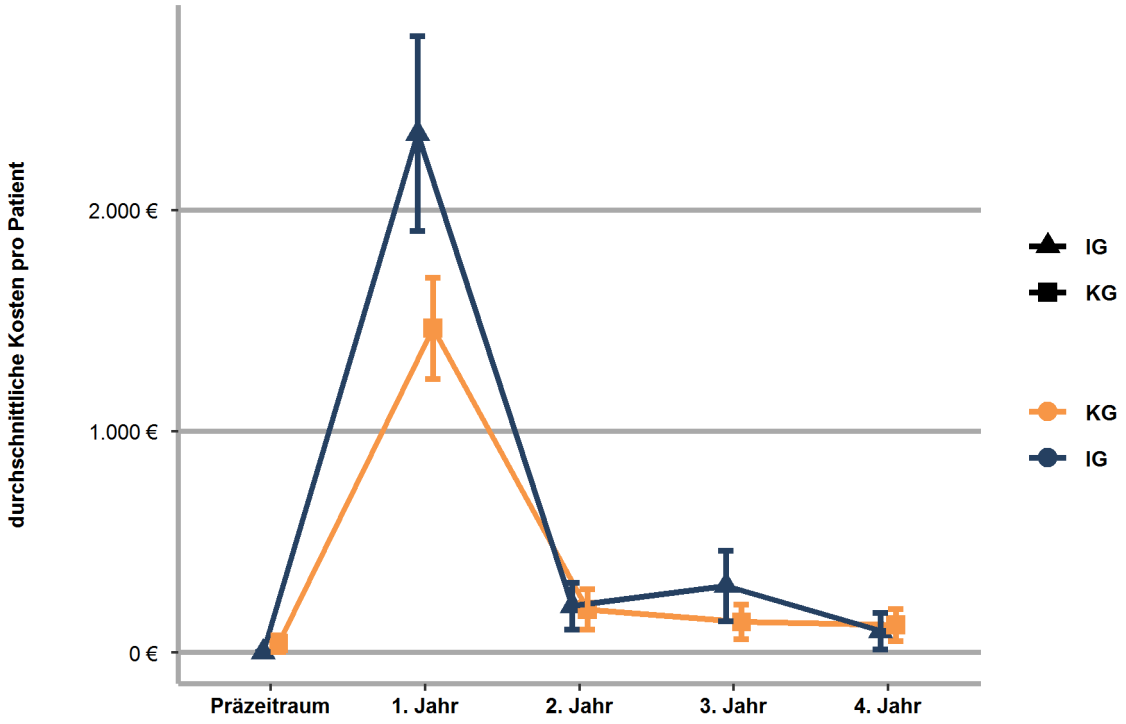
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	< 10	123	18	18	< 10	< 10	146	20	13	11
Mittelwert	1,79 €	2.345,25 €	211,34 €	302,20 €	98,45 €	41,23 €	1.465,91 €	195,23 €	138,33 €	124,98 €
Standardabweichung	42,86 €	6.393,17 €	1.508,02 €	2.220,99 €	1.136,05 €	539,40 €	3.285,66 €	1.291,88 €	1.089,81 €	993,13 €
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 €	626,54 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.024 €	56.021 €	16.093 €	29.036 €	23.100 €	11.002 €	24.333 €	15.446 €	16.020 €	12.063 €

Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	59	65	30	26	26	70	100	49	43	38
Mittelwert	606,19 €	624,77 €	267,69 €	276,16 €	267,16 €	407,68 €	656,59 €	315,65 €	268,62 €	290,47 €
Standardabweichung	2.923,07 €	3.142,68 €	2.155,75 €	2.281,60 €	1.987,06 €	1.708,26 €	2.453,93 €	1.535,17 €	1.670,58 €	1.730,26 €
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	44.182 €	33.455 €	39.111 €	33.152 €	25.240 €	16.455 €	22.560 €	19.082 €	25.253 €	25.184 €

Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

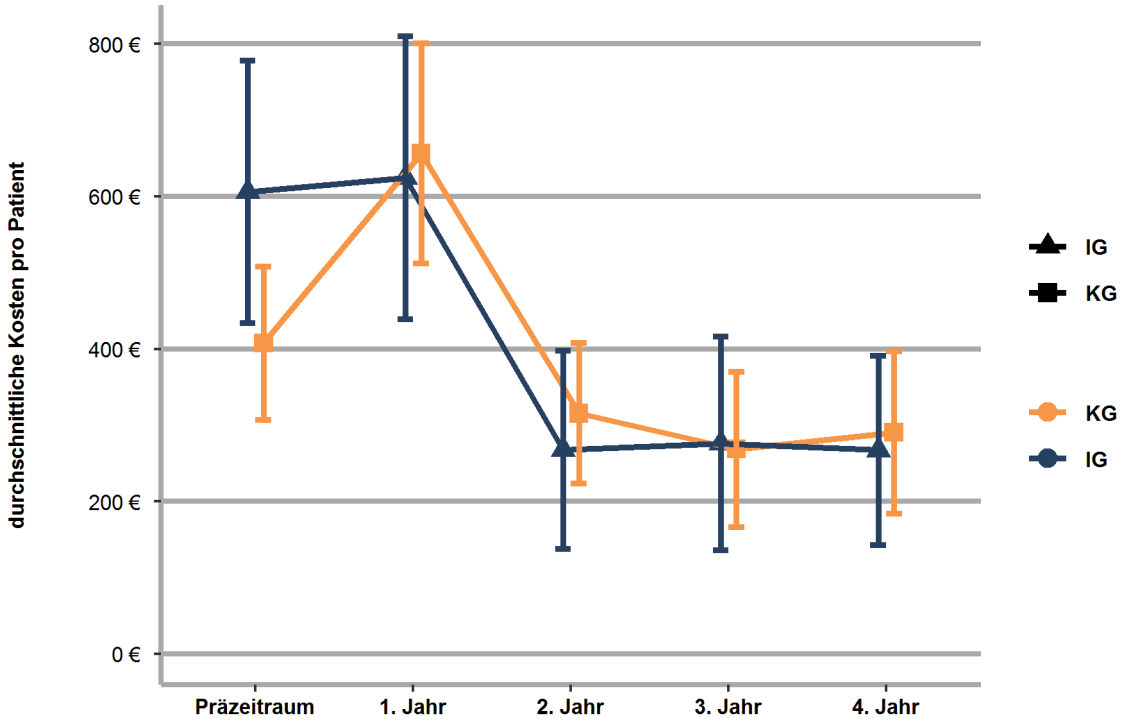


Tabelle 172: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	41,23 €	0,070	41,23 €	0,070	133,46 €	0,315
IG (vs. KG)	-39,44 €	0,084	-39,44 €	0,084	-24,14 €	0,363
Post (vs. Prä)	458,16 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	309,99 €	0,002				
1. Jahr (vs. Prä)			1.424,68 €	<0,001	1.429,76 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			153,99 €	0,011	149,35 €	0,023
3. Jahr (vs. Prä)			97,10 €	0,064	82,40 €	0,158
4. Jahr (vs. Prä)			83,75 €	0,093	59,73 €	0,267
IG x Jahr 1 (DiD)			918,77 €	0,002	885,56 €	0,003
IG x Jahr 2 (DiD)			55,56 €	0,530	11,09 €	0,897
IG x Jahr 3 (DiD)			203,31 €	0,064	155,87 €	0,147
IG x Jahr 4 (DiD)			12,91 €	0,855	-32,85 €	0,632
Alter (30-47 J. vs. U30)					59,70 €	0,626
Alter (48-64 J. vs. U30)					-30,07 €	0,814
Alter (Ü64 vs. U30)					-433,28 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-115,60 €	0,162
F 00 (Demenz)					-88,29 €	0,351
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-188,78 €	0,063
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-165,27 €	0,065
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-199,75 €	0,080
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-353,79 €	0,016
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-338,00 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-140,55 €	0,262
F 30-39 (Affektive Störungen)					425,28 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					151,12 €	0,190
F 45 (Somatoforme Störungen)					-188,40 €	0,058
F 40-48 (ohne F43 und F45)					102,11 €	0,645
F 50 (Essstörungen)					87,57 €	0,804
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					296,53 €	0,263
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-431,49 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-792,38 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					128,19 €	0,710
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					93,81 €	0,121
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.459,35 €	0,007
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-138,17 €	0,549
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-44,80 €	0,246
R^2		0,011		0,078		0,102

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	407,68 €	<0,001	407,68 €	<0,001	103,50 €	0,533
IG (vs. KG)	198,50 €	0,102	198,50 €	0,102	308,95 €	<0,001
Post (vs. Prä)	-20,09 €	0,769				
IG x Post (DiD)	-221,74 €	0,086				
1. Jahr (vs. Prä)			248,90 €	0,012	627,19 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-92,03 €	0,227	278,14 €	0,036
3. Jahr (vs. Prä)			-139,06 €	0,112	225,37 €	0,090
4. Jahr (vs. Prä)			-117,21 €	0,179	242,86 €	0,075
IG x Jahr 1 (DiD)			-230,33 €	0,179	-323,84 €	0,051
IG x Jahr 2 (DiD)			-246,47 €	0,096	-342,85 €	0,009
IG x Jahr 3 (DiD)			-190,97 €	0,223	-286,44 €	0,036
IG x Jahr 4 (DiD)			-221,82 €	0,146	-320,15 €	0,016
Alter (30-47 J. vs. U30)					-54,83 €	0,628
Alter (48-64 J. vs. U30)					-185,27 €	0,120
Alter (Ü64 vs. U30)					-434,22 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					36,82 €	0,463
F 00 (Demenz)					72,65 €	0,683
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-28,50 €	0,719
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-306,00 €	0,095
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					543,84 €	0,324
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					52,04 €	0,521
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-152,30 €	0,025
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					17,15 €	0,843
F 30-39 (Affektive Störungen)					211,11 €	0,024
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					116,45 €	0,183
F 45 (Somatoforme Störungen)					274,75 €	0,307
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-242,33 €	0,015
F 50 (Essstörungen)					-60,20 €	0,885
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					89,33 €	0,525
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-318,03 €	0,006
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-421,27 €	0,012
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					63,30 €	0,757
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-236,70 €	0,093
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.086,94 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-214,83 €	0,167
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					78,93 €	0,303
R^2		<0,001		0,005		0,134

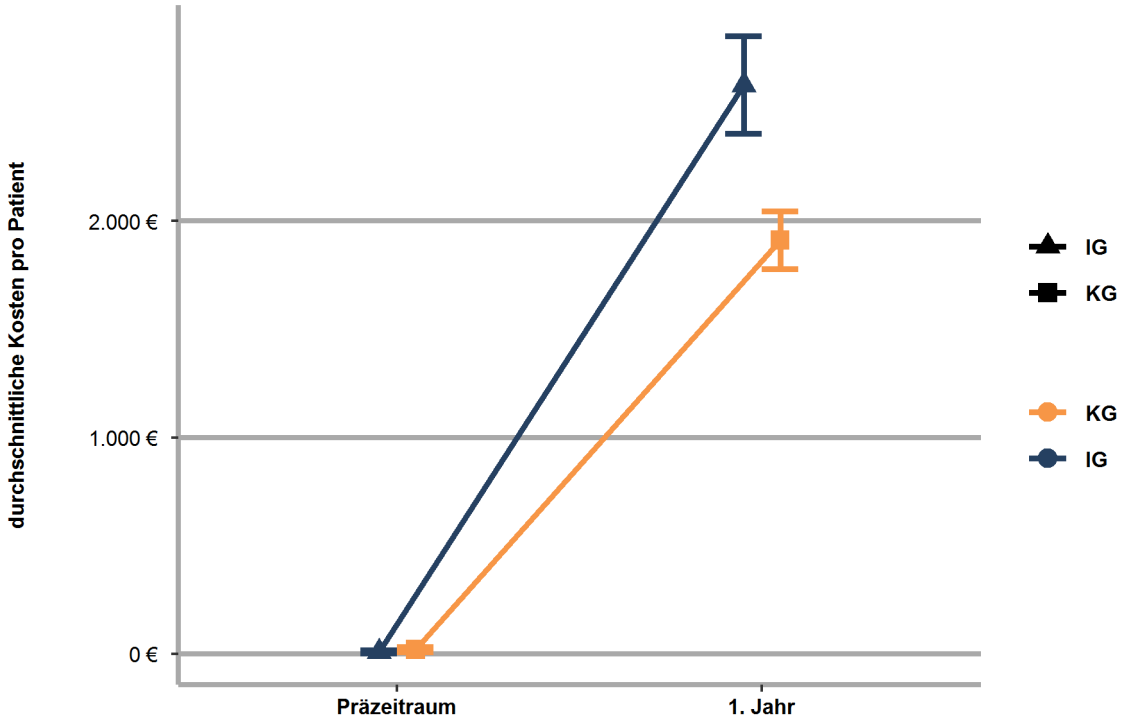
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 174: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	< 10	549	14	705
Mittelwert	8,92 €	2.630,13 €	19,70 €	1.911,89 €
Standardabweichung	193,54 €	6.762,58 €	368,19 €	4.009,38 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.448,08 €
Maximum	5.054 €	60.846 €	11.002 €	44.193 €

Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	< 10	406	64	11	510	54
Mittelwert	6,17 €	2.526,49 €	329,91 €	21,56 €	1.806,64 €	183,91 €
Standardabweichung	169,65 €	6.526,81 €	2.476,56 €	373,08 €	3.849,43 €	1.291,39 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.304,66 €	0,00 €
Maximum	5.054 €	60.846 €	42.244 €	11.002 €	44.193 €	24.225 €

Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

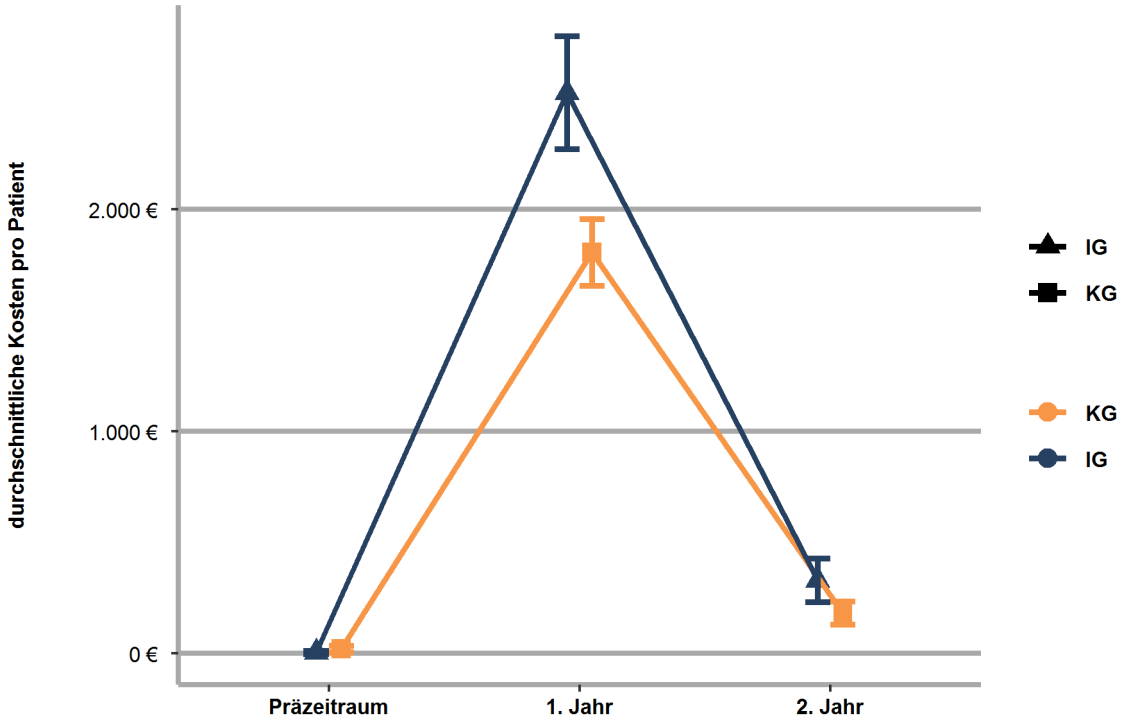


Tabelle 176: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	21,56 €	0,014	21,56 €	0,014	-38,01 €	0,748
IG (vs. KG)	-15,40 €	0,112	-15,40 €	0,112	-1,10 €	0,958
Post (vs. Prä)	990,10 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	455,62 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			1.785,08 €	<0,001	1.654,34 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			162,34 €	<0,001	14,34 €	0,732
IG x Jahr 1 (DiD)			735,25 €	<0,001	718,79 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			161,40 €	0,018	134,01 €	0,047
Alter (30-47 J. vs. U30)					-144,57 €	0,198
Alter (48-64 J. vs. U30)					-93,92 €	0,444
Alter (Ü64 vs. U30)					-733,03 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					96,09 €	0,157
F 00 (Demenz)					-7,44 €	0,933
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-52,22 €	0,576
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-318,16 €	0,007
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-29,13 €	0,739
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-371,23 €	0,002
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-267,56 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					12,89 €	0,920
F 30-39 (Affektive Störungen)					756,52 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					603,44 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-132,41 €	0,136
F 40-48 (ohne F43 und F45)					50,03 €	0,740
F 50 (Essstörungen)					200,43 €	0,534
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					522,41 €	0,072
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-531,94 €	0,004
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.107,71 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					22,03 €	0,936
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					181,18 €	0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.294,45 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-21,88 €	0,870
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-192,57 €	<0,001
R^2		0,030		0,082		0,115

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

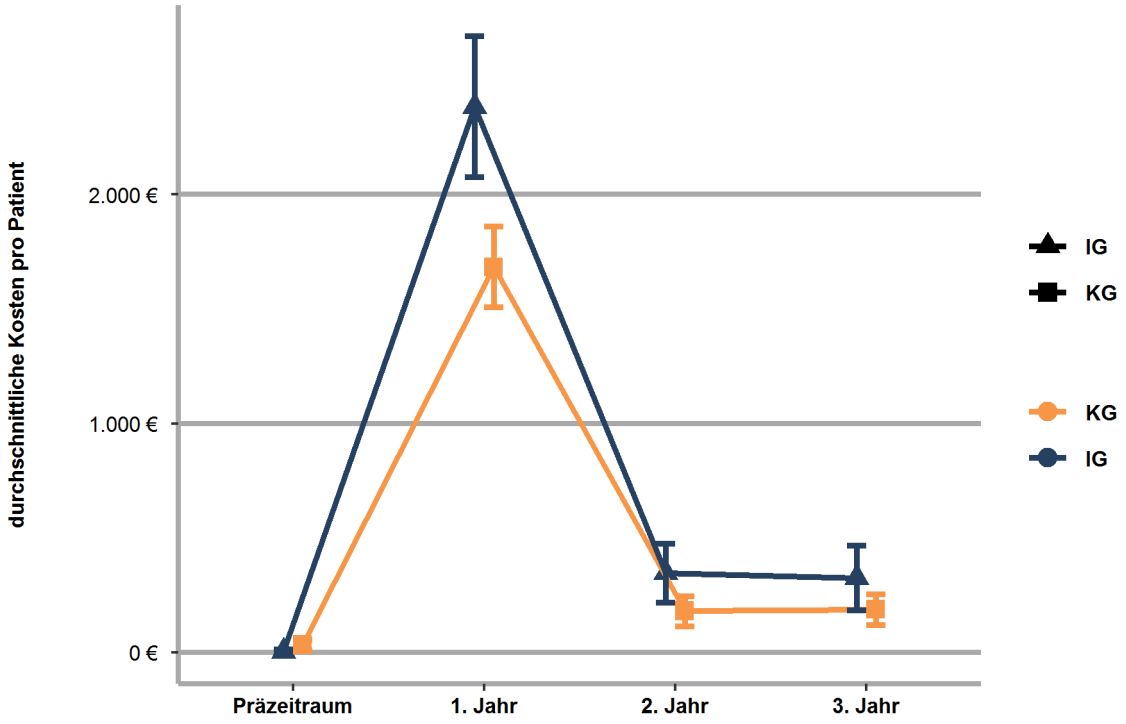
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 177: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	< 10	256	41	37	10	329	34	33
Mittelwert	5,17 €	2.383,32 €	347,17 €	325,61 €	32,60 €	1.683,42 €	181,05 €	188,42 €
Standardabweichung	150,34 €	6.404,66 €	2.635,47 €	2.849,13 €	461,61 €	3.659,99 €	1.344,98 €	1.348,52 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.150,20 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.054 €	60.846 €	42.244 €	70.959 €	11.002 €	44.193 €	24.225 €	21.687 €

Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

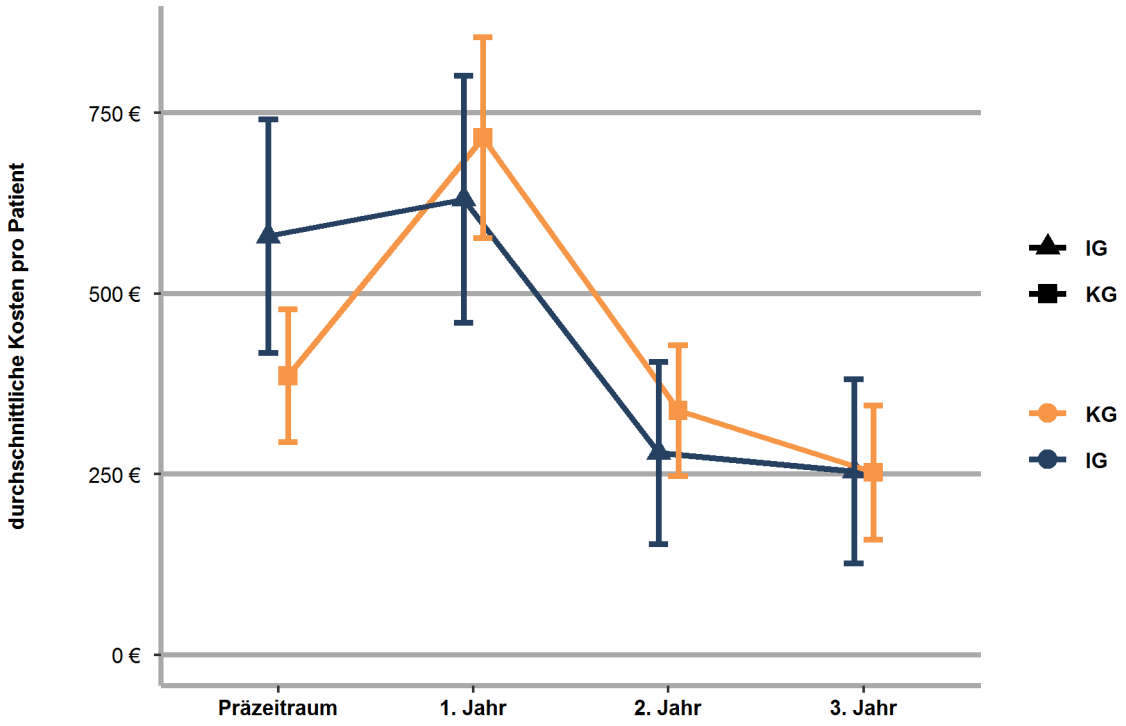


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	62	78	33	27	75	121	56	46
Mittelwert	579,70 €	630,64 €	279,74 €	254,07 €	386,30 €	715,75 €	337,99 €	252,53 €
Standardabweichung	2.882,39 €	3.044,34 €	2.196,34 €	2.177,94 €	1.644,39 €	2.487,41 €	1.588,19 €	1.601,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	44.182 €	33.455 €	39.111 €	33.152 €	16.455 €	22.560 €	19.082 €	25.253 €

Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U1, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 179, Tabelle 180 und Abbildung 103; Tabelle 180, Tabelle 182).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 183) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 0 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.987,20 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.622,87 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 184, Tabelle 185) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 0 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 10.324 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.974 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8.350 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.118 €. In der KG sanken die Kosten auf 263 €.

U4: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U4, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 186; Tabelle 187).

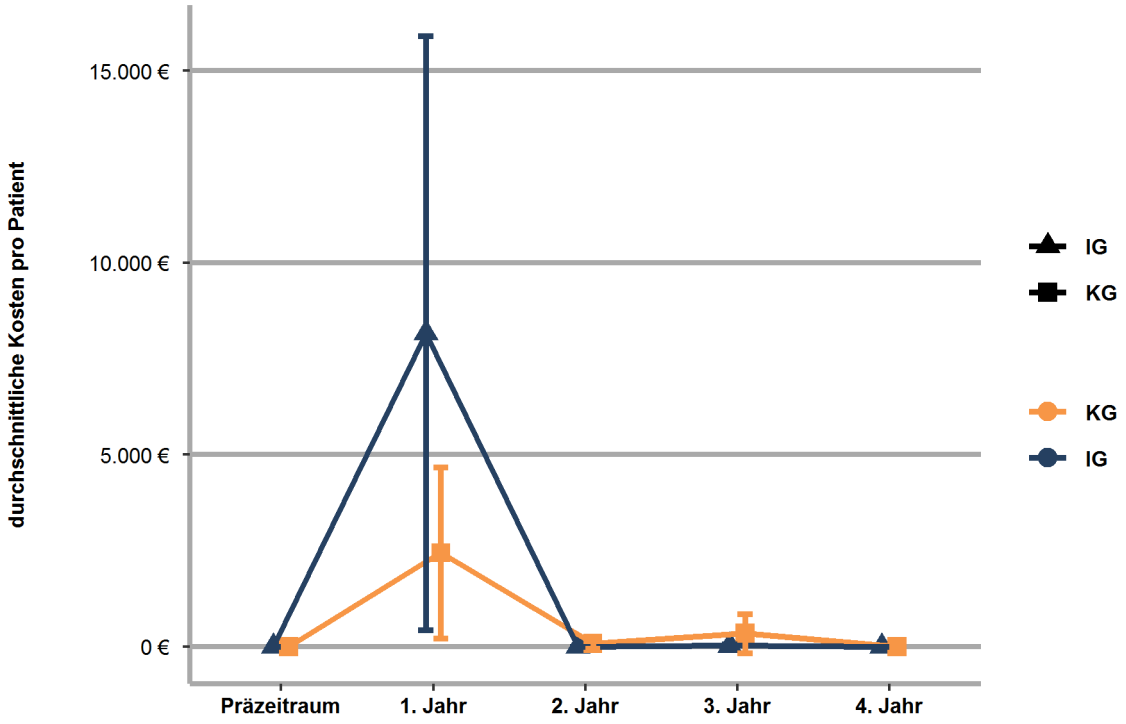
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	8.165,74 €	0,00 €	22,03 €	0,00 €	0,00 €	2.442,86 €	78,55 €	343,69 €	0,00 €
Standardabweichung	0 €	21.539 €	0 €	101 €	0 €	0 €	6.064 €	351 €	1.379 €	0 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	81.189 €	0 €	463 €	0 €	0 €	20.106 €	1.571 €	6.163 €	0 €

Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 180: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	204,42 €	2.882,25 €	113,88 €	1.852,91 €	0,00 €	0,00 €	1.452,74 €	547,71 €	320,95 €	900,93 €
Standardabweichung	1.100,86 €	9.339,77 €	441,13 €	9.978,22 €	0,00 €	0,00 €	3.602,30 €	2.845,99 €	1.667,71 €	3.310,05 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.928 €	47.142 €	2.082 €	53.734 €	0 €	0 €	12.082 €	14.788 €	8.666 €	16.108 €

Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

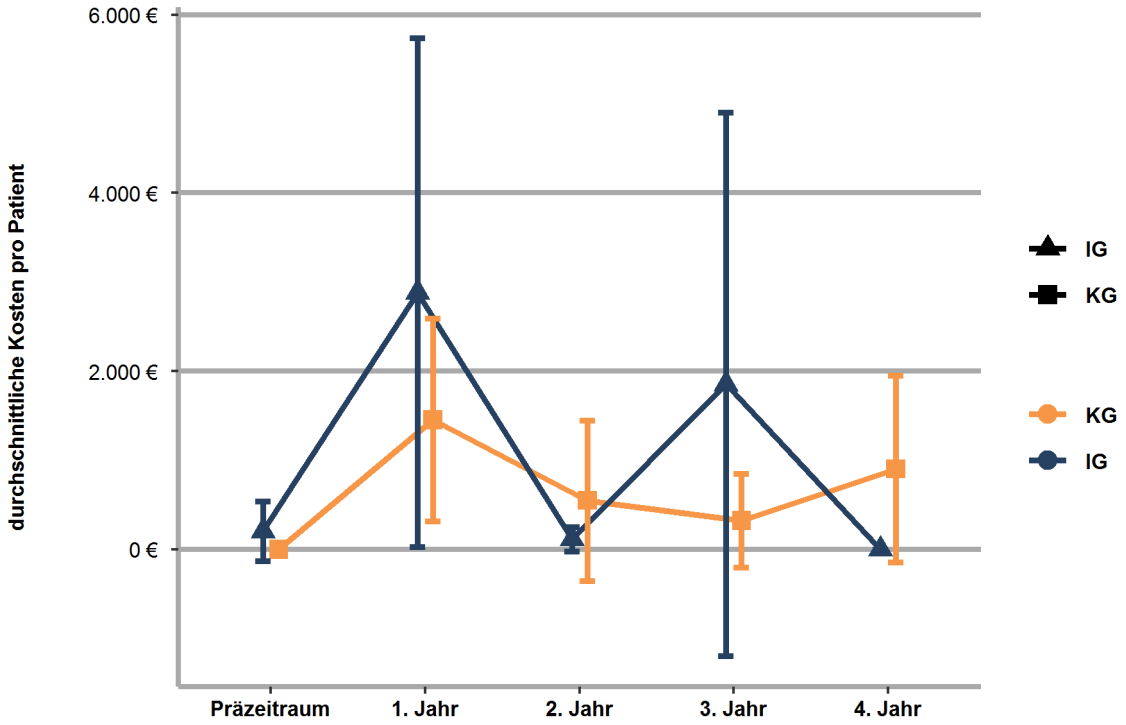


Tabelle 181: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	-0,00 €		-0,00 €	>0,999	-1.723,78 €	0,236
IG (vs. KG)	0,00 €		0,00 €		456,24 €	0,531
Post (vs. Prä)	716,28 €	0,047				
IG x Post (DiD)	1.330,67 €	0,279				
1. Jahr (vs. Prä)			2.442,86 €	0,076	2.477,58 €	0,065
2. Jahr (vs. Prä)			78,55 €	0,323	113,27 €	0,788
3. Jahr (vs. Prä)			343,69 €	0,271	378,41 €	0,445
4. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	>0,999	34,72 €	0,936
IG x Jahr 1 (DiD)			5.722,88 €	0,248	5.759,30 €	0,260
IG x Jahr 2 (DiD)			-78,55 €	0,323	-42,14 €	0,842
IG x Jahr 3 (DiD)			-321,66 €	0,304	-285,25 €	0,461
IG x Jahr 4 (DiD)			-0,00 €		36,41 €	0,841
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1.793,74 €	0,103
F 30-39 (Affektive Störungen)					-759,23 €	0,370
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					7.427,05 €	0,179
F 45 (Somatoforme Störungen)					86,15 €	0,939
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-2.231,34 €	0,069
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					974,66 €	0,391
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					239,47 €	0,754
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					53,41 €	0,935
R^2		0,012		0,112		0,174

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	-0,00 €		0,00 €		783,98 €	0,680
IG (vs. KG)	204,42 €	0,317	204,42 €	0,322	-109,49 €	0,741
Post (vs. Prä)	805,58 €	0,017				
IG x Post (DiD)	202,25 €	0,785				
1. Jahr (vs. Prä)			1.452,74 €	0,038	1.144,27 €	0,184
2. Jahr (vs. Prä)			547,71 €	0,321	239,24 €	0,705
3. Jahr (vs. Prä)			320,95 €	0,321	12,47 €	0,982
4. Jahr (vs. Prä)			900,93 €	0,161	592,46 €	0,481
IG x Jahr 1 (DiD)			1.225,08 €	0,521	1.528,85 €	0,444
IG x Jahr 2 (DiD)			-638,26 €	0,285	-334,49 €	0,564
IG x Jahr 3 (DiD)			1.327,53 €	0,488	1.631,30 €	0,402
IG x Jahr 4 (DiD)			-1.105,36 €	0,102	-801,59 €	0,233
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					576,59 €	0,335
F 30-39 (Affektive Störungen)					-1.619,15 €	0,333
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.736,18 €	0,289
F 45 (Somatoforme Störungen)					938,97 €	0,521
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-576,58 €	0,157
F 50 (Essstörungen)					2.367,65 €	0,266
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-1.657,70 €	0,275
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1.017,37 €	0,499
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					783,00 €	0,434
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-799,84 €	0,605
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					330,66 €	0,288
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.844,96 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-315,49 €	0,391
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-187,34 €	0,670
R^2		0,007		0,037		0,080

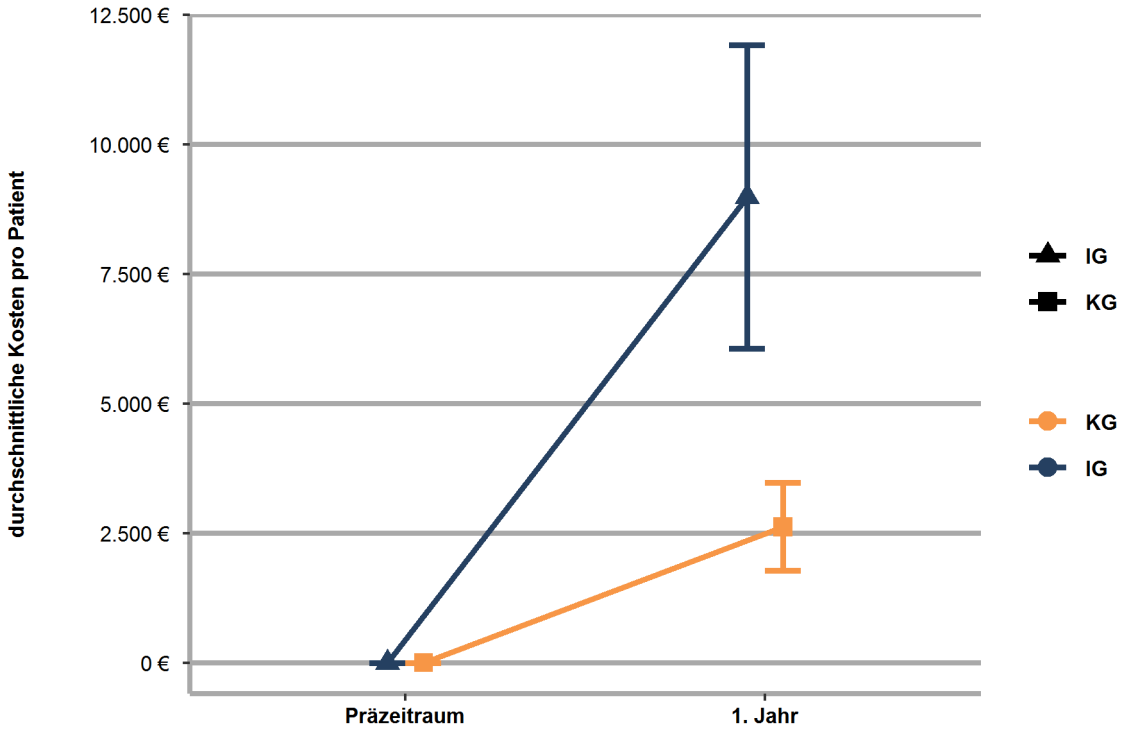
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 183: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	< 10	28	< 10	30
Mittelwert	0,00 €	8.987,20 €	0,00 €	2.622,87 €
Standardabweichung	0 €	19.961 €	0 €	5.797 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	81.189 €	0 €	24.125 €

Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 184: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	< 10	20	< 10	< 10	18	< 10
Mittelwert	0 €	10.324 €	1.118 €	0 €	1.974 €	263 €
Standardabweichung	0 €	21.770 €	5.857 €	0 €	4.681 €	1.790 €
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 €	81.189 €	43.417 €	0 €	20.419 €	15.817 €

Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

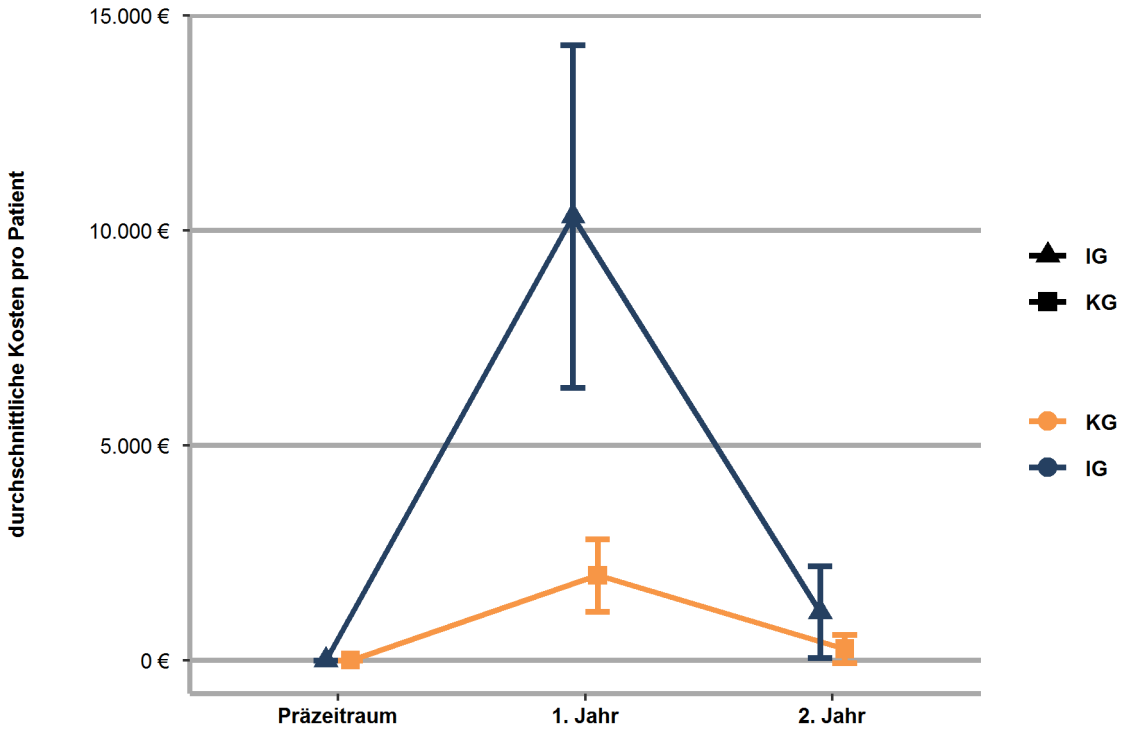


Tabelle 185: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	-0,00 €	>0,999	0,00 €	>0,999	-2.570,12 €	0,109
IG (vs. KG)	-0,00 €	>0,999	0,00 €	>0,999	424,88 €	0,174
Post (vs. Prä)	1.118,55 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	4.602,18 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			1.974,13 €	<0,001	1.752,51 €	0,005
2. Jahr (vs. Prä)			262,97 €	0,182	41,35 €	0,920
IG x Jahr 1 (DiD)			8.349,80 €	<0,001	8.347,94 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			854,55 €	0,210	852,68 €	0,219
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					2.319,95 €	0,005
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-551,92 €	0,547
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-1.835,21 €	0,437
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.065,01 €	0,530
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					4.017,31 €	0,088
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.026,33 €	0,594
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-249,14 €	0,885
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-3.151,03 €	0,006
F 70-79 (Intelligenzstörung)					116,52 €	0,946
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3.774,47 €	0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.360,78 €	0,402
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					283,99 €	0,677
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-298,70 €	0,704
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-295,93 €	0,555
R^2		0,061		0,133		0,167

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

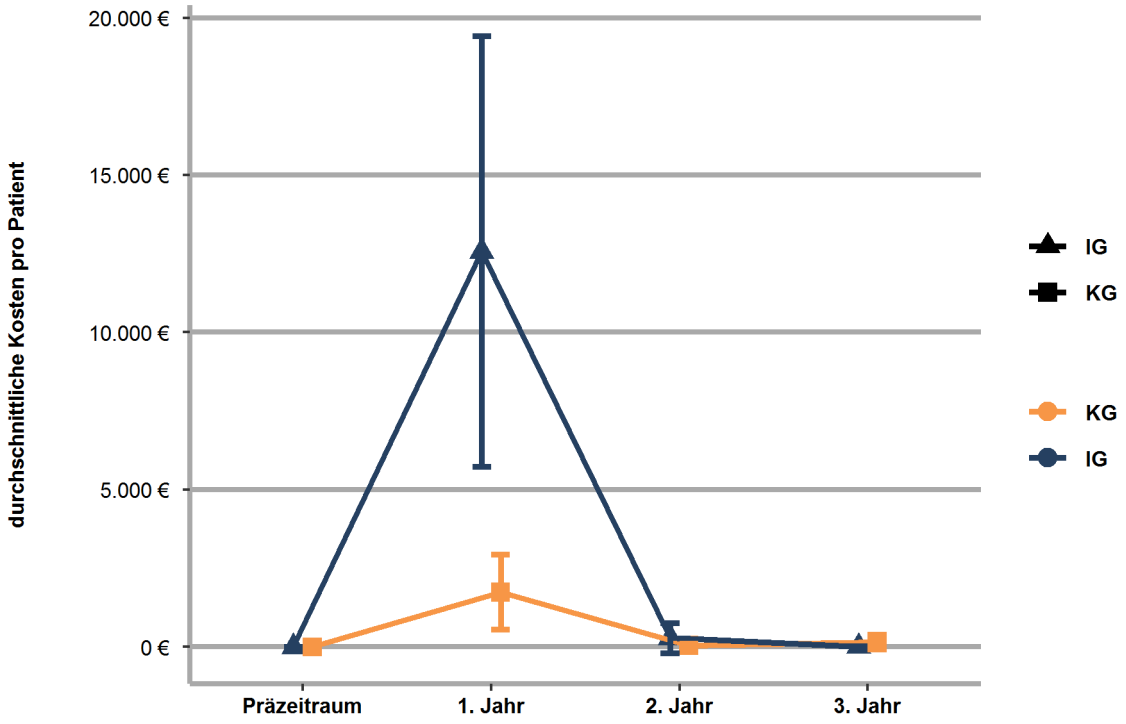
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 186: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	11	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0 €	12.575 €	290 €	12 €	0 €	1.746 €	48 €	160 €
Standardabweichung	0 €	25.953 €	1.813 €	74 €	0 €	4.728 €	250 €	943 €
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 €	1.365,54 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0 €	81.189 €	11.320 €	463 €	0 €	20.106 €	1.571 €	6.163 €

Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

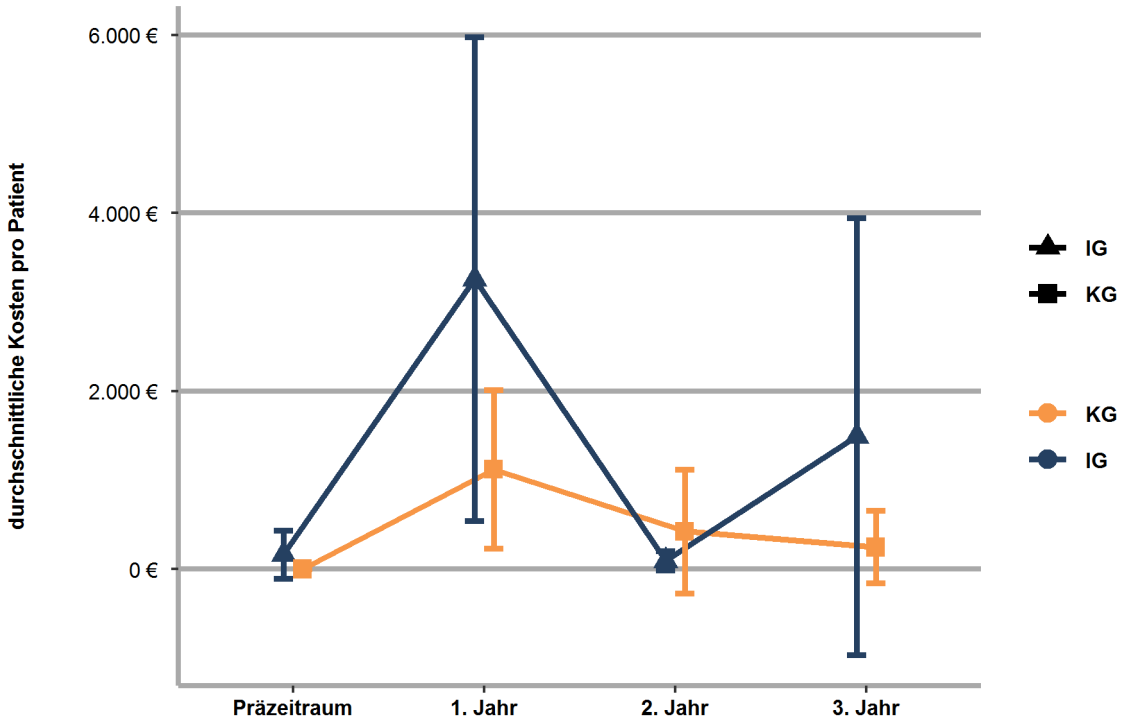


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 187: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	164,67 €	3.258,02 €	91,74 €	1.492,62 €	0,00 €	1.120,69 €	422,52 €	247,59 €
Standardabweichung	988,05 €	9.909,87 €	397,19 €	8.955,73 €	0,00 €	3.210,35 €	2.499,67 €	1.464,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.928 €	47.142 €	2.082 €	53.734 €	0 €	12.082 €	14.788 €	8.666 €

Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz umfassen die Kosten von PIA-Leistungen nach § 118 SGB V, exklusive Zuschläge für Ausgleiche und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 89, Tabelle 91 und Abbildung 49) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,07 € geringere Kosten als die KG mit 16,80 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 627,88 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 199,98 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 206,77 € signifikant (p<0,001) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 218,35 €. In der KG sanken die Kosten auf 102,81 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 189, Tabelle 191) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 480,15 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 471,35 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.010,94 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 637,80 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 364,34 € signifikant (p=0,097) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 698,28 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 462,70 €.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 192) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,57 € niedrigere Kosten als die KG mit 12,76 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 533,90 €. In der KG stiegen die Kosten auf 182,98 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 193, Tabelle 194) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5,10 € weniger Kosten als die KG mit 15,09 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 538,93 €. In der KG stiegen die Kosten auf 187,56 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 361,36,77 € signifikant (p<0,001)

stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 305,27 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 114,65 €.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 195) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5,29 € weniger Kosten als die KG mit 19,55 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 573,19 €. In der KG stiegen die Kosten auf 193,55 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 214,25 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 114,52 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 196) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 454,24 € höhere Kosten als die KG mit 434,00 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 971,61 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 612,45 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 632,52 €. In der KG sanken die Kosten auf 456,85 €.

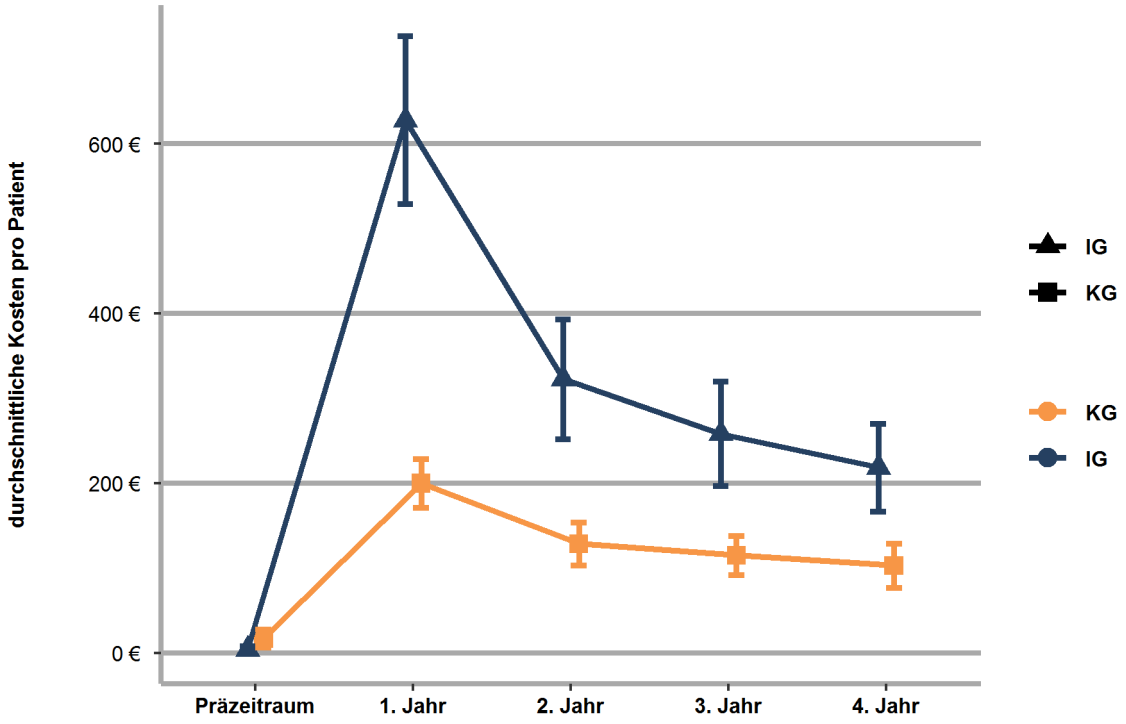
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	< 10	307	150	123	110	13	183	87	81	63
Mittelwert	4,07 €	627,88 €	322,62 €	258,11 €	218,35 €	16,80 €	199,98 €	128,58 €	114,99 €	102,81 €
Standardabweichung	51,66 €	1.434,13 €	1.003,86 €	861,90 €	715,33 €	151,32 €	412,64 €	360,41 €	323,80 €	352,87 €
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 €	78,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	704,43 €	130,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	275,35 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	937 €	13.026 €	14.004 €	12.444 €	7.161 €	2.790 €	4.615 €	3.301 €	2.304 €	3.957 €

Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	545	647	479	420	374	538	587	455	407	382
Mittelwert	480,15 €	1.010,94 €	862,84 €	667,47 €	698,28 €	471,35 €	637,80 €	493,20 €	486,40 €	462,70 €
Standardabweichung	416,19 €	1.435,00 €	2.054,47 €	1.662,82 €	1.672,56 €	433,66 €	536,76 €	523,65 €	550,11 €	553,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	234,81 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	55,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	396,44 €	626,16 €	393,96 €	316,56 €	164,72 €	377,23 €	591,37 €	288,27 €	275,82 €	189,44 €
75%-Perzentil	880,44 €	1.174,05 €	919,75 €	791,40 €	848,44 €	826,05 €	1.101,76 €	1.015,21 €	926,62 €	920,63 €
Maximum	1.246 €	14.858 €	39.307 €	32.145 €	24.442 €	2.366 €	2.227 €	2.227 €	3.454 €	5.519 €

Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

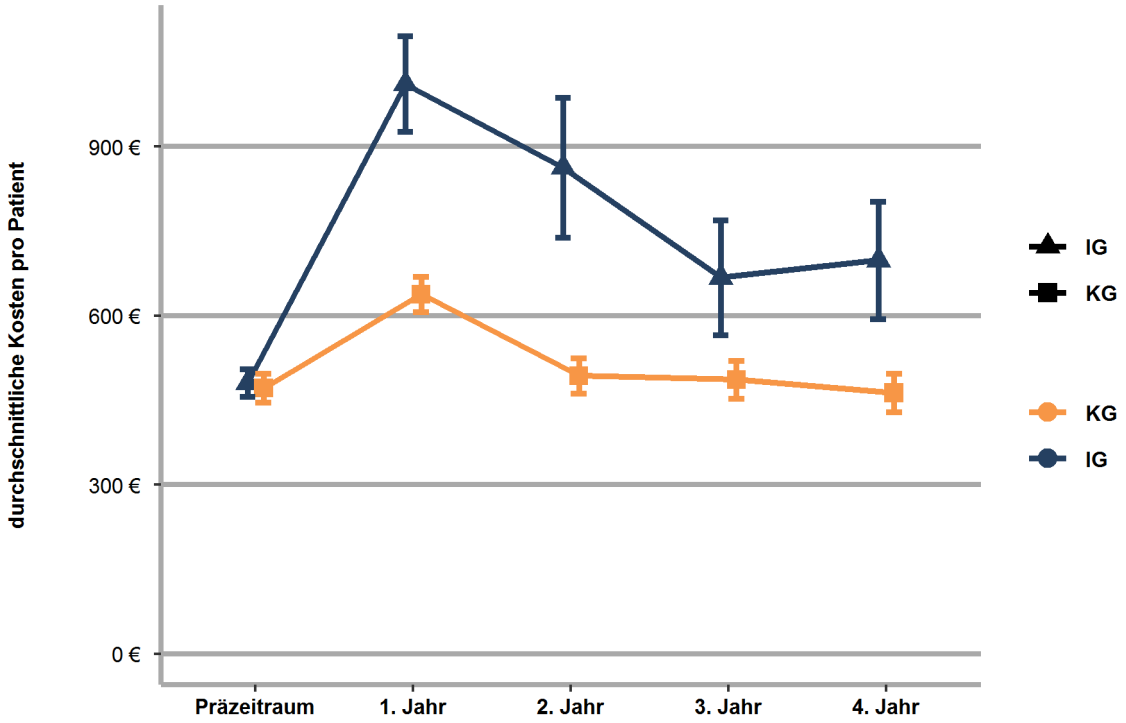


Tabelle 190: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	16,80 €	0,009	16,80 €	0,009	-96,04 €	0,093
IG (vs. KG)	-12,73 €	0,059	-12,73 €	0,059	-0,37 €	0,960
Post (vs. Prä)	121,13 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	237,27 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			183,18 €	<0,001	203,63 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			111,78 €	<0,001	132,30 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			98,18 €	<0,001	117,16 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			86,01 €	<0,001	105,29 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			440,63 €	<0,001	429,44 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			206,77 €	<0,001	195,48 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			155,85 €	<0,001	145,58 €	<0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			128,27 €	<0,001	117,77 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					72,09 €	0,013
Alter (48-64 J. vs. U30)					121,31 €	0,004
Alter (Ü64 vs. U30)					52,92 €	0,156
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					30,68 €	0,271
F 00 (Demenz)					217,99 €	0,010
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-39,52 €	0,549
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					20,27 €	0,942
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-54,31 €	0,537
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-264,76 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-89,20 €	0,020
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					210,57 €	0,011
F 30-39 (Affektive Störungen)					42,34 €	0,316
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-39,90 €	0,276
F 45 (Somatoforme Störungen)					-21,05 €	0,742
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-32,58 €	0,507
F 50 (Essstörungen)					-175,37 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-82,32 €	0,046
F 70-79 (Intelligenzstörung)					390,33 €	0,024
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					250,55 €	0,144
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					203,17 €	0,173
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,99 €	0,262
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					312,05 €	0,251
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					540,96 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,11 €	0,809
R^2		0,037		0,059		0,084

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 191: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	471,35 €	<0,001	471,35 €	<0,001	-212,87 €	<0,001
IG (vs. KG)	8,79 €	0,683	8,79 €	0,683	8,93 €	0,578
Post (vs. Prä)	50,83 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	284,38 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			166,45 €	<0,001	520,64 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			21,85 €	0,193	374,41 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			15,05 €	0,409	366,43 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-8,66 €	0,653	341,79 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			364,34 €	<0,001	368,17 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			360,84 €	<0,001	364,61 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			172,28 €	0,008	176,39 €	0,006
IG x Jahr 4 (DiD)			226,79 €	<0,001	231,79 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					156,61 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					303,51 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					201,14 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					44,08 €	0,368
F 00 (Demenz)					0,76 €	0,991
F 01 (Vaskuläre Demenz)					54,19 €	0,475
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					54,92 €	0,725
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-41,32 €	0,708
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-93,36 €	0,190
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-132,53 €	0,023
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					313,68 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					107,52 €	0,011
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					50,48 €	0,408
F 45 (Somatoforme Störungen)					-125,94 €	0,052
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-67,96 €	0,569
F 50 (Essstörungen)					-209,92 €	0,085
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					105,97 €	0,082
F 70-79 (Intelligenzstörung)					22,22 €	0,868
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					175,02 €	0,603
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					145,98 €	0,147
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-84,39 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,13 €	0,813
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					555,88 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,19 €	0,922
R^2		0,017		0,024		0,063

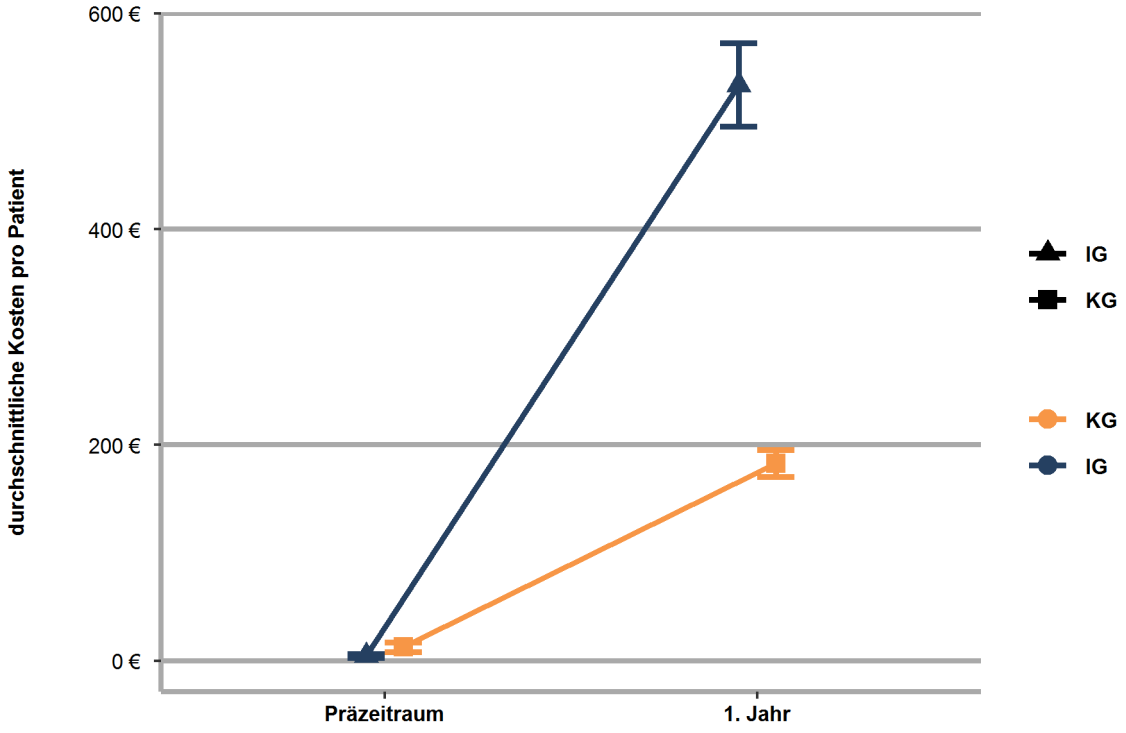
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 192: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	26	1.389	49	819
Mittelwert	4,57 €	533,90 €	12,76 €	182,98 €
Standardabweichung	55,04 €	1.159,73 €	134,67 €	370,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	82,36 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	649,79 €	0,00 €	260,28 €
Maximum	1.573 €	13.850 €	4.443 €	4.615 €

Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	19	994	451	38	591	264
Mittelwert	5,10 €	538,93 €	305,27 €	15,09 €	187,56 €	114,65 €
Standardabweichung	61,35 €	1.170,59 €	1.090,75 €	152,85 €	378,87 €	321,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	79,14 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	667,50 €	79,14 €	0,00 €	271,22 €	0,00 €
Maximum	1.573 €	13.026 €	18.591 €	4.443 €	4.615 €	3.301 €

Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

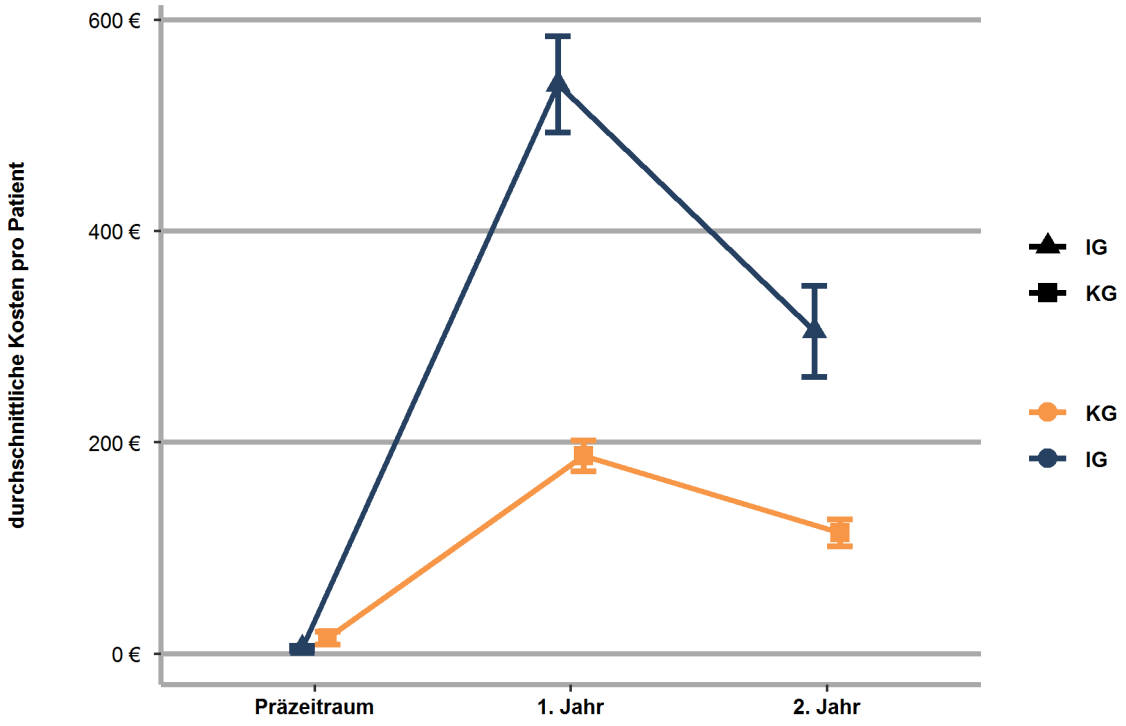


Tabelle 194: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	15,09 €	<0,001	15,09 €	<0,001	-29,42 €	0,315
IG (vs. KG)	-9,99 €	0,010	-9,99 €	0,010	-1,38 €	0,680
Post (vs. Prä)	136,76 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	282,77 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			172,48 €	<0,001	176,41 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			99,56 €	<0,001	104,07 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			361,36 €	<0,001	354,26 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			200,61 €	<0,001	193,65 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					8,29 €	0,717
Alter (48-64 J. vs. U30)					52,35 €	0,063
Alter (Ü64 vs. U30)					42,90 €	0,149
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					12,30 €	0,446
F 00 (Demenz)					51,17 €	0,286
F 01 (Vaskuläre Demenz)					21,88 €	0,678
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-96,84 €	0,391
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-36,55 €	0,336
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-104,20 €	0,017
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-71,56 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					182,83 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					23,00 €	0,219
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					20,06 €	0,346
F 45 (Somatoforme Störungen)					-46,52 €	0,054
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-32,77 €	0,314
F 50 (Essstörungen)					-103,87 €	0,005
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					37,47 €	0,335
F 70-79 (Intelligenzstörung)					174,94 €	0,030
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					141,80 €	0,312
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					25,15 €	0,696
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					20,13 €	0,148
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					183,80 €	0,237
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					561,92 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-12,47 €	0,077
R^2		0,059		0,069		0,085

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

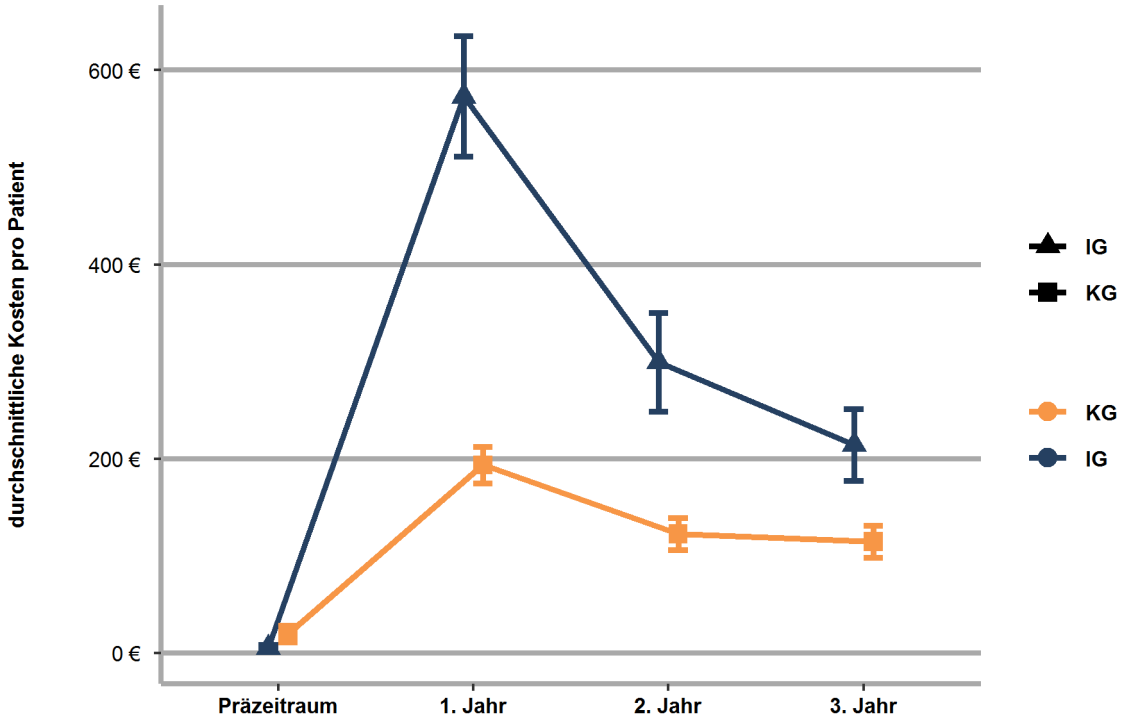
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 195: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	14	644	296	227	27	390	177	154
Mittelwert	5,29 €	573,19 €	299,44 €	214,25 €	19,55 €	193,55 €	122,49 €	114,52 €
Standardabweichung	56,42 €	1.288,87 €	1.033,26 €	749,53 €	182,99 €	391,73 €	340,28 €	331,69 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	79,14 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	688,66 €	79,14 €	0,00 €	0,00 €	275,35 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	937 €	13.026 €	15.978 €	12.444 €	4.443 €	4.615 €	3.301 €	2.551 €

Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

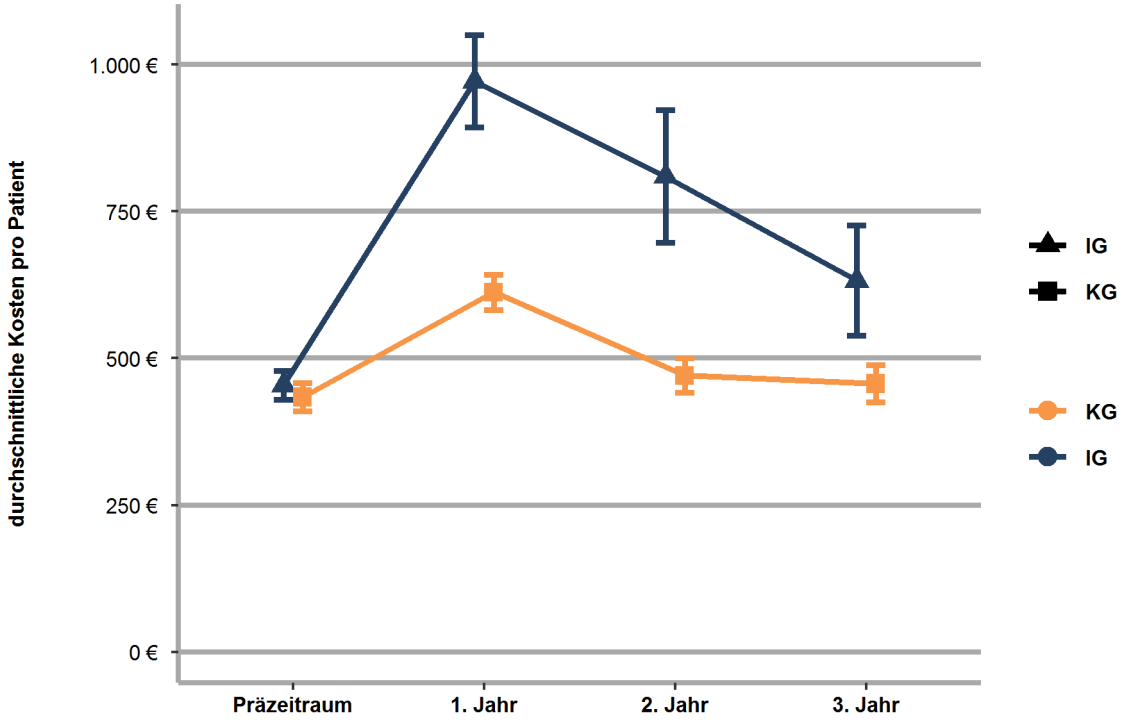


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	561	698	507	445	557	631	485	427
Mittelwert	454,24 €	971,61 €	809,77 €	632,52 €	434,00 €	612,45 €	470,58 €	456,85 €
Standardabweichung	444,39 €	1.397,20 €	1.970,97 €	1.597,76 €	432,78 €	538,50 €	517,77 €	542,81 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	156,54 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	308,88 €	598,84 €	364,90 €	237,42 €	280,00 €	559,09 €	276,63 €	142,52 €
75%-Perzentil	880,44 €	1.170,36 €	868,17 €	740,30 €	819,54 €	1.101,76 €	920,63 €	898,86 €
Maximum	4.416 €	14.858 €	39.307 €	32.145 €	2.366 €	2.227 €	2.227 €	3.454 €

Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U1, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 98, Tabelle 100 und Abbildung 115; Tabelle 198, Tabelle 200).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 201) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 6,91 € niedrigere Kosten als die KG mit 34,10 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 838,45 €. In der KG stiegen die Kosten auf 458,58 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 202, Tabelle 203) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,75 € geringere Kosten als die KG mit 43,79 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 778,13 €. In der KG stiegen die Kosten auf 417,56 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 393,61 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 356,40 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 111,72 €.

U4: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U4, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 204; Tabelle 205).

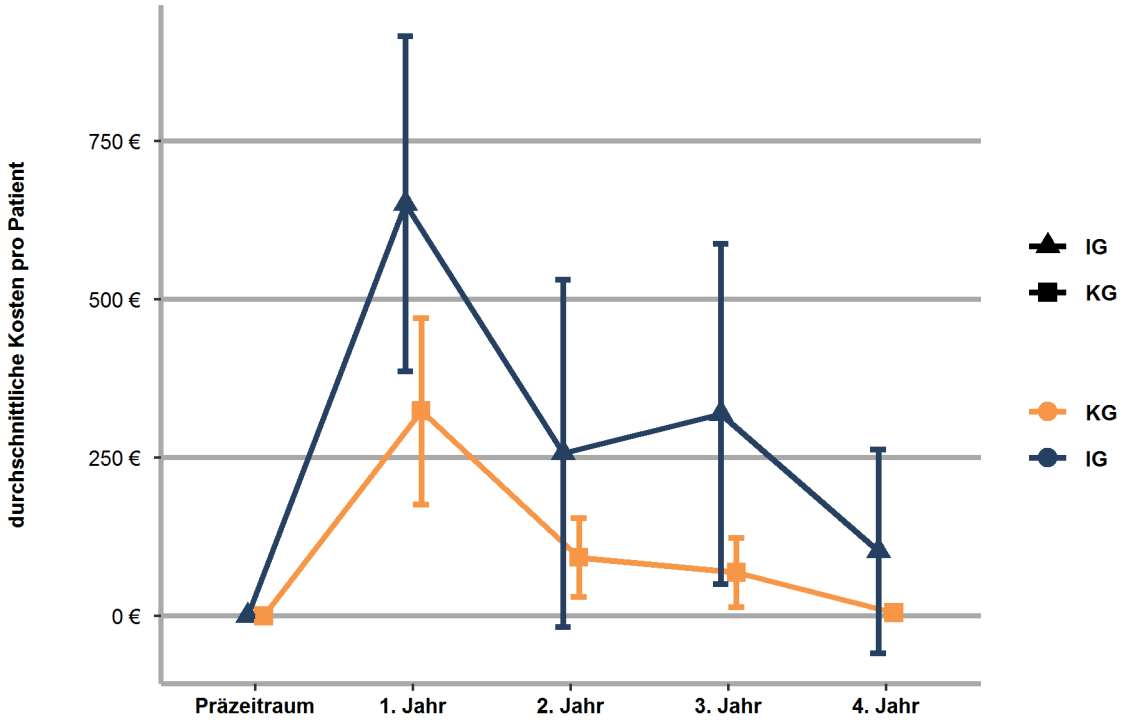
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 197: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	18	< 10	< 10	< 10	< 10	15	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	650,71 €	256,91 €	319,02 €	102,28 €	0,00 €	323,27 €	92,29 €	68,27 €	4,56 €
Standardabweichung	0,00 €	737,06 €	763,96 €	747,54 €	448,26 €	0,00 €	400,58 €	168,00 €	148,74 €	20,39 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	173,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	50,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	529,82 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	139,69 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	654,88 €	101,82 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	420,21 €	70,94 €	16,90 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	3.178,16 €	3.447,12 €	2.831,30 €	2.056,74 €	0,00 €	1.261,52 €	476,51 €	550,70 €	91,18 €

Abbildung 115: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 198: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	26	28	15	10	< 10	22	26	10	< 10	< 10
Mittelwert	437,56 €	608,26 €	346,77 €	262,05 €	210,31 €	427,80 €	433,08 €	151,32 €	92,96 €	13,43 €
Standardabweichung	300,86 €	394,97 €	449,82 €	388,53 €	526,49 €	344,98 €	375,14 €	254,67 €	210,89 €	41,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	202,78 €	308,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	225,15 €	128,19 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	377,94 €	519,96 €	134,92 €	0,00 €	0,00 €	379,65 €	298,48 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	668,30 €	953,26 €	630,93 €	613,34 €	0,00 €	673,84 €	632,66 €	295,96 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	986,28 €	1.492,94 €	1.355,01 €	1.012,62 €	2.533,40 €	1.182,96 €	1.478,70 €	887,22 €	704,51 €	181,29 €

Abbildung 116: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

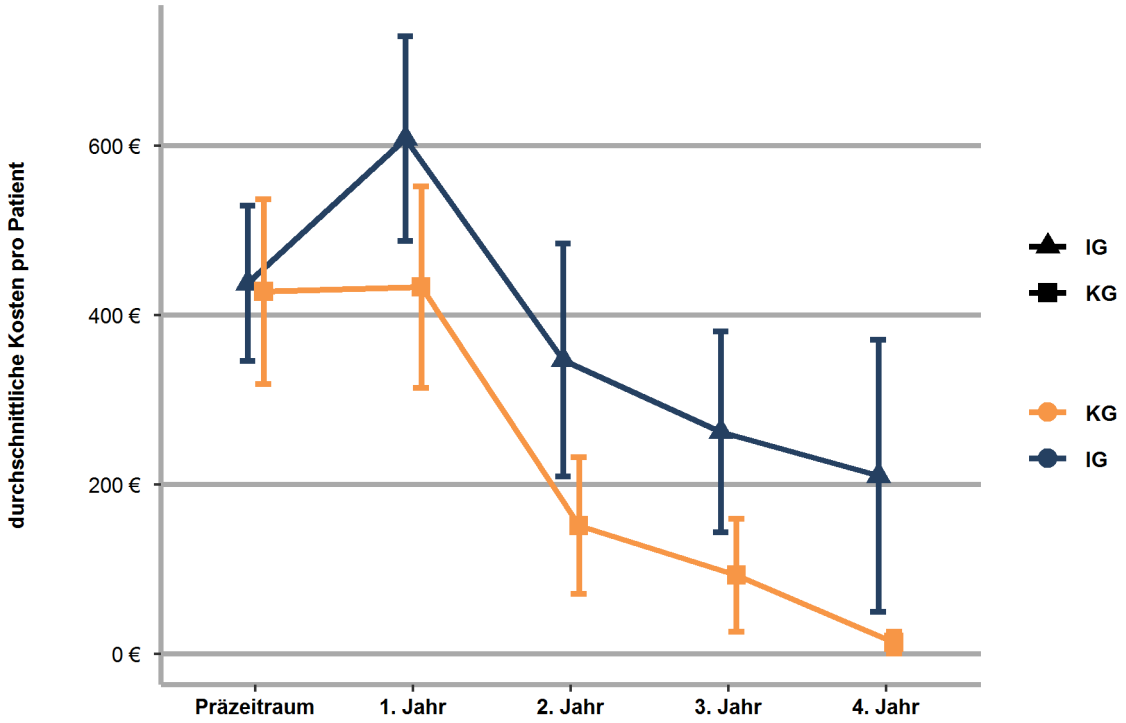


Tabelle 199: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	-0,00 €	0,491	-0,00 €	>0,999	109,49 €	0,329
IG (vs. KG)	0,00 €	0,334	0,00 €		10,05 €	0,787
Post (vs. Prä)	122,10 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	210,13 €	0,122				
1. Jahr (vs. Prä)			323,27 €	<0,001	305,57 €	0,002
2. Jahr (vs. Prä)			92,29 €	0,016	74,60 €	0,146
3. Jahr (vs. Prä)			68,27 €	0,043	50,58 €	0,345
4. Jahr (vs. Prä)			4,56 €	0,323	-13,13 €	0,700
IG x Jahr 1 (DiD)			327,44 €	0,080	327,06 €	0,090
IG x Jahr 2 (DiD)			164,62 €	0,342	164,24 €	0,358
IG x Jahr 3 (DiD)			250,75 €	0,138	250,37 €	0,149
IG x Jahr 4 (DiD)			97,72 €	0,325	97,34 €	0,343
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					110,08 €	0,356
F 30-39 (Affektive Störungen)					-44,55 €	0,427
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-180,39 €	0,477
F 45 (Somatoforme Störungen)					-188,59 €	0,235
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-369,54 €	0,147
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-161,15 €	0,258
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					68,82 €	0,490
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-27,22 €	0,590
R^2		0,071		0,162		0,195

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 200: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	427,80 €	<0,001	427,80 €	<0,001	-151,27 €	0,363
IG (vs. KG)	9,76 €	0,910	9,76 €	0,911	-69,71 €	0,397
Post (vs. Prä)	-255,11 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	174,39 €	0,055				
1. Jahr (vs. Prä)			5,28 €	0,934	410,10 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-276,48 €	<0,001	128,34 €	0,176
3. Jahr (vs. Prä)			-334,84 €	<0,001	69,97 €	0,470
4. Jahr (vs. Prä)			-414,38 €	<0,001	-9,56 €	0,918
IG x Jahr 1 (DiD)			165,42 €	0,086	216,33 €	0,026
IG x Jahr 2 (DiD)			185,69 €	0,109	236,60 €	0,035
IG x Jahr 3 (DiD)			159,33 €	0,138	210,24 €	0,046
IG x Jahr 4 (DiD)			187,12 €	0,128	238,03 €	0,048
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-58,06 €	0,367
F 30-39 (Affektive Störungen)					116,83 €	0,427
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					274,80 €	0,227
F 45 (Somatoforme Störungen)					299,08 €	0,074
F 40-48 (ohne F43 und F45)					352,01 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					314,09 €	0,009
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					202,64 €	0,209
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-99,75 €	0,533
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					160,04 €	0,440
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					199,27 €	0,181
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					27,19 €	0,769
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					170,97 €	0,303
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					485,73 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4,49 €	0,964
R^2		0,073		0,200		0,330

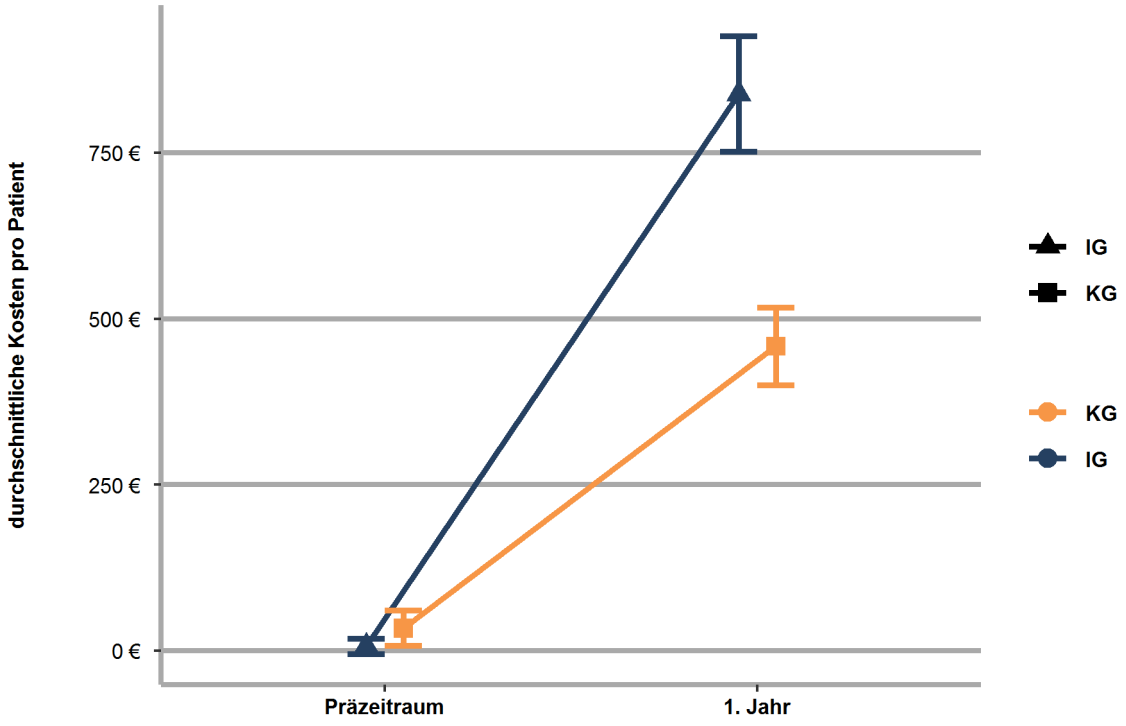
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 201: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	< 10	120	< 10	109
Mittelwert	6,91 €	838,45 €	34,10 €	458,58 €
Standardabweichung	77,59 €	593,21 €	179,45 €	397,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	369,07 €	0,00 €	89,44 €
Median	0,00 €	739,82 €	0,00 €	315,27 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.241,61 €	0,00 €	716,32 €
Maximum	870,90 €	3.178,16 €	1.443,80 €	1.721,63 €

Abbildung 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 202: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	< 10	77	36	< 10	71	19
Mittelwert	10,75 €	778,13 €	356,40 €	43,79 €	417,56 €	111,72 €
Standardabweichung	96,77 €	588,22 €	608,49 €	216,84 €	394,86 €	244,46 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	308,24 €	0,00 €	0,00 €	86,53 €	0,00 €
Median	0,00 €	703,14 €	0,00 €	0,00 €	298,48 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.086,04 €	517,06 €	0,00 €	671,33 €	0,00 €
Maximum	870,90 €	3.178,16 €	3.447,12 €	1.443,80 €	1.721,63 €	1.172,42 €

Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

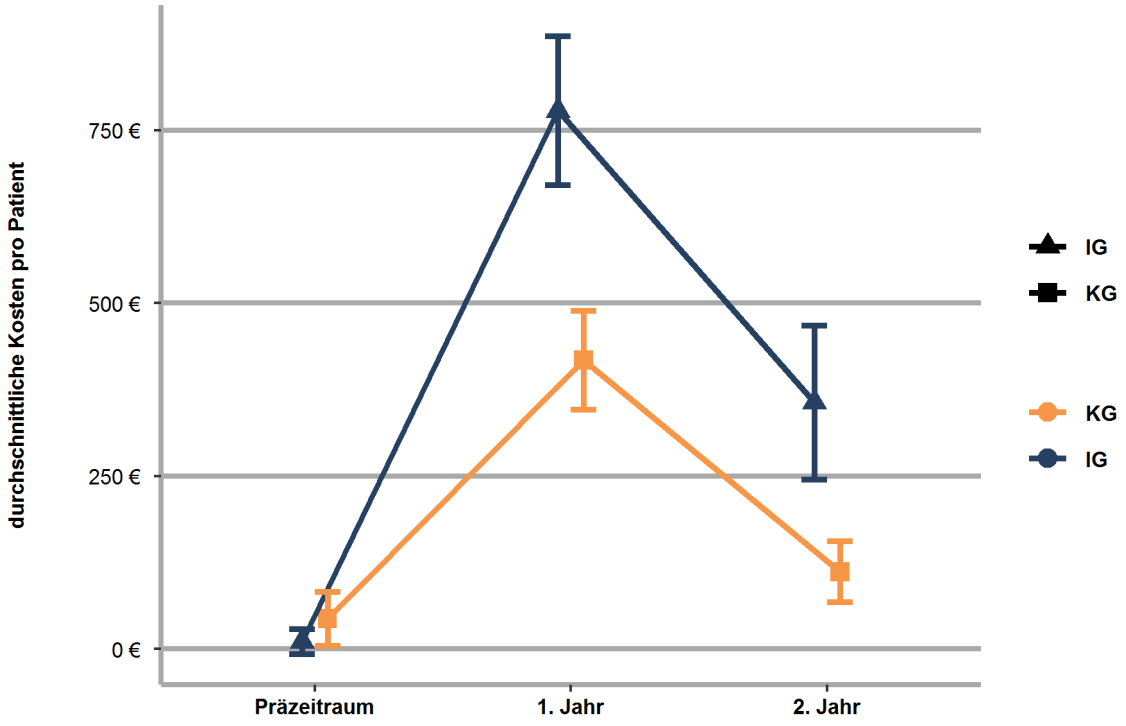


Tabelle 203: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	43,79 €	0,066	43,79 €	0,067	-75,36 €	0,238
IG (vs. KG)	-33,04 €	0,206	-33,04 €	0,207	4,11 €	0,729
Post (vs. Prä)	220,85 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	335,66 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			373,77 €	<0,001	423,08 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			67,93 €	0,028	117,24 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			393,61 €	<0,001	364,12 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			277,71 €	<0,001	248,23 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					60,54 €	0,127
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					38,37 €	0,506
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-90,92 €	0,498
F 30-39 (Affektive Störungen)					46,48 €	0,472
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-23,17 €	0,734
F 45 (Somatoforme Störungen)					7,78 €	0,924
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-64,37 €	0,389
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					111,84 €	0,417
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-153,93 €	0,078
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-232,71 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					47,26 €	0,499
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					106,75 €	0,198
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					869,33 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4,84 €	0,781
R^2		0,209		0,305		0,354

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

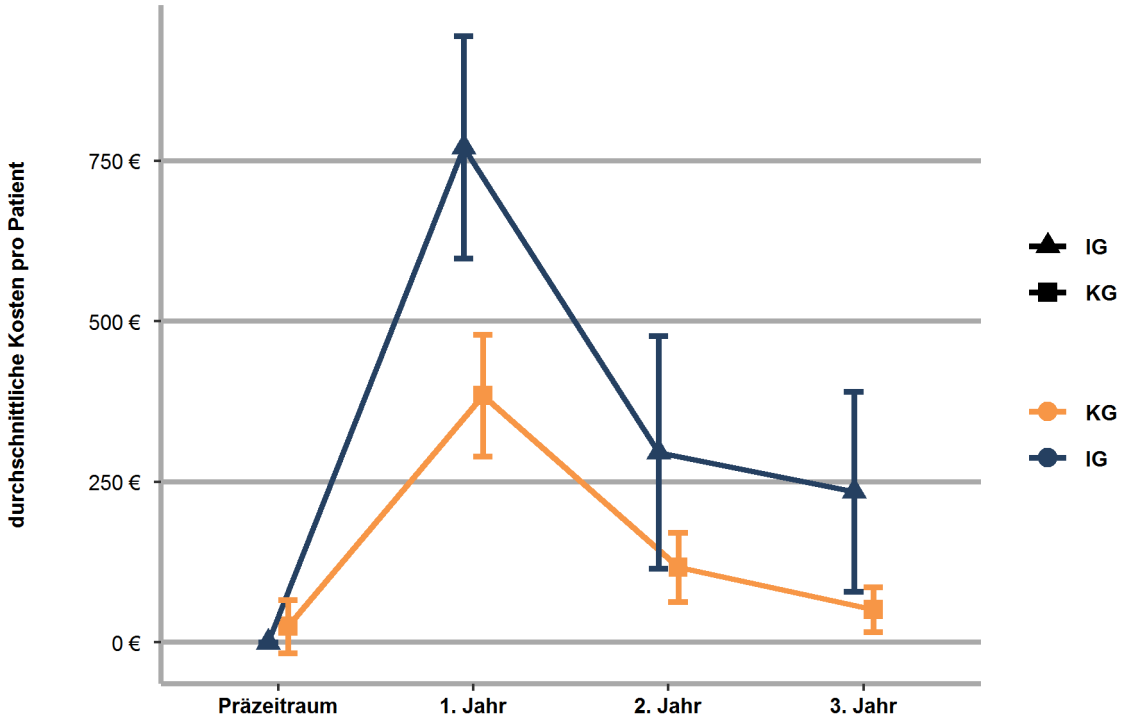
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 204: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	36	13	< 10	< 10	37	12	< 10
Mittelwert	0,00 €	770,88 €	296,18 €	235,12 €	25,08 €	384,69 €	117,14 €	51,27 €
Standardabweichung	0,00 €	656,72 €	688,33 €	590,91 €	164,43 €	377,64 €	215,18 €	139,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	308,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	76,53 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	622,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	295,74 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.041,12 €	261,90 €	0,00 €	0,00 €	625,28 €	175,68 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	3.178,16 €	3.447,12 €	2.831,30 €	1.078,24 €	1.368,00 €	773,76 €	591,48 €

Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

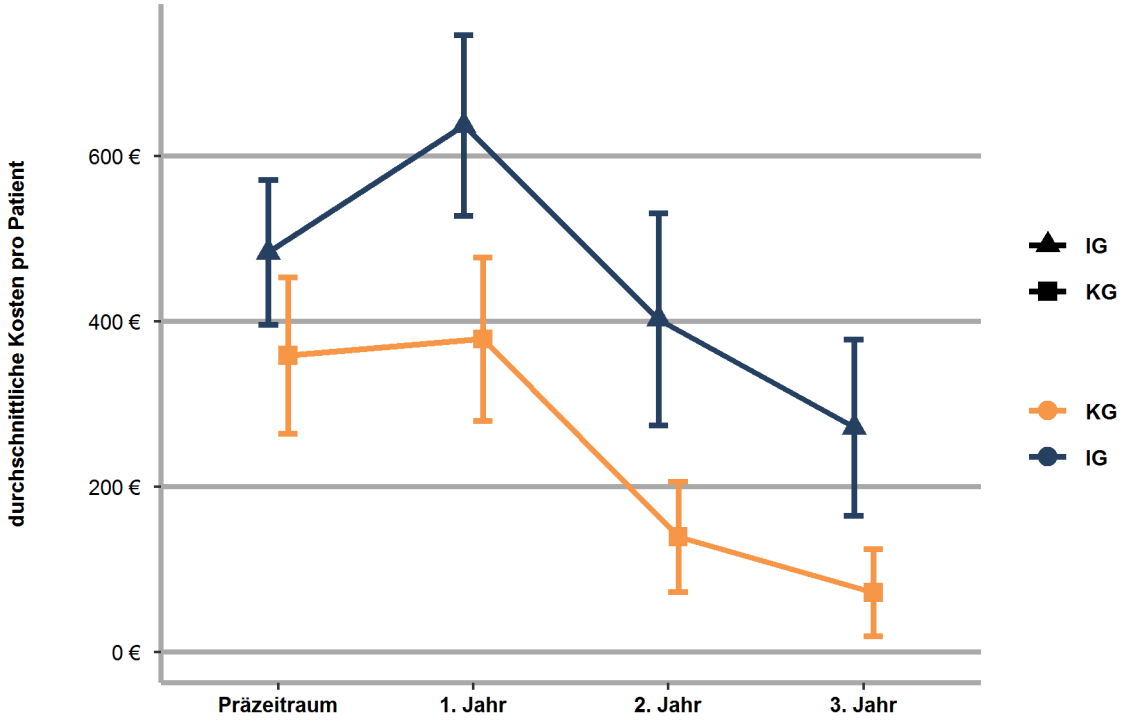


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 205: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	33	35	20	13	26	32	12	< 10
Mittelwert	483,43 €	636,82 €	402,48 €	271,77 €	358,47 €	378,60 €	139,14 €	71,71 €
Standardabweichung	318,70 €	398,43 €	466,89 €	389,18 €	340,06 €	355,98 €	239,67 €	188,63 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	202,78 €	307,17 €	0,00 €	0,00 €	33,80 €	85,46 €	0,00 €	0,00 €
Median	451,22 €	553,95 €	203,88 €	0,00 €	294,19 €	295,74 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	717,81 €	965,79 €	658,78 €	626,43 €	563,75 €	578,31 €	293,05 €	0,00 €
Maximum	1.055,95 €	1.492,94 €	1.355,01 €	1.012,62 €	1.182,96 €	1.478,70 €	887,22 €	704,51 €

Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 206, Tabelle 208) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 34,46 € höhere Kosten als die KG mit 15,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 48,56 €. In der KG stiegen die Kosten auf 32,17 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,44 € nicht signifikant (p=0,904) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,88 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1,68 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 207, Tabelle 209) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 42,32 € höhere Kosten als die KG mit 16,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 37,73 €. In der KG stiegen die Kosten auf 27,98 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 16,16 € nicht signifikant stärker (p=0,269) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 22,29 €. In der KG sanken die Kosten auf 2,73 €.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 210) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 16,23 € höhere Kosten als die KG mit 8,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 20,04 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 13,33 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 211, Tabelle 212) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 21,75 € höhere Kosten als die KG mit 9,82 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten

sich die Kosten in der IG auf 23,59 €. In der KG stiegen die Kosten auf 15,82 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 4,15 € nicht signifikant (p=0,604) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 11,81 €. In der KG sanken die Kosten auf 4,40 €.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 213) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 32,15 € höhere Kosten als die KG mit 11,32 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 28,72 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 20,74 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3,63 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1,86 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 214) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 40,83 € höhere Kosten als die KG mit 15,18 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 37,02 €. In der KG stiegen die Kosten auf 25,32 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1,91 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 4,05 €.

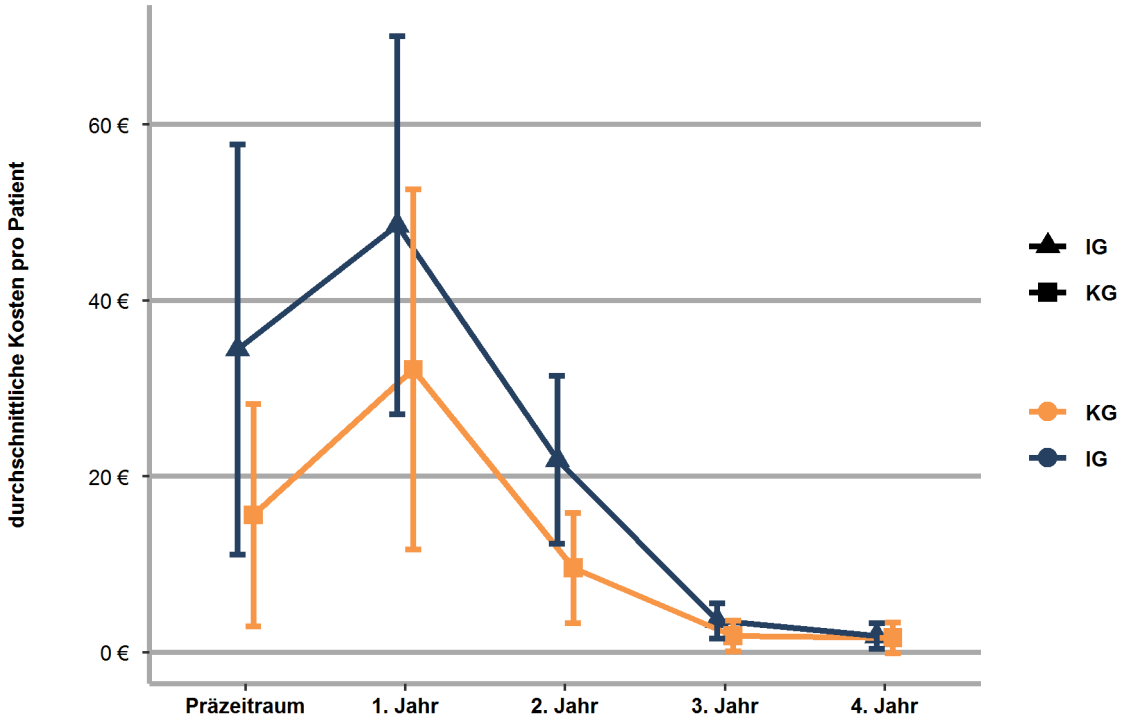
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	17	33	28	20	< 10	< 10	17	15	< 10	< 10
Mittelwert	34,46 €	48,56 €	21,92 €	3,61 €	1,88 €	15,63 €	32,17 €	9,62 €	1,88 €	1,68 €
Standardabweichung	338,86 €	312,26 €	135,74 €	28,00 €	19,93 €	181,96 €	294,73 €	88,19 €	24,17 €	23,69 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.734,03 €	4.219,41 €	1.936,10 €	397,39 €	318,00 €	2.363,31 €	5.029,85 €	1.479,04 €	393,64 €	425,54 €

Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	24	22	25	15	< 10	14	16	11	12	10
Mittelwert	42,32 €	37,73 €	24,96 €	1,37 €	1,74 €	16,41 €	27,98 €	10,57 €	4,47 €	2,73 €
Standardabweichung	334,49 €	333,34 €	230,00 €	11,96 €	22,29 €	168,66 €	239,23 €	106,43 €	46,59 €	30,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.388,68 €	6.461,67 €	4.691,11 €	200,87 €	438,98 €	3.228,60 €	3.177,08 €	1.644,79 €	687,93 €	423,01 €

Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

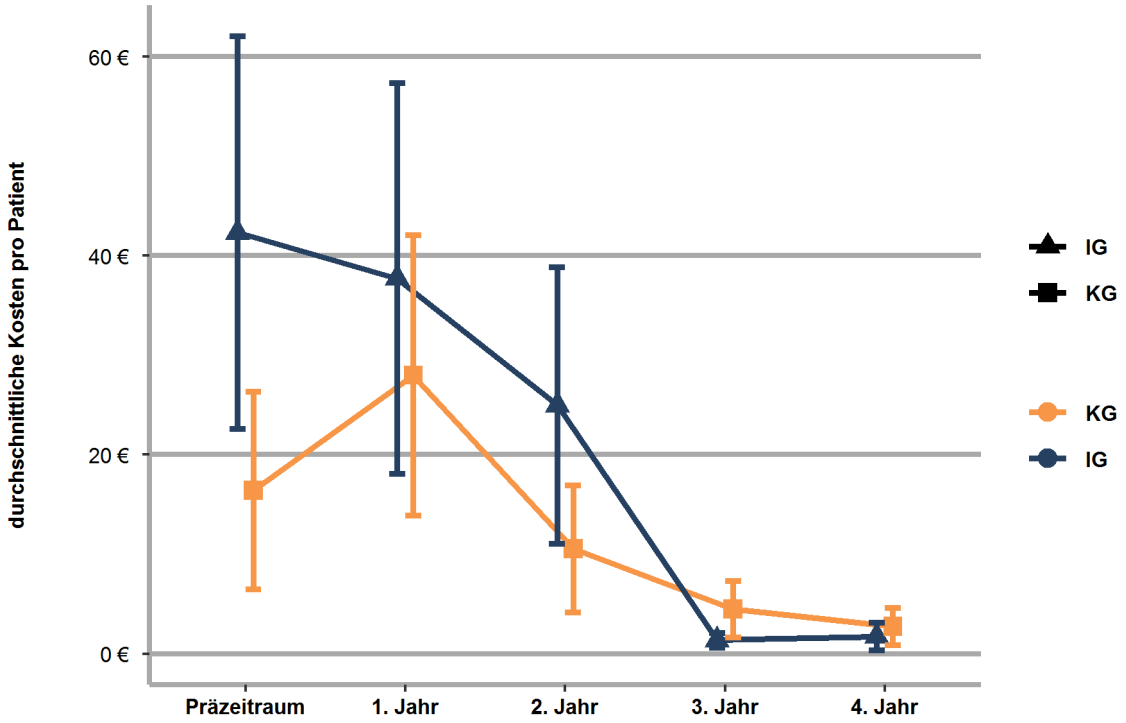


Tabelle 208: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	15,63 €	0,042	15,63 €	0,042	36,59 €	0,133
IG (vs. KG)	18,83 €	0,243	18,83 €	0,243	17,51 €	0,283
Post (vs. Prä)	-3,85 €	0,597				
IG x Post (DiD)	-10,93 €	0,483				
1. Jahr (vs. Prä)			16,54 €	0,165	25,86 €	0,182
2. Jahr (vs. Prä)			-6,00 €	0,442	2,99 €	0,865
3. Jahr (vs. Prä)			-13,75 €	0,075	-5,12 €	0,768
4. Jahr (vs. Prä)			-13,95 €	0,072	-5,73 €	0,742
IG x Jahr 1 (DiD)			-2,44 €	0,904	-2,18 €	0,914
IG x Jahr 2 (DiD)			-6,54 €	0,697	-6,70 €	0,691
IG x Jahr 3 (DiD)			-17,10 €	0,290	-17,27 €	0,288
IG x Jahr 4 (DiD)			-18,63 €	0,250	-18,68 €	0,251
Alter (30-47 J. vs. U30)					-4,87 €	0,689
Alter (48-64 J. vs. U30)					-18,59 €	0,085
Alter (Ü64 vs. U30)					-26,14 €	0,032
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-10,20 €	0,221
F 00 (Demenz)					-11,56 €	0,162
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-13,43 €	0,117
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-5,53 €	0,537
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-14,90 €	0,076
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-22,18 €	0,008
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-17,09 €	0,041
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-18,13 €	0,087
F 30-39 (Affektive Störungen)					-2,77 €	0,740
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					11,48 €	0,314
F 45 (Somatoforme Störungen)					-14,93 €	0,076
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-22,50 €	0,007
F 50 (Essstörungen)					17,08 €	0,680
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-10,95 €	0,301
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-17,05 €	0,103
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-34,17 €	0,003
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-17,09 €	0,021
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,25 €	0,629
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-25,56 €	0,314
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-31,28 €	0,077
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,92 €	0,544
R^2		0,001		0,007		0,014

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	16,41 €	0,007	16,41 €	0,007	20,54 €	0,395
IG (vs. KG)	25,91 €	0,054	25,91 €	0,054	27,24 €	0,043
Post (vs. Prä)	-4,64 €	0,351				
IG x Post (DiD)	-20,60 €	0,100				
1. Jahr (vs. Prä)			11,58 €	0,102	18,26 €	0,312
2. Jahr (vs. Prä)			-5,84 €	0,275	0,15 €	0,993
3. Jahr (vs. Prä)			-11,93 €	0,056	-6,39 €	0,721
4. Jahr (vs. Prä)			-13,68 €	0,025	-8,46 €	0,635
IG x Jahr 1 (DiD)			-16,16 €	0,269	-16,98 €	0,248
IG x Jahr 2 (DiD)			-11,51 €	0,443	-12,65 €	0,402
IG x Jahr 3 (DiD)			-29,02 €	0,032	-30,20 €	0,027
IG x Jahr 4 (DiD)			-26,90 €	0,046	-28,42 €	0,037
Alter (30-47 J. vs. U30)					-3,70 €	0,838
Alter (48-64 J. vs. U30)					-34,63 €	0,039
Alter (Ü64 vs. U30)					-38,12 €	0,031
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					4,11 €	0,525
F 00 (Demenz)					0,46 €	0,966
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1,62 €	0,868
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1,48 €	0,814
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					24,68 €	0,259
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					6,40 €	0,339
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-7,84 €	0,321
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1,40 €	0,916
F 30-39 (Affektive Störungen)					19,48 €	0,068
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					17,85 €	0,194
F 45 (Somatoforme Störungen)					-15,95 €	0,034
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1,70 €	0,925
F 50 (Essstörungen)					8,44 €	0,878
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					23,34 €	0,288
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-7,15 €	0,675
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-44,63 €	0,005
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-24,35 €	0,103
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-17,02 €	0,236
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					14,03 €	0,581
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-9,28 €	0,545
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					21,64 €	0,147
R^2		0,002		0,005		0,018

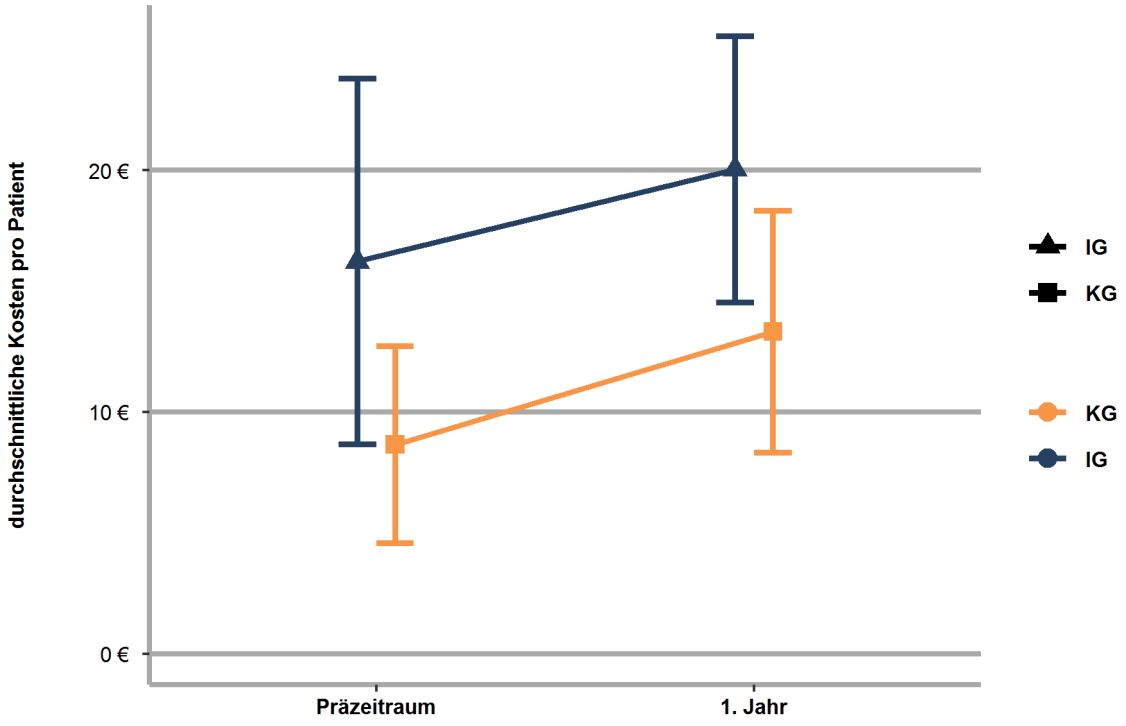
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	53	112	39	70
Mittelwert	16,23 €	20,04 €	8,66 €	13,33 €
Standardabweichung	227,74 €	165,86 €	122,91 €	150,66 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.008,25 €	4.219,41 €	3.759,76 €	5.029,85 €

Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	40	85	77	22	50	35
Mittelwert	21,75 €	23,59 €	11,81 €	9,82 €	15,82 €	4,40 €
Standardabweichung	265,89 €	189,83 €	88,68 €	140,49 €	173,62 €	52,81 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.008,25 €	4.219,41 €	1.936,10 €	3.759,76 €	5.029,85 €	1.479,04 €

Abbildung 124: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

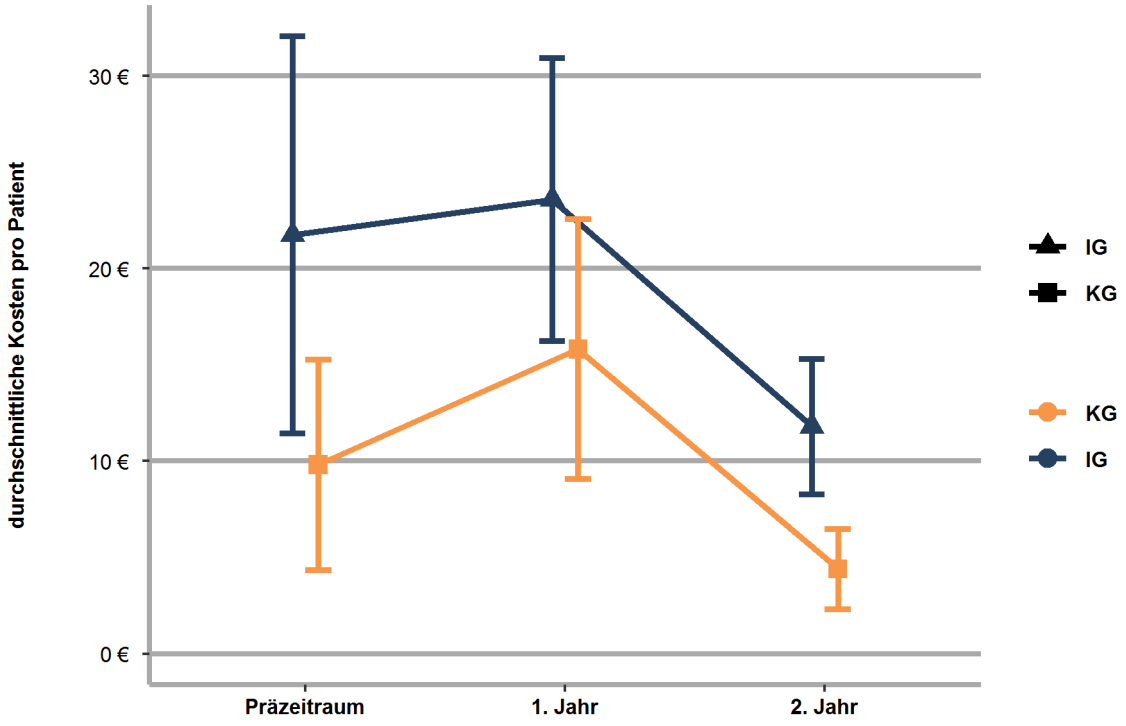


Tabelle 212: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	9,82 €	0,003	9,82 €	0,003	34,89 €	0,033
IG (vs. KG)	11,93 €	0,093	11,93 €	0,093	11,57 €	0,103
Post (vs. Prä)	0,41 €	0,907				
IG x Post (DiD)	-4,33 €	0,550				
1. Jahr (vs. Prä)			6,00 €	0,160	5,38 €	0,632
2. Jahr (vs. Prä)			-5,42 €	0,108	-6,35 €	0,561
IG x Jahr 1 (DiD)			-4,15 €	0,604	-4,06 €	0,613
IG x Jahr 2 (DiD)			-4,52 €	0,537	-4,65 €	0,527
Alter (30-47 J. vs. U30)					-8,93 €	0,228
Alter (48-64 J. vs. U30)					-14,48 €	0,034
Alter (Ü64 vs. U30)					-24,95 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-2,09 €	0,641
F 00 (Demenz)					-10,14 €	0,024
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-10,15 €	0,029
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-7,37 €	0,109
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-9,32 €	0,030
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-13,62 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-15,99 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-14,33 €	0,033
F 30-39 (Affektive Störungen)					-4,75 €	0,342
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,74 €	0,551
F 45 (Somatoforme Störungen)					-13,64 €	0,006
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-12,06 €	0,012
F 50 (Essstörungen)					18,88 €	0,387
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1,68 €	0,873
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-13,51 €	0,016
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-26,16 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-10,63 €	0,203
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,71 €	0,798
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-4,60 €	0,614
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-13,80 €	0,027
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,68 €	0,956
R^2		<0,001		0,002		0,007

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

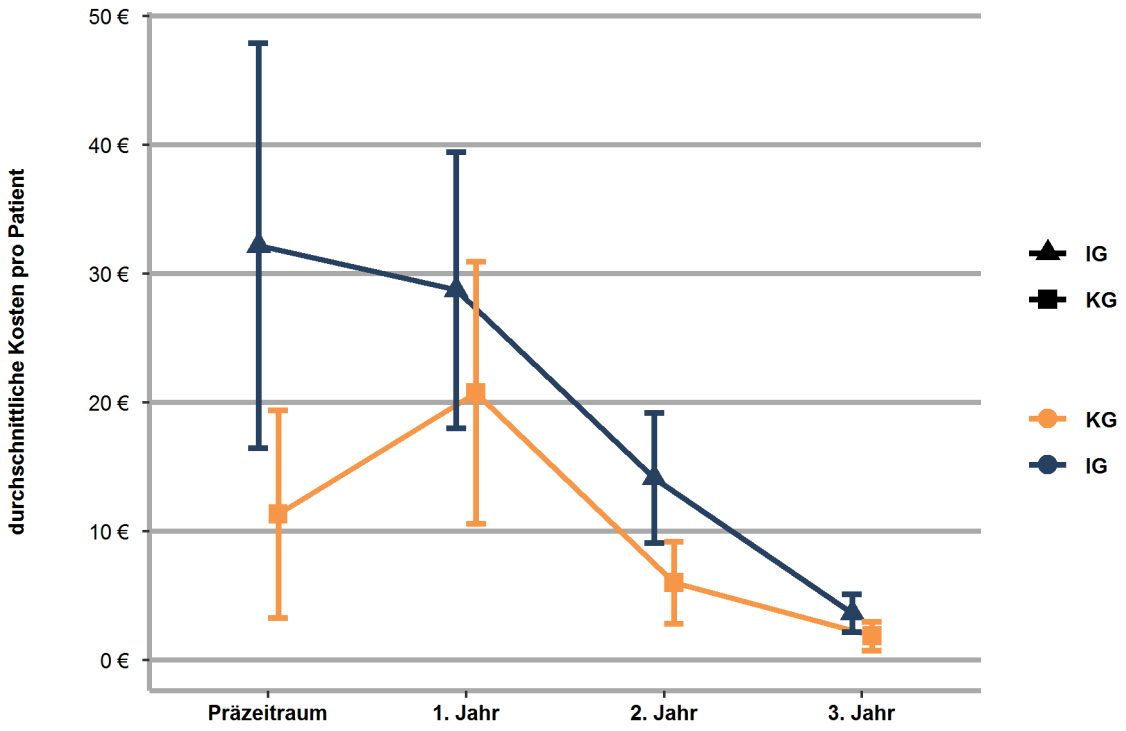
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 213: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	33	56	52	37	10	34	25	18
Mittelwert	32,15 €	28,72 €	14,13 €	3,63 €	11,32 €	20,74 €	6,00 €	1,86 €
Standardabweichung	327,75 €	223,76 €	103,33 €	29,58 €	167,75 €	211,49 €	64,61 €	22,37 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.008,25 €	4.219,41 €	1.936,10 €	417,29 €	3.759,76 €	5.029,85 €	1.479,04 €	393,64 €

Abbildung 125: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

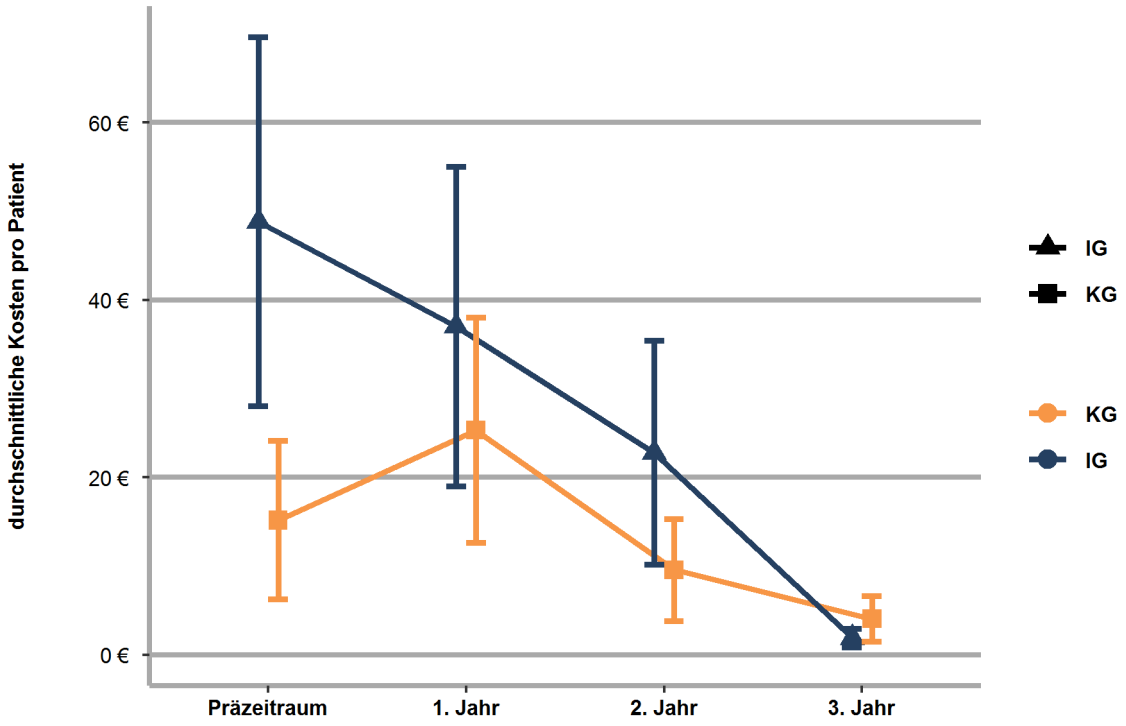


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	29	26	27	17	16	19	12	12
Mittelwert	48,83 €	37,02 €	22,79 €	1,91 €	15,18 €	25,32 €	9,57 €	4,05 €
Standardabweichung	369,97 €	320,81 €	219,19 €	18,04 €	160,25 €	227,05 €	101,23 €	44,35 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.388,68 €	6.461,67 €	4.691,11 €	357,38 €	3.228,60 €	3.177,08 €	1.644,79 €	687,93 €

Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U1, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (Tabelle 215, Tabelle 217; Tabelle 216, Tabelle 218).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 219) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 40,48 € geringere Kosten als die KG mit 155,49 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 30,19 €. In der KG sanken die Kosten auf 147,33 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 220, Tabelle 221) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 62,98 € niedrigere Kosten als die KG mit 167,34 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 43,66 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 95,63 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 52,39 € nicht signifikant (p=0,394) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 50,66 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 35,53 €.

U4: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U4, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 221; Tabelle 221).

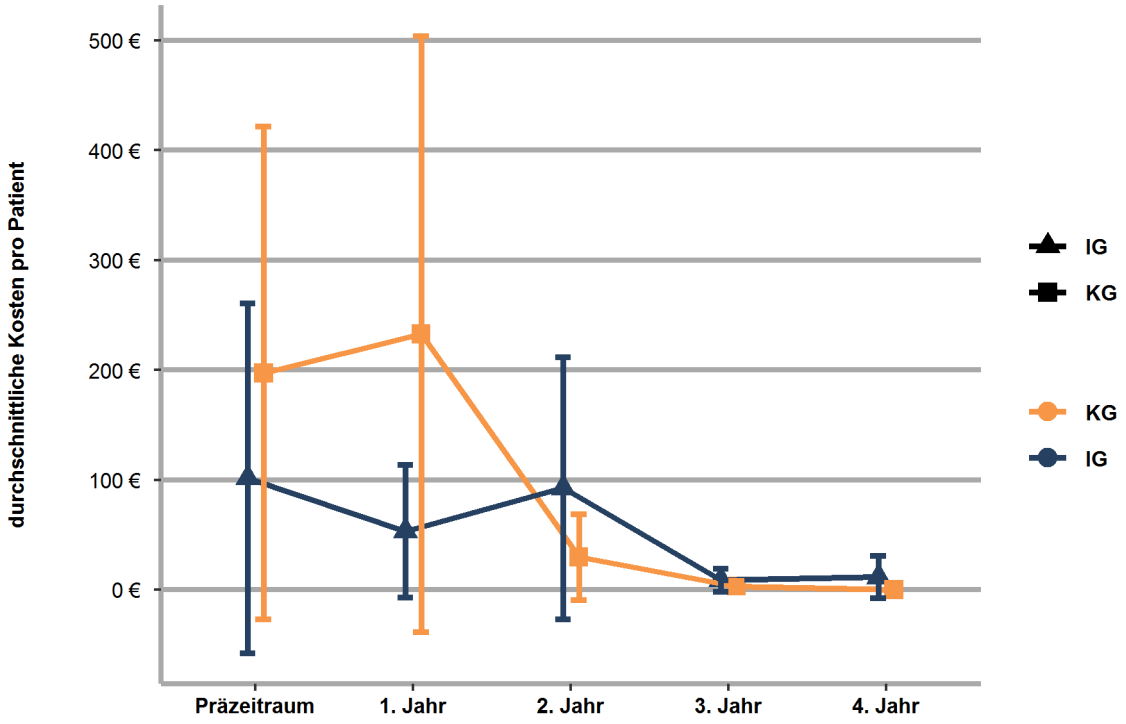
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 215: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	101,58 €	53,31 €	92,48 €	8,73 €	11,57 €	197,24 €	232,57 €	29,63 €	3,07 €	0,00 €
Standardabweichung	443,46 €	168,45 €	332,87 €	29,23 €	53,02 €	609,82 €	737,47 €	106,01 €	13,73 €	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	2.034,73 €	577,06 €	1.488,51 €	122,36 €	242,97 €	2.149,55 €	2.872,07 €	470,99 €	61,42 €	0,00 €

Abbildung 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	143,05 €	84,98 €	45,72 €	80,56 €	65,67 €	372,36 €	166,75 €	70,58 €	49,89 €	27,48 €
Standardabweichung	537,63 €	339,98 €	246,22 €	433,83 €	276,19 €	1.376,30 €	537,80 €	244,25 €	211,08 €	130,94 €
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	2.276,14 €	1.737,00 €	1.325,92 €	2.336,24 €	1.425,32 €	7.126,37 €	2.608,66 €	1.183,55 €	1.092,33 €	679,96 €

Abbildung 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

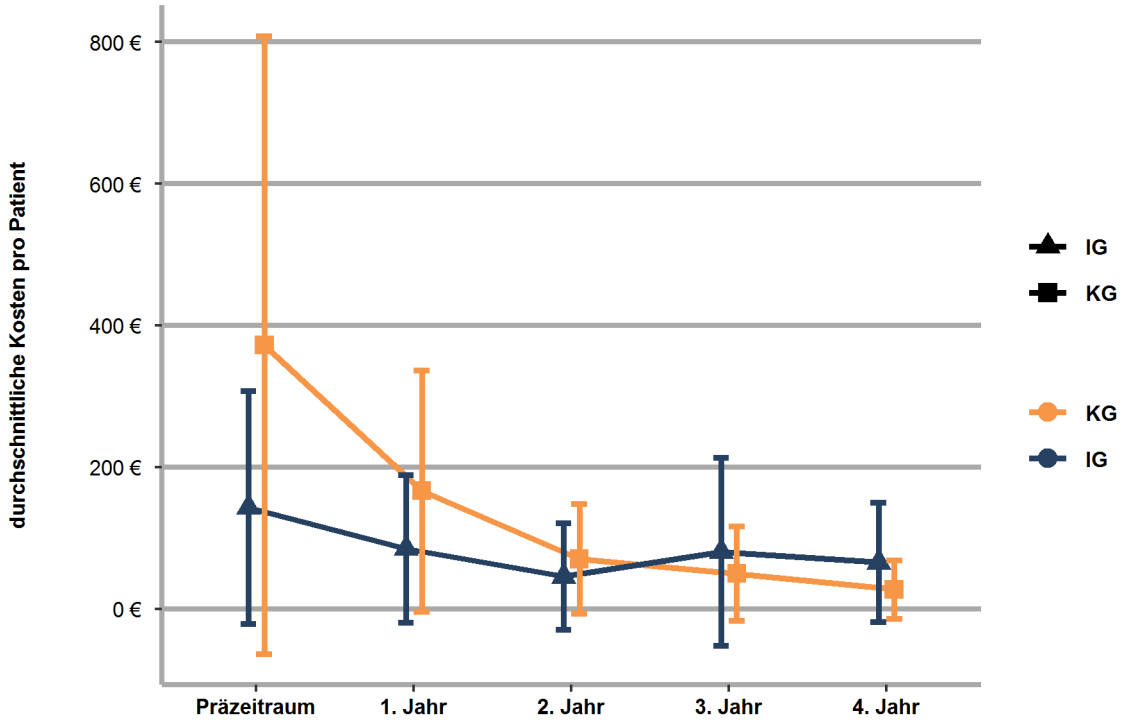


Tabelle 217: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	197,24 €	0,147	197,24 €	0,153	351,20 €	0,120
IG (vs. KG)	-95,66 €	0,566	-95,66 €	0,572	-94,57 €	0,579
Post (vs. Prä)	-130,93 €	0,148				
IG x Post (DiD)	70,87 €	0,602				
1. Jahr (vs. Prä)			35,33 €	0,334	14,46 €	0,887
2. Jahr (vs. Prä)			-167,62 €	0,166	-188,49 €	0,355
3. Jahr (vs. Prä)			-194,17 €	0,153	-215,05 €	0,297
4. Jahr (vs. Prä)			-197,24 €	0,153	-218,12 €	0,297
IG x Jahr 1 (DiD)			-83,61 €	0,456	-103,41 €	0,450
IG x Jahr 2 (DiD)			158,52 €	0,359	138,71 €	0,424
IG x Jahr 3 (DiD)			101,32 €	0,545	81,51 €	0,632
IG x Jahr 4 (DiD)			107,23 €	0,527	87,43 €	0,611
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-104,64 €	0,119
F 30-39 (Affektive Störungen)					-68,55 €	0,332
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					490,95 €	0,176
F 45 (Somatoforme Störungen)					-191,80 €	0,090
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-64,98 €	0,264
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-102,46 €	0,225
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-122,05 €	0,369
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-32,11 €	0,868
R^2		0,016		0,049		0,150

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	372,36 €	0,159	372,36 €	0,164	524,96 €	0,212
IG (vs. KG)	-229,30 €	0,417	-229,30 €	0,422	-282,86 €	0,434
Post (vs. Prä)	-293,68 €	0,251				
IG x Post (DiD)	219,86 €	0,436				
1. Jahr (vs. Prä)			-205,61 €	0,399	-489,06 €	0,142
2. Jahr (vs. Prä)			-301,78 €	0,263	-585,23 €	0,092
3. Jahr (vs. Prä)			-322,47 €	0,229	-605,92 €	0,079
4. Jahr (vs. Prä)			-344,88 €	0,196	-628,33 €	0,068
IG x Jahr 1 (DiD)			147,54 €	0,589	221,59 €	0,522
IG x Jahr 2 (DiD)			204,45 €	0,484	278,50 €	0,450
IG x Jahr 3 (DiD)			259,98 €	0,385	334,03 €	0,369
IG x Jahr 4 (DiD)			267,49 €	0,358	341,54 €	0,350
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-43,74 €	0,657
F 30-39 (Affektive Störungen)					60,34 €	0,582
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					280,19 €	0,129
F 45 (Somatoforme Störungen)					-259,84 €	0,136
F 40-48 (ohne F43 und F45)					6,45 €	0,856
F 50 (Essstörungen)					89,26 €	0,342
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					97,67 €	0,502
F 70-79 (Intelligenzstörung)					544,05 €	0,230
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					338,21 €	0,095
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					95,21 €	0,438
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					558,81 €	0,265
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-370,56 €	0,211
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-114,98 €	0,697
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-470,92 €	0,200
R^2		0,026		0,030		0,175

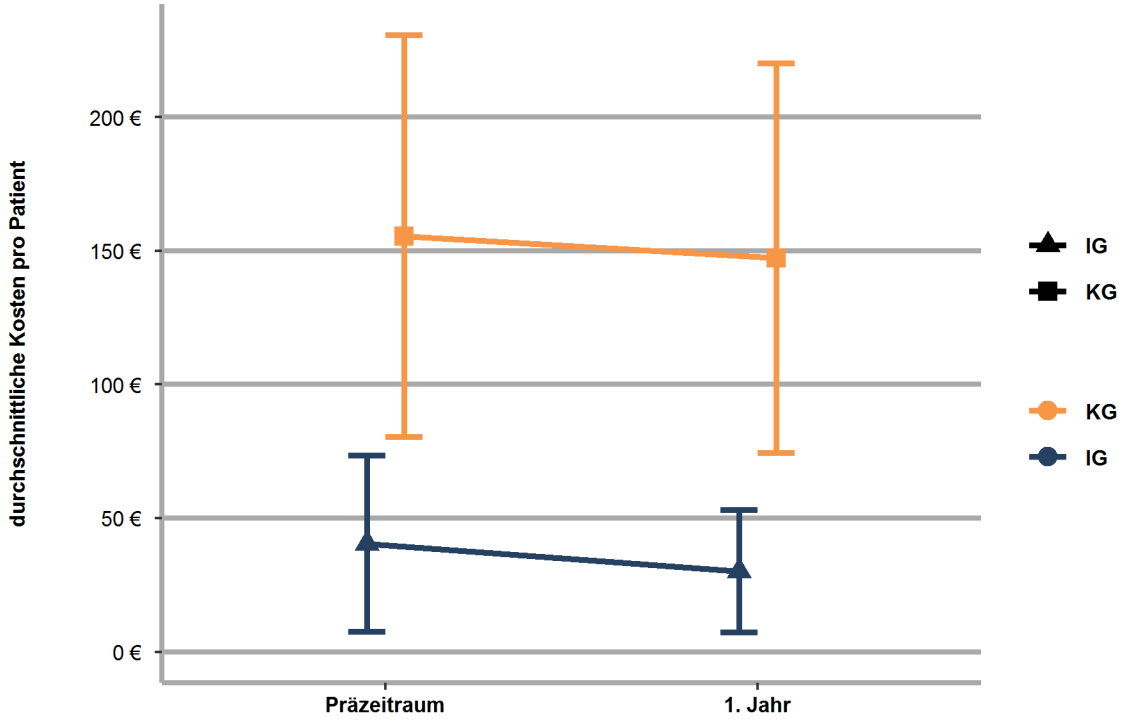
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	< 10	< 10	15	21
Mittelwert	40,48 €	30,19 €	155,49 €	147,33 €
Standardabweichung	225,21 €	155,58 €	512,55 €	497,53 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.034,73 €	1.421,70 €	3.074,99 €	3.406,30 €

Abbildung 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	< 10	< 10	10	10	12	< 10
Mittelwert	62,98 €	43,66 €	50,66 €	167,34 €	95,63 €	35,53 €
Standardabweichung	278,95 €	191,72 €	198,50 €	566,18 €	384,60 €	176,95 €
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	2.034,73 €	1.421,70 €	1.488,51 €	3.074,99 €	2.872,07 €	1.442,85 €

Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

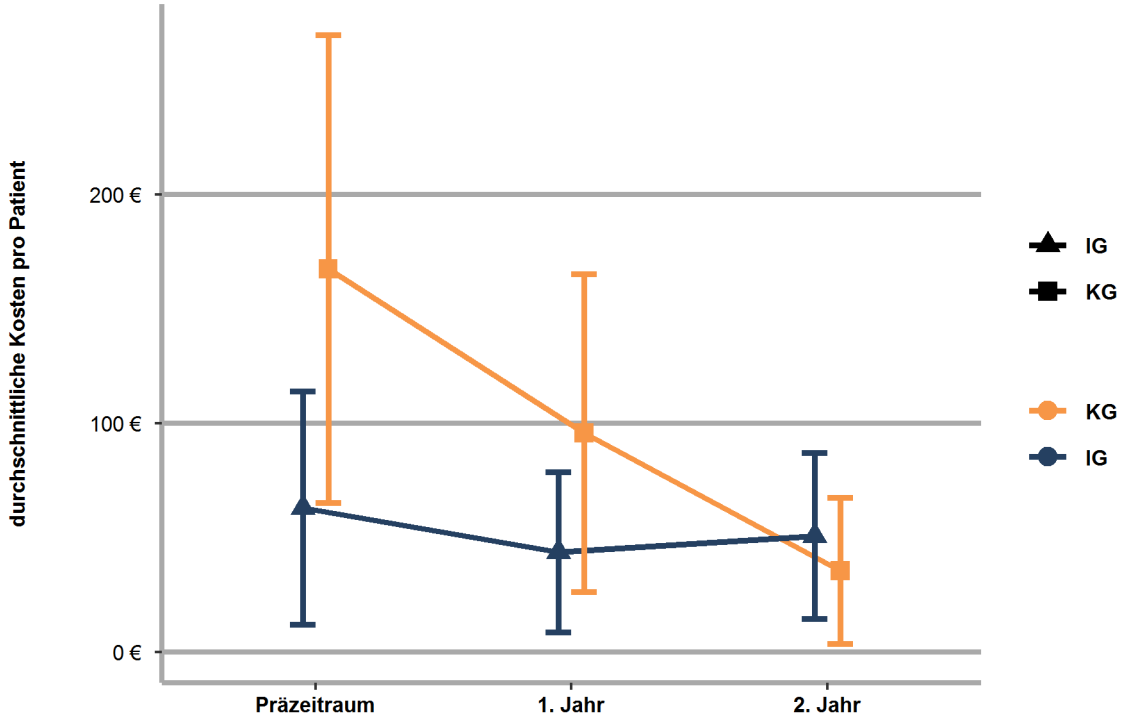


Tabelle 221: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	167,34 €	0,007	167,34 €	0,007	36,06 €	0,636
IG (vs. KG)	-104,36 €	0,134	-104,36 €	0,134	-102,92 €	0,128
Post (vs. Prä)	-101,75 €	0,054				
IG x Post (DiD)	85,94 €	0,166				
1. Jahr (vs. Prä)			-71,71 €	0,172	-55,03 €	0,274
2. Jahr (vs. Prä)			-131,80 €	0,032	-115,13 €	0,126
IG x Jahr 1 (DiD)			52,39 €	0,394	58,35 €	0,374
IG x Jahr 2 (DiD)			119,49 €	0,095	125,45 €	0,093
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-35,97 €	0,258
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-44,29 €	0,128
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					226,79 €	0,012
F 30-39 (Affektive Störungen)					91,17 €	0,224
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					294,06 €	0,032
F 45 (Somatoforme Störungen)					54,61 €	0,439
F 40-48 (ohne F43 und F45)					44,04 €	0,537
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					16,49 €	0,748
F 70-79 (Intelligenzstörung)					158,07 €	0,332
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-13,88 €	0,856
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					108,56 €	0,163
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-109,10 €	0,012
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-148,33 €	0,056
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					37,78 €	0,594
R^2		0,016		0,019		0,086

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

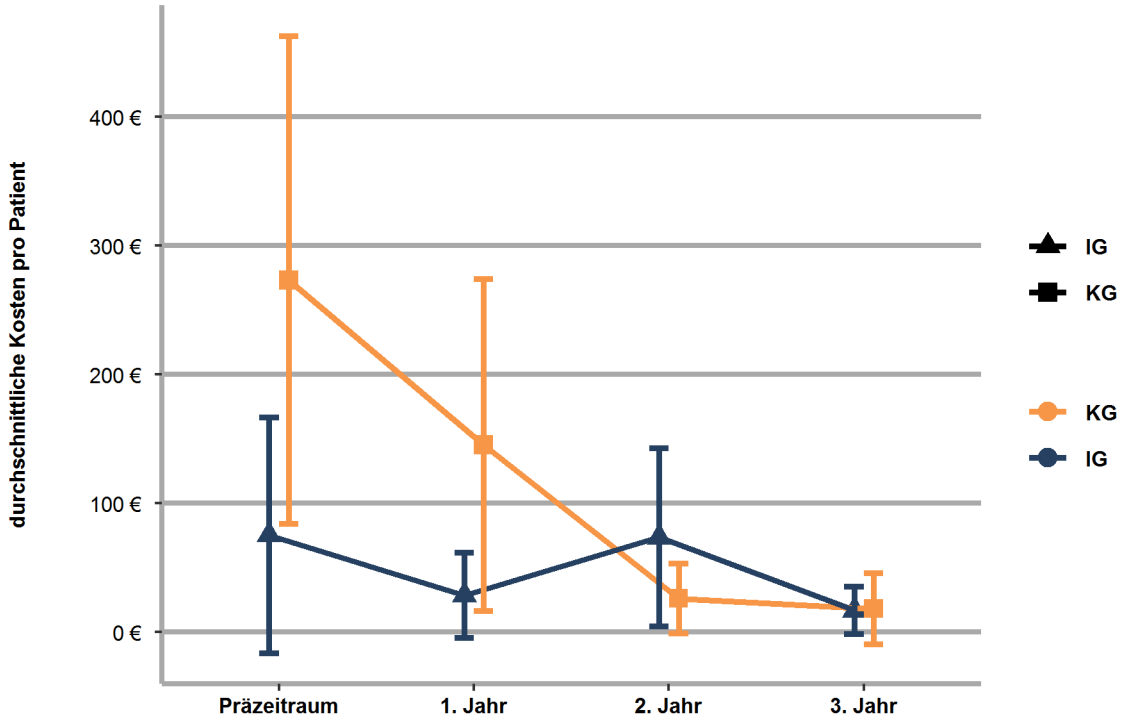
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 222: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	75,33 €	28,70 €	73,63 €	17,03 €	273,46 €	145,51 €	26,19 €	18,30 €
Standardabweichung	347,01 €	125,14 €	262,39 €	69,47 €	754,38 €	514,02 €	107,59 €	110,81 €
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	2.034,73 €	577,06 €	1.488,51 €	417,12 €	3.074,99 €	2.872,07 €	533,48 €	725,48 €

Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

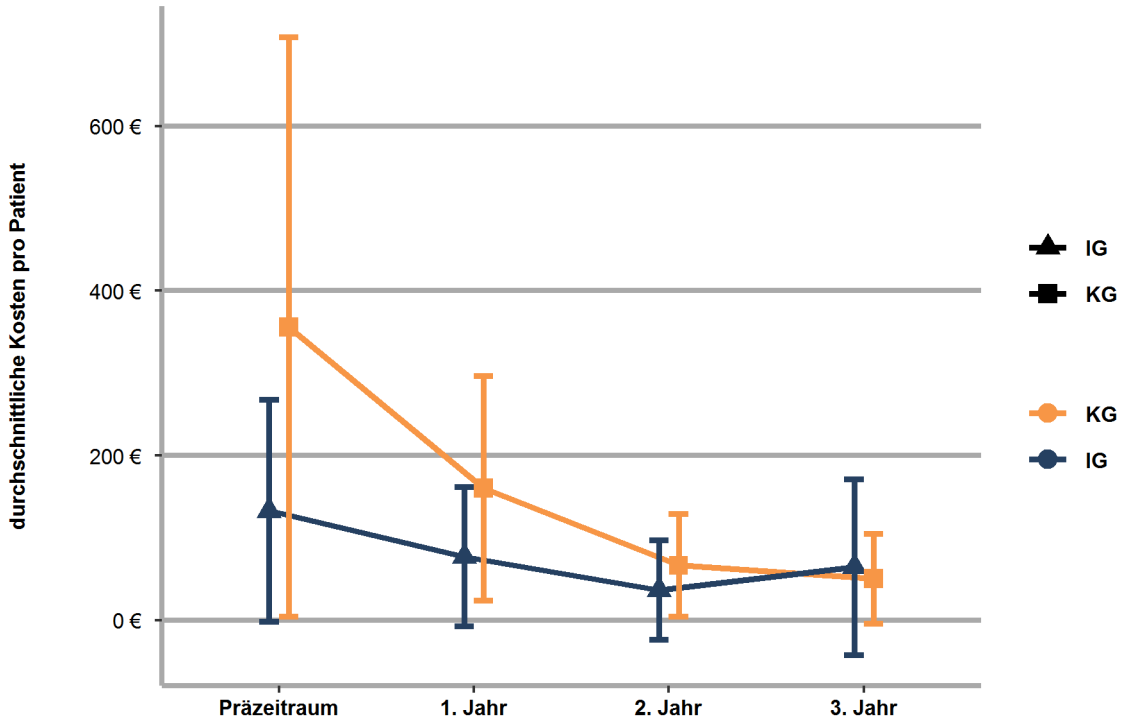


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	132,95 €	77,31 €	36,83 €	64,90 €	356,15 €	160,55 €	66,61 €	50,65 €
Standardabweichung	491,56 €	308,56 €	220,99 €	389,37 €	1.264,54 €	490,02 €	224,37 €	196,82 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.276,14 €	1.737,00 €	1.325,92 €	2.336,24 €	7.126,37 €	2.608,66 €	1.183,55 €	1.092,33 €

Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 224, Tabelle 226) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 339,90 € höhere Kosten als die KG mit 324,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 415,34 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 475,21 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 75,48 € nicht signifikant (p=0,144) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 138,83 €. In der KG sanken die Kosten auf 141,52 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 225, Tabelle 227) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 246,15 € höhere Kosten als die KG mit 215,10 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 253,61 €. In der KG stiegen die Kosten auf 269,15 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 46,59 € nicht signifikant (p=0,091) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 145,36 €. In der KG sanken die Kosten auf 138,84 €.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 228) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 233,18 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 234,48 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 240,18 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 298,93 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 229, Tabelle 230) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 258,59 € weniger Kosten als die KG mit 265,69 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 261,33,28 €. In der KG stiegen die Kosten auf 320,62 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 52,24,48 € signifikant (p=0,015)

schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 160,92 €. In der KG sanken die Kosten auf 188,95 €.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 231) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 300,06 € geringere Kosten als die KG mit 307,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 306,97 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 358,59 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 145,52 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 151,75 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 232) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 245,30 € höhere Kosten als die KG mit 232,09 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 256,14 €. In der KG stiegen die Kosten auf 271,41 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 149,29 €. In der KG sanken die Kosten auf 151,00 €.

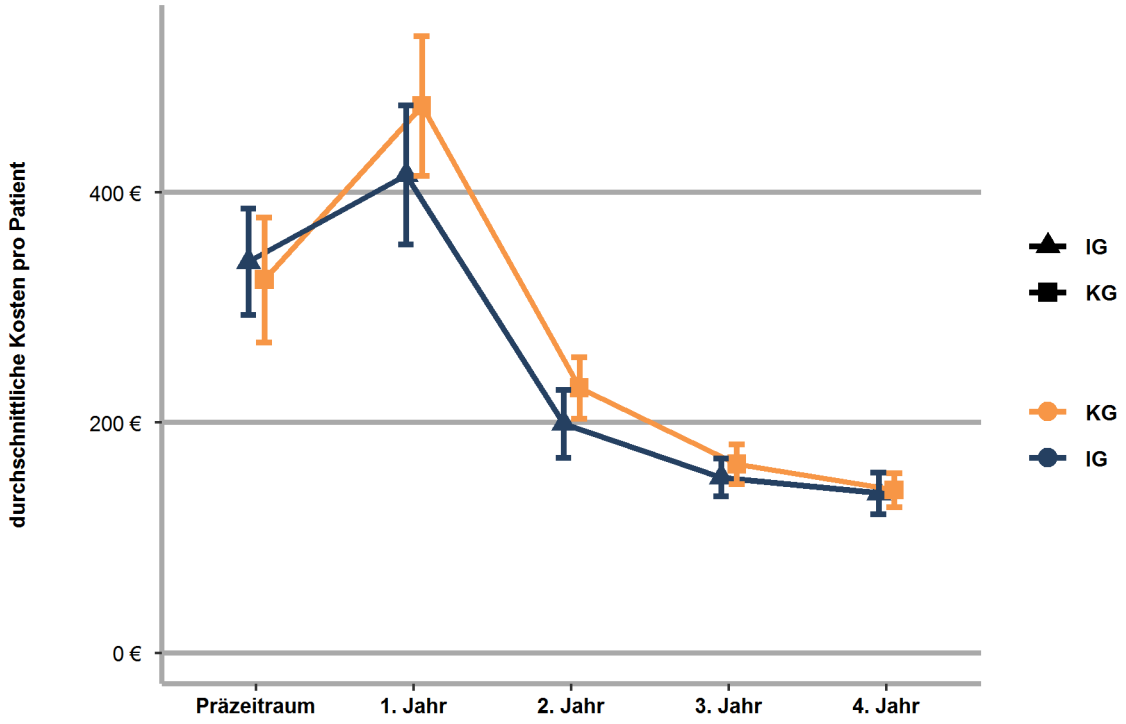
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	500	506	445	414	396	479	516	464	425	420
Mittelwert	339,90 €	415,34 €	199,20 €	152,52 €	138,83 €	324,29 €	475,21 €	230,22 €	163,89 €	141,52 €
Standardabweichung	673,61 €	879,84 €	416,93 €	230,85 €	248,70 €	782,53 €	871,40 €	379,58 €	238,94 €	203,97 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	23,46 €	27,67 €	17,18 €	11,02 €	7,78 €	23,87 €	38,78 €	22,49 €	11,66 €	13,17 €
Median	83,95 €	111,30 €	66,72 €	56,34 €	58,41 €	85,95 €	148,27 €	100,96 €	77,56 €	61,36 €
75%-Perzentil	315,46 €	359,41 €	256,51 €	224,21 €	186,56 €	297,13 €	423,16 €	277,15 €	232,18 €	202,44 €
Maximum	4.509,18 €	9.746,36 €	6.475,17 €	2.646,05 €	3.544,84 €	8.941,21 €	7.453,02 €	3.166,12 €	2.696,35 €	1.996,25 €

Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	643	641	614	593	567	647	657	634	623	603
Mittelwert	246,15 €	253,61 €	192,11 €	142,72 €	145,36 €	215,10 €	269,15 €	194,17 €	139,04 €	138,84 €
Standardabweichung	561,77 €	605,27 €	394,98 €	268,52 €	259,04 €	518,90 €	642,49 €	339,14 €	197,26 €	177,96 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	13,78 €	14,40 €	15,84 €	17,26 €	14,53 €	17,96 €	19,96 €	18,26 €	19,48 €	17,42 €
Median	60,03 €	58,26 €	58,68 €	58,99 €	58,17 €	64,84 €	66,11 €	65,87 €	64,35 €	59,34 €
75%-Perzentil	196,48 €	194,62 €	181,42 €	173,24 €	180,95 €	187,60 €	221,93 €	211,09 €	192,32 €	200,72 €
Maximum	4.167,61 €	5.246,52 €	3.957,76 €	3.124,52 €	3.055,21 €	5.466,90 €	6.065,13 €	3.092,83 €	2.755,09 €	1.180,84 €

Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

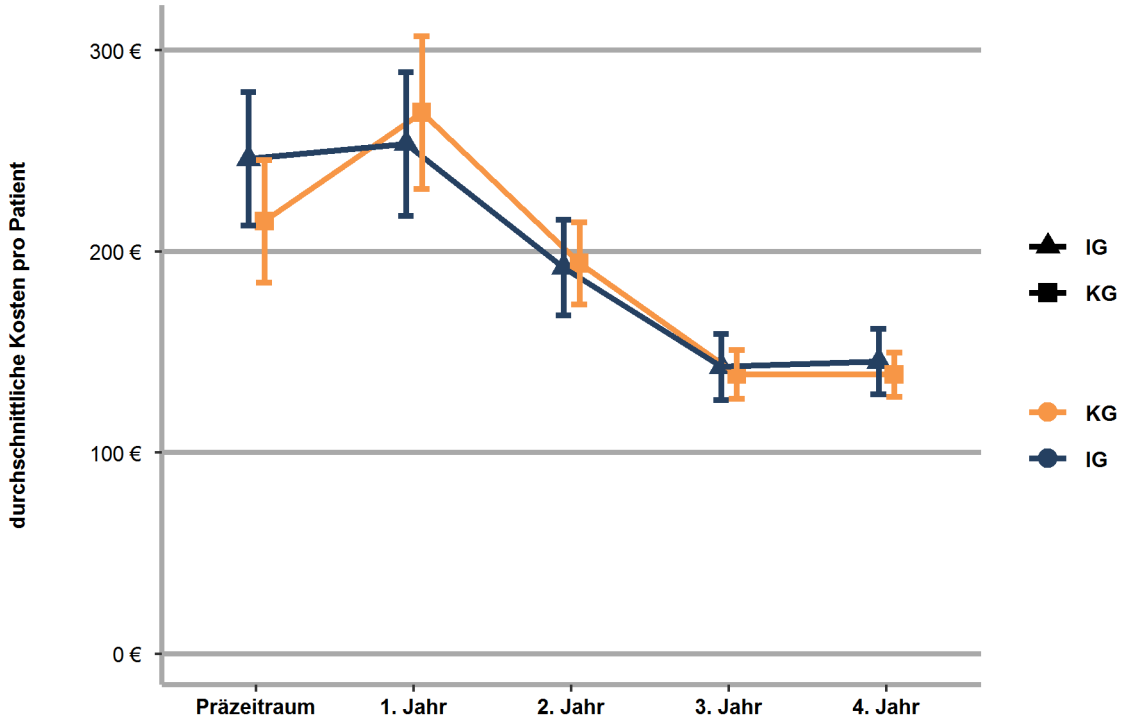


Tabelle 226: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	324,29 €	<0,001	324,29 €	<0,001	-1,16 €	0,981
IG (vs. KG)	15,61 €	0,719	15,61 €	0,719	-1,83 €	0,965
Post (vs. Prä)	-66,88 €	0,025				
IG x Post (DiD)	-42,63 €	0,281				
1. Jahr (vs. Prä)			150,92 €	<0,001	462,11 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-94,07 €	0,005	214,89 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-160,40 €	<0,001	145,85 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-182,77 €	<0,001	121,94 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-75,48 €	0,144	-65,72 €	0,210
IG x Jahr 2 (DiD)			-46,64 €	0,296	-38,56 €	0,391
IG x Jahr 3 (DiD)			-26,98 €	0,520	-18,79 €	0,656
IG x Jahr 4 (DiD)			-18,31 €	0,669	-10,82 €	0,801
Alter (30-47 J. vs. U30)					4,77 €	0,907
Alter (48-64 J. vs. U30)					-23,01 €	0,591
Alter (Ü64 vs. U30)					-107,33 €	0,016
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					40,20 €	0,084
F 00 (Demenz)					-8,65 €	0,797
F 01 (Vaskuläre Demenz)					34,81 €	0,443
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					109,73 €	0,010
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					18,53 €	0,740
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-60,30 €	0,167
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-79,86 €	0,003
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					13,41 €	0,688
F 30-39 (Affektive Störungen)					68,91 €	0,009
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					76,02 €	0,025
F 45 (Somatoforme Störungen)					-35,44 €	0,284
F 40-48 (ohne F43 und F45)					5,82 €	0,946
F 50 (Essstörungen)					293,94 €	0,055
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					18,60 €	0,759
F 70-79 (Intelligenzstörung)					6,87 €	0,915
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-239,64 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					76,67 €	0,569
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					14,88 €	0,827
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					46,30 €	0,789
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-185,65 €	0,022
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					367,15 €	<0,001
R^2		0,004		0,040		0,078

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	215,10 €	<0,001	215,10 €	<0,001	92,97 €	0,029
IG (vs. KG)	31,05 €	0,257	31,05 €	0,257	37,05 €	0,158
Post (vs. Prä)	-27,99 €	0,063				
IG x Post (DiD)	-32,89 €	0,154				
1. Jahr (vs. Prä)			54,05 €	0,006	206,40 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-20,93 €	0,211	128,76 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-76,06 €	<0,001	71,23 €	0,042
4. Jahr (vs. Prä)			-76,26 €	<0,001	69,62 €	0,046
IG x Jahr 1 (DiD)			-46,59 €	0,091	-50,84 €	0,070
IG x Jahr 2 (DiD)			-33,11 €	0,201	-38,05 €	0,139
IG x Jahr 3 (DiD)			-27,37 €	0,307	-31,87 €	0,231
IG x Jahr 4 (DiD)			-24,53 €	0,369	-30,39 €	0,261
Alter (30-47 J. vs. U30)					0,34 €	0,992
Alter (48-64 J. vs. U30)					-57,82 €	0,084
Alter (Ü64 vs. U30)					-130,55 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					75,25 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-24,07 €	0,381
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-71,91 €	0,002
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					98,95 €	0,247
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					25,43 €	0,531
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-19,75 €	0,455
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-32,64 €	0,090
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-42,10 €	0,077
F 30-39 (Affektive Störungen)					-9,97 €	0,634
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,05 €	0,926
F 45 (Somatoforme Störungen)					21,88 €	0,528
F 40-48 (ohne F43 und F45)					18,67 €	0,703
F 50 (Essstörungen)					52,94 €	0,542
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					51,09 €	0,247
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-74,10 €	0,194
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-106,13 €	0,045
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-41,45 €	0,533
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-24,04 €	0,447
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					105,36 €	0,088
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-120,08 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					282,55 €	<0,001
R^2		0,002		0,012		0,053

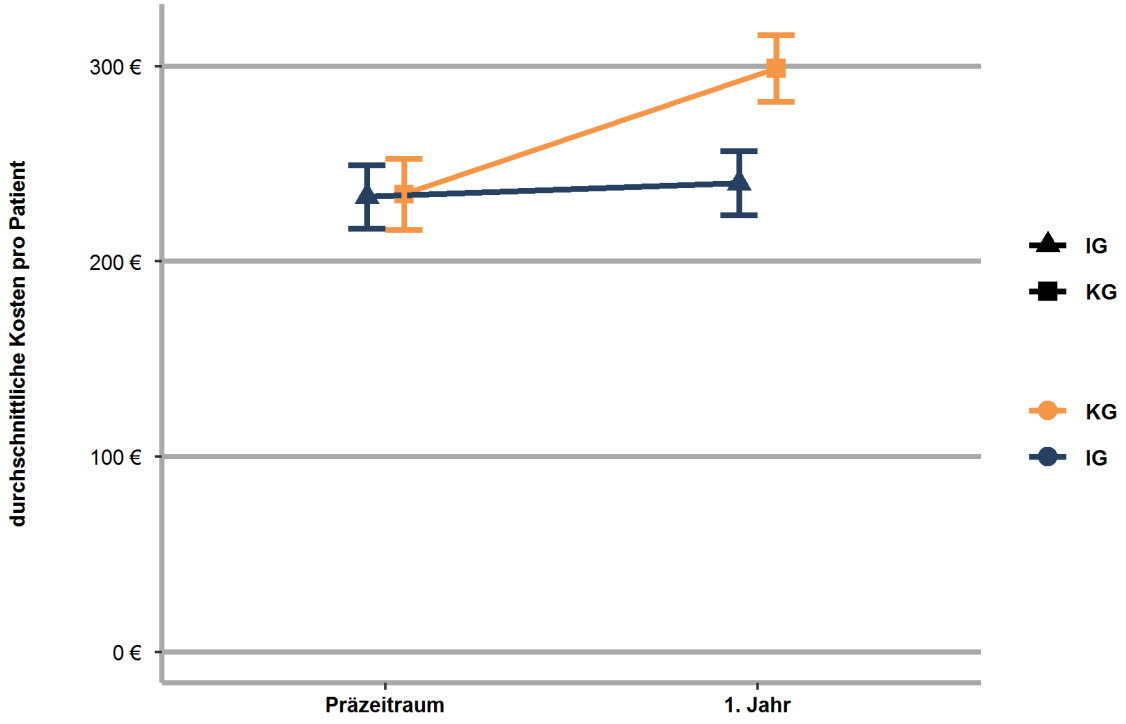
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	2.059	2.090	2.096	2.201
Mittelwert	233,18 €	240,18 €	234,48 €	298,93 €
Standardabweichung	488,45 €	499,28 €	546,19 €	510,47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	19,18 €	20,28 €	23,61 €	38,58 €
Median	72,06 €	89,40 €	83,60 €	149,79 €
75%-Perzentil	246,85 €	275,68 €	248,45 €	372,81 €
Maximum	5.733,50 €	9.746,36 €	9.447,62 €	7.453,02 €

Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	1.520	1.543	1.372	1.530	1.592	1.437
Mittelwert	258,59 €	261,31 €	160,92 €	265,69 €	320,65 €	188,95 €
Standardabweichung	544,56 €	555,48 €	288,86 €	627,60 €	577,75 €	297,16 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	20,84 €	22,28 €	13,18 €	23,76 €	33,66 €	18,70 €
Median	72,08 €	90,99 €	61,90 €	83,31 €	144,62 €	90,89 €
75%-Perzentil	254,39 €	288,81 €	223,21 €	268,25 €	371,92 €	256,84 €
Maximum	5.733,50 €	9.746,36 €	6.475,17 €	9.447,62 €	7.453,02 €	3.287,55 €

Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

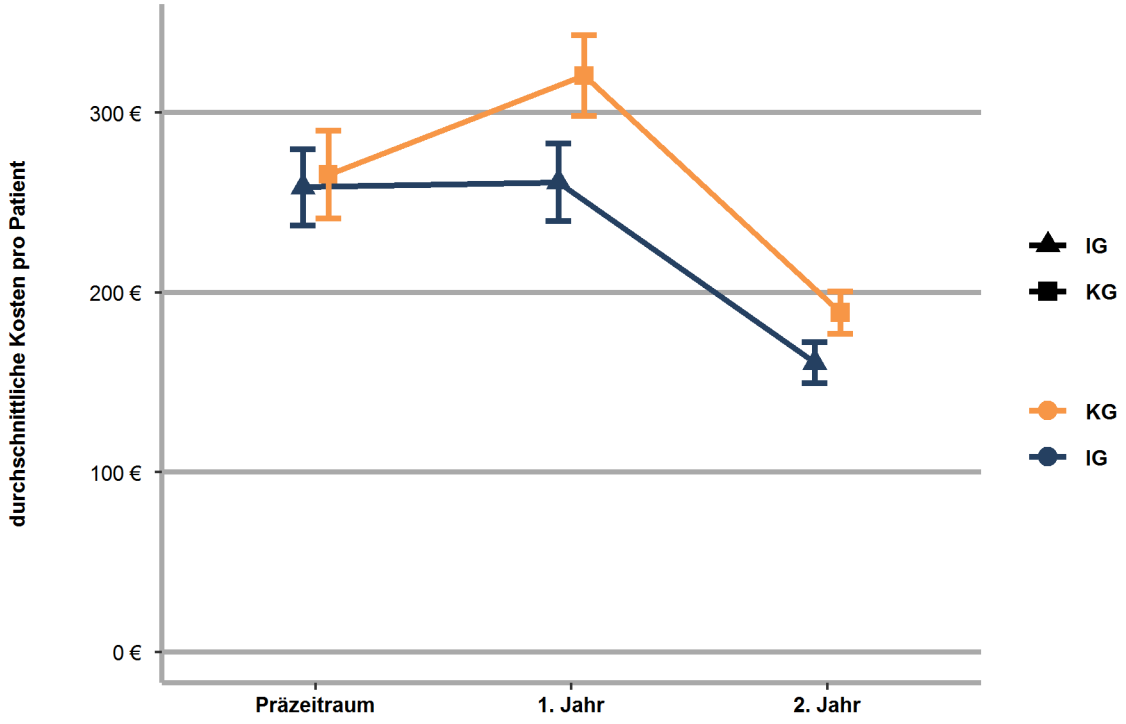


Tabelle 230: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	265,69 €	<0,001	265,69 €	<0,001	-50,24 €	0,057
IG (vs. KG)	-7,10 €	0,717	-7,10 €	0,717	-4,98 €	0,792
Post (vs. Prä)	-9,56 €	0,497				
IG x Post (DiD)	-36,83 €	0,053				
1. Jahr (vs. Prä)			54,96 €	<0,001	291,62 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-76,74 €	<0,001	157,71 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-52,24 €	0,015	-54,13 €	0,012
IG x Jahr 2 (DiD)			-20,93 €	0,283	-23,83 €	0,220
Alter (30-47 J. vs. U30)					39,07 €	0,074
Alter (48-64 J. vs. U30)					28,61 €	0,208
Alter (Ü64 vs. U30)					-56,33 €	0,013
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					58,91 €	<0,001
F 00 (Demenz)					22,73 €	0,271
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1,70 €	0,943
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					69,65 €	0,171
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1,98 €	0,924
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-31,93 €	0,317
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-62,05 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					38,61 €	0,054
F 30-39 (Affektive Störungen)					74,58 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					73,03 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-22,98 €	0,208
F 40-48 (ohne F43 und F45)					18,66 €	0,632
F 50 (Essstörungen)					122,74 €	0,124
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					78,71 €	0,099
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-34,99 €	0,321
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-87,41 €	0,121
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					18,67 €	0,813
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					56,70 €	0,139
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-72,75 €	0,475
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-129,90 €	0,003
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					276,01 €	<0,001
R^2		0,002		0,011		0,056

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

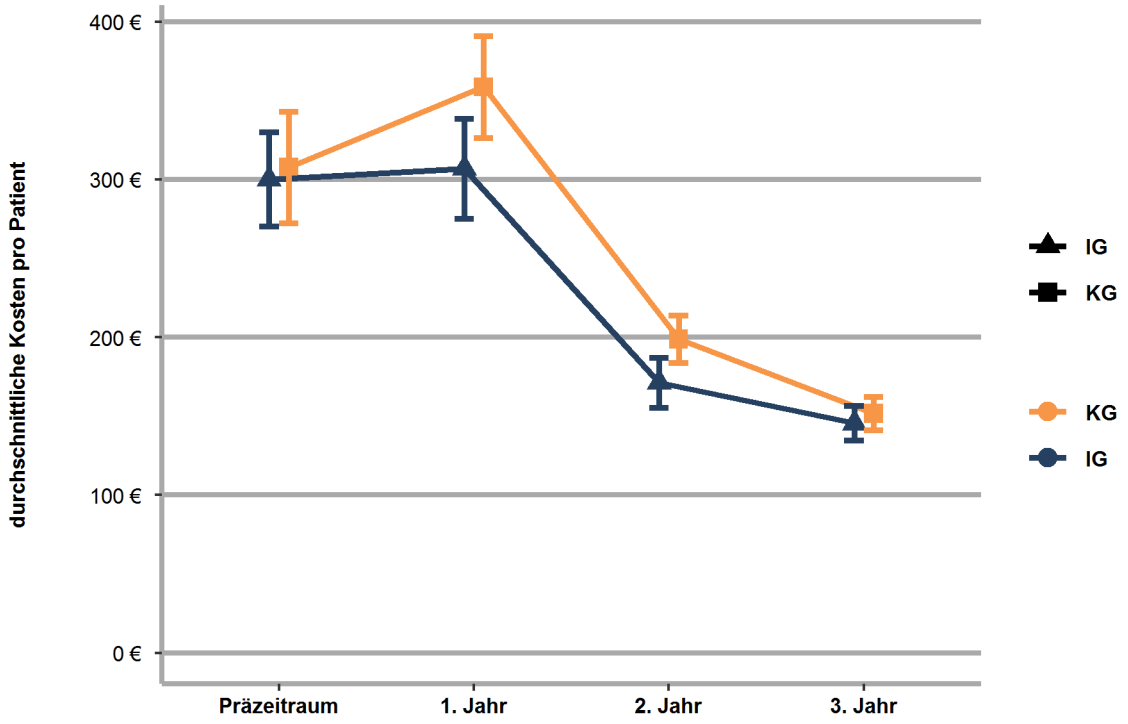
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 231: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	1.006	1.017	914	846	1.000	1.047	944	885
Mittelwert	300,06 €	306,97 €	171,23 €	145,52 €	307,61 €	358,59 €	198,70 €	151,75 €
Standardabweichung	623,56 €	660,41 €	320,85 €	221,03 €	737,78 €	666,89 €	306,25 €	210,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	21,77 €	22,45 €	14,77 €	7,41 €	23,92 €	33,13 €	19,49 €	14,01 €
Median	74,67 €	93,08 €	63,73 €	55,05 €	85,79 €	138,88 €	95,04 €	70,93 €
75%-Perzentil	284,02 €	312,24 €	226,98 €	215,12 €	281,61 €	379,53 €	263,52 €	221,15 €
Maximum	5.733,50 €	9.746,36 €	6.475,17 €	2.646,05 €	9.447,62 €	7.453,02 €	3.166,12 €	2.696,35 €

Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

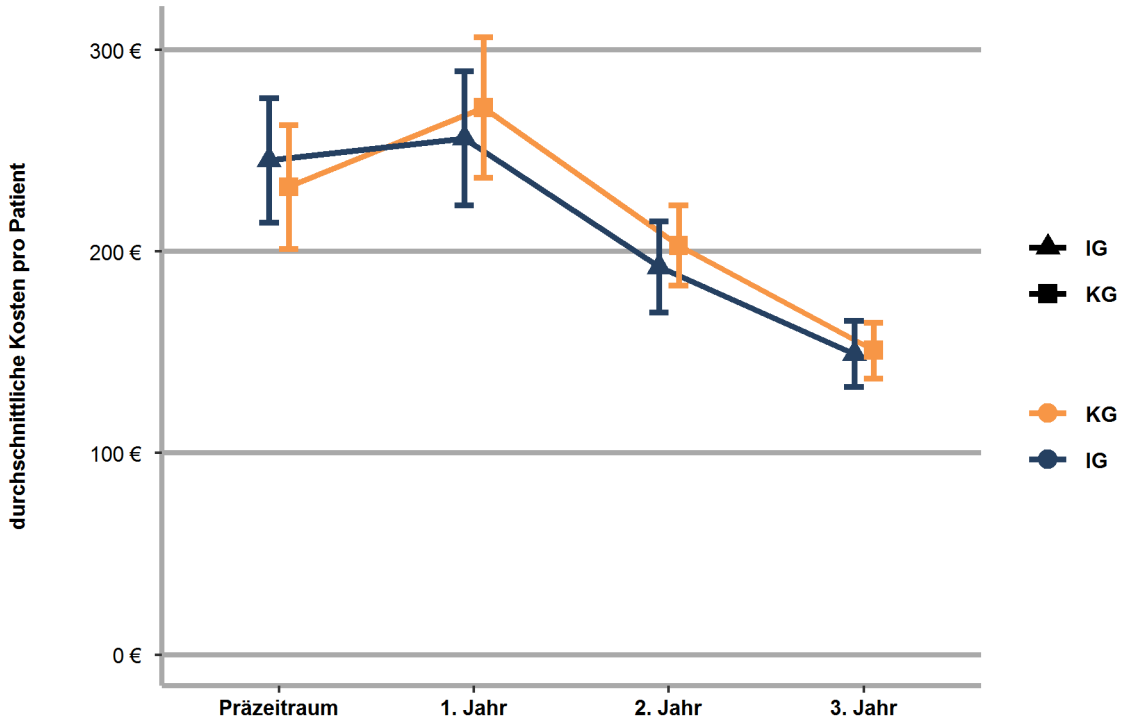


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	714	712	678	656	727	737	708	689
Mittelwert	245,30 €	256,14 €	192,38 €	149,29 €	232,09 €	271,41 €	203,02 €	151,00 €
Standardabweichung	548,10 €	592,77 €	392,58 €	280,16 €	549,39 €	623,48 €	348,92 €	239,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	14,18 €	15,43 €	15,99 €	17,63 €	19,15 €	20,92 €	19,33 €	19,85 €
Median	61,75 €	62,06 €	59,14 €	62,12 €	68,07 €	71,55 €	71,65 €	67,39 €
75%-Perzentil	213,87 €	205,96 €	184,43 €	181,41 €	202,03 €	237,43 €	235,85 €	210,29 €
Maximum	4.167,61 €	5.246,52 €	3.957,76 €	3.124,52 €	5.466,90 €	6.065,13 €	3.092,83 €	2.807,65 €

Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U1, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 233, Tabelle 235; Tabelle 234, Tabelle 236)

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 237) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 259,15 € höhere Kosten als die KG mit 254,79 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 321,33 €. In der KG stiegen die Kosten auf 286,95 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 238, Tabelle 239) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 344,17 € höhere Kosten als die KG mit 329,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 419,47 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 356,10 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 48,49 € nicht signifikant (p=0,638) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 208,12 €. In der KG sanken die Kosten auf 178,27 €.

U4: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U1, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 240; Tabelle 241).

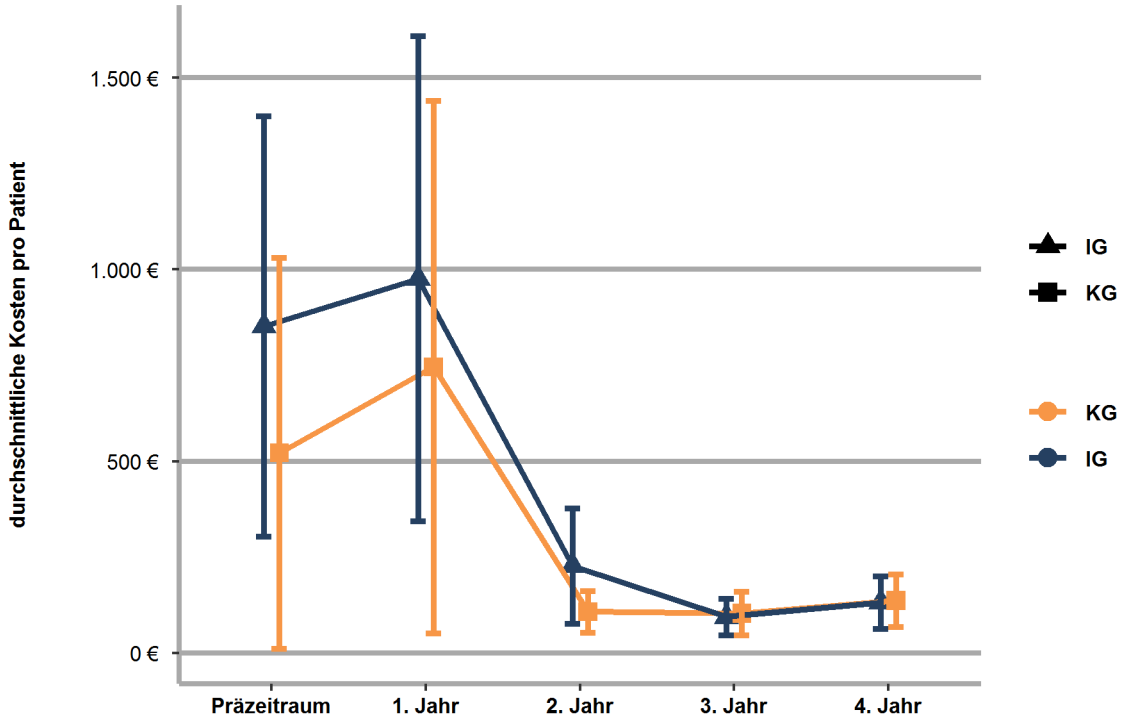
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	19	17	16	13	12	13	17	13	12	13
Mittelwert	852,49 €	976,16 €	226,88 €	93,92 €	131,54 €	521,54 €	745,99 €	107,22 €	102,99 €	136,29 €
Standardabweichung	1.527,58 €	1.761,68 €	418,07 €	133,55 €	189,04 €	1.386,54 €	1.887,20 €	146,02 €	153,79 €	184,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	16,14 €	39,14 €	20,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	11,81 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	62,45 €	88,99 €	114,60 €	33,67 €	45,10 €	35,16 €	48,46 €	68,97 €	15,85 €	48,74 €
75%-Perzentil	651,19 €	826,96 €	208,94 €	124,44 €	148,21 €	153,52 €	135,98 €	137,59 €	208,74 €	211,75 €
Maximum	5.455,55 €	6.126,59 €	1.944,19 €	459,25 €	725,56 €	5.280,94 €	7.705,62 €	499,15 €	579,10 €	580,34 €

Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 234: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	20	23	21	16	17	18	21	20	19	20
Mittelwert	458,72 €	806,68 €	489,33 €	153,90 €	107,14 €	500,83 €	454,35 €	314,36 €	154,12 €	151,08 €
Standardabweichung	1.029,88 €	1.293,71 €	755,70 €	256,08 €	142,94 €	1.338,10 €	976,08 €	490,71 €	220,71 €	152,14 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	11,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	10,97 €	4,05 €	0,00 €	7,58 €
Median	65,10 €	81,38 €	95,82 €	32,39 €	65,15 €	35,89 €	116,36 €	105,93 €	67,53 €	101,32 €
75%-Perzentil	250,08 €	587,44 €	648,65 €	144,37 €	156,17 €	122,46 €	311,99 €	361,73 €	194,94 €	245,10 €
Maximum	3.745,22 €	3.888,16 €	2.680,50 €	953,69 €	560,95 €	6.019,85 €	4.412,72 €	1.698,50 €	967,04 €	489,22 €

Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

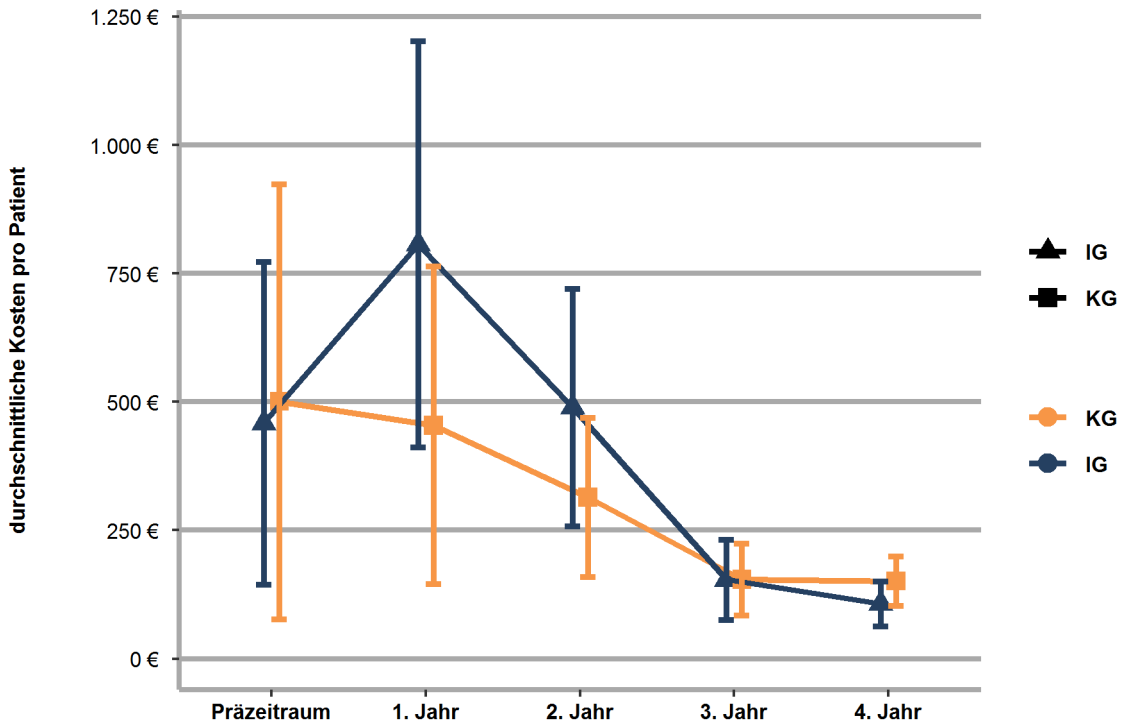


Tabelle 235: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	521,54 €	0,092	521,54 €	0,097	-431,48 €	0,515
IG (vs. KG)	330,95 €	0,466	330,95 €	0,473	128,82 €	0,785
Post (vs. Prä)	-248,42 €	0,276				
IG x Post (DiD)	-246,95 €	0,449				
1. Jahr (vs. Prä)			224,45 €	0,392	681,34 €	0,068
2. Jahr (vs. Prä)			-414,32 €	0,169	42,57 €	0,776
3. Jahr (vs. Prä)			-418,55 €	0,174	38,34 €	0,802
4. Jahr (vs. Prä)			-385,25 €	0,209	71,64 €	0,640
IG x Jahr 1 (DiD)			-100,78 €	0,751	70,31 €	0,824
IG x Jahr 2 (DiD)			-211,29 €	0,608	-40,19 €	0,931
IG x Jahr 3 (DiD)			-340,03 €	0,454	-168,93 €	0,739
IG x Jahr 4 (DiD)			-335,70 €	0,456	-164,61 €	0,745
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-45,50 €	0,809
F 30-39 (Affektive Störungen)					831,15 €	0,181
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-490,89 €	0,088
F 45 (Somatoforme Störungen)					184,71 €	0,791
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.914,88 €	0,006
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					347,55 €	0,615
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-83,80 €	0,891
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					702,91 €	0,021
R^2		0,025		0,095		0,209

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 236: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	500,83 €	0,052	500,83 €	0,054	-197,32 €	0,759
IG (vs. KG)	-42,10 €	0,895	-42,10 €	0,896	-87,58 €	0,753
Post (vs. Prä)	-232,35 €	0,274				
IG x Post (DiD)	162,89 €	0,520				
1. Jahr (vs. Prä)			-46,47 €	0,773	516,84 €	0,387
2. Jahr (vs. Prä)			-186,46 €	0,416	376,85 €	0,531
3. Jahr (vs. Prä)			-346,71 €	0,176	216,61 €	0,719
4. Jahr (vs. Prä)			-349,75 €	0,177	213,56 €	0,722
IG x Jahr 1 (DiD)			394,43 €	0,085	394,61 €	0,085
IG x Jahr 2 (DiD)			217,07 €	0,429	217,25 €	0,403
IG x Jahr 3 (DiD)			41,89 €	0,897	42,07 €	0,891
IG x Jahr 4 (DiD)			-1,83 €	0,995	-1,65 €	0,996
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-77,42 €	0,558
F 30-39 (Affektive Störungen)					226,47 €	0,516
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					342,08 €	0,393
F 45 (Somatoforme Störungen)					428,16 €	0,256
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-361,70 €	0,019
F 50 (Essstörungen)					1.087,65 €	0,123
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					115,70 €	0,741
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-119,07 €	0,675
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					28,39 €	0,891
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					98,70 €	0,759
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,50 €	0,982
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-725,65 €	0,165
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					130,11 €	0,797
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					688,11 €	0,005
R^2		0,010		0,068		0,215

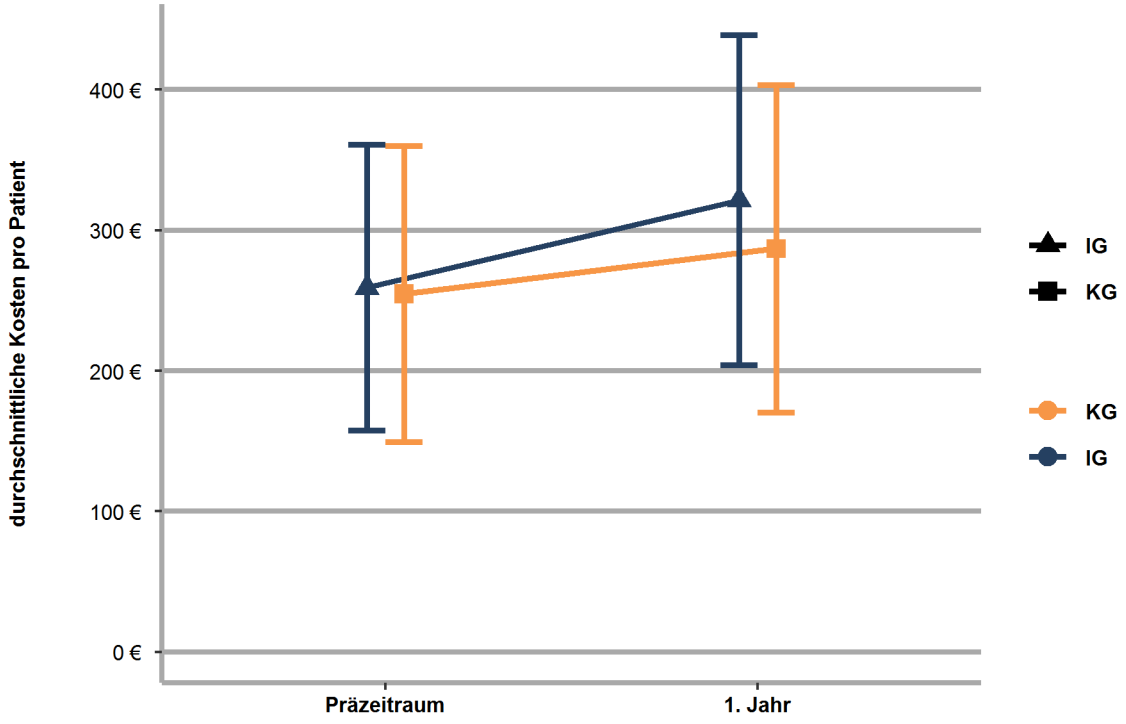
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	96	105	91	105
Mittelwert	259,15 €	321,33 €	254,79 €	286,95 €
Standardabweichung	694,21 €	801,33 €	718,68 €	794,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	4,85 €	16,17 €	0,00 €	16,26 €
Median	62,85 €	88,22 €	50,12 €	89,18 €
75%-Perzentil	180,57 €	329,00 €	222,87 €	282,47 €
Maximum	5.455,55 €	6.126,59 €	5.280,94 €	7.705,62 €

Abbildung 141: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 238: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	64	68	63	61	68	63
Mittelwert	344,17 €	419,47 €	208,12 €	329,29 €	356,10 €	178,27 €
Standardabweichung	849,10 €	975,62 €	302,72 €	868,15 €	965,93 €	213,16 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	11,34 €	20,22 €	15,39 €	0,00 €	14,74 €	7,95 €
Median	68,69 €	100,97 €	101,21 €	57,07 €	87,43 €	108,52 €
75%-Perzentil	232,29 €	483,40 €	277,72 €	261,62 €	299,72 €	257,40 €
Maximum	5.455,55 €	6.126,59 €	1.944,19 €	5.280,94 €	7.705,62 €	928,40 €

Abbildung 142: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

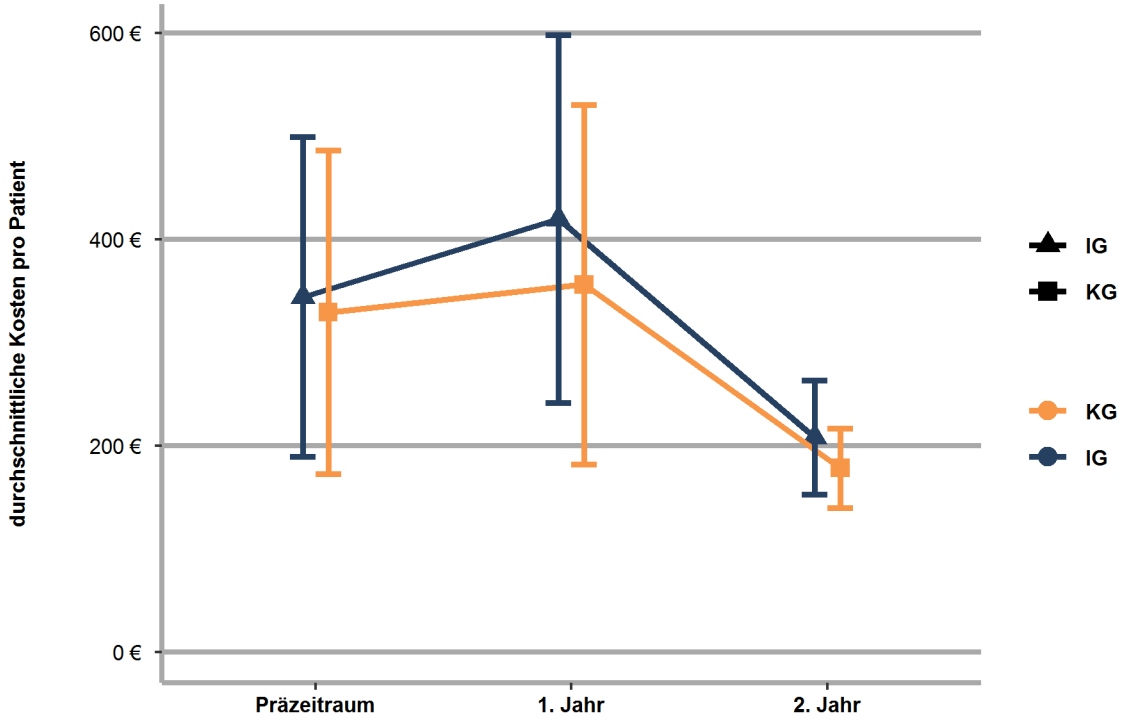


Tabelle 239: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	329,29 €	<0,001	329,29 €	<0,001	80,75 €	0,543
IG (vs. KG)	14,89 €	0,912	14,89 €	0,912	-8,84 €	0,944
Post (vs. Prä)	-62,10 €	0,413				
IG x Post (DiD)	31,73 €	0,726				
1. Jahr (vs. Prä)			26,81 €	0,758	321,03 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-151,01 €	0,118	143,21 €	0,040
IG x Jahr 1 (DiD)			48,49 €	0,638	53,22 €	0,605
IG x Jahr 2 (DiD)			14,96 €	0,906	19,70 €	0,877
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-1,12 €	0,990
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					159,20 €	0,268
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-65,15 €	0,749
F 30-39 (Affektive Störungen)					134,91 €	0,426
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-85,47 €	0,646
F 45 (Somatoforme Störungen)					-243,42 €	0,203
F 40-48 (ohne F43 und F45)					307,44 €	0,157
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-171,04 €	0,228
F 70-79 (Intelligenzstörung)					6,29 €	0,962
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.297,24 €	0,063
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-112,06 €	0,552
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,25 €	0,992
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					440,41 €	0,323
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					371,34 €	<0,001
R^2		0,001		0,012		0,090

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

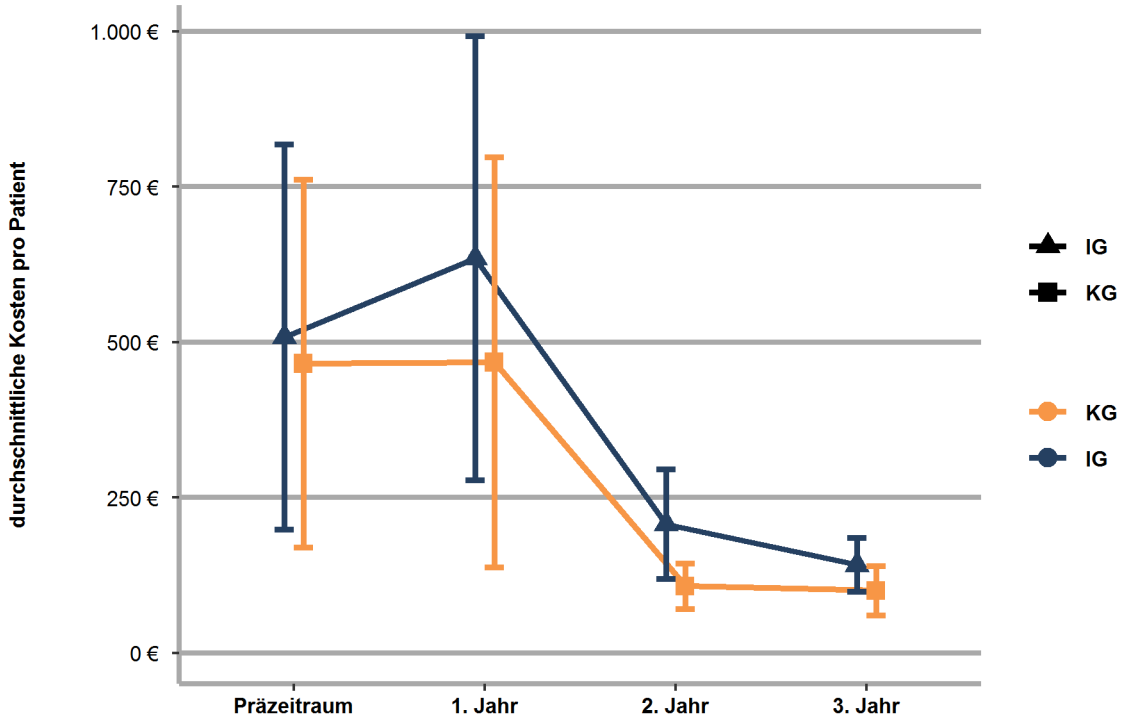
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	32	31	29	28	28	35	28	27
Mittelwert	508,10 €	635,15 €	207,24 €	141,54 €	465,89 €	467,42 €	107,41 €	100,13 €
Standardabweichung	1.176,43 €	1.355,42 €	334,35 €	164,27 €	1.180,84 €	1.315,80 €	145,08 €	159,37 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,91 €	22,13 €	10,49 €	0,00 €	0,00 €	13,03 €	0,00 €	0,00 €
Median	56,25 €	104,03 €	135,50 €	69,91 €	23,34 €	78,09 €	42,91 €	16,19 €
75%-Perzentil	238,14 €	550,82 €	246,11 €	226,35 €	201,67 €	171,82 €	179,51 €	148,00 €
Maximum	5.455,55 €	6.126,59 €	1.944,19 €	528,35 €	5.280,94 €	7.705,62 €	579,88 €	703,02 €

Abbildung 143: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

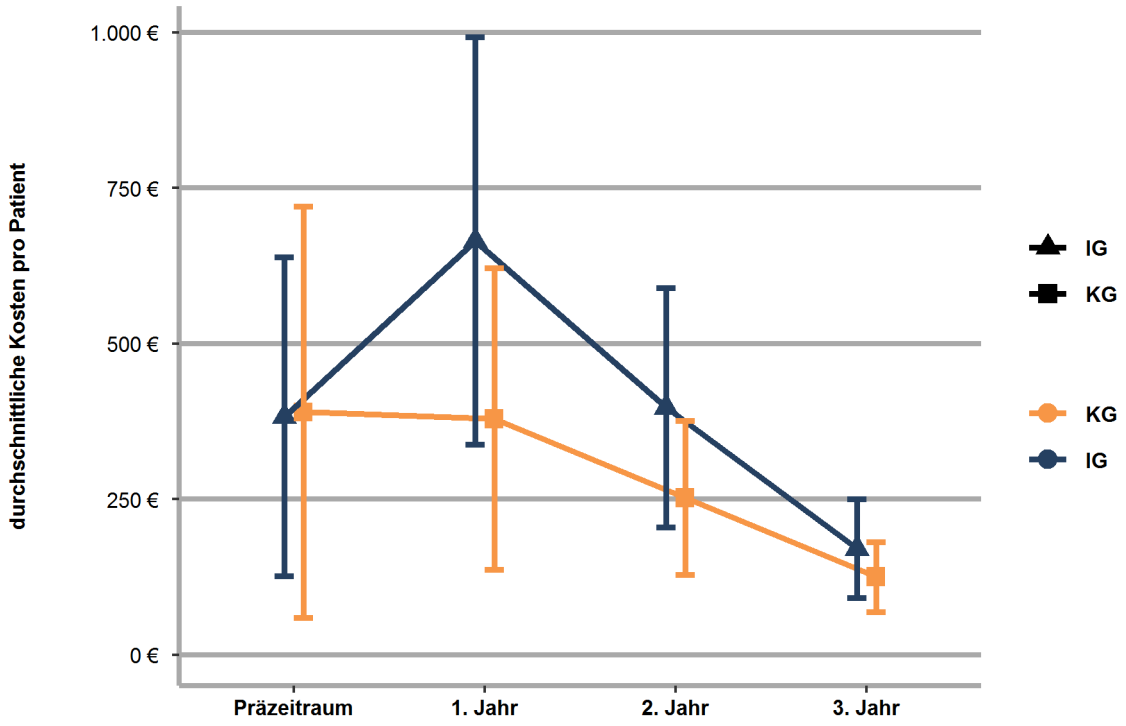


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 241: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	25	29	24	22	22	25	24	22
Mittelwert	382,50 €	664,73 €	397,29 €	170,73 €	390,04 €	379,12 €	251,96 €	125,07 €
Standardabweichung	934,93 €	1.194,24 €	702,25 €	289,18 €	1.188,24 €	871,61 €	445,53 €	202,93 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	19,62 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	64,52 €	68,66 €	50,29 €	33,96 €	31,23 €	37,20 €	59,74 €	30,90 €
75%-Perzentil	191,82 €	342,75 €	572,64 €	151,16 €	87,94 €	223,37 €	236,59 €	185,25 €
Maximum	3.745,22 €	3.888,16 €	2.680,50 €	1.122,62 €	6.019,85 €	4.412,72 €	1.698,50 €	967,04 €

Abbildung 144: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung werden die Bruttopreise der über den ATC-Code als Psychopharmakon klassifizierten, im jeweiligen Beobachtungszeitraum verordneten Arzneimittel erfasst.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 242, Tabelle 244) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 165,73 € geringere Kosten als die KG mit 190,51 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 267,81 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 279,53 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 13,06 € nicht signifikant (p=0,591) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 208,74 €. In der KG sanken die Kosten auf 271,08 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 243, Tabelle 245) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 505,85 € geringere Kosten als die KG mit 625,71 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 567,52 €. In der KG stiegen die Kosten auf 718,23 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 30,84 € nicht signifikant (p=0,420) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 505,07 €. In der KG sanken die Kosten auf 636,58 €.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 246) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 131,02 € geringere Kosten als die KG mit 165,75 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 229,10 €. In der KG stiegen die Kosten auf 264,62 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 247, Tabelle 248) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 139,06 € geringere Kosten als die KG mit 187,07 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 231,11 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 278,00 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1,12 € signifikant (p=0,952) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 209,83 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 259,00 €.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 249) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 149,29 € niedrigere Kosten als die KG mit 201,76 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 253,71 €. In der KG stiegen die Kosten auf 292,10 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 209,03 €. In der KG sanken die Kosten auf 269,04 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 250) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 493,31 € geringere Kosten als die KG mit 602,49 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 554,28 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 706,99 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 496,53 €. In der KG sanken die Kosten auf 610,44 €.

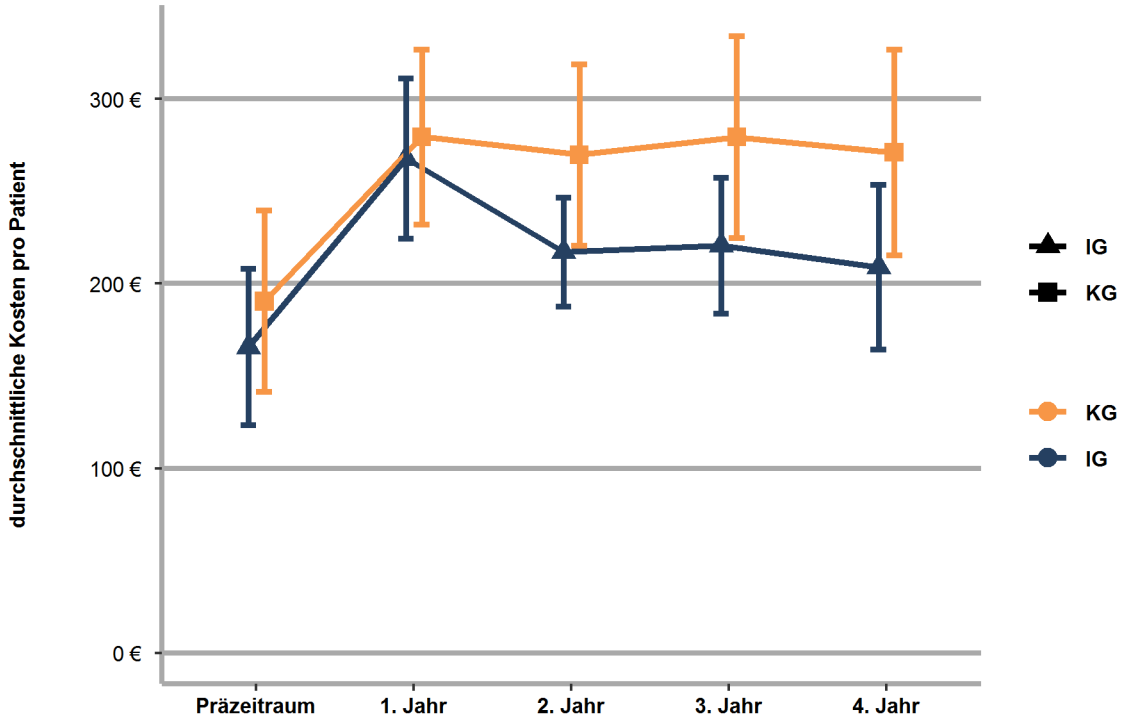
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 242: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	287	395	303	283	266	317	390	332	298	269
Mittelwert	165,73 €	267,81 €	217,21 €	220,74 €	208,91 €	190,51 €	279,53 €	269,77 €	279,44 €	271,08 €
Standardabweichung	614,14 €	631,30 €	420,17 €	515,71 €	615,59 €	707,83 €	681,13 €	694,66 €	759,09 €	761,79 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	11,94 €	75,31 €	34,38 €	20,64 €	13,93 €	15,37 €	85,73 €	53,62 €	32,03 €	28,52 €
75%-Perzentil	109,16 €	315,89 €	265,84 €	239,89 €	183,00 €	135,31 €	298,95 €	266,20 €	267,62 €	238,76 €
Maximum	12.016 €	9.420 €	3.800 €	6.362 €	7.793 €	12.309 €	10.426 €	9.310 €	9.070 €	10.141 €

Abbildung 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 243: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	590	635	563	530	504	627	662	592	568	540
Mittelwert	505,85 €	567,52 €	516,64 €	494,98 €	505,07 €	625,71 €	718,23 €	619,23 €	624,71 €	636,58 €
Standardabweichung	1.129,90 €	1.086,60 €	1.390,72 €	1.186,77 €	1.211,19 €	1.129,52 €	1.291,27 €	1.204,55 €	1.253,86 €	1.357,11 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	13,07 €	40,22 €	14,06 €	0,00 €	0,00 €	32,94 €	70,79 €	31,70 €	25,63 €	15,76 €
Median	172,82 €	227,26 €	195,26 €	169,95 €	174,33 €	205,53 €	300,04 €	224,90 €	216,41 €	230,68 €
75%-Perzentil	537,22 €	606,38 €	544,76 €	497,41 €	519,59 €	708,11 €	774,85 €	678,90 €	677,04 €	630,70 €
Maximum	12.923 €	10.822 €	28.659 €	13.126 €	15.100 €	9.101 €	11.243 €	9.175 €	12.136 €	12.173 €

Abbildung 146: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

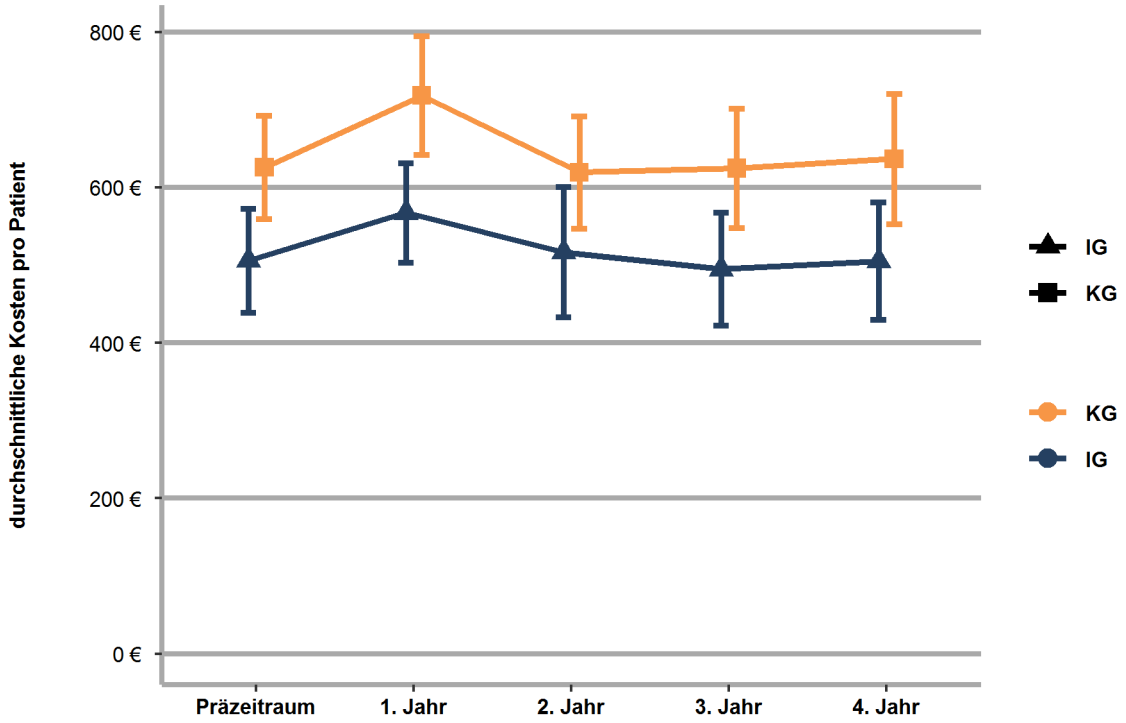


Tabelle 244: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	190,51 €	<0,001	190,51 €	<0,001	-155,29 €	0,014
IG (vs. KG)	-24,77 €	0,530	-24,77 €	0,530	-23,09 €	0,533
Post (vs. Prä)	84,52 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-20,81 €	0,519				
1. Jahr (vs. Prä)			89,02 €	<0,001	252,21 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			79,26 €	0,005	244,72 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			88,93 €	0,005	253,96 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			80,57 €	0,013	246,40 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			13,06 €	0,591	6,29 €	0,804
IG x Jahr 2 (DiD)			-27,78 €	0,463	-35,64 €	0,368
IG x Jahr 3 (DiD)			-33,93 €	0,423	-40,38 €	0,355
IG x Jahr 4 (DiD)			-37,40 €	0,409	-42,68 €	0,361
Alter (30-47 J. vs. U30)					71,87 €	0,104
Alter (48-64 J. vs. U30)					18,93 €	0,650
Alter (Ü64 vs. U30)					88,00 €	0,048
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-25,64 €	0,435
F 00 (Demenz)					156,63 €	0,022
F 01 (Vaskuläre Demenz)					172,78 €	0,011
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					244,60 €	0,449
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-47,27 €	0,578
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					311,48 €	0,047
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2,92 €	0,959
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					716,85 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					133,34 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					48,73 €	0,152
F 45 (Somatoforme Störungen)					24,52 €	0,464
F 40-48 (ohne F43 und F45)					14,47 €	0,792
F 50 (Essstörungen)					59,38 €	0,527
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					44,92 €	0,492
F 70-79 (Intelligenzstörung)					130,95 €	0,511
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-201,94 €	0,006
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					383,34 €	0,154
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					158,28 €	0,019
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-52,67 €	0,775
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					364,03 €	0,349
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					163,08 €	<0,001
R^2		0,003		0,004		0,104

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 245: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	625,71 €	<0,001	625,71 €	<0,001	-338,59 €	0,003
IG (vs. KG)	-119,87 €	0,036	-119,87 €	0,036	-102,05 €	0,054
Post (vs. Prä)	25,00 €	0,366				
IG x Post (DiD)	-8,75 €	0,837				
1. Jahr (vs. Prä)			92,52 €	0,003	443,62 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-6,49 €	0,835	335,07 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-1,00 €	0,976	336,72 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			10,87 €	0,777	345,90 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-30,84 €	0,420	-27,86 €	0,471
IG x Jahr 2 (DiD)			17,28 €	0,754	25,74 €	0,642
IG x Jahr 3 (DiD)			-9,86 €	0,862	-0,57 €	0,992
IG x Jahr 4 (DiD)			-11,65 €	0,848	-4,31 €	0,943
Alter (30-47 J. vs. U30)					322,15 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					240,97 €	0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					289,94 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-85,37 €	0,156
F 00 (Demenz)					155,06 €	0,068
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-53,53 €	0,524
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					126,98 €	0,403
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					13,65 €	0,857
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					36,66 €	0,768
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-4,98 €	0,954
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.000,88 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					230,73 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-6,69 €	0,921
F 45 (Somatoforme Störungen)					54,00 €	0,490
F 40-48 (ohne F43 und F45)					338,94 €	0,099
F 50 (Essstörungen)					-69,82 €	0,619
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					343,38 €	0,015
F 70-79 (Intelligenzstörung)					165,77 €	0,431
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-184,08 €	0,480
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					526,58 €	0,096
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-35,77 €	0,525
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-136,10 €	0,014
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					256,93 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					239,90 €	<0,001
R^2		0,003		0,003		0,119

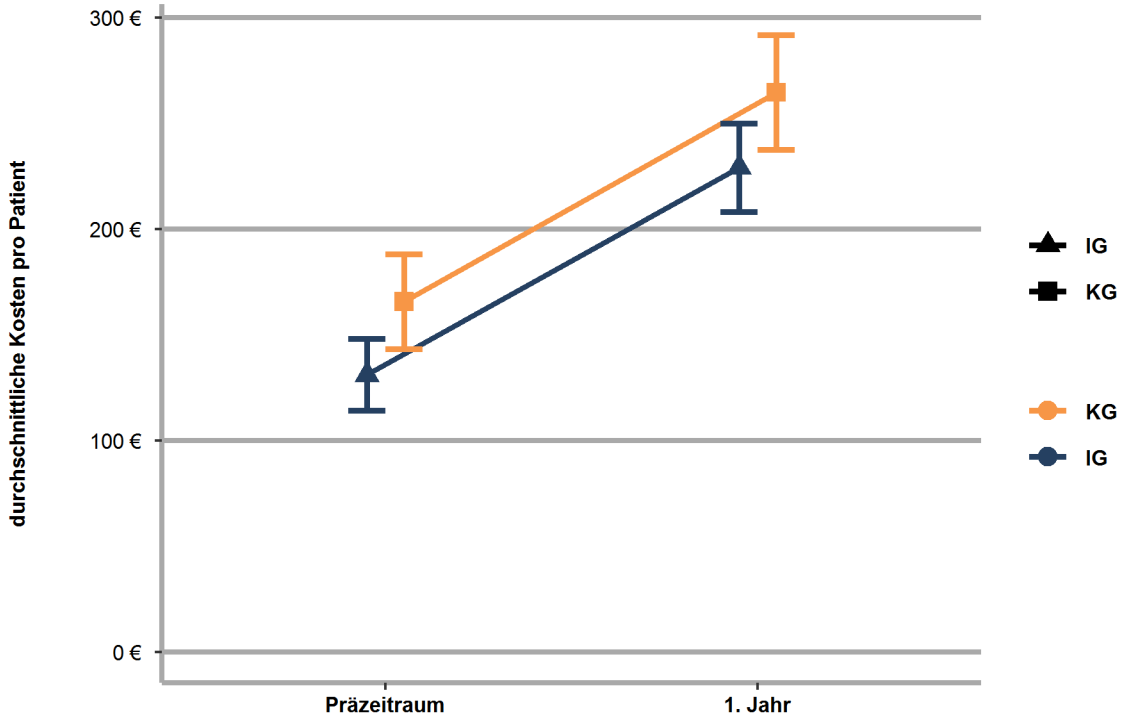
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 246: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	1.123	1.646	1.235	1.612
Mittelwert	131,02 €	229,10 €	165,75 €	264,62 €
Standardabweichung	512,58 €	630,68 €	674,29 €	815,26 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	67,53 €	11,46 €	67,53 €
75%-Perzentil	94,36 €	251,04 €	109,84 €	265,66 €
Maximum	14.305 €	17.104 €	14.608 €	19.700 €

Abbildung 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 247: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	849	1.217	935	935	1.173	987
Mittelwert	139,06 €	231,11 €	209,83 €	187,07 €	278,00 €	259,00 €
Standardabweichung	563,72 €	543,77 €	532,32 €	765,62 €	883,23 €	784,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	70,74 €	28,88 €	12,55 €	67,51 €	39,10 €
75%-Perzentil	101,47 €	263,79 €	225,67 €	122,82 €	276,63 €	236,26 €
Maximum	14.305 €	9.420 €	8.572 €	14.608 €	19.700 €	14.260 €

Abbildung 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

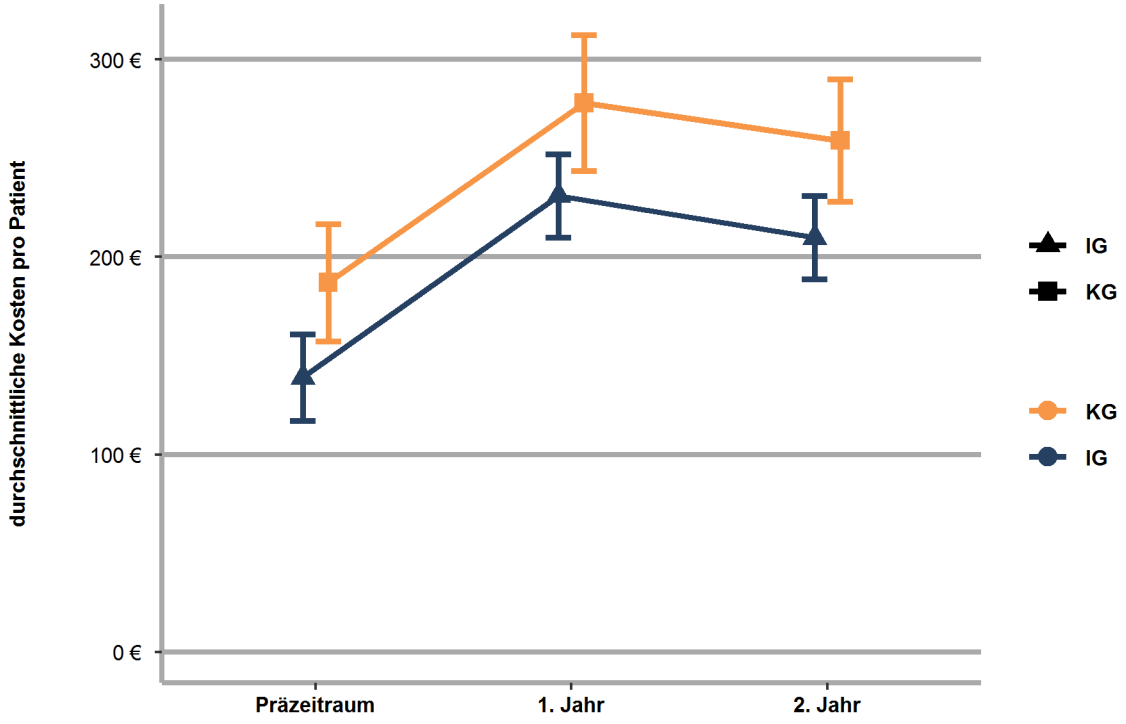


Tabelle 248: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	187,07 €	<0,001	187,07 €	<0,001	-125,67 €	0,002
IG (vs. KG)	-48,01 €	0,032	-48,01 €	0,032	-40,62 €	0,065
Post (vs. Prä)	81,62 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	0,01 €	>0,999				
1. Jahr (vs. Prä)			90,93 €	<0,001	240,29 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			71,92 €	<0,001	221,87 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			1,12 €	0,952	-5,70 €	0,764
IG x Jahr 2 (DiD)			-1,16 €	0,953	-6,51 €	0,746
Alter (30-47 J. vs. U30)					96,05 €	0,002
Alter (48-64 J. vs. U30)					86,03 €	0,004
Alter (Ü64 vs. U30)					99,53 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-23,45 €	0,359
F 00 (Demenz)					172,15 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					93,97 €	0,012
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					149,61 €	0,507
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					12,36 €	0,747
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					149,11 €	0,058
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-43,18 €	0,118
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					582,89 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					67,36 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					22,60 €	0,471
F 45 (Somatoforme Störungen)					-10,93 €	0,610
F 40-48 (ohne F43 und F45)					24,87 €	0,388
F 50 (Essstörungen)					352,71 €	0,278
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					74,14 €	0,231
F 70-79 (Intelligenzstörung)					158,59 €	0,058
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					60,98 €	0,550
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					250,07 €	0,039
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					119,82 €	0,025
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-220,56 €	0,092
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					373,76 €	0,045
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					156,61 €	<0,001
R^2		0,004		0,004		0,080

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

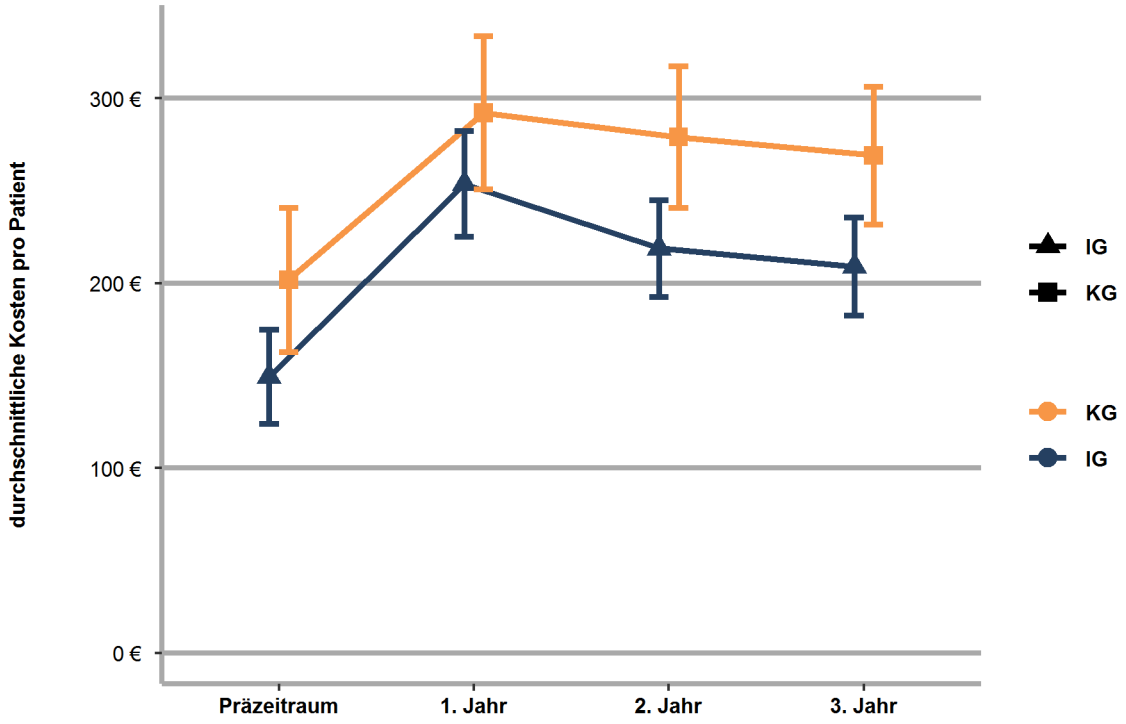
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 249: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	567	808	610	582	630	766	651	587
Mittelwert	149,29 €	253,71 €	218,86 €	209,03 €	201,76 €	292,10 €	279,05 €	269,04 €
Standardabweichung	530,94 €	597,75 €	533,80 €	537,32 €	807,66 €	860,29 €	777,75 €	750,21 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	76,79 €	32,77 €	18,19 €	13,68 €	68,55 €	36,78 €	23,24 €
75%-Perzentil	110,26 €	289,55 €	250,96 €	225,59 €	129,68 €	288,20 €	255,14 €	236,24 €
Maximum	12.016 €	9.420 €	8.572 €	8.572 €	14.608 €	11.064 €	11.636 €	9.070 €

Abbildung 149: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

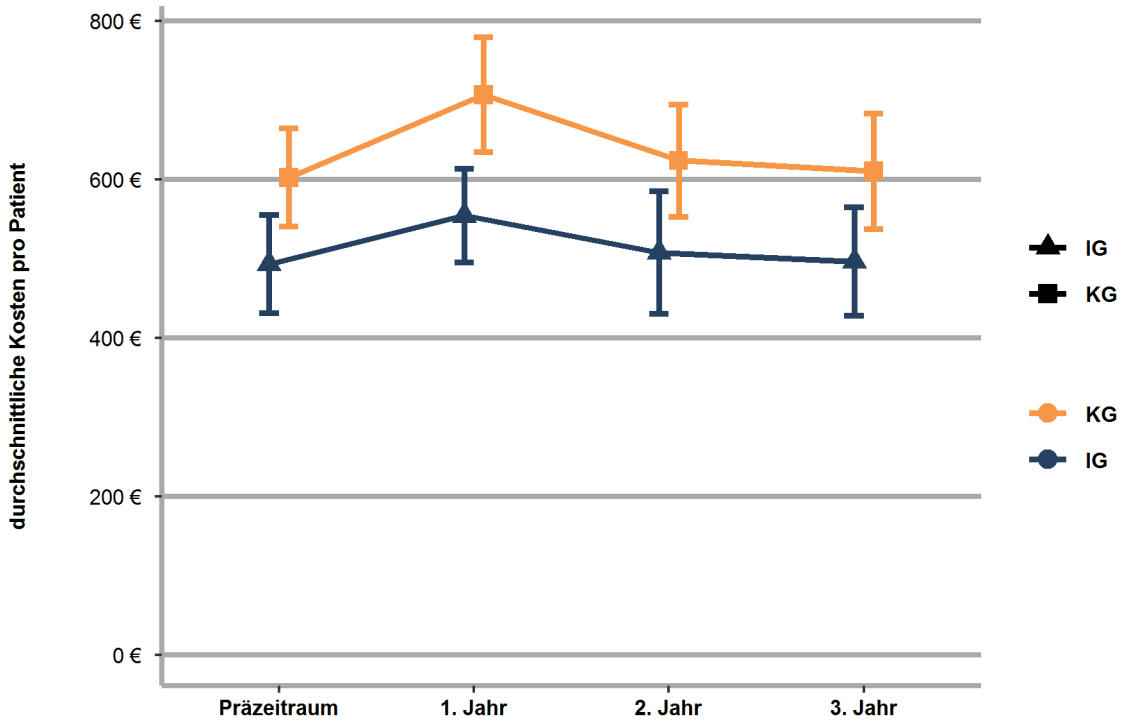


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 250: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	644	698	612	580	685	734	652	619
Mittelwert	493,31 €	554,28 €	507,85 €	496,53 €	602,49 €	706,99 €	623,82 €	610,44 €
Standardabweichung	1.098,12 €	1.049,97 €	1.345,34 €	1.172,12 €	1.112,34 €	1.295,17 €	1.238,22 €	1.253,35 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	11,49 €	38,22 €	0,00 €	0,00 €	25,73 €	66,06 €	25,82 €	19,04 €
Median	162,05 €	221,90 €	191,40 €	165,75 €	191,76 €	294,43 €	221,72 €	208,32 €
75%-Perzentil	510,60 €	614,58 €	544,76 €	509,57 €	689,20 €	762,74 €	678,90 €	662,41 €
Maximum	12.923 €	10.822 €	28.659 €	13.126 €	9.101 €	11.243 €	11.761 €	12.136 €

Abbildung 150: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U1, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 251, Tabelle 253; Tabelle 252, Tabelle 254).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 255) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 65,21 € höhere Kosten als die KG mit 61,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 133,24 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 121,82 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 256, Tabelle 257) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 63,49 € weniger Kosten als die KG mit 78,30 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 133,40 €. In der KG stiegen die Kosten auf 139,40 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8,81 € nicht signifikant (p=0,830) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 144,31 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 131,15 €.

U4: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U4, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 258; Tabelle 259).

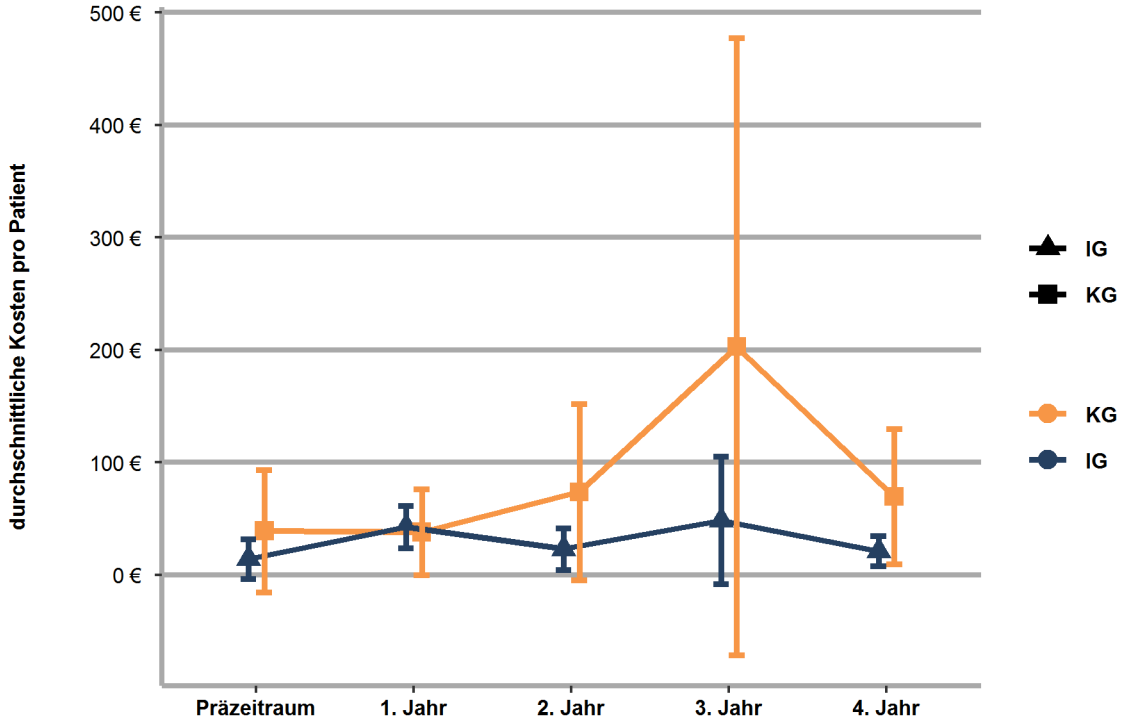
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 251: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	11	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	14,00 €	42,51 €	23,02 €	48,37 €	21,02 €	38,99 €	38,00 €	73,65 €	202,93 €	69,51 €
Standardabweichung	49,96 €	52,67 €	51,63 €	157,51 €	37,63 €	148,16 €	103,84 €	213,23 €	745,54 €	163,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	23,69 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	79,84 €	0,00 €	0,00 €	21,68 €	0,00 €	3,95 €	0,00 €	14,95 €	2,98 €
Maximum	220,56 €	172,54 €	182,05 €	708,11 €	119,92 €	663,62 €	451,16 €	819,87 €	3.347,03 €	514,02 €

Abbildung 151: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 252: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	16	18	12	11	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	12
Mittelwert	168,87 €	323,53 €	272,96 €	207,55 €	134,62 €	87,58 €	123,00 €	89,24 €	100,87 €	87,81 €
Standardabweichung	282,38 €	544,50 €	643,82 €	416,64 €	303,98 €	229,82 €	280,27 €	173,79 €	181,18 €	175,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	22,22 €	78,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	168,19 €	289,15 €	219,08 €	126,80 €	0,00 €	15,23 €	50,85 €	87,51 €	142,76 €	65,68 €
Maximum	1.116,70 €	2.025,66 €	3.130,09 €	1.519,87 €	1.113,39 €	1.070,26 €	1.039,63 €	592,26 €	637,09 €	586,06 €

Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

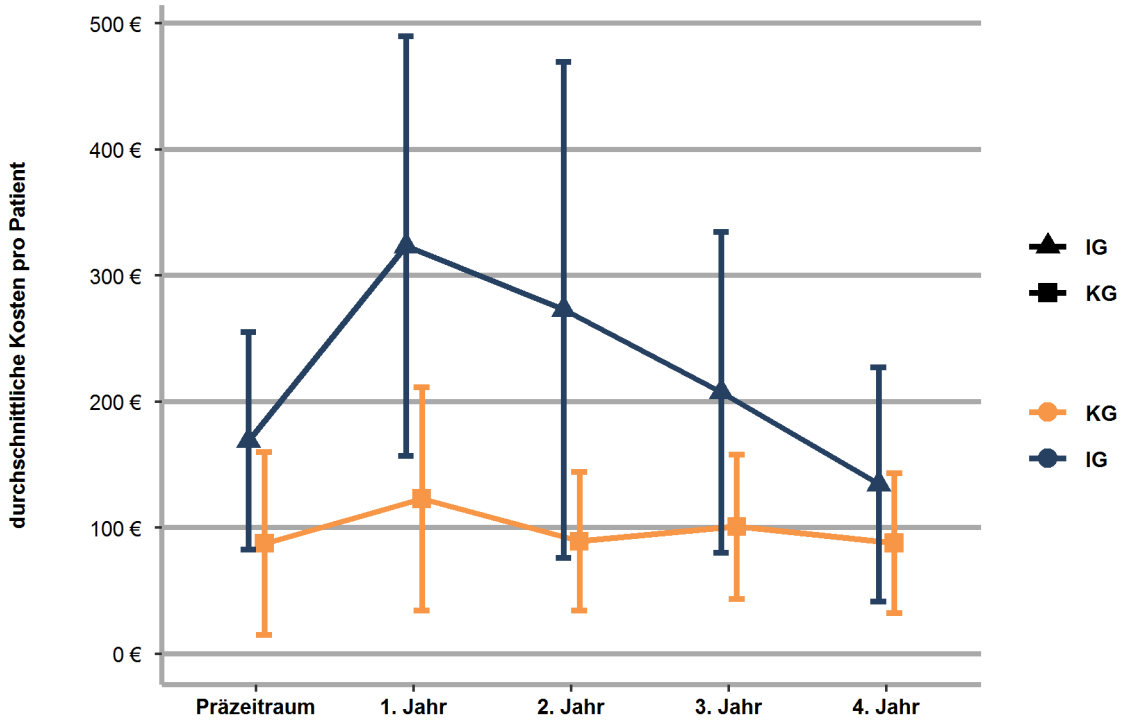


Tabelle 253: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	38,99 €	0,238	38,99 €	0,245	134,24 €	0,145
IG (vs. KG)	-24,99 €	0,472	-24,99 €	0,479	-44,69 €	0,356
Post (vs. Prä)	57,03 €	0,401				
IG x Post (DiD)	-37,30 €	0,592				
1. Jahr (vs. Prä)			-1,00 €	0,979	31,60 €	0,371
2. Jahr (vs. Prä)			34,65 €	0,418	67,25 €	0,221
3. Jahr (vs. Prä)			163,93 €	0,340	196,53 €	0,278
4. Jahr (vs. Prä)			30,51 €	0,454	63,11 €	0,149
IG x Jahr 1 (DiD)			29,50 €	0,475	36,03 €	0,454
IG x Jahr 2 (DiD)			-25,64 €	0,577	-19,11 €	0,687
IG x Jahr 3 (DiD)			-129,56 €	0,461	-123,03 €	0,492
IG x Jahr 4 (DiD)			-23,50 €	0,588	-16,97 €	0,729
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-69,01 €	0,256
F 30-39 (Affektive Störungen)					-94,33 €	0,191
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-6,32 €	0,821
F 45 (Somatoforme Störungen)					-163,08 €	0,127
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-48,54 €	0,268
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-74,08 €	0,234
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-65,62 €	0,095
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					50,15 €	0,263
R^2		0,015		0,039		0,068

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	87,58 €	0,048	87,58 €	0,050	168,64 €	0,237
IG (vs. KG)	81,28 €	0,235	81,28 €	0,241	103,35 €	0,165
Post (vs. Prä)	12,64 €	0,564				
IG x Post (DiD)	53,15 €	0,427				
1. Jahr (vs. Prä)			35,41 €	0,373	113,73 €	0,384
2. Jahr (vs. Prä)			1,65 €	0,954	79,98 €	0,508
3. Jahr (vs. Prä)			13,28 €	0,625	91,60 €	0,442
4. Jahr (vs. Prä)			0,22 €	0,992	78,55 €	0,516
IG x Jahr 1 (DiD)			119,25 €	0,142	123,13 €	0,153
IG x Jahr 2 (DiD)			102,44 €	0,363	106,31 €	0,380
IG x Jahr 3 (DiD)			25,40 €	0,731	29,28 €	0,714
IG x Jahr 4 (DiD)			-34,47 €	0,518	-30,59 €	0,635
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-167,11 €	0,065
F 30-39 (Affektive Störungen)					-84,26 €	0,329
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-227,85 €	0,173
F 45 (Somatoforme Störungen)					-176,24 €	0,142
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-219,74 €	0,066
F 50 (Essstörungen)					-90,95 €	0,491
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-57,60 €	0,615
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-411,93 €	0,009
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					159,94 €	0,285
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-73,15 €	0,499
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					15,06 €	0,827
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-142,41 €	0,185
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					61,87 €	0,547
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					36,85 €	0,660
R^2		0,032		0,048		0,162

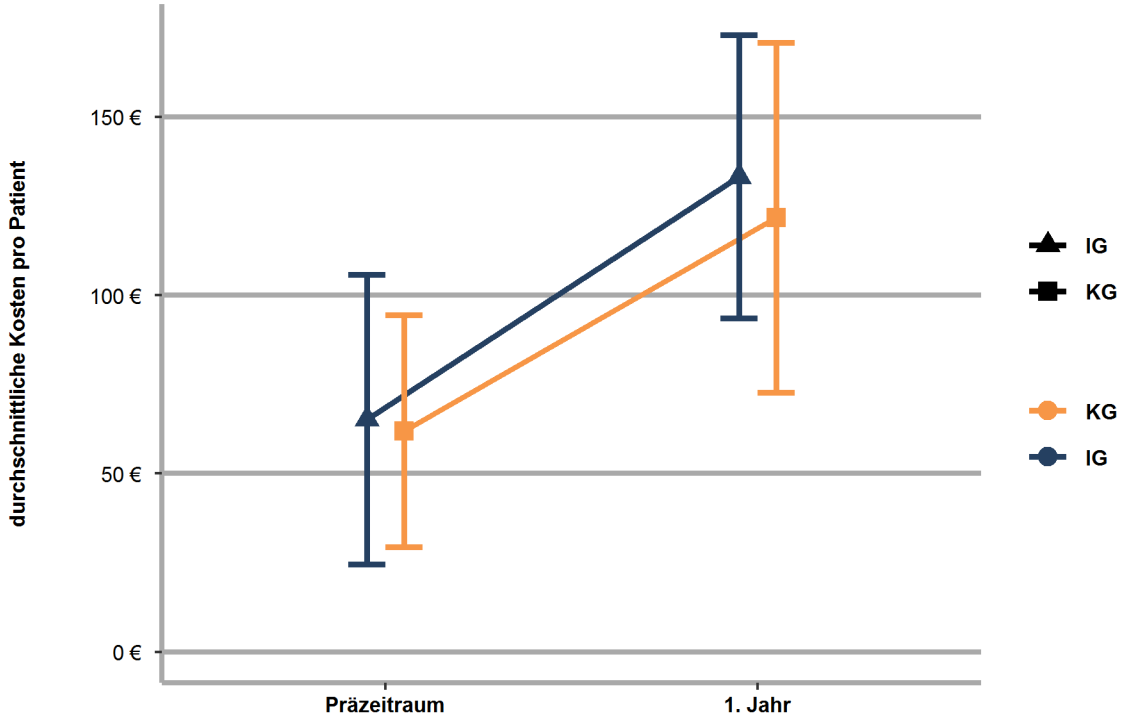
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 255: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	15	64	23	42
Mittelwert	65,21 €	133,24 €	61,93 €	121,82 €
Standardabweichung	277,19 €	270,82 €	222,06 €	334,71 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	15,40 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	150,41 €	0,00 €	93,17 €
Maximum	1.809,05 €	1.995,75 €	1.494,61 €	2.534,31 €

Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KP



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

Tabelle 256: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	12	40	31	16	28	28
Mittelwert	63,49 €	133,40 €	144,31 €	78,30 €	139,40 €	131,15 €
Standardabweichung	283,61 €	304,16 €	317,40 €	253,16 €	380,14 €	315,59 €
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 €	120,81 €	106,05 €	0,00 €	94,02 €	47,66 €
Maximum	1.809,05 €	1.995,75 €	1.515,16 €	1.494,61 €	2.534,31 €	1.536,34 €

Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KP

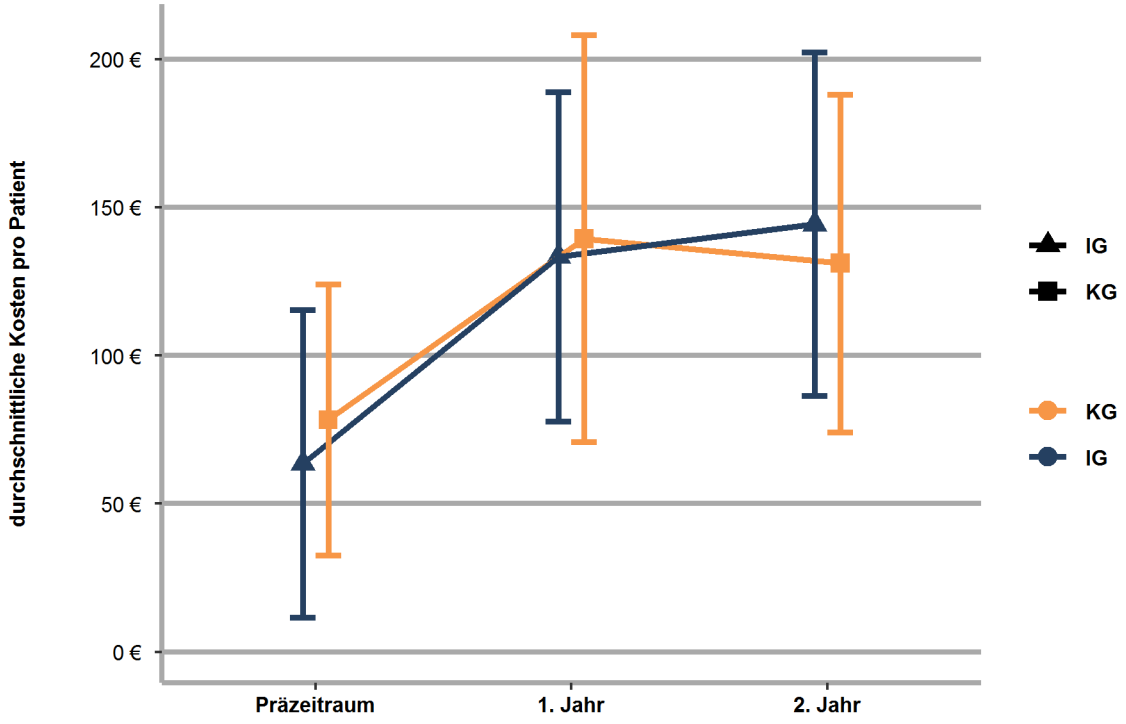


Tabelle 257: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	78,30 €	0,005	78,30 €	0,005	-74,92 €	0,479
IG (vs. KG)	-14,81 €	0,725	-14,81 €	0,725	2,02 €	0,963
Post (vs. Prä)	56,98 €	0,018				
IG x Post (DiD)	18,39 €	0,649				
1. Jahr (vs. Prä)			61,10 €	0,023	81,09 €	0,047
2. Jahr (vs. Prä)			52,85 €	0,066	72,83 €	0,057
IG x Jahr 1 (DiD)			8,81 €	0,830	-6,43 €	0,893
IG x Jahr 2 (DiD)			27,98 €	0,564	12,74 €	0,799
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-5,59 €	0,895
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-50,31 €	0,068
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					394,07 €	0,030
F 30-39 (Affektive Störungen)					103,35 €	0,248
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-5,07 €	0,922
F 45 (Somatoforme Störungen)					57,63 €	0,441
F 40-48 (ohne F43 und F45)					98,14 €	0,298
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					22,72 €	0,595
F 70-79 (Intelligenzstörung)					64,13 €	0,362
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					135,65 €	0,092
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					155,19 €	0,080
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-167,65 €	0,079
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					379,48 €	0,174
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10,55 €	0,754
R^2		0,010		0,010		0,069

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

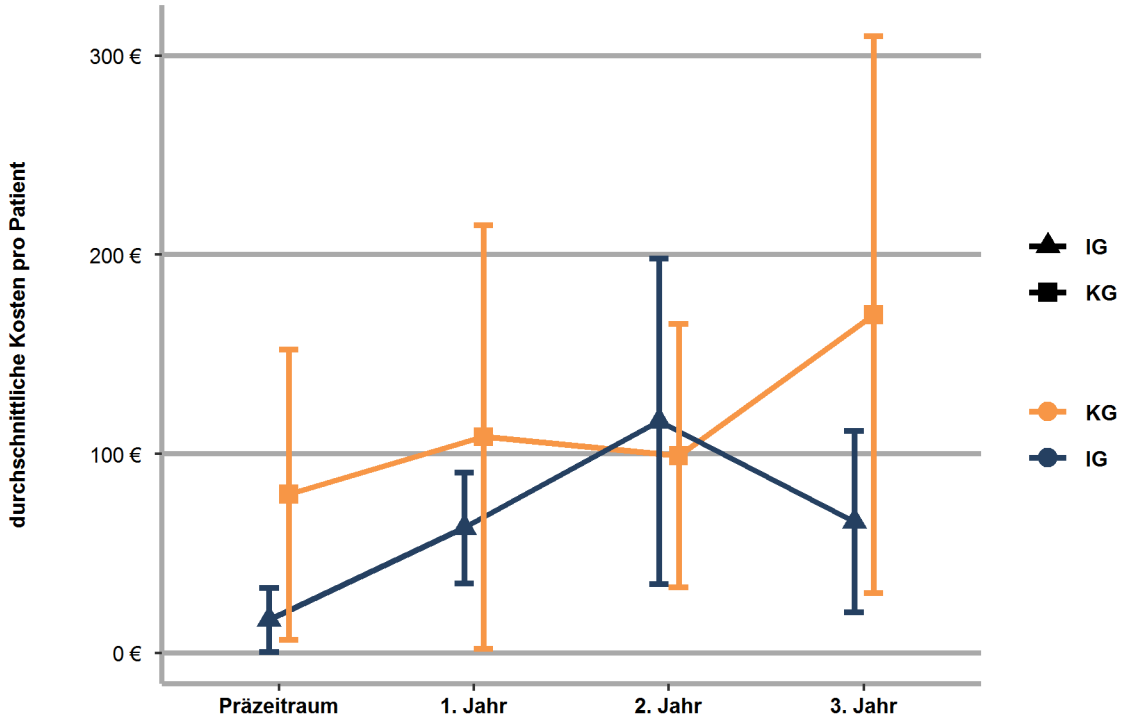
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 258: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	18	13	11	< 10	< 10	10	12
Mittelwert	16,64 €	62,90 €	116,39 €	65,93 €	79,72 €	108,58 €	99,10 €	169,92 €
Standardabweichung	61,22 €	105,78 €	310,23 €	172,87 €	290,72 €	424,48 €	263,79 €	557,69 €
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 €	91,96 €	63,86 €	41,42 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	22,91 €
Maximum	311,95 €	456,80 €	1.515,16 €	708,11 €	1.494,61 €	2.534,31 €	1.094,70 €	3.347,03 €

Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KP

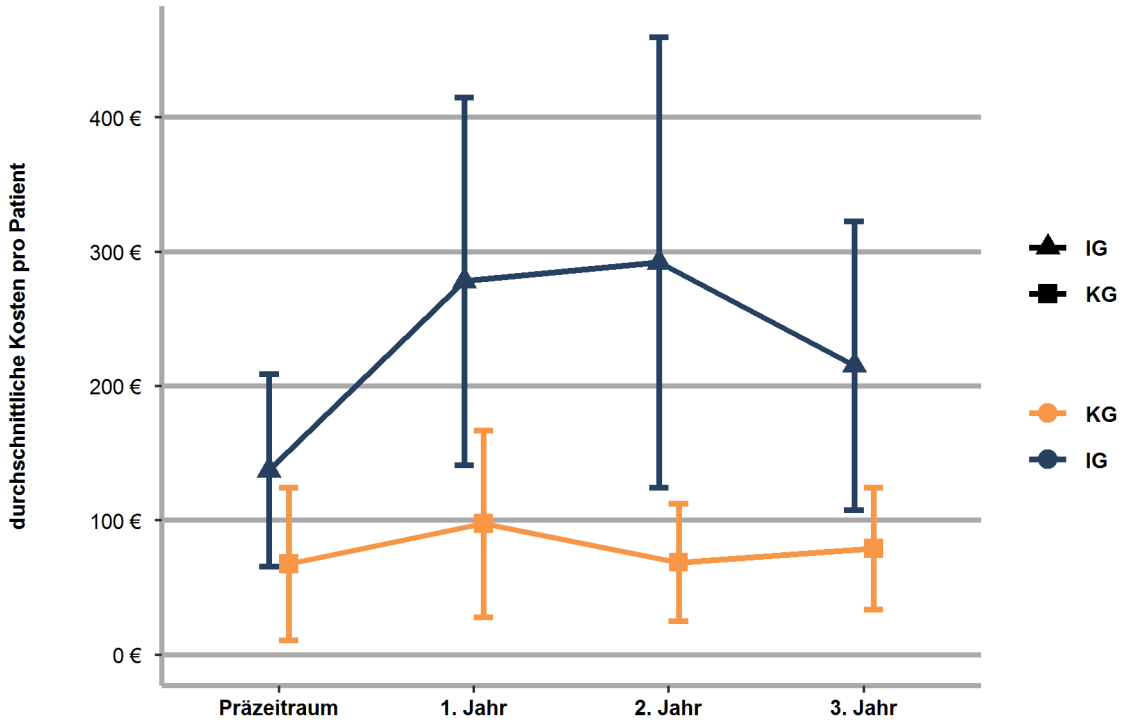


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 259: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	17	21	16	15	< 10	10	< 10	10
Mittelwert	137,37 €	278,14 €	292,18 €	215,31 €	67,56 €	97,66 €	68,84 €	79,11 €
Standardabweichung	260,91 €	498,90 €	611,06 €	392,50 €	204,41 €	250,09 €	156,66 €	163,71 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	71,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	140,56 €	238,86 €	316,79 €	200,44 €	0,00 €	33,08 €	0,00 €	58,60 €
Maximum	1.116,70 €	2.025,66 €	3.130,09 €	1.519,87 €	1.070,26 €	1.039,63 €	592,26 €	637,09 €

Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KP



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Heilmittel werden die Kosten für Heilmittel mit psychiatrischer Indikation erfasst. Die Zuordnung zur psychiatrischen Versorgung erfolgt dabei über die Abrechnungspositionsnummer (APN). Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 260, Tabelle 262) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 6,34 € weniger Kosten als die KG mit 16,12 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr steigen die Kosten in der IG auf 57,22 €. In der KG stiegen die Kosten auf 38,46 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 28,54 € nicht signifikant (p=0,144) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 47,49 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 261, Tabelle 263) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 55,79 € höhere Kosten als die KG mit 17,50 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 105,06 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 22,61 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 44,16 € signifikant (p=0,007) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 200,02 €.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 264) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 24,43 € höhere Kosten als die KG mit 18,18 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 25,81 €. In der KG stiegen die Kosten auf 24,98 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 265, Tabelle 266) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 33,37 € höhere Kosten als die KG mit 17,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 35,25 €. In der KG stiegen die Kosten auf 23,08 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3,57 € nicht signifikant (p=0,748) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 13,03 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 20,72 €.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 267) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 38,96 € höhere Kosten als die KG mit 16,57 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 53,96 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 23,43 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 21,34 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 268) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 55,10 € höhere Kosten als die KG mit 24,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 99,98 €. In der KG stiegen die Kosten auf 27,30 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 17,62 €.

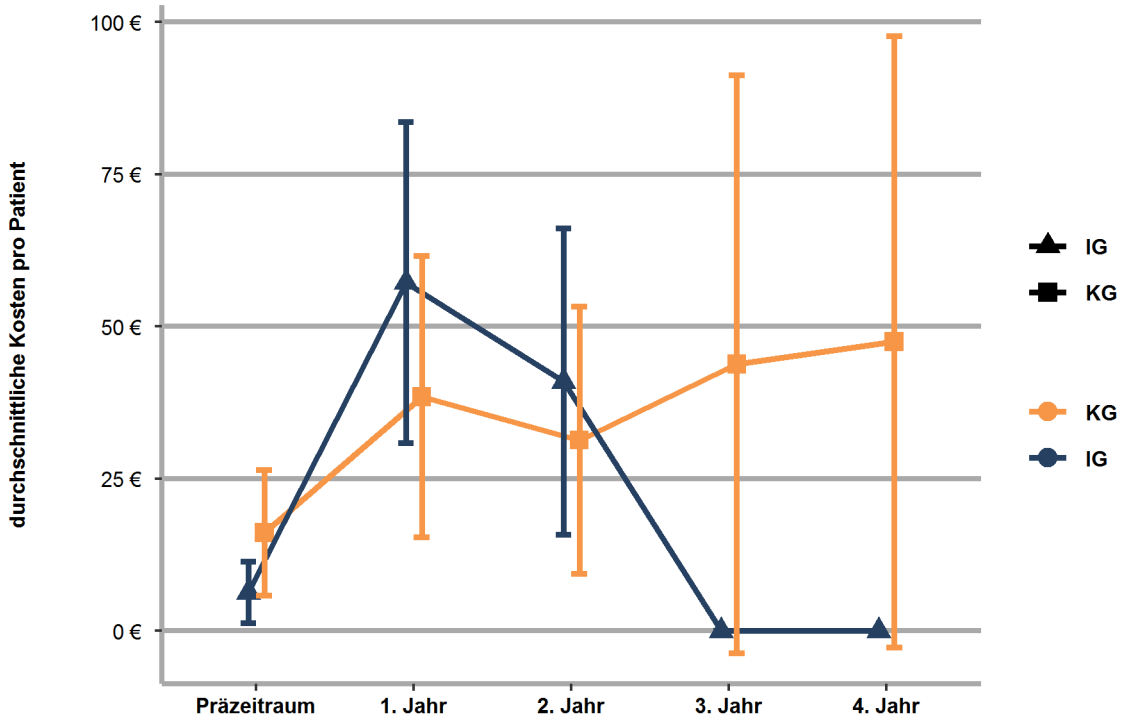
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	< 10	23	14	< 10	< 10	< 10	17	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	6,34 €	57,22 €	40,95 €	0,00 €	0,00 €	16,12 €	38,46 €	31,32 €	43,81 €	47,49 €
Standardabweichung	72,85 €	383,47 €	356,76 €	0,00 €	0,00 €	148,89 €	332,84 €	310,15 €	659,98 €	685,32 €
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	1.362 €	4.845 €	5.635 €	0 €	0 €	2.189 €	6.250 €	5.475 €	14.673 €	14.689 €

Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	23	35	25	< 10	< 10	13	15	13	< 10	< 10
Mittelwert	55,79 €	105,06 €	92,60 €	0,00 €	0,00 €	17,50 €	22,61 €	32,45 €	15,95 €	11,92 €
Standardabweichung	442,27 €	630,76 €	604,12 €	0,00 €	0,00 €	183,68 €	203,04 €	297,82 €	248,02 €	200,02 €
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	9.099,00 €	8.952,55 €	7.902,35 €	0,00 €	0,00 €	3.526,43 €	3.083,76 €	4.353,52 €	5.090,73 €	4.436,67 €

Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

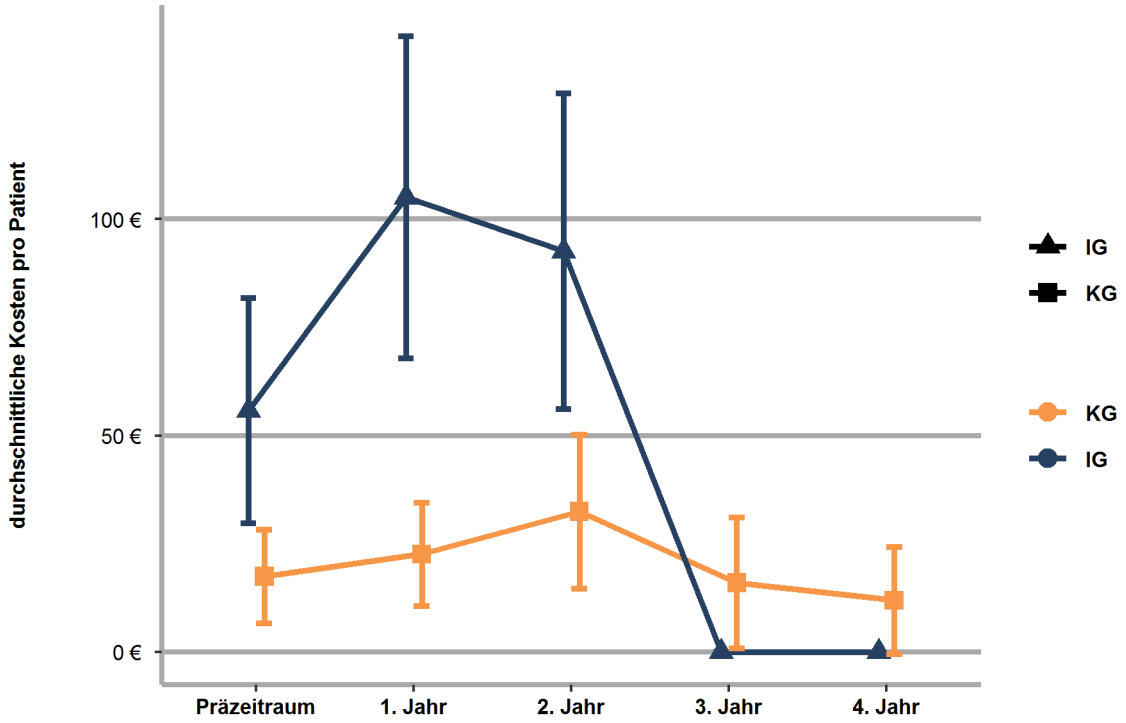


Tabelle 262: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	16,12 €	0,010	16,12 €	0,010	-36,97 €	0,284
IG (vs. KG)	-9,79 €	0,161	-9,79 €	0,162	-15,83 €	0,145
Post (vs. Prä)	23,99 €	0,161				
IG x Post (DiD)	-4,90 €	0,792				
1. Jahr (vs. Prä)			22,34 €	0,051	34,91 €	0,012
2. Jahr (vs. Prä)			15,20 €	0,183	28,38 €	0,031
3. Jahr (vs. Prä)			27,68 €	0,278	43,96 €	0,113
4. Jahr (vs. Prä)			31,36 €	0,249	47,80 €	0,099
IG x Jahr 1 (DiD)			28,54 €	0,144	28,55 €	0,142
IG x Jahr 2 (DiD)			19,42 €	0,297	25,71 €	0,151
IG x Jahr 3 (DiD)			-34,02 €	0,186	-28,44 €	0,203
IG x Jahr 4 (DiD)			-37,70 €	0,168	-32,14 €	0,182
Alter (30-47 J. vs. U30)					-17,85 €	0,215
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1,09 €	0,954
Alter (Ü64 vs. U30)					-60,06 €	0,299
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-2,25 €	0,818
F 00 (Demenz)					146,70 €	0,137
F 01 (Vaskuläre Demenz)					53,87 €	0,428
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.533,09 €	0,227
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					664,46 €	0,157
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					116,33 €	0,251
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					18,64 €	0,302
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					95,54 €	0,173
F 30-39 (Affektive Störungen)					37,36 €	0,113
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					12,02 €	0,470
F 45 (Somatoforme Störungen)					14,15 €	0,498
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-3,32 €	0,720
F 50 (Essstörungen)					-14,28 €	0,122
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					49,34 €	0,107
F 70-79 (Intelligenzstörung)					243,53 €	0,279
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-37,70 €	0,123
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1,44 €	0,919
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-47,45 €	0,076
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-4,61 €	0,907
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					142,93 €	0,132
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					16,54 €	0,086
R^2		<0,001		0,003		0,146

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 263: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	17,50 €	0,008	17,50 €	0,008	-62,33 €	0,043
IG (vs. KG)	38,29 €	0,026	38,29 €	0,026	35,00 €	0,029
Post (vs. Prä)	3,41 €	0,615				
IG x Post (DiD)	-7,88 €	0,547				
1. Jahr (vs. Prä)			5,11 €	0,175	43,57 €	0,082
2. Jahr (vs. Prä)			14,95 €	0,107	59,07 €	0,027
3. Jahr (vs. Prä)			-1,55 €	0,886	45,64 €	0,068
4. Jahr (vs. Prä)			-5,58 €	0,564	44,20 €	0,079
IG x Jahr 1 (DiD)			44,16 €	0,007	44,97 €	0,006
IG x Jahr 2 (DiD)			21,86 €	0,276	20,86 €	0,300
IG x Jahr 3 (DiD)			-54,24 €	0,005	-54,60 €	0,004
IG x Jahr 4 (DiD)			-50,22 €	0,007	-49,51 €	0,006
Alter (30-47 J. vs. U30)					-4,01 €	0,644
Alter (48-64 J. vs. U30)					1,88 €	0,868
Alter (Ü64 vs. U30)					46,11 €	0,083
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					17,91 €	0,088
F 00 (Demenz)					71,75 €	0,120
F 01 (Vaskuläre Demenz)					374,30 €	0,005
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					12,55 €	0,849
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					82,88 €	0,399
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-192,64 €	0,054
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-0,34 €	0,979
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					7,16 €	0,750
F 30-39 (Affektive Störungen)					15,65 €	0,342
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-15,29 €	0,158
F 45 (Somatoforme Störungen)					-10,07 €	0,358
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-37,08 €	0,005
F 50 (Essstörungen)					-35,52 €	0,010
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					22,37 €	0,380
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-0,91 €	0,908
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-20,77 €	0,144
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-15,66 €	0,182
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					17,12 €	0,527
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-17,26 €	0,247
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,40 €	0,337
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					25,50 €	0,004
R^2		0,002		0,010		0,049

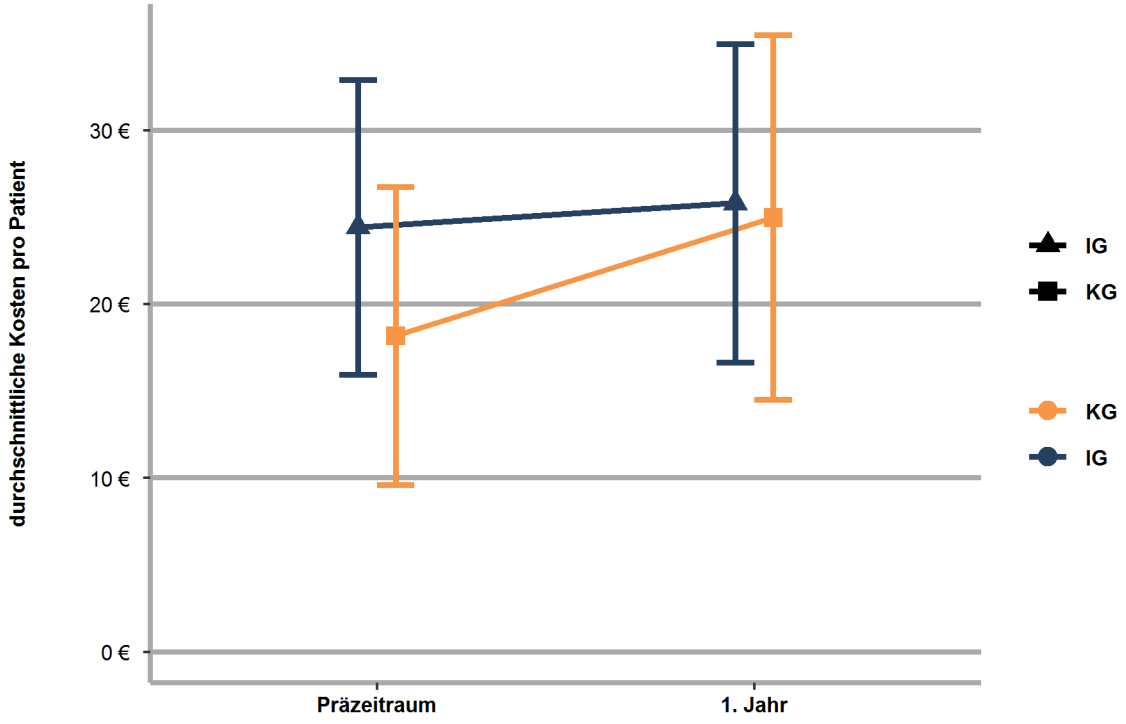
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 264: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	43	38	28	37
Mittelwert	24,43 €	25,81 €	18,18 €	24,98 €
Standardabweichung	255,36 €	275,81 €	258,57 €	316,05 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.948,46 €	5.337,20 €	8.602,11 €	8.927,50 €

Abbildung 159: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 265: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	43	38	15	24	31	15
Mittelwert	33,37 €	35,25 €	13,03 €	17,63 €	23,08 €	20,72 €
Standardabweichung	297,99 €	321,88 €	201,39 €	212,64 €	300,60 €	339,75 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.948 €	5.337 €	5.635 €	5.667 €	8.928 €	11.451 €

Abbildung 160: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

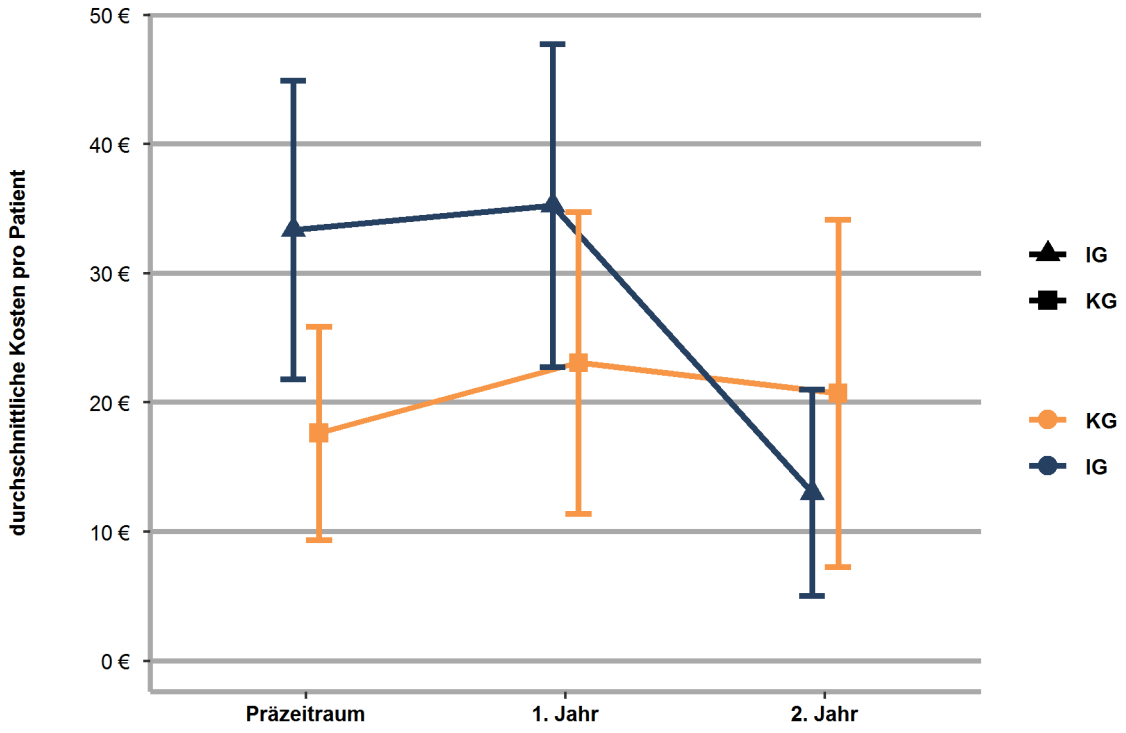


Tabelle 266: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	17,63 €	<0,001	17,63 €	<0,001	-9,42 €	0,354
IG (vs. KG)	15,75 €	0,068	15,75 €	0,068	15,35 €	0,081
Post (vs. Prä)	4,29 €	0,542				
IG x Post (DiD)	-13,28 €	0,207				
1. Jahr (vs. Prä)			5,45 €	0,429	19,36 €	0,018
2. Jahr (vs. Prä)			3,09 €	0,731	18,92 €	0,044
IG x Jahr 1 (DiD)			-3,57 €	0,748	-3,55 €	0,748
IG x Jahr 2 (DiD)			-23,43 €	0,057	-22,65 €	0,065
Alter (30-47 J. vs. U30)					-0,41 €	0,951
Alter (48-64 J. vs. U30)					9,32 €	0,288
Alter (Ü64 vs. U30)					8,17 €	0,594
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,38 €	0,955
F 00 (Demenz)					142,88 €	0,016
F 01 (Vaskuläre Demenz)					146,62 €	0,044
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					480,47 €	0,280
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					125,87 €	0,104
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					26,83 €	0,518
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-11,80 €	0,108
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					9,10 €	0,605
F 30-39 (Affektive Störungen)					2,12 €	0,777
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-4,55 €	0,462
F 45 (Somatoforme Störungen)					-4,61 €	0,554
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-9,67 €	0,081
F 50 (Essstörungen)					-12,99 €	0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					22,07 €	0,286
F 70-79 (Intelligenzstörung)					93,02 €	0,367
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-29,32 €	0,105
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-13,74 €	0,017
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-30,47 €	0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-29,05 €	0,170
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					53,82 €	0,232
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					17,91 €	0,015
R^2		<0,001		<0,001		0,029

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

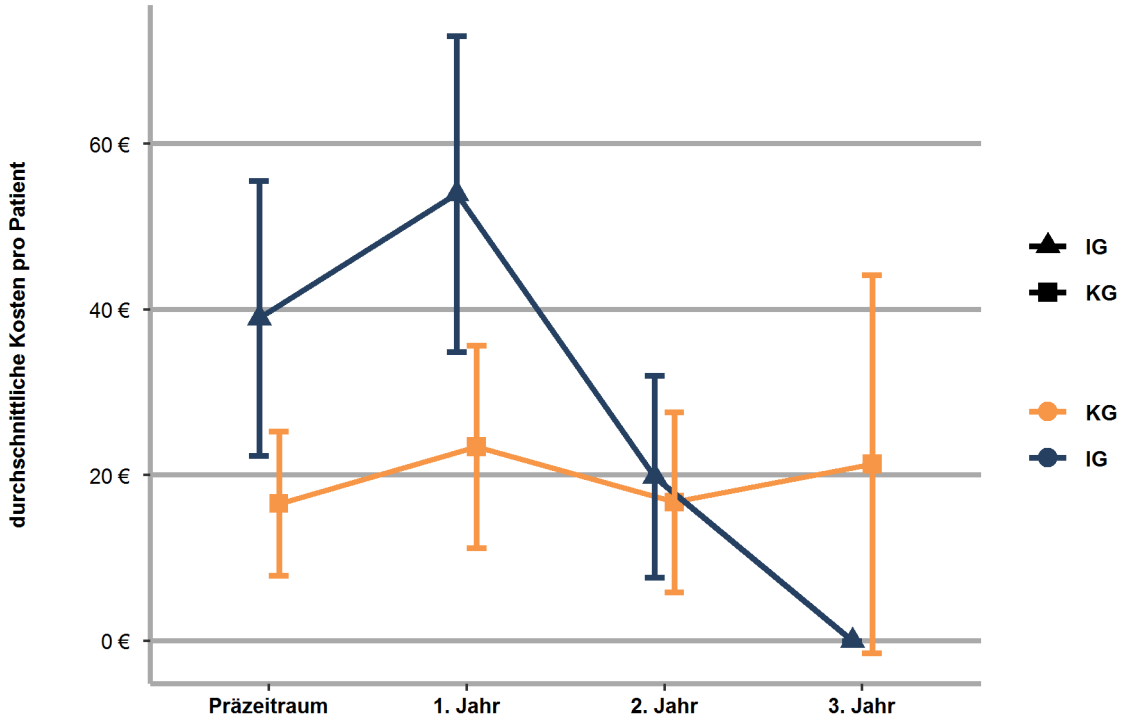
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 267: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	29	38	14	< 10	16	25	11	< 10
Mittelwert	38,96 €	53,96 €	19,82 €	0,00 €	16,57 €	23,43 €	16,74 €	21,34 €
Standardabweichung	345,70 €	397,01 €	248,93 €	0,00 €	180,99 €	254,07 €	221,41 €	457,78 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.948 €	5.337 €	5.635 €	0 €	3.416 €	6.250 €	5.475 €	14.673 €

Abbildung 161: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

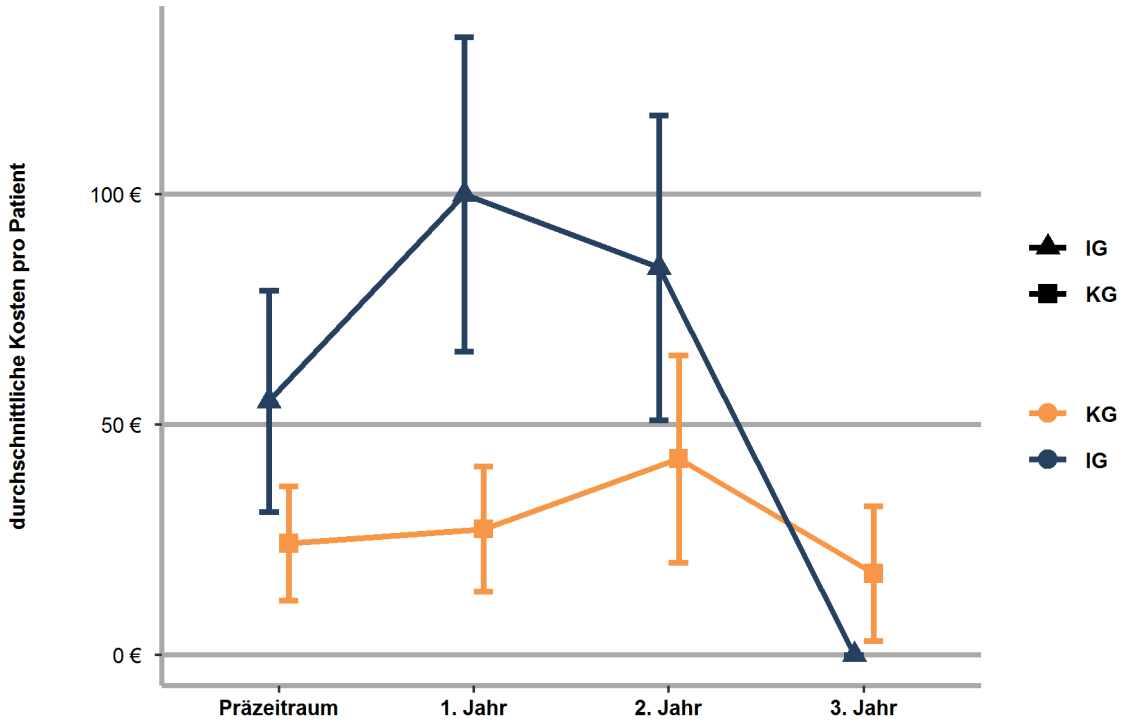


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 268: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	27	38	26	< 10	18	17	16	< 10
Mittelwert	55,10 €	99,98 €	84,09 €	0,00 €	24,21 €	27,30 €	42,56 €	17,62 €
Standardabweichung	428,17 €	607,35 €	575,99 €	0,00 €	221,62 €	243,74 €	394,83 €	252,52 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	9.099,00 €	8.952,55 €	7.902,35 €	0,00 €	3.526,43 €	3.844,12 €	7.012,93 €	5.090,73 €

Abbildung 162: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U1, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 269, Tabelle 271; Tabelle 270, Tabelle 272).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 273) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 18,41 € höhere Kosten als die KG mit 3,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3,62 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 0 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 274, Tabelle 275) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 16,88 € höhere Kosten als die KG mit 5,56 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und in der KG auf 0 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 11,32 € nicht signifikant (p=0,525) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verharrten die Kosten in der IG und der KG bei 0 €.

U4: Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt an dieser Stelle analog zum Effektivitäts-Kapitel keine Ergebnisbeschreibung für U4, die Werte sind aber in den folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle 276; Tabelle 277).

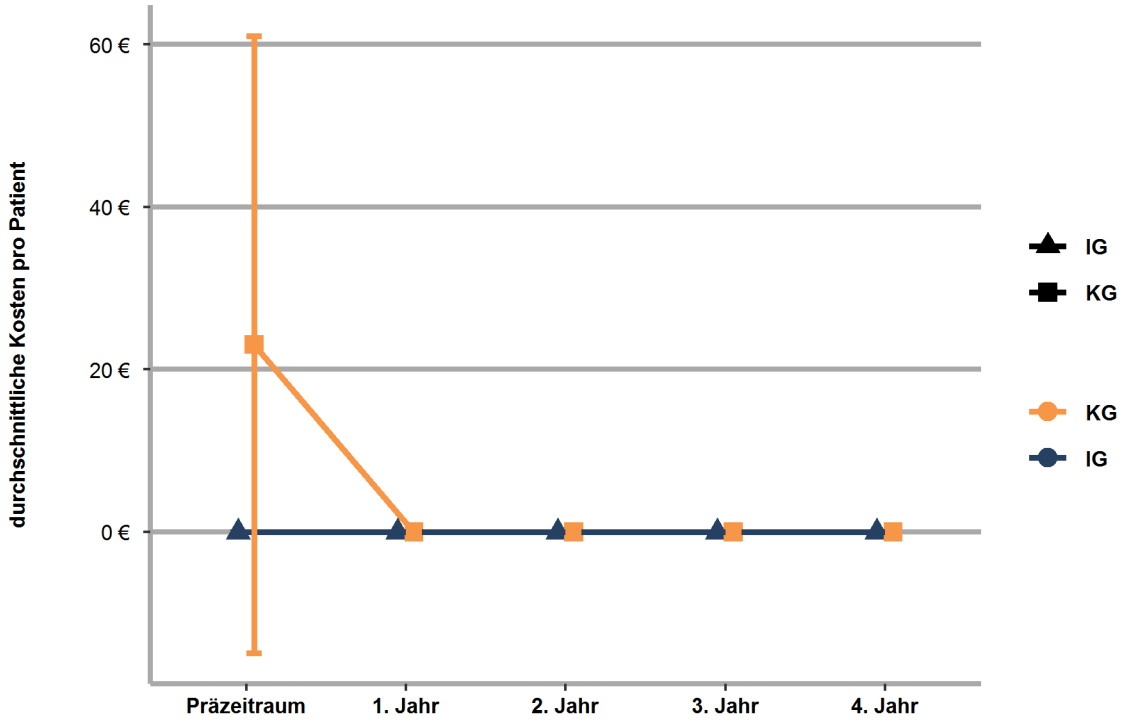
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 269: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	23,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	103,19 €	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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	461,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Abbildung 163: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 270: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	50,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	28,59 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	269,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	148,58 €	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	0,00 €	1.449,92 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	772,04 €	0,00 €	0,00 €

Abbildung 164: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

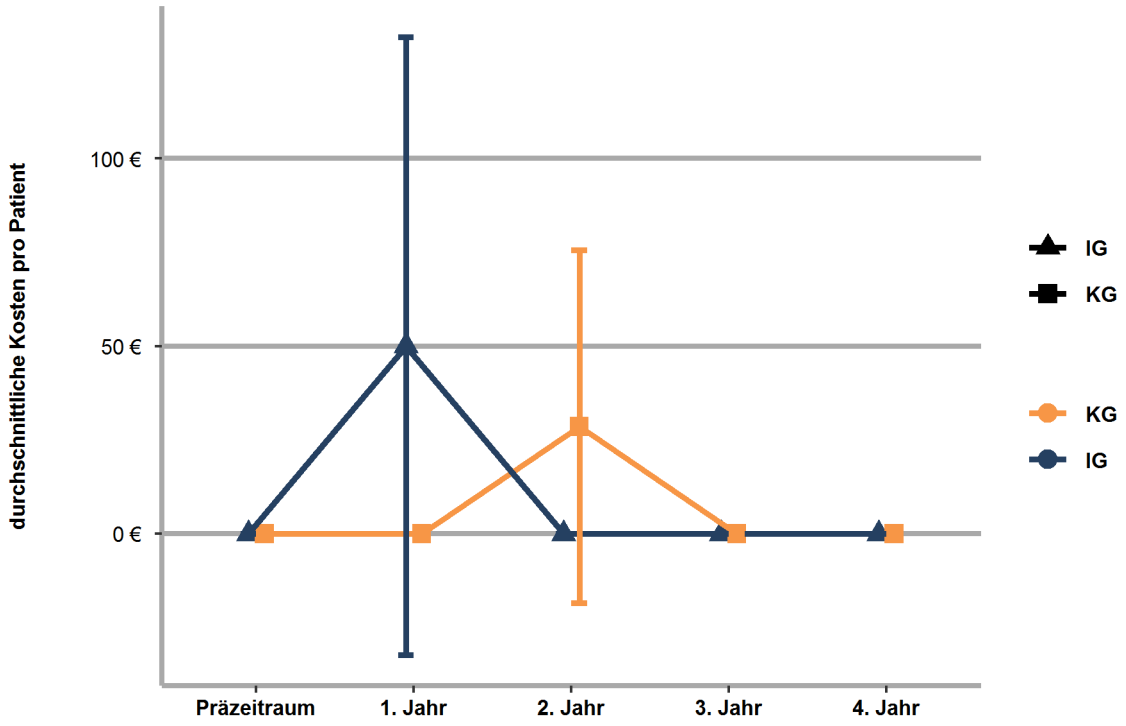


Tabelle 271: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	23,07 €	0,316	23,07 €	0,323	-35,83 €	0,203
IG (vs. KG)	-23,07 €	0,316	-23,07 €	0,323	-25,30 €	0,318
Post (vs. Prä)	-23,07 €	0,316				
IG x Post (DiD)	23,07 €	0,316				
1. Jahr (vs. Prä)			-23,07 €	0,323	-8,44 €	0,383
2. Jahr (vs. Prä)			-23,07 €	0,323	-8,44 €	0,383
3. Jahr (vs. Prä)			-23,07 €	0,323	-8,44 €	0,383
4. Jahr (vs. Prä)			-23,07 €	0,323	-8,44 €	0,383
IG x Jahr 1 (DiD)			23,07 €	0,323	28,46 €	0,328
IG x Jahr 2 (DiD)			23,07 €	0,323	28,46 €	0,328
IG x Jahr 3 (DiD)			23,07 €	0,323	28,46 €	0,328
IG x Jahr 4 (DiD)			23,07 €	0,323	28,46 €	0,328
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-7,13 €	0,173
F 30-39 (Affektive Störungen)					45,49 €	0,142
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,24 €	0,252
F 45 (Somatoforme Störungen)					42,76 €	0,186
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					47,74 €	0,123
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					42,30 €	0,169
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,70 €	0,270
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,52 €	0,323
R^2		0,045		0,045		0,157

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 272: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	-0,00 €	0,090	0,00 €	>0,999	-4,40 €	0,685
IG (vs. KG)	-0,00 €	0,320	-0,00 €	>0,999	0,33 €	0,884
Post (vs. Prä)	7,15 €	0,316				
IG x Post (DiD)	5,35 €	0,710				
1. Jahr (vs. Prä)			0,00 €		3,28 €	0,455
2. Jahr (vs. Prä)			28,59 €	0,321	31,87 €	0,286
3. Jahr (vs. Prä)			-0,00 €	>0,999	3,28 €	0,455
4. Jahr (vs. Prä)			-0,00 €		3,28 €	0,455
IG x Jahr 1 (DiD)			50,00 €	0,322	50,07 €	0,335
IG x Jahr 2 (DiD)			-28,59 €	0,321	-28,52 €	0,339
IG x Jahr 3 (DiD)			0,00 €	>0,999	0,07 €	0,940
IG x Jahr 4 (DiD)			0,00 €	>0,999	0,07 €	0,940
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					7,29 €	0,643
F 30-39 (Affektive Störungen)					-11,78 €	0,230
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-10,52 €	0,215
F 45 (Somatoforme Störungen)					-0,12 €	0,980
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-13,29 €	0,187
F 50 (Essstörungen)					-7,58 €	0,486
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-12,32 €	0,228
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-2,67 €	0,594
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-8,41 €	0,302
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3,59 €	0,399
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,06 €	0,549
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8,85 €	0,491
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,58 €	0,865
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4,89 €	0,285
R^2		0,002		0,029		0,035

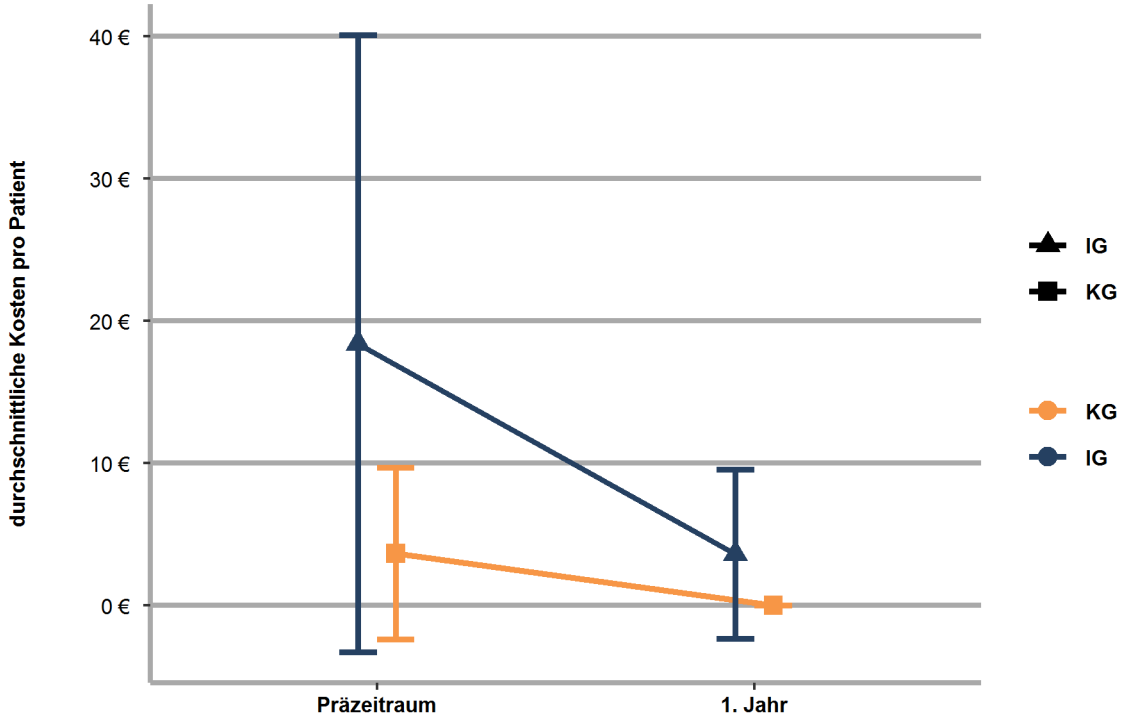
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 273: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	18,41 €	3,62 €	3,66 €	0,00 €
Standardabweichung	147,90 €	40,63 €	41,11 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.367,24 €	456,10 €	461,49 €	0,00 €

Abbildung 165: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 274: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	16,88 €	0,00 €	0,00 €	5,56 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	151,92 €	0,00 €	0,00 €	50,66 €	0,00 €	0,00 €
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	1.367,24 €	0,00 €	0,00 €	461,49 €	0,00 €	0,00 €

Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

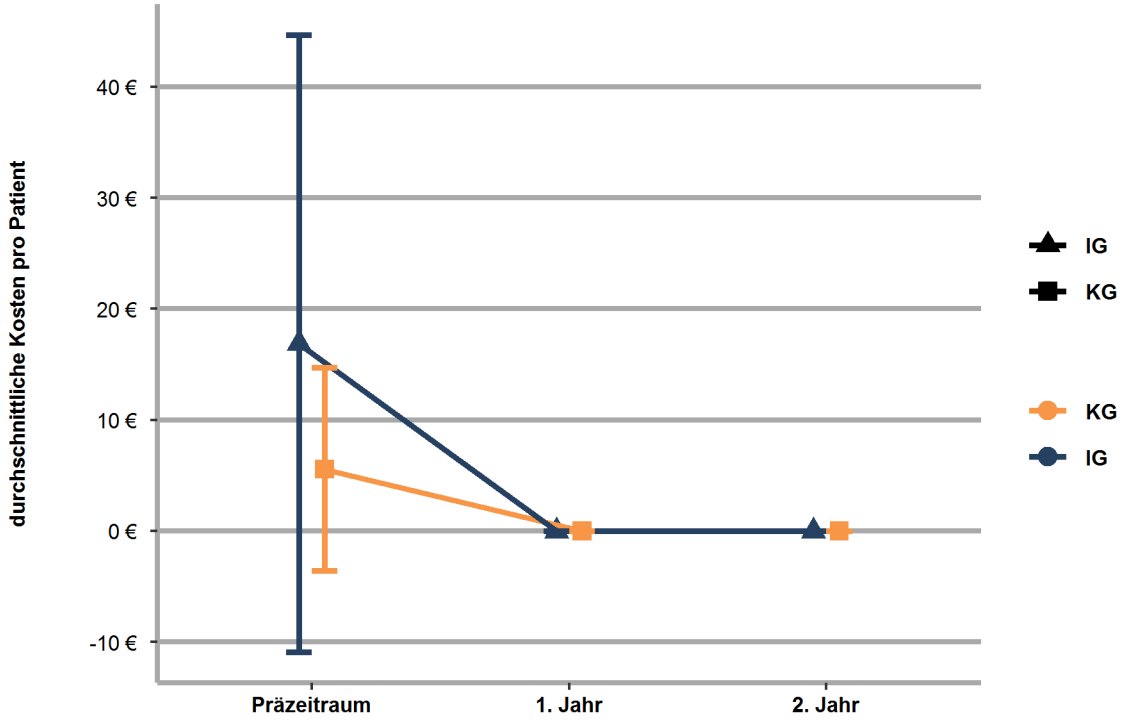


Tabelle 275: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5,56 €	0,318	5,56 €	0,319	-27,79 €	0,143
IG (vs. KG)	11,32 €	0,524	11,32 €	0,525	14,22 €	0,422
Post (vs. Prä)	-5,56 €	0,318				
IG x Post (DiD)	-11,32 €	0,524				
1. Jahr (vs. Prä)			-5,56 €	0,319	-1,16 €	0,814
2. Jahr (vs. Prä)			-5,56 €	0,319	-1,16 €	0,814
IG x Jahr 1 (DiD)			-11,32 €	0,525	-10,96 €	0,543
IG x Jahr 2 (DiD)			-11,32 €	0,525	-10,96 €	0,543
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-6,54 €	0,167
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2,66 €	0,672
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					27,25 €	0,081
F 30-39 (Affektive Störungen)					23,47 €	0,075
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					12,12 €	0,149
F 45 (Somatoforme Störungen)					23,50 €	0,097
F 40-48 (ohne F43 und F45)					32,86 €	0,080
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					10,11 €	0,337
F 70-79 (Intelligenzstörung)					168,78 €	0,165
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3,06 €	0,885
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					27,97 €	0,081
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-10,62 €	0,272
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,53 €	0,519
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,74 €	0,278
R^2		0,009		0,009		0,129

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

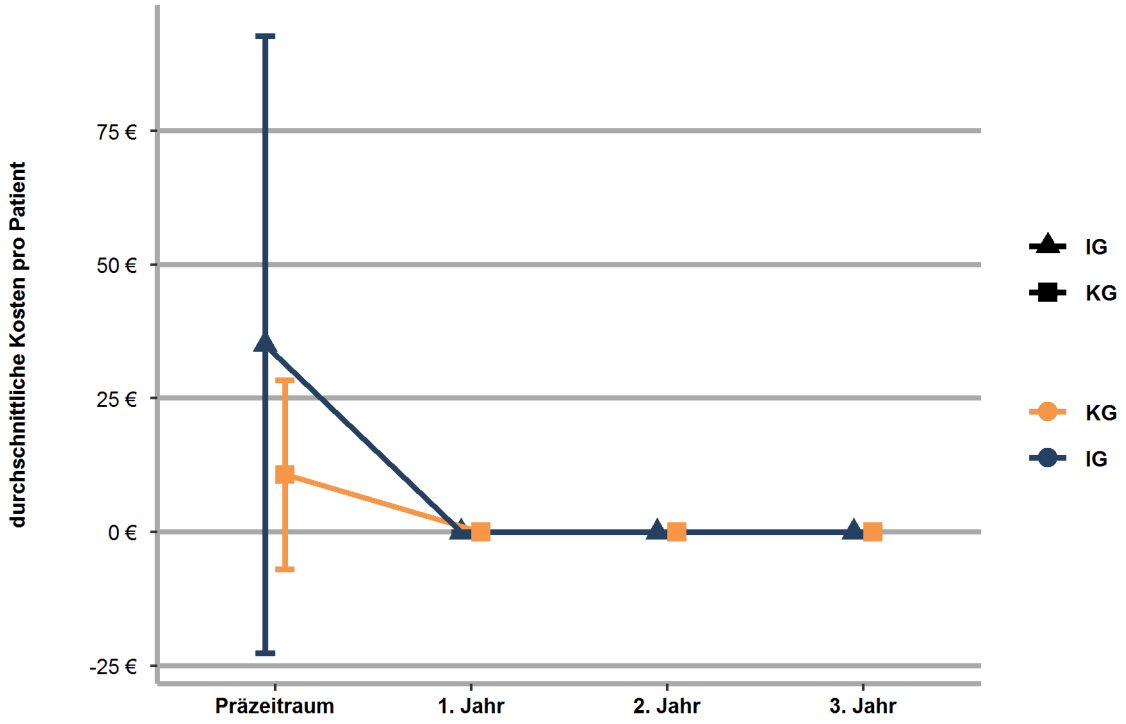
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 276: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	35,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	10,73 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	218,93 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	70,38 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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	1.367,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	461,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

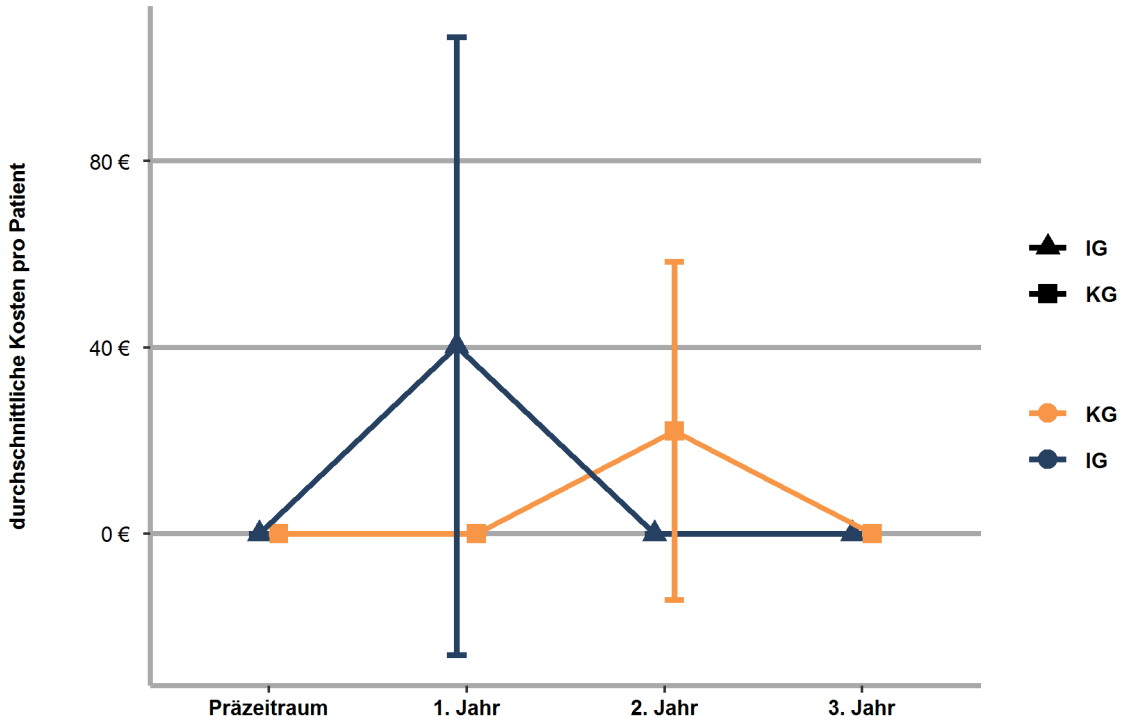


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 277: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	40,28 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	22,06 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	241,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	130,50 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	1.449,92 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	772,04 €	0,00 €

Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



11. Ergebnisse: Effizienz

Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) EP

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 fiel in der IG um 1.912,71 € signifikant (p<0,001) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 6,7 Tage signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -268,55 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 268,55 € zusätzlich ausgegeben.

U2 – Variante B (vgl. Tabelle 279 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 1.311,19 € signifikant (p=0,010) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 11,9 Tage signifikant (p=0,008) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -109,95 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 109,95 € zusätzlich ausgegeben.

Eine Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 findet sich in Abbildung 123 im Anhang.

U4 – Variante A (vgl. Tabelle 280 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 729,82 € nicht signifikant (p=0,439) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 5,9 Tage signifikant (p<0,019) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 123,76 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 123,76 € eingespart.

U4 – Variante B (vgl. Tabelle 281 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 924,682 € nicht signifikant (p=0,497) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 3,7 Tage nicht signifikant (p=0,648) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -249,70 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 249,70 € zusätzlich eingespart.

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

Tabelle 278: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	769,52 €		2459	11.284,82 €		2459	10.515,30 €	
	KG	1.030,35 €		2459	9.632,94 €		2459	8.602,59 €	
	Diff (IG - KG)	-260,83 €	0,011		1.651,88 €	<0,001		1.912,71 €	<0,001
KH-Tage	IG	0,9		2459	18,6		2459	17,7	
	KG	1,7		2459	26,1		2459	24,4	
	Diff (IG - KG)	-0,8	0,012		-7,4	<0,001		-6,7	<0,001
ICER	-286,55 €/d								

Tabelle 279: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	605,15 €		1639	10.013,17 €		1639	9.408,02 €	
	KG	846,62 €		1611	8.943,44 €		1611	8.096,83 €	
	Diff (IG - KG)	-241,47 €	0,023		1.069,73 €	0,031		1.311,19 €	0,010
AU-Tage	IG	27,2		1639	79,8		1639	52,6	
	KG	28,7		1611	93,3		1611	64,5	
	Diff (IG - KG)	-1,5	0,505		-13,5	<0,001		-11,9	0,008
ICER	-109,95 €/d								

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

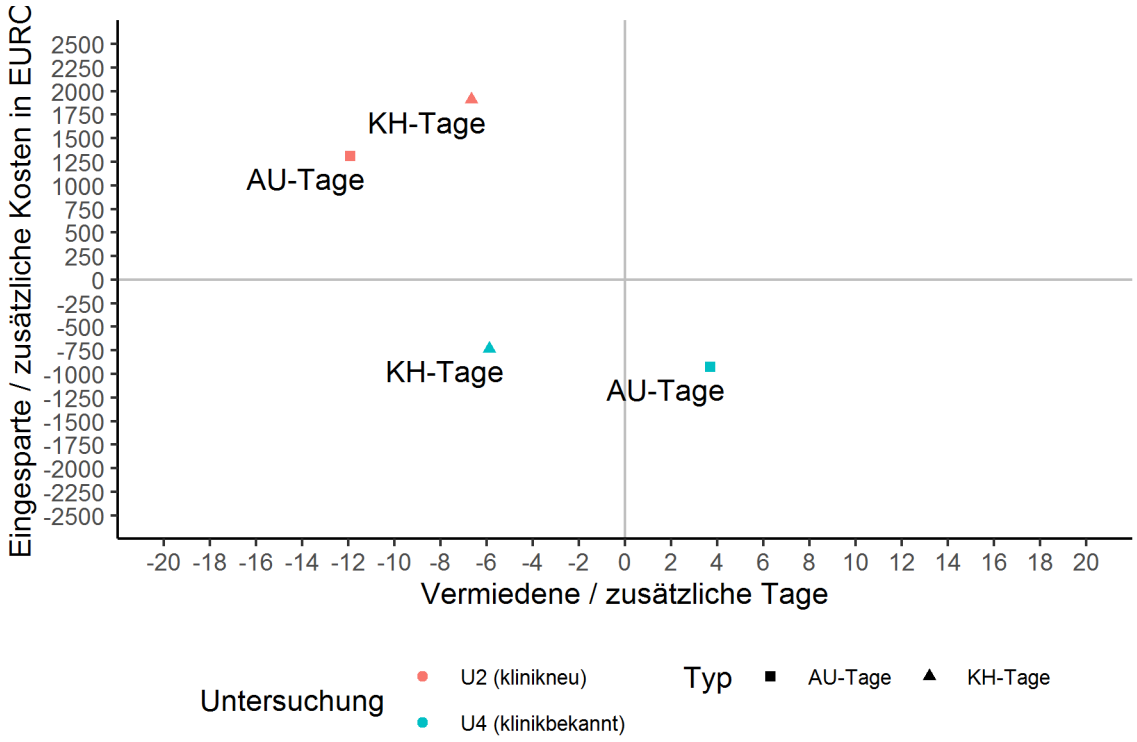
Tabelle 280: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	7.183,70 €		885	8.723,83 €		885	1.540,13 €	
	KG	5.418,17 €		885	7.688,12 €		885	2.269,95 €	
	Diff (IG - KG)	1.765,53 €	<0,001		1.035,71 €	0,185		-729,82 €	0,439
KH-Tage	IG	15,7		885	15,9		885	0,2	
	KG	14,0		885	20,1		885	6,1	
	Diff (IG - KG)	1,7	0,312		-4,2	0,027		-5,9	0,019
ICER	123,76 €/d								

Tabelle 281: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	5.841,52 €		414	7.452,95 €		414	1.611,43 €	
	KG	5.493,07 €		432	8.029,17 €		432	2.536,10 €	
	Diff (IG - KG)	348,45 €	0,591		-576,22 €	0,630		-924,68 €	0,497
AU-Tage	IG	49,0		414	60,0		414	11,0	
	KG	37,6		432	44,9		432	7,3	
	Diff (IG - KG)	11,4	0,031		15,1	0,015		3,7	0,648
ICER	-249,70 €/d								

Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4 EP



Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) KJP

U2- Variante A (vgl. Tabelle 282 und Abbildung 170): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 16.068,72 € signifikant (p<0,001) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 3,3 Tage nicht signifikant (p=0,551) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 4855,309 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 4855,30 € zusätzlich ausgegeben.

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

Tabelle 282: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

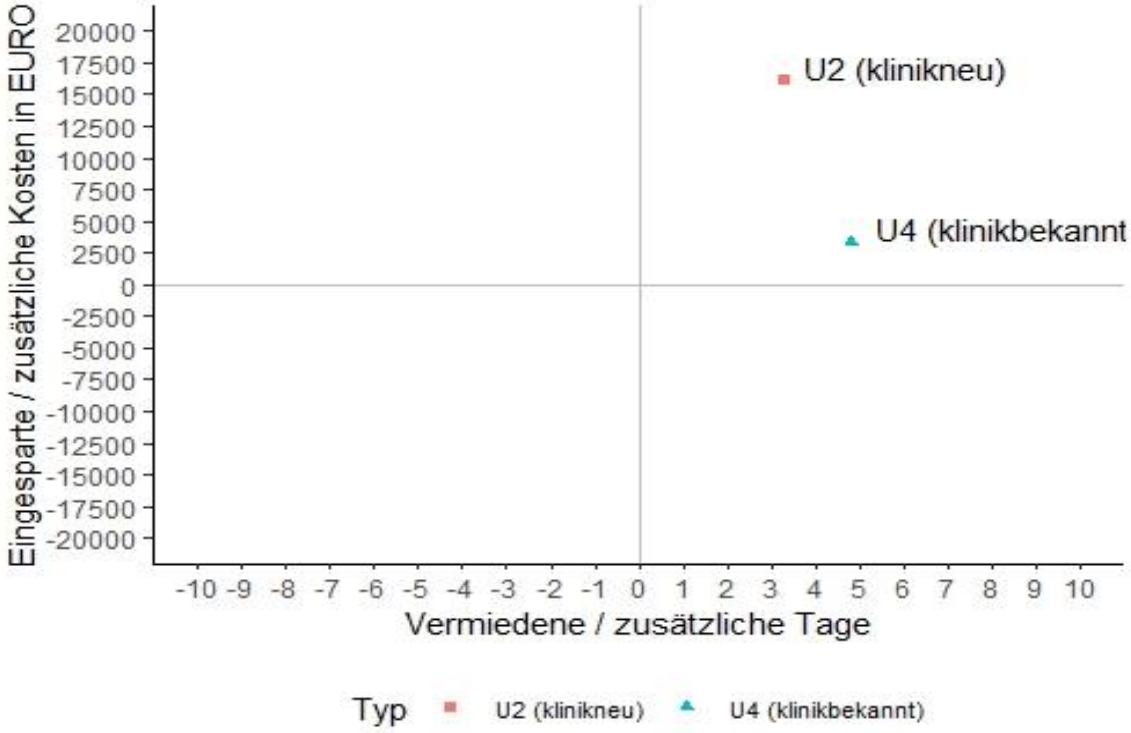
		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	823,21 €		126	25.882,02 €		126	25.058,81 €	
	KG	1.014,03 €		126	10.004,12 €		126	8.990,09 €	
	Diff (IG - KG)	-190,82 €	0,685		15.877,90 €	<0,001		16.068,72 €	<0,001
KH-Tage	IG	1,0		126	21,0		126	20,0	
	KG	1,4		126	18,1		126	16,7	
	Diff (IG - KG)	-0,4	0,725		2,9	0,592		3,3	0,551
ICER	4.855,30 €/d								

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

Tabelle 283: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	12.374,29 €		37	14.960,08 €		37	2.585,79 €	
	KG	3.371,73 €		37	2.698,30 €		37	-673,43 €	
	Diff (IG - KG)	9.002,55 €	0,013		12.261,78 €	0,024		3.259,23 €	0,603
KH-Tage	IG	17,4		37	16,5		37	-0,9	
	KG	6,0		37	0,3		37	-5,7	
	Diff (IG - KG)	11,4	0,087		16,2	0,031		4,8	0,625
ICER	681,31 €/d								

Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, U2 und U4 KJP



12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Vivantes Netzwerk für Gesundheit gGmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu zehn Kontrollklinken (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 Verlaufsbetrachtung). Hier steht die Entwicklung der Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall im Vordergrund. U3 analysiert alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr mit zweijähriger Nachbeobachtung. Im Vordergrund der Betrachtung liegt hier die Untersuchung der Inanspruchnahme über zwei Jahre nach Referenzfall und somit die Veränderung nach dem ersten Modelljahr (siehe U2). U4 untersucht die Entwicklung der Outcomes für alle Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (keine Inferenzstatistik). Hier ist der Verlauf der Inanspruchnahme mit erhöhter Fallzahl im Vergleich zu U1 im Blickpunkt.

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken (getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen[2] und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen[3]. 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 die Angaben zur Pflegestufe und der Aufnahmeort des Referenzfalls (PIA vs. Krankenhaus) war in der Erwachsenenpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen IG und KG verschieden (siehe Kapitel 8.1).

[2] In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

[3] Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über fünf Modelljahre bzw. vier patientenindividuelle Jahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten. Aufgrund zu geringer Fallzahlen in den Untersuchungen U1 und U4 bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) konnten hier keine Aussagen abgeleitet werden. Aussagen zur Effektivität in dieser Gruppe wurde somit ausschließlich auf den Auswertungen von U2 und U3 getroffen, sofern die Fallzahlen dies erlaubten. Daher konnten auch keine inhaltlichen Aussagen zu den jungen klinikbekannten Patienten abgleitet werden, da diese lediglich in U1 und U4 betrachtet wurden.

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 IG bei den klinikneuen erwachsenen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen (U1, U2, U3 und U4) zunächst geringer im Vergleich zur KG. Im patientenindividuellen Verlauf verringerte sich dieser Unterschied jedoch und war im zweiten Jahr nach Referenzfall zunächst zwischen beiden Gruppen vergleichbar (jeweils im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall). Ab dem dritten Jahr nach Referenzfall war der Anteil in der IG größer als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Im Jahr vor Referenzfall wies die IG bereits geringere Anteile im Vergleich zur KG auf. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten war sowohl die Höhe als auch der Verlauf dieses Anteils zwischen IG und KG vergleichbar. Somit ist bei der Betrachtung des Anteils an erwachsenen klinikneuen Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt in allen Untersuchungen der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben geringer. Im patientenindividuellen Verlauf ist jedoch kein eindeutiger langfristiger Trend zu erkennen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) war bei den klinikneuen jungen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach jeweils (U2 und U3) ein geringerer Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Im zweiten Jahr nach Referenzfall war der Anteil hingegen in der IG etwas größer als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch U3 nicht.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg analog zum Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt bei den klinikneuen erwachsenen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stets weniger stark im Vergleich zur KG an. Dieser Unterschied war in allen Untersuchungen ersichtlich, erreichte jedoch keine statistische Signifikanz. Dieser Unterschied verringerte sich, erneut analog zu den vollstationären Anteilen, ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und war ab dem zweiten bzw. dritten Jahr nach Referenzfall in der IG höher als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Diese stärkere Zunahme war in U3 für das zweite Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall). Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten waren diese Anteile in der IG stets geringer als in der KG (vergleichbar in U4 für prä und 3. Jahr). Diese Unterschiede waren im ersten Jahr nach Referenzfall am stärksten. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Eine Verringerung des Anteils an klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung lässt sich somit für das erste Jahr nach Referenzfall vermuten. Jedoch verringerte sich dieser Unterschied über den patientenindividuellen Verlauf und war ab dem zweiten bzw. dritten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung (außer klinikbekannt, U1).

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt bei den klinikneuen jungen Patienten in U2 in der IG etwas geringer als bei Patienten der KG; während der Verlauf in U3 zwischen beiden Gruppen vergleichbar war. Deutliche Unterschiede im Verlauf zwischen beiden Gruppen waren somit für die jungen Patienten nicht ersichtlich.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer erwachsener Patienten war in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der KG. Auch waren die Anstiege vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stets geringer. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten wies die IG im Jahr vor Referenzfall stets etwas mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Die vollstationäre Behandlungsdauer stieg jedoch in der IG zum Jahr nach Referenzfall weniger stark bzw. sank im Vergleich zur KG (U1 und U4). Diese geringere Zunahme zum Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant in U1, in der inferenzstatistisch getestet wurde. Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall waren die vollstationären Behandlungstage zwischen beiden Gruppen weitgehend vergleichbar (U1 und U4). Vollstationäre Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben eindeutig sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten verringert. Auch in anderen Studien zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlichen Modellvorhaben war eine Reduktion vollstationärer Tage in Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollpatienten ersichtlich. So sank die durchschnittliche Dauer vollstationärer Behandlung im Landkreis Dithmarschen mit der Einführung von Regionalen

Psychiatriebudgets (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) zeigte sich in U2 und U3 bei den klinikneuen jungen Patienten in der IG stets eine größere Zunahme von vollstationären Behandlungstagen vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall. Dieser Unterschied verringerte sich zum zweiten Jahr nach Referenzfall, blieb aber numerisch unter den Tagen der IG (U3). Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich. Die beschriebene Verringerung vollstationärer Behandlungstage bei den Erwachsenen konnte bei den jungen Patienten somit nicht beobachtet werden.

Bei den klinikneuen erwachsenen Patienten der IG war der Anstieg an **teilstationären Behandlungstagen** vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall stets geringer als bei den Patienten der KG, wobei dieser Unterschied in U1 sehr gering war. Bei der Betrachtung weiterer Modelljahre (U2, U3 und U4) war der geringere Anstieg deutlicher. In U3 war dieser geringere Anstieg statistisch signifikant. In den folgenden patientenindividuellen Jahren waren die teilstationären Behandlungstage zwischen beiden Gruppen weitgehend vergleichbar und auf einem geringen Niveau. Auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten war sowohl in U1 als auch in U4 ein geringerer Anstieg an teilstationären Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach erkennbar. Auch blieben die teilstationären Behandlungstage in der IG in den folgenden patientenindividuellen Jahren unter denen der KG. Teilstationäre Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, zu einem geringeren Maße in Anspruch genommen. Eine Verlagerung der vollstationären hin zu einer teilstationären Behandlung hat in der Modellklinik für die erwachsenen Patienten nicht stattgefunden. 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 klinikneuen jungen Patienten der IG in U2 und U3 stets stärker an als bei den jungen Patienten der KG. Auch war die Höhe teilstationärer Tage im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG etwas höher als in der KG. Teilstationäre Behandlungstage wurden somit, entgegen der Entwicklung bei den Erwachsenen, in der KJP des Modellvorhabens 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 klinikneuen erwachsenen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stets größer ausfiel als in der KG. Dieser Unterschied war in U1 für das erste bis dritte und in U3 für das erste und zweite Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auch die weiteren Jahre verzeichneten eine stets größere PIA-Inanspruchnahme in der Modelklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten war die Anzahl der durchschnittlichen PIA-Kontakte in der IG im Jahr vor Referenzfall in U1 und U4 jeweils geringer als in der KG. Im Jahr nach Referenzfall stieg jedoch die PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben statistisch signifikant stärker als in der KG und blieb auf einem höheren Niveau. Dieser stärkere Anstieg war in U1 in allen vier Jahren nach Referenzfall, verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall, statistisch signifikant. Somit ist sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten eine erhöhte PIA-Inanspruchnahme erkennbar. Eine Umsteuerung von voll- und teilstationärer Behandlung hin zu einer verstärkten PIA-Behandlung ist im Modellvorhaben für die Erwachsenen ersichtlich.

Auch bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war bei den klinikneuen jungen Patienten in U2 und U3 stets eine höhere PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben im Vergleich zur KG erkennbar. Auch der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall war im Modellvorhaben stärker. Dieser stärkere Anstieg war in U3 statistisch signifikant. Auch der Vergleich vom Jahr vor zum zweiten Jahr nach Referenzfall war in der IG in U3 statistisch signifikant größer als in der KG. Eine nach Modellstart größere Inanspruchnahme der PIA in der KJP ist somit ersichtlich.

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, war im Modellvorhaben ab dem Jahr nach Referenzfall sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser geringere Anstieg war bei den klinikneuen Patienten in U3 im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall und bei den klinikbekannten Patienten in U1 im zweiten, dritten und vierten Jahr nach Referenzfall, jeweils verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall, statistisch signifikant. Eine verringerte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung erwachsener Patienten außerhalb des Krankenhauses konnte somit beobachtet werden. Vermutlich trug die erhöhte PIA-Inanspruchnahme zu einer Verringerung der ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses bei.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war bei den klinikneuen jungen Patienten die Anzahl und der Verlauf der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar. Zwar stieg die Inanspruchnahme vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG etwas stärker (U2 und U3) und blieb im zweiten Jahr nach Referenzfall (U3) in der IG etwas größer, die Unterschiede waren jedoch gering. Eine signifikant erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses kann somit 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 Vivantes Netzwerk für Gesundheit 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 sich sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine eindeutigen Tendenzen bezüglich einer Verringerung der Anzahl voll- oder teilstationärer Anteile abzeichneten. Die Dauer vollstationärer Behandlung nahm jedoch in der Erwachsenpsychiatrie im Modellvorhaben ab im Vergleich zur Regelversorgung. In der KJP konnten die vollstationären Behandlungstage im Modellvorhaben nicht verringert werden. Teilstationäre Behandlungstage wurden in der Erwachsenenpsychiatrie in geringerem Maße und in der KJP verstärkt in Anspruch genommen. Sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie war eine erhöhte PIA-Inanspruchnahme erkennbar. Eine Umsteuerung von voll- und teilstationärer Behandlung hin zu einer verstärkten PIA-Behandlung ist im Modellvorhaben für die Erwachsenen ersichtlich. Auch war eine nach Modellstart größere Inanspruchnahme der PIA in der KJP ist somit ersichtlich. Auf der anderen Seite konnte eine verringerte Inanspruchnahme der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Patienten der Erwachsenenpsychiatrie außerhalb des

Krankenhauses beobachtet werden, während eine signifikant erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses in der KJP nicht ersichtlich war.

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. Die Behandlungskontinuität war bei den klinikneuen erwachsenen Patienten in der IG für 7 und 30 Tage Nachbeobachtung stets (etwas) größer verglichen mit der KG. Diese Unterschiede waren für das zweite und dritte Jahr in U1 und für das zweite Jahr in U3 (nur für 7 Tage Nachbeobachtung) statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten ergab sich kein einheitliches Bild. Einzelne Vergleiche zeigten eine für die IG statistisch signifikante größere Behandlungskontinuität (U1 für 7 und 30 Tage, je erstes Jahr nach Referenzfall) und andere eine statistisch signifikant geringere Behandlungskontinuität (U1 für 30 Tage, viertes Jahr nach Referenzfall). Eine erhöhte Behandlungskontinuität in der Erwachsenenpsychiatrie im Modellvorhaben konnte somit für die klinikneuen Patienten festgestellt werden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte für die klinikneuen jungen Patienten der U2 und U3 stets ein höherer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor festgestellt werden. Jedoch waren die Fallzahlen zu gering für inferenzstatistische Tests.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange klinikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Auch wurde dieser Outcome für die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht angewendet, da die abgeleitete Definition schwerer psychischer Störungen für Kinder und Jugendliche nicht passend ist. Der Anteil mit Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem war zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Dauer der Kontaktabbrüche war in der IG stets geringer als in der KG. 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.

Eine Erhöhung der Behandlungskontinuität konnte im Modellvorhaben sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie festgestellt werden. Beim Outcome Abbrüche des Kontaktes zum psychiatrischen Versorgungssystem waren keine signifikanten Veränderungen zwischen der Modell- und der Regelversorgung ersichtlich.

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 Modell- und Regelversorgung war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von der Modellversorgung sehr eingeschränkt.

Die Kontinuität der Behandlung gilt als wichtiges Qualitätskriterium einer patientenzentrierten Behandlung. Besonders im Bereich der psychisch Erkrankten ist eine kontinuierliche Versorgung des Patienten, bestenfalls mit gleichbleibenden Therapeuten, Pflegern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität, aber nicht 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 Erwachsenen- und der Kinder-und Jugendpsychiatrie nachgewiesen werden kann.

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 Modell- und Regelversorgung sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten weitgehend vergleichbar. Lediglich der Vergleich vom Jahr vor Referenzfall zum zweiten Jahr nach Referenzfall zeigte einen signifikant höheren Anstieg an AU-Episoden in der IG (U3).

Die durchschnittliche **Anzahl an AU-Tagen** war bei den klinikneuen erwachsenen Patienten im Jahr vor Referenzfall in der IG vergleichbar (U1 und U3) bzw. niedriger (U2 und U4) als in der KG. Im ersten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tage im Modellvorhaben jedoch stets geringer; während die AU-Tage ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall bei Patienten der IG stets größer als bei Patienten der KG war. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl der AU-Tage bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG höher als in der KG. Dieser Unterschied vergrößerte sich im ersten Jahr nach Referenzfall und verringerte sich in den folgenden patientenindividuellen Jahren, blieb aber in der IG über den Werten der KG. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es auch bei den klinikbekannten Patienten nicht.

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). Der Anteil klinikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme im ersten Jahr nach Referenzfall war im Modellvorhaben statistisch signifikant größer als in der Regelversorgung. Auch die Dauer zwischen Entlassung und einer erneuten vollstationären Behandlung war im Modellvorhaben größer, jedoch nicht statistisch signifikant.

In der KJP war der Anteil an Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG etwas größer als in der KG. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war hingegen in der KJP der IG geringer als in der KG. Geringe Fallzahlen schränken die Aussagefähigkeit des Parameters im KJP-Bereich ein.

Eine schnellere Wiederaufnahme muss 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 vollstationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von IG mit Kontrollkliniken und Patient der IG mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von Modell- und Vergleichsgruppe über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der Regelversorgung 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 Regelversorgung 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 krankenhaus-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. 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. Die Verläufe und die Niveaus waren zwischen Modell- und Regelversorgung sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar. In der KJP konnte dieses Outcome aufgrund für Kinder und Jugendliche unpassender eingeschlossener Diagnosen (Elixhauser Score) nicht angewendet werden.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurde 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 klinikneuen und klinikbekannten Patienten zwischen Modell- und Regelversorgung weitgehend vergleichbar war. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie verstarb in beiden Gruppen niemand.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (27, 28). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch unter einer erhöhten Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (29). Modellvorhaben nach § 64b SGB V können hier nur bedingt Einfluss nehmen. Eine nachhaltigere und patientenzentrierte Versorgung in

den Modelkrankenhäusern könnte aber möglicherweise zu weniger Begleiterkrankungen und dadurch zu einer geringeren Mortalität führen. Dies könnte ggf. in Modellvorhaben mit Vorläuferverträgen beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge (wie bei der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH) 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 klinikneuen und klinikbekannten Patienten der IG stets größer als bei Patienten der KG. In U3 war dieser Vergleich statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war zwischen Modell- und Regelversorgung bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten in fast allen Untersuchungen vergleichbar (lediglich für klinikneue Patienten in U1 war der Anteil in der IG etwas geringer). Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für klinikneue und klinikbekannten Patienten der IG stets größer als für die Patienten der KG. Diese Unterschiede waren für U1 und für U3 statistisch signifikant. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Erwachsenenpsychiatrie zeichnete sich somit für das Modellvorhaben eine Erhöhung hin zu einer schweren depressiven Episode und besonders hin zur Entwicklung einer Suchterkrankung ab.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) zeichnete sich ein etwas geringeres Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den klinikneuen Patienten der Modellversorgung in U2 und U3 im Vergleich zur KG ab. Bei den weiteren Untersuchungen gab es keine eindeutige Tendenz. Zu beachten ist auch hier, dass die Fallzahlen für die Betrachtung der Erkrankungsprogression teils sehr gering waren und somit die Aussagen eingeschränkt werden müssen.

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 Modell- als auch auf die Regelversorgung zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen keine eindeutigen Veränderungen bezüglich der Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeitstage mit Einführung des Modellvorhabens. Im Modellvorhaben an der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH war der Anteil an und die Dauer zwischen Entlassung und erneuter Aufnahme für Patienten der Erwachsenenpsychiatrie größer im Vergleich zur KG. Die mittlere Anzahl an Komorbiditäten sowie die Mortalität waren zwischen

Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Erwachsenenpsychiatrie zeichnete sich für das Modellvorhaben eine Erhöhung hin zu einer schweren depressiven Episode und besonders hin zur Entwicklung einer Suchterkrankung ab.

Hypothese d) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment).“*

Da eine Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier lediglich eine Betrachtung der untersuchten Qualitätsindikatoren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor. Auch sind die definierten Betrachtungen für die KJP nichtzutreffend und wurden hier nicht untersucht. Der Anteil von Personen mit Demenz und ohne Antipsychotikaverordnung war bei Patienten der IG statistisch signifikant geringer als bei Patienten der KG. Weitere signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen waren nicht zu beobachten. 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 grundliegende Fallzahl zu gering war. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgefedert werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der Modell- als auch in der Regelversorgung gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen Modell- und Regelversorgung jedoch nicht unterscheiden.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wurde unter anderem im Projekt PsychCare gearbeitet (31). Ergebnisse dazu stehen noch aus. Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (34) in den Modellvorhaben nach § 64b SGB V bzw. modellähnlichen Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass Modellvorhaben nach § 64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) sowie ggf. unter den entsprechenden Schlüsseln der PIA-Dokumentationsvereinbarung vom 02.02.2018 (x6x und 86Z) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 ersichtlich, wurde bei den <u>klinikneuen</u> erwachsenen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung nach vergleichbaren Werten im Jahr vor Referenzfall im ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) in allen Untersuchungen (U1 bis U4) statistisch signifikant stärkerer in Anspruch genommen im Vergleich zur KG. In den Untersuchungen U2 bis U4 war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung in der IG auch zum Referenzfall statistisch signifikant stärker im Vergleich zur KG. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung im Jahr vor Referenzfall stets statistisch signifikant geringer in der IG im Vergleich zur KG (U1 und U4). In den Jahren nach Referenzfall war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung in beiden Untersuchungen jeweils größer in der IG verglichen mit der KG. Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) hingegen wurde die aufsuchende Behandlung bei den <u>klinikneuen</u> jungen Patienten in U2 und U3 zum Referenzfall statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur KG. Die geringen Fallzahlen in der KJP verhindern eine valide Aussage für U1 und U4. Eine Stärkung aufsuchender

Behandlung im Modellvorhaben konnte somit für die Erwachsenenpsychiatrie 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 in einem Falle eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nachgewiesen werden konnte (Antipsychotikaverordnung und Demenz). Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten Outcomes der Leitlinienadhärenz kann zur Leitlinienadhärenz jedoch keine valide Aussage getroffen werden. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte für die Erwachsenenpsychiatrie beobachtet werden.

Hypothese e) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] **stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte** aufgrund einer psychischen Erkrankung. **Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten** sind in der IG daher geringer als in der KG.“*

Erwachsene

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **vollstationär psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 2.132 € signifikant teurer als die KG. Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall in den ersten beiden Jahren und dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ergab sich mit einem um 1.951 € stärkeren Anstieg ähnliches Bild. Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr

um 1.150 € je Patient signifikant teurer als die KG. Auch bei den klinikneuen Patienten der ersten vier Modelljahre (U2) ergab sich ein um 889 € stärkerer Kostenanstieg in der IG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr nicht signifikant um 1.002 € je Patient günstiger, im Sinne eines geringeren Anstiegs bei bereits im Präzeitraum bestehenden Unterschieds, bei dem die IG bereits signifikant teurer war. Bei den klinikbekannten Patienten der ersten beiden Modelljahre (U4) ergab sich ein mit einem um 718 € geringerem Anstieg der IG gegenüber der KG ein vergleichbarer Effekt.

Die in den Untersuchungsperspektiven festgestellten Kostenunterschiede der gesamten psychiatrischen Versorgung sind auf höhere voll- und teilstationäre Kosten, aber auch auf höhere Kosten der PIA zurückzuführen.

Zusammenfassend zeigt sich ein hypothesenkonträres Ergebnis. Die Kosten bzw. die Kostenanstiege der vollstationären Versorgung lagen in der IG über denen der KG. Auch bei den klinikbekannten Patienten, bei denen die Anstiege geringer waren, lagen die Kosten der IG in den jeweiligen Messzeitpunkten über denen der KG. Bei den klinikneuen Patienten ließ sich jedoch ein im Zeitverlauf (über die Untersuchungsperspektiven U1, U4, U3 zu U2) geringer werdender Anstieg feststellen.

Kinder und Jugendliche

Für die Kinder und Jugendlichen lassen sich gesicherte Aussagen lediglich zu den klinikneuen Patienten aus U2 und U3 treffen. Bei den klinikneuen Patienten der ersten vier Modelljahre (U2) war ein um 9.272 € höherer Kostenanstieg zu verzeichnen. Lag das 75%-Perzentil der IG noch deutlich unter dem der KG, war das Maximum in der IG mit ca. 214 Tsd. € deutlich über dem der KG mit 85 Tsd. €. Die Kostenverteilungen von IG und KG scheinen also verschieden zu sein, mit einer stärkeren Dichte bei sehr teuren Patienten in der IG, wobei sich an dieser Stelle nicht sagen lässt, inwieweit dies ein Modelleffekt sein könnte.

Zusammenfassend zeigt sich eine Tendenz zu einem hypothesenkonträren Ergebnis. Die Kosten bzw. die Kostenanstiege der vollstationären Versorgung lagen in der IG über denen der KG. Allerdings sind die Aussagen aufgrund der geringen Gruppengrößen statistisch kaum belastbar.

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**."*

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 3.455 € signifikant teurer als die KG. Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall in den ersten beiden Jahren und dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ergab sich mit einem um 3.038 € stärkeren Anstieg ähnliches Bild. Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 2.188 € je Patient signifikant teurer als die KG. Auch bei den klinikneuen Patienten der ersten vier Modelljahre (U2) ergab sich ein um 1.912 € stärkerer Kostenanstieg in der IG

Bei den klinikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant um 917 € je Patient günstiger, im Sinne eines geringeren Anstiegs bei bereits im Präzeitraum bestehenden Unterschieds, bei dem die IG bereits signifikant teurer war. Bei den klinikbekannten Patienten der ersten beiden Modelljahre (U4) ergab sich ein mit einem um 709,87 € geringerem Anstieg der IG gegenüber der KG ein vergleichbarer Effekt.

Zusammenfassend zeigt sich ein hypothesenkonträres Ergebnis. Die Kosten bzw. die Kostenanstiege der psychiatrischen Versorgung lagen in der IG über denen der KG. Auch bei den klinikbekannten Patienten, bei denen die Anstiege geringer waren, lagen die Kosten der IG in den jeweiligen Messzeitpunkten über denen der KG. Jedoch zeigten sich auch hier im Zeitverlauf geringer werdende Kostenanstiege.

Kinder und Jugendliche

Für die Kinder und Jugendlichen lassen sich gesicherte Aussagen lediglich zu den klinikneuen Patienten aus U2 und U3 treffen. Bei den klinikneuen Patienten der ersten vier Modelljahre (U2) war ein um 16.069 € höherer Kostenanstieg der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zu verzeichnen. Hier lag jedoch bereits das 75%-Perzentil der IG deutlich über dem der KG. Und auch das Maximum in der IG mit ca. 236 Tsd. € deutlich über dem der KG mit 87 Tsd. €. Die Kostenverteilungen von IG und KG scheinen also verschieden zu sein, mit einer stärkeren Dichte bei sehr teuren Patienten in der IG, wobei sich an dieser Stelle nicht sagen lässt, inwieweit dies ein Modelleffekt sein könnte.

Zusammenfassend zeigt sich eine Tendenz zu einem hypothesenkonträren Ergebnis. Die Kosten bzw. die Kostenanstiege der vollstationären Versorgung lagen in der IG über denen der KG. Allerdings sind die Aussagen aufgrund der geringen Gruppengrößen statistisch kaum belastbar.

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 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 entgegnen, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die aktuell bestehenden Kodierrichtlinien für Diagnosen und Prozeduren umgesetzt werden, da sich die Gruppierung zu einer PEPP lediglich daraus ergibt.

Analog dazu kann für die PIA von Leistungstransparenz gesprochen werden, wenn eine nach behandelnder Berufsgruppe, Behandlungsart (bspw. Grundversorgung oder Krisenintervention; Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Behandlungsdauer differenzierende Dokumentation erfolgt. Dies ist durch die Umsetzung der PIA-Doku-Vereinbarung ab 2018 gegeben. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Zusammenfassend kann zwar für die Modellklinik von Leistungstransparenz gesprochen werden, dies ist jedoch nicht zwingend auf das Modellvorhaben selbst zurückzuführen.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich."***

Die Kosten sowie die Kostenanstiege der vertragsärztlichen Versorgung der IG lagen in der Regel sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten in allen

Untersuchungsperspektiven unter denen der KG. Ein Modelleffekt der Kostenverlagerung in den niedergelassenen Bereich lässt sich somit nicht feststellen.

Auch für die Kinder und Jugendlichen lassen sich keine Verlagerungseffekte feststellen, wobei sich aufgrund der geringen Gruppengröße und der starken Streuung der Werte kaum gesicherte Aussagen treffen lassen.

Hypothese i) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] führen zum einen zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.“*

Die Kosten für Psychopharmaka lagen in der Regel in den jeweiligen Untersuchungsperspektiven sowie bei klinikneuen und -bekannten Patienten der IG unter denen der KG. Die trifft sowohl auf den Präzeitraum als auch die Nachbeobachtungsperioden zu. Inwieweit es sich hier jedoch um einen Modelleffekt handelt, lässt sich an dieser Stelle nicht abschließend beantworten.

Bei den Kindern und Jugendlichen lassen sich aufgrund der geringen Gruppengröße kaum gesicherte Aussagen hierzu treffen, da die erfassten Werte sehr stark streuen.

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

Sowohl in der Variante, in der die vollstationären Behandlungstage, als auch in der Variante, in der die AU-Tage das Outcome bildeten, zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Outcomes im Sinne einer Reduktion der Tage. Somit kann aus theoretischer Sicht bereits von einer kosteneffektiven Mittelverwendung ausgegangen werden. Da die Kostenanstiege der IG bei beiden Outcomes in der Gruppe der klinikneuen Patienten größer und demgegenüber bei den klinikbekannten Patienten

geringer als die der KG sind, kann für die klinikbekannten Patienten von einer dominanten Strategie gesprochen werden, bei der sowohl ein verbessertes Outcome als auch ein geringerer Kostenanstieg zu verzeichnen war.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse zur Kosteneffektivität hypothesenkonform sind.

Kinder und Jugendliche

Bei der Betrachtung der vollstationären Behandlungstage konnte für die klinikneuen Patienten der ersten vier Modelljahre keine Verbesserung des Outcomes festgestellt werden. Der Anstieg der Tage lag in der IG über dem der KG. Somit kann aus theoretischer Sicht nicht von einer kosteneffektiven Mittelverwendung ausgegangen werden. Da die Kostenanstiege der IG in der Gruppe der klinikneuen Patienten größer als die der KG waren, lässt sich auch hier keine kosteneffektive Verwendung feststellen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse zur Kosteneffektivität hypothesenkonträr sind.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH muss im Fazit zwischen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden.

Im Rahmen der Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie wurden besonders vollstationäre, aber auch teilstationärer Behandlungstage von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Die PIA wurde verstärkt in Anspruch genommen. Eine Umsteuerung einer voll- und teilstationärer Behandlung hin zu einer verstärkten PIA-Behandlung ist somit im Modellvorhaben für die Erwachsenen ersichtlich. Auf der anderen Seite konnte eine verringerte Inanspruchnahme der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Patienten der Erwachsenenpsychiatrie außerhalb des Krankenhauses beobachtet werden. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte mutmaßlich unterschiedliche Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu einer erhöhten Behandlungskontinuität durch eine höhere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor. Auf der anderen Seite lässt der größere Anteil an Kontaktabbrüchen und die größere Dauer zwischen Entlassung und erneuter Aufnahme für Patienten der Modellversorgung auf eine geringere Behandlungskontinuität schließen. Im Modellvorhaben an der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH war der Anteil an vollstationären Wiederaufnahmen und die Dauer zwischen Entlassung und erneuter Aufnahme für Patienten der Erwachsenenpsychiatrie größer im Vergleich zur Regelversorgung. Bezüglich Erkrankungsprogression zeichnete sich für das Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie eine Erhöhung hin zu einer schweren depressiven Episode und besonders hin zur Entwicklung einer Suchterkrankung ab. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte für die Erwachsenenpsychiatrie beobachtet werden. Die weiteren Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten eine zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar Entwicklung (AU, Komorbidität, Mortalität, Leitlinienadhärenz); in einem Falle konnte jedoch eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz in der IG nachgewiesen werden (Antipsychotikaverordnung und Demenz).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH konnten vollstationäre Behandlungstage nicht verringert werden. Teilstationäre Behandlungstage wurden hingegen stärker als in der Regelversorgung in Anspruch genommen. Weiterhin wurde auch in der KJP die PIA-Behandlung verstärkt beansprucht. Zudem konnte auch in der KJP eine erhöhte Behandlungskontinuität beobachtet werden. Die weiteren Parameter waren zwischen Modell- und Regelversorgung relativ vergleichbar. Eine geringe Fallzahl verhinderte teils inferenzstatistische Tests, eine längerfristige patientenindividuelle Betrachtung (U1 und U4) sowie die Betrachtung klinikbekannter Patienten, die ausschließlich in U1 und U4 untersucht wurden.

Insgesamt ist eine Umsteuerung von einer voll- und teilstationärer Behandlung hin zu einer verstärkten PIA-Behandlung im Modellvorhaben für die Erwachsenen ersichtlich. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte keine Verringerung vollstationärer Behandlungstage, jedoch eine Stärkung teilstationärer Behandlungstage festgestellt werden.

Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten konnte kein hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden. Die Kosten sowie die Anstiege der Kosten der IG lagen in allen Untersuchungsperspektiven über denen der KG. Zwar stiegen, wie erwartet, die Kosten in der teilstationären und PIA-Versorgung, die Kosten der vollstationären Versorgung stiegen jedoch ebenfalls. Zwar konnte für die Gruppe der klinikbekannten Patienten günstigere Effekte detektiert werden. In der Gesamtbetrachtung des gesamten Patientenkollektivs ergaben sich dennoch Kostensteigerungen. Dies gilt ebenso für die Kinder und Jugendlichen.

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

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 IG 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 Sekundärdiagnosen als Indexdiagnosen bei den

meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit 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. geschildert (2). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierte Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (39).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliedsstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser Operationalisierung erfolgt

eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (siehe auch Kapitel 12.2).

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (40).
- Schließlich muss auf das – von Ausnahmen abgesehen - grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK 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 (41). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.

13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Häckl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). Bmc Psychiatry. 2018;18.
2. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. Das Gesundheitswesen. 2020;82:S4-S12.
3. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. Nervenarzt. 2013;84(3):350-65.
4. Berghofer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. International journal of integrated care. 2016;16(4):17.
5. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. Psychiatr Prax. 2010;37(7):335-42.
6. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Kerbe. 2014(2):11-5.
7. Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? Front Psychiatry. 2018;9:168.
8. Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Heider D, et al. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung [The regional psychiatry budget: costs and effects of a new multisector financing model for psychiatric care] Psychiatr Prax. 2008;35:279-85.
9. Melchinger H. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Medizinische Hochschule Hannover; 2008.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen [Coordinated care for people with mental illness]. 2018.
11. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 2: Anwendung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
12. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für Depresson. 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: Ludgwig-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 Psyc. 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 III. Deutsches Arzteblatt international. 2019;116(23-24):405-+.
30. Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, et al. Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014 08.10.2014.
31. Gemeinsamer Bundesausschuss. PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie - eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektorenuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52; 2017 [Available from: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektorenuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52.
32. Konig 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, Johne J, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. Frontiers in Psychiatry. 2019;9(785).

34. Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. Psychiatr Prax. 2014;41(5):266-73.
35. Rümmelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. das Krankenhaus. 2012;8.2012:775-83.
36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Health Technology Assessment. 2001;5(15):146.
37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment - A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. Psychother Psych Med. 2015;65(3-4):140-5.
38. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
39. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. Health services research. 2012;47(2):746-55.
40. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. Das Gesundheitswesen. 2010;72:316-22.
41. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Erwachsene

Tabelle 284: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Erwachsene

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**2.459**	**2.459**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	66,2 %	69,4 %
• Zwei Diagnosen	28,5 %	24,1 %
• Drei Diagnosen	4,5 %	5,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,9 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	74	79
2. F10 & F32	46	52
3. IG: F33 & F41 / KG: F33 & F40	38	45

[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)	1.628	1.706	2.459	2.459
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	2,7 %	3,3 %	2,7 %	3,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,1 %	2,3 %	1,9 %	2,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,3 %	2,3 %	2,2 %	2,2 %

• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,3 %	0,4 %	0,9 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	20,1 %	20,6 %	24,6 %	23,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,1 %	10,3 %	9,6 %	9,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	34,6 %	35,1 %	44,2 %	44,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	15,2 %	13,8 %	19,2 %	18,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,9 %	0,9 %	5,0 %	5,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	9,3 %	8,6 %	18,6 %	19,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	1,7 %	1,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,2 %	1,1 %	3,4 %	3,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,2 %	0,4 %	0,7 %	0,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 %	0,3 %	0,8 %	1,0 %
Alter[1]				
• Mittelwert	49,4	50,1	48,2	48,6
• Median	48	49	47	47
• (Interquartilsabstand)	(34 - 62)	(34 - 64)	(33 - 60)	(34 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,9 %	57,6 %	58,5 %	58,8 %
• Männer	43,1 %	42,4 %	41,4 %	41,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	58,7 %	75,3 %	60,7 %	78,9 %
• PIA	41,3 %	24,7 %	39,3 %	21,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,5 %	0,4 %	1,2 %	0,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,9 %	3,0 %	3,7 %	3,1 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,9 %	7,9 %	9,0 %	8,5 %
• Abitur/Fachabitur	6,6 %	8,1 %	6,2 %	8,0 %
• Abschluss unbekannt	8,2 %	8,5 %	9,1 %	8,9 %
• Fehlende Angabe	70,9 %	72,0 %	70,9 %	71,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,3 %	3,3 %	5,0 %	3,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	13,0 %	12,8 %	13,2 %	13,5 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	0,6 %	0,3 %	0,7 %
• Bachelor	0,6 %	0,7 %	0,6 %	0,8 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,3 %	3,3 %	2,2 %	3,1 %
• Promotion	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	7,3 %	6,9 %	7,7 %	7,1 %
• Fehlende Angabe	70,9 %	72,0 %	70,9 %	71,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	15,9 %	14,9 %	14,2 %	13,1 %
• Nein	0,0 %	52,0 %	0,0 %	52,7 %

• Fehlende Angabe	84,1 %	33,1 %	85,8 %	34,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	25,6 %	28,1 %	28,2 %	31,4 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	20,6 %	19,6 %	22,1 %	22,2 %
• Weder A noch B	53,7 %	52,3 %	49,7 %	46,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	65,2 %	62,2 %	66,7 %	65,5 %
• Familienversicherter	4,2 %	4,2 %	4,1 %	4,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	30,6 %	30,1 %	29,2 %	27,2 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	3,5 %	0,0 %	3,0 %

[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

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)	**1.800**	**1.793**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	65,9 %	69,2 %
• Zwei Diagnosen	28,7 %	24,3 %
• Drei Diagnosen	4,4 %	5,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,0 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	59	58
2. F10 & F32	39	42
3. F33 & F40	27	35

[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)	1.186	1.240	1.800	1.793
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,9 %	2,7 %	2,3 %	2,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,4 %	2,7 %	2,1 %	2,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,3 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,3 %	2,2 %	2,2 %	2,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,3 %	0,4 %	0,9 %	0,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	19,8 %	21,0 %	24,8 %	24,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,8 %	10,6 %	10,0 %	9,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	34,4 %	34,6 %	43,8 %	44,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	15,7 %	14,3 %	19,4 %	18,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,7 %	0,9 %	4,4 %	5,2 %

• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	9,9 %	9,0 %	18,8 %	18,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,2 %	1,0 %	3,4 %	3,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,3 %	0,2 %	0,8 %	0,8 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 %	0,2 %	0,8 %	0,9 %
Alter[1]				
• Mittelwert	49,9	50,8	48,6	49,2
• Median	49	50	47	48
• (Interquartilsabstand)	(35 - 63)	(36 - 64)	(34 - 61)	(34 - 62)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,4 %	57,3 %	57,9 %	58,1 %
• Männer	43,5 %	42,7 %	42,0 %	41,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	60,6 %	75,9 %	62,5 %	79,3 %
• PIA	39,4 %	24,1 %	37,5 %	20,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,5 %	0,2 %	1,2 %	0,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,1 %	3,1 %	3,8 %	3,1 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,9 %	7,7 %	9,4 %	7,8 %
• Abitur/Fachabitur	7,3 %	7,0 %	6,8 %	6,9 %
• Abschluss unbekannt	8,7 %	8,4 %	9,6 %	8,8 %
• Fehlende Angabe	69,4 %	73,6 %	69,3 %	73,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,7 %	2,9 %	5,4 %	2,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	13,7 %	12,9 %	13,7 %	12,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %
• Bachelor	0,8 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,4 %	2,7 %	2,3 %	2,7 %
• Promotion	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	7,5 %	6,5 %	8,2 %	6,9 %
• Fehlende Angabe	69,4 %	73,6 %	69,3 %	73,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	15,9 %	15,0 %	14,1 %	13,2 %
• Nein	0,0 %	53,3 %	0,0 %	54,0 %
• Fehlende Angabe	84,1 %	31,7 %	85,9 %	32,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	25,7 %	28,2 %	28,3 %	31,5 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	22,3 %	19,9 %	23,5 %	22,5 %
• Weder A noch B	51,9 %	51,9 %	48,2 %	46,1 %
Versicherungsstatus (%)				

• Mitglied	64,1 %	61,3 %	65,8 %	64,5 %
• Familienversicherter	4,0 %	3,5 %	3,8 %	3,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	32,0 %	30,8 %	30,3 %	28,1 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	4,4 %	0,1 %	3,8 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

Tabelle 288: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Erwachsene

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**1.176**	**1.168**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	66,1 %	69,2 %
• Zwei Diagnosen	27,9 %	24,0 %
• Drei Diagnosen	4,8 %	6,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,2 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	39	41
2. F10 & F32	26	32
3. IG: F33 & F41 / KG: F33 & F40	16	20

[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)	**858**	**867**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	64,7 %	67,9 %
• Zwei Diagnosen	28,4 %	23,6 %
• Drei Diagnosen	5,6 %	7,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,3 %	1,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	27	31
2. IG: F33 & F41 / KG: F10 & F43	21	18
3. IG: F33 & F45 / KG: F33 & F41	15	15

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

Tabelle 289: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Erwachsene

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	777	808	1.176	1.168
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,4 %	2,8 %	2,3 %	3,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,4 %	2,5 %	2,0 %	2,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,3 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,2 %	1,9 %	2,0 %	2,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,3 %	0,5 %	0,8 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	20,7 %	22,0 %	25,5 %	26,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,8 %	10,4 %	9,8 %	9,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	33,3 %	34,2 %	43,4 %	43,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	16,1 %	14,4 %	19,3 %	18,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,9 %	4,6 %	4,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	10,2 %	8,9 %	18,4 %	18,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,4 %	0,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 %	1,1 %	4,0 %	3,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,3 %	0,4 %	0,9 %	0,8 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,1 %	0,1 %	0,7 %	0,9 %
Alter[1]				
• Mittelwert	49,4	50,7	48,3	49,3
• Median	48	50	47	48
• (Interquartilsabstand)	(35 - 61)	(36 - 65)	(34 - 60)	(35 - 62)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,0 %	59,3 %	58,3 %	59,1 %
• Männer	43,0 %	40,7 %	41,7 %	40,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	62,7 %	76,5 %	63,3 %	79,4 %
• PIA	37,3 %	23,5 %	36,7 %	20,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,4 %	0,2 %	1,1 %	0,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,0 %	3,6 %	4,3 %	3,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	9,3 %	8,8 %	9,3 %	8,8 %
• Abitur/Fachabitur	8,1 %	8,7 %	7,3 %	8,4 %

• Abschluss unbekannt	9,9 %	9,7 %	10,9 %	10,3 %
• Fehlende Angabe	66,3 %	69,1 %	67,2 %	69,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,3 %	4,0 %	5,8 %	3,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	15,1 %	14,6 %	14,1 %	14,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,6 %
• Bachelor	0,9 %	0,4 %	0,8 %	0,6 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,0 %	3,7 %	2,6 %	3,5 %
• Promotion	0,1 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %
• Abschluss unbekannt	7,9 %	7,4 %	8,9 %	7,9 %
• Fehlende Angabe	66,3 %	69,1 %	67,2 %	69,1 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	15,6 %	15,5 %	13,9 %	13,5 %
• Nein	0,0 %	52,6 %	0,0 %	53,1 %
• Fehlende Angabe	84,4 %	31,9 %	86,1 %	33,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	25,6 %	28,6 %	28,3 %	31,9 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	24,5 %	20,4 %	24,7 %	22,6 %
• Weder A noch B	49,9 %	51,0 %	47,0 %	45,5 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	65,1 %	59,5 %	65,7 %	63,1 %
• Familienversicherter	3,6 %	2,7 %	3,4 %	2,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	31,3 %	32,4 %	30,8 %	29,2 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	5,3 %	0,1 %	4,8 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	555	589	858	867

Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,4 %	4,8 %	6,5 %	5,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,8 %	2,7 %	3,5 %	2,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,2 %	0,6 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,8 %	1,5 %	1,5 %	1,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,1 %	18,7 %	24,0 %	25,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	29,7 %	31,4 %	23,5 %	26,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,9 %	28,0 %	40,3 %	39,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,9 %	2,4 %	5,6 %	8,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,2 %	0,2 %	4,3 %	2,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	7,0 %	7,1 %	17,4 %	16,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,8 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,9 %	2,7 %	4,8 %	7,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,5 %	0,0 %	1,2 %	1,5 %
Alter[1]				
• Mittelwert	52,1	53,4	53,5	53,0
• Median	51	53	53	52
• (Interquartilsabstand)	(37 - 65)	(38 - 67)	(39 - 67)	(38 - 66)
Geschlecht (%)				
• Frauen	58,0 %	56,9 %	59,9 %	57,8 %
• Männer	42,0 %	43,1 %	40,1 %	42,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	30,3 %	30,9 %	28,3 %	33,3 %
• PIA	69,7 %	69,1 %	71,7 %	66,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,1 %	2,2 %	3,4 %	2,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	7,7 %	5,1 %	7,1 %	5,5 %
• Abitur/Fachabitur	4,9 %	6,8 %	4,2 %	6,2 %
• Abschluss unbekannt	8,6 %	6,6 %	8,2 %	6,9 %
• Fehlende Angabe	75,7 %	79,1 %	77,0 %	79,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,1 %	3,1 %	3,4 %	2,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	10,3 %	8,1 %	9,7 %	7,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,5 %
• Bachelor	0,2 %	1,2 %	0,1 %	1,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,8 %	2,9 %	1,7 %	2,8 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %

• Abschluss unbekannt	8,8 %	5,3 %	7,7 %	5,9 %
• Fehlende Angabe	75,7 %	79,1 %	77,0 %	79,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	22,3 %	17,8 %	23,5 %	18,3 %
• Nein	0,0 %	47,2 %	0,0 %	47,5 %
• Fehlende Angabe	77,7 %	35,0 %	76,5 %	34,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	30,1 %	25,0 %	28,3 %	24,6 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	48,8 %	52,1 %	51,4 %	55,5 %
• Weder A noch B	21,1 %	22,9 %	20,3 %	20,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	48,1 %	49,4 %	46,2 %	48,6 %
• Familienversicherter	3,6 %	2,2 %	3,6 %	2,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	48,3 %	44,1 %	50,2 %	45,3 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	4,2 %	0,0 %	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

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)	**126**	**126**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	84,1 %	81,7 %
• Zwei Diagnosen	15,1 %	15,1 %
• Drei Diagnosen	0,8 %	2,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 / KG: F32 & F43	3	3
2. IG: F32 & F90 / KG: F90 & F93	3	2
3. IG: F32 & F40 / KG: F32 & F92	3	2

[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)	106	103	126	126
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)	0,9 %	0,0 %	1,6 %	1,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,9 %	1,0 %	1,6 %	0,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	21,7 %	23,3 %	27,0 %	31,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,4 %	8,7 %	11,1 %	9,5 %

• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	5,7 %	2,9 %	8,7 %	7,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,8 %	0,0 %	3,2 %	1,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	1,9 %	0,8 %	1,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,9 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	55,7 %	61,2 %	57,1 %	60,3 %
Alter[1]				
• Mittelwert	12,6	12,4	12,8	12,8
• Median	14	13	14	13
• (Interquartilsabstand)	(10 - 15)	(10 - 15)	(11 - 15)	(11 - 16)
Geschlecht (%)				
• Frauen	50,9 %	47,6 %	50,0 %	52,4 %
• Männer	49,1 %	52,4 %	50,0 %	47,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	12,3 %	17,5 %	12,7 %	23,0 %
• PIA	87,7 %	82,5 %	87,3 %	77,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	98,4 %	100,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,0 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	98,4 %	100,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	3,8 %	4,9 %	4,8 %	5,6 %
• Nein	0,0 %	57,3 %	0,0 %	51,6 %
• Fehlende Angabe	96,2 %	37,9 %	95,2 %	42,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	10,4 %	4,9 %	11,1 %	7,9 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	3,8 %	0,0 %	3,2 %	1,6 %
• Weder A noch B	85,8 %	95,1 %	85,7 %	90,5 %

Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	13,2 %	9,7 %	13,5 %	11,9 %
• Familienversicherter	80,2 %	86,4 %	81,0 %	84,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	6,6 %	3,9 %	5,6 %	3,2 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

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)	**81**	**83**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	82,7 %	81,9 %
• Zwei Diagnosen	16,0 %	13,3 %
• Drei Diagnosen	1,2 %	3,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	1,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F40 / KG: F32 & F92	3	2
2. IG: F32 & F90 / KG: F32 & F40	2	2
3. IG: F33 & F98 / KG: F93 & F98	1	1

[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)	67	68	81	83
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 %	1,2 %	1,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	3,0 %	1,5 %	2,5 %	1,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	23,9 %	25,0 %	30,9 %	34,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,9 %	10,3 %	11,1 %	9,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	1,5 %	0,0 %	1,2 %

• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	4,5 %	2,9 %	8,6 %	9,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,0 %	0,0 %	3,7 %	1,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	2,9 %	1,2 %	2,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	1,5 %	0,0 %	2,5 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	52,2 %	55,9 %	53,1 %	56,6 %
Alter[1]				
• Mittelwert	12,8	12,9	13,0	13,3
• Median	14	14	14	14
• (Interquartilsabstand)	(11 - 15)	(12 - 15)	(11 - 16)	(12 - 16)
Geschlecht (%)				
• Frauen	46,3 %	47,1 %	48,1 %	51,8 %
• Männer	53,7 %	52,9 %	51,9 %	48,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	14,9 %	20,6 %	13,6 %	25,3 %
• PIA	85,1 %	79,4 %	86,4 %	74,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	97,5 %	100,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,0 %	0,0 %	2,5 %	0,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	97,5 %	100,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	6,0 %	5,9 %	7,4 %	6,0 %
• Nein	0,0 %	55,9 %	0,0 %	50,6 %
• Fehlende Angabe	94,0 %	38,2 %	92,6 %	43,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	10,4 %	4,4 %	12,3 %	9,6 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	6,0 %	0,0 %	4,9 %	2,4 %
• Weder A noch B	83,6 %	95,6 %	82,7 %	88,0 %
Versicherungsstatus (%)				

• Mitglied	11,9 %	10,3 %	13,6 %	13,3 %
• Familienversicherter	77,6 %	86,8 %	77,8 %	83,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	10,4 %	2,9 %	8,6 %	2,4 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

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)	**39**	**43**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	87,2 %	79,1 %
• Zwei Diagnosen	12,8 %	16,3 %
• Drei Diagnosen	0,0 %	2,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	2,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F40 / KG: F32 & F92	2	2
2. IG: F70 & F93 / KG: F93 & F98	1	1
3. IG: F90 & F91 / KG: F32 & F90 & F92 & F93	1	1

[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)	**36**	**35**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	69,4 %	82,9 %
• Zwei Diagnosen	25,0 %	17,1 %
• Drei Diagnosen	5,6 %	0,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 & F98 / KG: F93 & F98	1	1
2. IG: F91 & F93 / KG: F90 & F93	1	1
3. IG: F90 & F93 / KG: F84 & F93	1	1

[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	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	34	34	39	43
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 %	2,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	29,4 %	26,5 %	33,3 %	37,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,7 %	14,7 %	12,8 %	11,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	5,9 %	5,9 %	10,3 %	11,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,9 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	47,1 %	52,9 %	48,7 %	58,1 %
Alter[1]				
• Mittelwert	14,3	13,1	14,2	13,4
• Median	15	13	15	14
• (Interquartilsabstand)	(13 - 16)	(12 - 15)	(13 - 16)	(12 - 16)
Geschlecht (%)				
• Frauen	44,1 %	47,1 %	46,2 %	51,2 %
• Männer	55,9 %	52,9 %	53,8 %	48,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	14,7 %	17,6 %	12,8 %	25,6 %
• PIA	85,3 %	82,4 %	87,2 %	74,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	0,0 %	2,9 %	2,6 %	4,7 %
• Nein	0,0 %	44,1 %	0,0 %	41,9 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	52,9 %	97,4 %	53,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	14,7 %	2,9 %	15,4 %	7,0 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	5,9 %	0,0 %	5,1 %	2,3 %
• Weder A noch B	79,4 %	97,1 %	79,5 %	90,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	20,6 %	8,8 %	17,9 %	11,6 %
• Familienversicherter	67,6 %	88,2 %	71,8 %	83,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	11,8 %	2,9 %	10,3 %	2,3 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,3 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	25	29	36	35

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 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	16,0 %	13,8 %	22,2 %	17,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,0 %	6,9 %	8,3 %	5,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	2,8 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	4,0 %	10,3 %	2,8 %	8,6 %
• F 50 (Essstörungen)	4,0 %	0,0 %	5,6 %	2,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	3,4 %	0,0 %	2,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	3,4 %	2,8 %	2,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	4,0 %	3,4 %	8,3 %	8,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	68,0 %	58,6 %	69,4 %	62,9 %
Alter[1]				
• Mittelwert	13,0	13,6	12,8	13,4
• Median	13	14	13	14
• (Interquartilsabstand)	(11 - 16)	(12 - 16)	(10 - 16)	(12 - 16)
Geschlecht (%)				
• Frauen	44,0 %	41,4 %	41,7 %	42,9 %
• Männer	56,0 %	58,6 %	58,3 %	57,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	8,0 %	13,8 %	11,1 %	17,1 %
• PIA	92,0 %	86,2 %	88,9 %	82,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,0 %	0,0 %	2,8 %	0,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,0 %	3,4 %	2,8 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	92,0 %	96,6 %	94,4 %	97,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

• Abschluss unbekannt	8,0 %	3,4 %	5,6 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	92,0 %	96,6 %	94,4 %	97,1 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	0,0 %	6,9 %	5,6 %	8,6 %
• Nein	0,0 %	24,1 %	0,0 %	28,6 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	69,0 %	94,4 %	62,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	20,0 %	17,2 %	25,0 %	14,3 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	4,0 %	13,8 %	5,6 %	14,3 %
• Weder A noch B	76,0 %	69,0 %	69,4 %	71,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	24,0 %	24,1 %	16,7 %	20,0 %
• Familienversicherter	76,0 %	69,0 %	83,3 %	71,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	6,9 %	0,0 %	5,7 %

[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

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)	**378**	**378**	**360**	**348**	**339**	**380**	**380**	**363**	**353**	**338**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	2,0	22,5	4,5	3,9	4,3	2,1	25,7	8,3	5,9	5,8
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 48 Jahre; KG: < 52 Jahre)	3,6 (n=181)	18,8 (n=181)	4,7 (n=181)	5,3 (n=180)	3,3 (n=178)	1,6 (n=188)	25,3 (n=188)	7,8 (n=186)	7,6 (n=186)	7,9 (n=185)
Älter (IG: ≥ 48 Jahre; KG: ≥ 52 Jahre)	0,4 (n=197)	25,9 (n=197)	4,3 (n=179)	2,4 (n=168)	5,4 (n=161)	2,6 (n=192)	26,1 (n=192)	8,7 (n=177)	4,1 (n=167)	3,3 (n=153)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	0,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	33,0 (n<10)	0,8 (n=13)	15,5 (n=13)	0,0 (n=11)	0,0 (n=11)	0,0 (n=10)

F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,4 (n=10)	19,5 (n=10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n=13)	14,7 (n=13)	3,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	0,6 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,6 (n<10)	6,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 (n<10)	35,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	8,5 (n<10)	6,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	1,2 (n=80)	25,7 (n=80)	6,6 (n=77)	3,4 (n=74)	3,1 (n=71)	3,4 (n=86)	15,3 (n=86)	8,2 (n=83)	3,8 (n=80)	4,1 (n=77)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,1 (n=40)	54,6 (n=40)	12,7 (n=39)	10,8 (n=38)	18,3 (n=37)	2,0 (n=35)	47,1 (n=35)	30,7 (n=34)	33,0 (n=34)	31,2 (n=33)
F 30-39 (Affektive Störungen)	2,8 (n=116)	26,1 (n=116)	4,1 (n=111)	4,9 (n=110)	3,3 (n=106)	1,8 (n=118)	32,9 (n=118)	7,1 (n=113)	3,6 (n=110)	2,9 (n=106)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n=61)	11,0 (n=61)	1,4 (n=60)	0,9 (n=59)	2,0 (n=59)	0,3 (n=51)	17,1 (n=51)	1,5 (n=51)	0,4 (n=50)	5,1 (n=50)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	0,7 (n<10)	1,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,3 (n<10)	34,0 (n<10)	14,0 (n<10)	7,3 (n<10)	15,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	1,2 (n=45)	5,3 (n=45)	1,2 (n=45)	1,3 (n=43)	1,5 (n=43)	2,9 (n=40)	34,2 (n=40)	6,9 (n=40)	5,3 (n=40)	0,1 (n=37)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,3 (n<10)	4,6 (n<10)	0,3 (n<10)	0,1 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	10,6 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	17,0 (n<10)	46,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

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)	**498**	**498**	**483**	**474**	**455**	**537**	**537**	**516**	**500**	**490**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	17,8	17,2	15,3	11,7	12,8	16,8	20,4	12,1	11,2	11,5
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG/KG: < 52 Jahre)	19,9 (n=247)	19,0 (n=247)	16,6 (n=245)	14,7 (n=245)	15,2 (n=242)	19,7 (n=259)	24,0 (n=259)	13,3 (n=259)	14,6 (n=257)	13,7 (n=254)
Älter (IG/KG: ≥ 52 Jahre)	15,7 (n=251)	15,4 (n=251)	13,9 (n=238)	8,5 (n=229)	10,1 (n=213)	14,0 (n=278)	17,0 (n=278)	10,9 (n=257)	7,6 (n=243)	9,2 (n=236)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	21,8 (n<10)	10,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,6 (n=27)	3,5 (n=27)	0,0 (n=22)	0,0 (n=19)	0,0 (n=16)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n=19)	0,0 (n=19)	0,0 (n=15)	0,0 (n=12)	0,0 (n<10)	4,2 (n=15)	8,5 (n=15)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	78,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	12,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	8,0 (n<10)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,7 (n=82)	26,5 (n=82)	15,7 (n=78)	14,0 (n=78)	13,9 (n=75)	18,3 (n=94)	22,9 (n=94)	13,9 (n=94)	11,2 (n=92)	10,0 (n=91)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	28,9 (n=159)	25,3 (n=159)	26,7 (n=156)	18,4 (n=154)	19,3 (n=150)	22,1 (n=170)	29,2 (n=170)	18,4 (n=169)	12,9 (n=166)	16,1 (n=163)
F 30-39 (Affektive Störungen)	13,6 (n=160)	11,2 (n=160)	10,6 (n=159)	8,3 (n=159)	9,7 (n=154)	17,9 (n=156)	16,8 (n=156)	8,8 (n=152)	13,2 (n=147)	10,3 (n=146)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,3 (n=13)	15,0 (n=13)	0,2 (n=13)	3,3 (n=13)	6,8 (n=13)	6,7 (n=11)	14,8 (n=11)	5,0 (n=10)	0,0 (n=10)	0,0 (n=10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	14,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	65,0 (n<10)	42,0 (n<10)	16,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	15,5 (n=36)	3,8 (n=36)	2,5 (n=36)	0,5 (n=35)	3,8 (n=34)	5,3 (n=39)	11,4 (n=39)	5,4 (n=39)	0,0 (n=39)	3,6 (n=39)
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)	46,0 (n<10)	30,0 (n<10)	121,0 (n<10)	230,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	6,7 (n=13)	6,7 (n=13)	9,2 (n=13)	14,1 (n=13)	7,5 (n=13)	13,4 (n=16)	18,3 (n=16)	8,4 (n=16)	19,9 (n=16)	11,3 (n=16)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	90,0 (n<10)	95,0 (n<10)	78,0 (n<10)	95,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	2,0 (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)	**242**	**242**	**241**	**238**	**237**	**215**	**215**	**213**	**211**	**206**
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• **Gesamt**	24,9	83,7	34,5	30,4	24,0	24,7	85,7	28,6	15,6	19,0
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 42 Jahre; KG: < 43 Jahre)	18,2 (n=117)	64,9 (n=117)	27,5 (n=117)	27,1 (n=116)	15,3 (n=116)	22,1 (n=105)	80,8 (n=105)	29,5 (n=104)	11,6 (n=104)	16,7 (n=104)
Älter (IG: ≥ 42 Jahre; KG: ≥ 43 Jahre)	31,1 (n=125)	101,2 (n=125)	41,0 (n=124)	33,6 (n=122)	32,4 (n=121)	27,2 (n=110)	90,4 (n=110)	27,7 (n=109)	19,4 (n=107)	21,3 (n=102)
• **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)	118,0 (n<10)	339,0 (n<10)	19,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	10,0 (n=57)	54,6 (n=57)	19,0 (n=56)	13,5 (n=54)	9,6 (n=53)	21,7 (n=58)	67,7 (n=58)	31,7 (n=58)	13,5 (n=57)	20,3 (n=55)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,1 (n=21)	106,8 (n=21)	62,4 (n=21)	42,7 (n=21)	44,1 (n=21)	2,2 (n=18)	60,7 (n=18)	39,3 (n=18)	48,6 (n=18)	59,6 (n=17)
F 30-39 (Affektive Störungen)	38,4 (n=69)	104,7 (n=69)	38,5 (n=69)	39,6 (n=68)	35,3 (n=68)	39,8 (n=69)	127,0 (n=69)	34,9 (n=67)	13,8 (n=66)	19,0 (n=65)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	24,4 (n=51)	64,0 (n=51)	23,3 (n=51)	22,5 (n=51)	22,7 (n=51)	9,6 (n=38)	44,5 (n=38)	2,8 (n=38)	7,7 (n=38)	7,1 (n=38)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	125,7 (n<10)	123,0 (n<10)	121,7 (n<10)	90,0 (n<10)	86,0 (n<10)	365,0 (n<10)	98,0 (n<10)	22,0 (n<10)	142,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	40,5 (n=32)	103,2 (n=32)	43,8 (n=32)	29,9 (n=32)	2,7 (n=32)	33,5 (n=24)	103,2 (n=24)	41,6 (n=24)	17,3 (n=24)	4,5 (n=23)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 (n<10)	33,0 (n<10)	38,0 (n<10)	52,6 (n<10)	47,7 (n<10)	3,6 (n<10)	21,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	157,0 (n<10)	35,0 (n<10)	74,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	15,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

[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)	**235**	**235**	**234**	**233**	**232**	**266**	**266**	**264**	**262**	**260**
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• **Gesamt**	46,1	51,1	32,2	27,9	25,9	38,0	42,9	24,5	26,5	21,1
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 42 Jahre; KG: < 43 Jahre)	40,6 (n=114)	51,8 (n=114)	28,0 (n=114)	27,4 (n=114)	19,4 (n=113)	36,3 (n=133)	44,2 (n=133)	23,5 (n=133)	30,0 (n=132)	23,3 (n=131)
Älter (IG: ≥ 42 Jahre; KG: ≥ 43 Jahre)	51,2 (n=121)	50,4 (n=121)	36,2 (n=120)	28,4 (n=119)	32,1 (n=119)	39,6 (n=133)	41,5 (n=133)	25,6 (n=131)	23,0 (n=130)	18,8 (n=129)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	4,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
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)	35,5 (n=52)	68,5 (n=52)	41,0 (n=51)	26,3 (n=51)	23,5 (n=51)	27,6 (n=56)	37,1 (n=56)	24,2 (n=56)	30,9 (n=55)	28,2 (n=55)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	54,6 (n=76)	43,5 (n=76)	29,3 (n=76)	23,4 (n=75)	25,0 (n=74)	35,8 (n=97)	37,9 (n=97)	29,7 (n=96)	23,4 (n=96)	25,6 (n=95)
F 30-39 (Affektive Störungen)	44,1 (n=62)	54,0 (n=62)	39,4 (n=62)	36,7 (n=62)	31,0 (n=62)	53,9 (n=70)	60,8 (n=70)	21,8 (n=69)	28,3 (n=68)	12,5 (n=67)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	33,3 (n=11)	90,0 (n=11)	27,2 (n=11)	29,5 (n=11)	11,2 (n=11)	74,9 (n<10)	52,3 (n<10)	16,0 (n<10)	6,9 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	70,7 (n=22)	17,0 (n=22)	16,0 (n=22)	23,7 (n=22)	29,8 (n=22)	24,3 (n=25)	30,8 (n=25)	12,0 (n=25)	11,5 (n=25)	9,4 (n=25)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	46,0 (n<10)	30,0 (n<10)	121,0 (n<10)	227,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	15,2 (n=11)	38,3 (n=11)	11,8 (n=11)	25,2 (n=11)	23,3 (n=11)	18,7 (n<10)	25,0 (n<10)	36,4 (n<10)	68,3 (n<10)	21,7 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	2,0 (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)	**19**	**19**	**19**	**19**	**19**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	0,1	36,5	3,2	0,0	10,2	0,0	9,7	7,3	1,7	0,8
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 15 Jahre; KG: < 13 Jahre)	0,0 (n<10)	27,1 (n<10)	5,6 (n<10)	0,0 (n<10)	14,3 (n<10)	0,0 (n<10)	4,6 (n<10)	8,2 (n<10)	1,6 (n<10)	0,6 (n<10)
Älter (IG: ≥ 15 Jahre; KG: ≥ 13 Jahre)	0,2 (n=10)	45,0 (n=10)	1,1 (n=10)	0,0 (n=10)	6,5 (n=10)	0,0 (n=12)	11,8 (n=12)	6,9 (n=12)	1,8 (n=12)	0,9 (n=12)
• **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.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,0 (n<10)	45,8 (n<10)	0,5 (n<10)	0,0 (n<10)	10,8 (n<10)	0,0 (n<10)	4,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	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 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 (n=10)	41,4 (n=10)	5,8 (n=10)	0,0 (n=10)	12,7 (n=10)	0,0 (n=12)	12,2 (n=12)	10,3 (n=12)	2,4 (n=12)	1,2 (n=12)

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)	**19**	**19**	**19**	**19**	**19**	**21**	**21**	**21**	**21**	**21**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	21,9	19,9	11,2	5,6	0,0	3,7	0,3	0,1	4,4	4,2
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 13 Jahre; KG: < 15 Jahre)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,9 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
Älter (IG: ≥ 13 Jahre; KG: ≥ 15 Jahre)	29,8 (n=14)	27,0 (n=14)	15,2 (n=14)	7,6 (n=14)	0,0 (n=14)	1,3 (n=12)	0,6 (n=12)	0,2 (n=12)	7,7 (n=12)	7,4 (n=12)
• **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.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 30-39 (Affektive Störungen)	37,5 (n<10)	70,3 (n<10)	46,5 (n<10)	26,8 (n<10)	0,0 (n<10)	15,5 (n<10)	0,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,3 (n<10)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	0,0 (n<10)	16,0 (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)	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	0,0 (n<10)	92,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	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)	20,5 (n=13)	6,2 (n=13)	2,1 (n=13)	0,0 (n=13)	0,0 (n=13)	1,2 (n=13)	0,2 (n=13)	0,2 (n=13)	0,0 (n=13)	4,9 (n=13)

14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Erwachsene

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 299: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,05 0,60…1,83	3,94 0,45…34,50	-3,39 -6,97…0,18	-0,93 -2,86…1,00
DID Jahr 2	1,25 0,70…2,24	4,51 0,47…42,88	-1,76 -5,33…1,81	-0,26 -2,19…1,68
DID Jahr 3	1,83* 1,01…3,33	6,30 0,65…61,42	-1,64 -5,21…1,94	0,45 -1,48…2,38
DID Jahr 4	1,61 0,86…3,00	3,76 0,37…38,40	-1,03 -4,61…2,54	-0,27 -2,20…1,66
DID Jahr 1-4	—	—	-1,96 -4,93…1,02	-0,25 -1,85…1,35
Gruppe	0,72 0,45…1,15	0,22 0,03…1,89	0,75 -1,79…3,29	0,15 -1,22…1,52
Jahr 1	49,74*** 34,09…72,59	47,61*** 19,19…118,12	22,93*** 20,39…25,46	10,72*** 9,35…12,10
Jahr 2	2,08*** 1,42…3,04	3,98** 1,47…10,80	4,30** 1,77…6,84	1,18 -0,19…2,56
Jahr 3	1,42 0,95…2,11	2,67 0,94…7,58	3,28* 0,75…5,82	0,65 -0,72…2,02
Jahr 4	1,09 0,72…1,66	2,46 0,86…7,06	2,48 -0,06…5,02	0,74 -0,63…2,11
Indexgruppe 6 (F10)	2,08*** 1,71…2,54	0,74 0,54…1,02	-1,23 -2,68…0,21	-1,60*** -2,38…-0,82
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,66*** 0,55…0,80	2,37*** 1,80…3,11	-1,41* -2,68…-0,13	1,99*** 1,30…2,68
Indexgruppe 9 (F43)	0,77* 0,60…0,97	0,84 0,58…1,20	-3,02*** -4,62…-1,44	-0,61 -1,47…0,25
Psy A[1]	0,99 0,81…1,21	1,38* 1,03…1,85	1,22 -0,16…2,59	0,90* 0,15…1,64
Psy B[2]	1,86*** 1,49…2,33	1,07 0,78…1,46	4,64*** 3,07…6,22	-0,12 -0,97…0,73
Alter	0,74** 0,62…0,89	0,49*** 0,37…0,65	-1,15 -2,43…0,13	-0,98** -1,68…-0,29
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,87…1,24	0,78 0,60…1,01	0,16 -1,06…1,37	-0,39 -1,04…0,27

Komorbidität[3]	1,02 0,98…1,06	0,97 0,91…1,02	-0,02 -0,27…0,23	-0,07 -0,20…0,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,90…1,52	0,36*** 0,20…0,62	2,29* 0,48…4,09	-1,85*** -2,83…-0,88
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15 0,97…1,36	1,83*** 1,42…2,35	0,09 -1,08…1,27	1,49*** 0,86…2,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,08*** 0,06…0,11	0,44*** 0,32…0,60	-7,62*** -8,93…-6,32	-1,73*** -2,44…-1,03

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 300: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,90 0,64…1,27	0,76 0,45…1,28	-5,66* -10,31…-1,00	-1,74* -3,41…-0,06
DID Jahr 2	0,85 0,59…1,23	0,78 0,42…1,44	-0,86 -5,52…3,79	-1,53 -3,21…0,14
DID Jahr 3	1,06 0,72…1,55	0,70 0,37…1,34	-1,82 -6,48…2,83	-0,92 -2,59…0,76
DID Jahr 4	1,12 0,76…1,63	0,76 0,40…1,45	-0,94 -5,59…3,71	-1,36 -3,04…0,31
DID Jahr 1-4	—	—	-2,32 -6,02…1,37	-1,39* -2,72…-0,06
Gruppe	1,06 0,83…1,35	0,78 0,53…1,15	1,43 -1,87…4,72	0,32 -0,87…1,50
Jahr 1	1,21 0,95…1,55	1,63** 1,16…2,29	4,56** 1,27…7,85	1,44* 0,25…2,62
Jahr 2	0,51*** 0,40…0,66	0,68 0,46…1,01	-3,95* -7,24…-0,66	-0,76 -1,94…0,43
Jahr 3	0,33*** 0,25…0,43	0,62* 0,41…0,93	-5,80** -9,09…-2,51	-1,43* -2,62…-0,25
Jahr 4	0,32*** 0,24…0,42	0,62* 0,41…0,93	-6,26*** -9,55…-2,97	-0,82 -2,00…0,36
Indexgruppe 6 (F10)	1,99*** 1,71…2,32	0,90 0,70…1,16	-0,17 -2,19…1,85	-1,20** -1,93…-0,47
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,25*** 1,88…2,68	0,83 0,62…1,11	12,89*** 10,66…15,13	-0,55 -1,36…0,25
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08 0,93…1,26	1,44** 1,14…1,81	3,23** 1,37…5,08	1,11** 0,44…1,78
Psy A[1]	1,12 0,93…1,36	1,43* 1,05…1,95	3,08* 0,73…5,43	1,23** 0,39…2,08
Psy B[2]	1,08 0,93…1,25	0,87 0,70…1,09	-0,93 -2,77…0,92	-0,72* -1,38…-0,06
Alter	0,87* 0,76…1,00	0,45*** 0,36…0,56	-1,08 -2,79…0,62	-1,71*** -2,32…-1,10
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,82…1,06	1,05 0,86…1,30	2,35** 0,72…3,97	0,20 -0,38…0,79

Komorbidität[3]	0,96** 0,94…0,99	0,97 0,92…1,01	-0,50** -0,81…-0,19	-0,11 -0,22…0,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,86 0,73…1,02	0,63** 0,45…0,87	2,72** 0,70…4,74	-0,22 -0,95…0,51
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,57*** 3,11…4,09	2,78*** 2,19…3,52	11,45*** 9,87…13,02	2,22*** 1,65…2,78
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,19*** 0,17…0,22	0,48*** 0,39…0,59	-16,88*** -18,70…-15,07	-1,02** -1,68…-0,37

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 301: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	3,42*** 2,25…4,59	-1,47 -3,10…0,17	-0,37 -3,35…2,61
DID Jahr 2	1,94** 0,78…3,11	-1,48 -3,11…0,16	-1,22 -4,20…1,76
DID Jahr 3	1,52* 0,35…2,69	-1,25 -2,88…0,38	-1,35 -4,33…1,63
DID Jahr 4	1,12 -0,04…2,29	-0,91 -2,54…0,72	-0,36 -3,33…2,62
Gruppe	-0,55 -1,37…0,28	0,37 -0,79…1,53	0,47 -1,64…2,59
Jahr 1	2,04*** 1,21…2,87	2,36*** 1,20…3,52	0,98 -1,13…3,10
Jahr 2	1,21** 0,38…2,04	1,93** 0,77…3,09	0,97 -1,14…3,09
Jahr 3	1,12** 0,29…1,95	1,24* 0,08…2,39	0,14 -1,98…2,25
Jahr 4	1,10** 0,28…1,93	-0,01 -1,17…1,15	-0,99 -3,10…1,13
Indexgruppe 6 (F10)	-0,25 -0,72…0,22	-2,09*** -2,75…-1,43	1,27* 0,06…2,47
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,34 -0,08…0,75	1,14*** 0,56…1,72	-1,29* -2,35…-0,22
Indexgruppe 9 (F43)	-0,21 -0,73…0,31	-0,02 -0,75…0,70	-2,35*** -3,68…-1,03
Psy A[1]	-0,08 -0,52…0,37	1,75*** 1,12…2,38	-0,13 -1,27…1,02
Psy B[2]	0,99*** 0,47…1,50	2,43*** 1,71…3,15	3,42*** 2,11…4,74
Alter	0,16 -0,26…0,58	-1,41*** -1,99…-0,82	0,63 -0,44…1,70
Geschlecht (m vs. w)	0,36 -0,04…0,76	0,81** 0,25…1,36	1,43** 0,41…2,44
Komorbidität[3]	-0,04 -0,13…0,04	-0,18** -0,30…-0,06	1,17*** 0,96…1,38

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,44 -0,15…1,03	-1,03* -1,86…-0,21	1,34 -0,16…2,85
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,49* 0,11…0,87	1,03*** 0,49…1,56	-1,49** -2,46…-0,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,45*** 1,02…1,88	-1,43*** -2,02…-0,83	-0,70 -1,79…0,38

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 302: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	4,54*** 3,02…6,06	-0,68 -1,85…0,48	0,33 -2,28…2,93
DID Jahr 2	3,84*** 2,31…5,36	-1,49* -2,65…-0,32	1,27 -1,33…3,88
DID Jahr 3	3,26*** 1,74…4,79	-1,85** -3,02…-0,69	1,65 -0,95…4,26
DID Jahr 4	2,83*** 1,31…4,35	-1,54** -2,71…-0,38	0,96 -1,65…3,56
Gruppe	-2,56*** -3,64…-1,49	0,40 -0,43…1,22	1,40 -0,44…3,25
Jahr 1	1,35* 0,27…2,42	0,49 -0,33…1,31	0,08 -1,76…1,92
Jahr 2	-0,09 -1,17…0,99	1,05* 0,23…1,87	-0,61 -2,45…1,23
Jahr 3	-0,67 -1,74…0,41	1,16** 0,34…1,99	-1,17 -3,01…0,67
Jahr 4	-0,29 -1,37…0,79	0,96* 0,14…1,78	-1,22 -3,06…0,62
Indexgruppe 6 (F10)	1,58*** 0,92…2,24	-1,63*** -2,13…-1,12	1,09 -0,04…2,23
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,73*** 2,00…3,47	-0,92** -1,47…-0,36	-2,69*** -3,94…-1,44
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,18 -0,42…0,79	0,22 -0,24…0,68	-2,55*** -3,59…-1,51
Psy A[1]	-0,13 -0,90…0,64	0,60* 0,01…1,18	-0,66 -1,97…0,65
Psy B[2]	2,17*** 1,57…2,78	1,25*** 0,79…1,72	2,65*** 1,62…3,68
Alter	1,24*** 0,68…1,80	-1,10*** -1,53…-0,68	0,56 -0,40…1,51
Geschlecht (m vs. w)	0,44 -0,09…0,97	1,19*** 0,78…1,60	1,42** 0,51…2,33
Komorbidität[3]	-0,06 -0,16…0,04	-0,14*** -0,22…-0,06	1,11*** 0,94…1,28

Pflegestufe (nein vs. ja)	-1,29*** -1,95…-0,63	-0,16 -0,67…0,34	2,36*** 1,23…3,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,21 -0,30…0,73	0,50* 0,11…0,89	-0,58 -1,46…0,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,28*** 4,68…5,87	-2,59*** -3,05…-2,14	-2,13*** -3,15…-1,12

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	1,26 0,96…1,64	1,28 0,99…1,67	1,00 0,75…1,33
Indexgruppe 6 (F10)	0,59** 0,42…0,82	0,46*** 0,34…0,62	0,41*** 0,29…0,56
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,50** 1,12…2,01	1,63** 1,23…2,17	1,86*** 1,36…2,56
Indexgruppe 9 (F43)	0,85 0,56…1,29	0,97 0,67…1,41	0,84 0,56…1,24
Psy A[1]	2,70*** 1,92…3,79	1,97*** 1,44…2,69	2,33*** 1,67…3,25
Psy B[2]	1,32 0,96…1,83	1,70** 1,20…2,40	1,50* 1,01…2,24
Alter	1,17 0,88…1,55	1,11 0,84…1,47	1,17 0,85…1,59
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,80…1,40	1,14 0,87…1,50	1,30 0,97…1,75
Komorbidität[3]	0,96 0,90…1,02	0,97 0,91…1,03	0,97 0,91…1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,51** 0,32…0,81	0,54** 0,36…0,82	1,01 0,64…1,58
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,00 0,76…1,32	0,94 0,72…1,24	1,18 0,87…1,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,36 0,84…2,19	1,21 0,74…1,99	1,60 0,91…2,80

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	2,62** 1,43…4,82	2,53** 1,33…4,82	1,38 0,60…3,19
Indexgruppe 6 (F10)	0,50 0,25…1,01	0,24*** 0,12…0,48	0,14*** 0,05…0,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,99 0,52…1,89	0,91 0,46…1,80	1,28 0,53…3,12
Indexgruppe 9 (F43)	0,50 0,17…1,44	0,61 0,23…1,60	0,33 0,10…1,09
Psy A[1]	1,71 0,79…3,74	1,53 0,71…3,31	2,02 0,81…5,07
Psy B[2]	1,16 0,55…2,46	1,15 0,51…2,55	1,69 0,47…6,03
Alter	1,07 0,56…2,03	1,56 0,80…3,07	0,62 0,27…1,46
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,43…1,61	1,03 0,52…2,05	1,01 0,40…2,53
Komorbidität[3]	0,96 0,84…1,10	1,05 0,91…1,21	1,13 0,94…1,36
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,41…2,52	0,70 0,26…1,88	0,41 0,12…1,44
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,09 0,59…2,00	1,44 0,76…2,73	2,77* 1,14…6,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,67 0,28…1,59	0,98 0,39…2,44	2,25 0,55…9,15

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 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	1,94* 1,02…3,69	2,07* 1,05…4,10	1,50 0,69…3,26
Indexgruppe 6 (F10)	0,28** 0,13…0,61	0,19*** 0,09…0,41	0,23** 0,10…0,53
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,84 0,41…1,73	0,55 0,26…1,18	0,54 0,23…1,29
Indexgruppe 9 (F43)	0,84 0,35…2,00	1,61 0,66…3,95	2,01 0,70…5,74
Psy A[1]	1,34 0,49…3,65	1,64 0,66…4,12	2,02 0,75…5,44
Psy B[2]	2,63* 1,17…5,92	1,59 0,69…3,64	1,34 0,51…3,53
Alter	1,95 0,99…3,85	1,14 0,54…2,40	0,82 0,35…1,94
Geschlecht (m vs. w)	1,36 0,66…2,81	2,14 0,99…4,65	2,71* 1,11…6,60
Komorbidität[3]	0,85 0,71…1,02	0,93 0,78…1,11	0,93 0,76…1,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,28…3,89	1,38 0,34…5,53	2,35 0,46…11,89
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,24 0,62…2,45	1,85 0,88…3,87	3,19* 1,32…7,67
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,53 0,22…1,28	0,39* 0,16…0,94	0,31* 0,11…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 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	0,65 0,27…1,59	0,56 0,24…1,28	0,42 0,15…1,20
Indexgruppe 6 (F10)	0,04*** 0,01…0,13	0,11*** 0,04…0,31	0,19** 0,06…0,59
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,66 0,26…1,66	0,62 0,26…1,46	0,93 0,33…2,61
Indexgruppe 9 (F43)	0,86 0,29…2,58	1,17 0,43…3,16	2,05 0,64…6,62
Psy A[1]	6,90** 1,75…27,17	2,76 0,96…7,93	3,78* 1,17…12,18
Psy B[2]	0,76 0,29…2,01	0,92 0,35…2,40	1,23 0,38…4,03
Alter	1,65 0,64…4,24	0,90 0,37…2,19	0,81 0,27…2,48
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,41…2,72	1,91 0,82…4,47	2,53 0,94…6,84
Komorbidität[3]	1,47** 1,13…1,91	1,22 0,96…1,55	1,32 0,97…1,80
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,18* 0,04…0,86	0,56 0,15…2,12	0,57 0,11…3,06
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,72 0,29…1,78	0,77 0,33…1,80	1,08 0,37…3,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,68 0,16…2,91	0,82 0,24…2,83	0,81 0,18…3,66

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	1,75*** 1,32…2,30	1,47** 1,11…1,94	1,14 0,81…1,62
Indexgruppe 6 (F10)	0,47*** 0,33…0,66	0,48*** 0,34…0,68	0,45*** 0,29…0,68
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,17 0,78…1,75	1,56* 1,03…2,38	1,67 0,99…2,83
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,48* 1,04…2,11	1,35 0,95…1,92	1,74* 1,13…2,68
Psy A[1]	1,28 0,80…2,05	1,12 0,73…1,71	1,30 0,79…2,14
Psy B[2]	1,51* 1,09…2,09	1,94*** 1,40…2,68	2,68*** 1,78…4,04
Alter	0,76 0,56…1,04	1,21 0,88…1,66	1,19 0,80…1,76
Geschlecht (m vs. w)	1,45* 1,08…1,93	1,51** 1,13…2,02	1,52* 1,05…2,19
Komorbidität[3]	1,01 0,96…1,08	1,02 0,96…1,09	1,01 0,93…1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,57…1,27	1,01 0,68…1,51	1,20 0,72…2,00
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,95…1,74	1,20 0,89…1,62	1,47* 1,01…2,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,69** 1,24…2,31	2,40*** 1,70…3,38	3,96*** 2,47…6,35

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 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	0,78 0,55…1,11	0,77 0,53…1,12	0,81 0,49…1,32
Indexgruppe 6 (F10)	0,67 0,42…1,09	0,62 0,37…1,02	0,43* 0,22…0,85
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,71 0,97…3,02	1,98* 1,09…3,61	1,47 0,67…3,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,69* 1,05…2,71	1,78* 1,08…2,93	2,25* 1,17…4,34
Psy A[1]	0,52* 0,29…0,93	0,56 0,31…1,01	0,59 0,29…1,19
Psy B[2]	1,65* 1,06…2,54	2,22** 1,41…3,49	2,44** 1,36…4,38
Alter	1,03 0,70…1,52	1,10 0,72…1,67	1,26 0,73…2,17
Geschlecht (m vs. w)	1,96*** 1,35…2,83	1,52* 1,02…2,27	1,44 0,84…2,46
Komorbidität[3]	1,01 0,93…1,09	1,00 0,91…1,09	1,03 0,92…1,16
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78 0,47…1,30	0,65 0,37…1,13	0,90 0,42…1,97
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,51* 1,01…2,26	1,25 0,81…1,93	0,95 0,54…1,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,43 0,97…2,09	2,36*** 1,56…3,56	2,82*** 1,62…4,91

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	0,92 0,63…1,34	0,73 0,49…1,09	0,80 0,46…1,39
Indexgruppe 6 (F10)	0,93 0,56…1,54	1,00 0,56…1,79	0,66 0,30…1,42
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,55 0,82…2,93	2,30* 1,17…4,53	3,33* 1,26…8,76
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,84* 1,09…3,10	2,66** 1,48…4,80	1,90 0,89…4,08
Psy A[1]	1,14 0,63…2,04	1,05 0,55…2,00	0,85 0,38…1,92
Psy B[2]	1,05 0,65…1,70	1,98* 1,18…3,32	1,96 0,96…3,99
Alter	1,27 0,83…1,94	1,19 0,76…1,88	1,41 0,76…2,65
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,75…1,71	1,23 0,78…1,96	1,62 0,86…3,07
Komorbidität[3]	1,02 0,92…1,12	0,98 0,88…1,09	1,00 0,87…1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,48* 0,25…0,92	0,45* 0,24…0,86	0,56 0,23…1,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,88 0,60…1,31	0,82 0,54…1,25	0,84 0,47…1,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,13 0,75…1,72	1,23 0,78…1,94	2,18* 1,16…4,09

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 310: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,78 0,53…1,14	0,49** 0,32…0,75	0,72 0,41…1,26
Indexgruppe 6 (F10)	1,30 0,80…2,12	1,12 0,66…1,92	0,91 0,44…1,88
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,97* 1,10…3,54	2,56** 1,35…4,84	1,82 0,79…4,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,74* 1,03…2,93	2,09* 1,19…3,69	1,89 0,91…3,94
Psy A[1]	0,97 0,53…1,78	0,64 0,33…1,22	1,01 0,45…2,27
Psy B[2]	1,22 0,75…1,98	1,63 0,97…2,75	2,50** 1,26…4,99
Alter	1,41 0,94…2,12	1,41 0,89…2,22	1,60 0,85…3,01
Geschlecht (m vs. w)	1,26 0,83…1,92	1,98** 1,24…3,18	2,11* 1,13…3,94
Komorbidität[3]	0,90 0,81…1,00	0,92 0,82…1,02	0,92 0,79…1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,57…1,99	1,62 0,80…3,30	3,80* 1,01…14,26
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,33 0,88…2,01	1,83* 1,15…2,90	1,61 0,88…2,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,32 0,90…1,96	2,00** 1,29…3,10	3,43*** 1,84…6,39

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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 Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht 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 314: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht 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 315: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,17 -0,04…0,39	-2,46 -17,89…12,96
DID Jahr 2	0,13 -0,08…0,34	5,23 -10,19…20,66
DID Jahr 3	0,14 -0,07…0,36	10,07 -5,35…25,50
DID Jahr 4	0,10 -0,11…0,31	3,22 -12,20…18,64
DID Jahr 1-4	—	4,01 -8,84…16,87
Gruppe	-0,12 -0,27…0,04	2,90 -8,04…13,85
Jahr 1	0,61*** 0,46…0,76	60,90*** 49,77…72,03
Jahr 2	-0,15* -0,31…0,00	0,94 -10,19…12,06
Jahr 3	-0,17* -0,32…-0,01	-9,31 -20,43…1,82
Jahr 4	-0,23** -0,38…-0,07	-10,95 -22,08…0,18
Indexgruppe 6 (F10)	0,25*** 0,16…0,33	-4,95 -11,16…1,26
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,02 -0,05…0,10	12,60*** 7,05…18,16
Indexgruppe 9 (F43)	-0,12** -0,21…-0,04	-3,85 -10,28…2,57
Psy A[1]	0,02 -0,07…0,10	4,97 -0,89…10,83
Psy B[2]	0,26*** 0,16…0,35	3,33 -3,72…10,38
Alter	-0,05 -0,13…0,02	6,82* 1,64…12,00
Geschlecht (m vs. w)	0,12** 0,05…0,19	3,79 -1,37…8,95

Komorbidität[3]	0,02 0,00…0,04	0,74 -0,69…2,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,09 -0,09…0,27	-0,65 -13,99…12,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,22*** -0,30…-0,14	-3,78 -9,40…1,84

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	-0,02 -0,30…0,27	0,01 -13,83…13,86
DID Jahr 2	0,02 -0,27…0,30	-8,14 -21,98…5,70
DID Jahr 3	-0,08 -0,36…0,21	-10,56 -24,41…3,27
DID Jahr 4	0,01 -0,28…0,29	-9,12 -22,96…4,72
DID Jahr 1-4	—	-6,95 -18,00…4,10
Gruppe	0,04 -0,16…0,24	11,20* 1,40…21,01
Jahr 1	0,17 -0,02…0,37	6,67 -2,92…16,25
Jahr 2	-0,19 -0,38…0,01	-10,72* -20,30…-1,13
Jahr 3	-0,19 -0,39…0,00	-12,43* -22,02…-2,85
Jahr 4	-0,34** -0,53…-0,14	-17,13*** -26,71…-7,54
Indexgruppe 6 (F10)	0,28*** 0,15…0,40	0,04 -6,10…6,17
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,14 0,00…0,28	7,32* 0,60…14,05
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,10 -0,21…0,02	7,30* 1,67…12,94
Psy A[1]	-0,09 -0,23…0,06	1,07 -5,87…8,01
Psy B[2]	0,22*** 0,10…0,33	8,90** 3,44…14,36
Alter	-0,02 -0,12…0,08	3,03 -1,63…7,69
Geschlecht (m vs. w)	-0,09 -0,19…0,01	10,56*** 5,75…15,37

Komorbidität[3]	-0,01 -0,03…0,02	-2,00** -3,16…-0,83
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,23* -0,42…-0,05	-6,43 -15,56…2,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,65*** -0,76…-0,54	-20,92*** -26,38…-15,46

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 317: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

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

Tabelle 318: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

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

Tabelle 319: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,03 -0,43…0,37
DID Jahr 2	-0,27 -0,67…0,13
DID Jahr 3	-0,15 -0,55…0,25
DID Jahr 4	-0,10 -0,50…0,30
Gruppe	0,01 -0,28…0,29
Jahr 1	0,68*** 0,40…0,97
Jahr 2	0,13 -0,16…0,41
Jahr 3	-0,04 -0,32…0,24
Jahr 4	-0,19 -0,48…0,09
Indexgruppe 6 (F10)	0,74*** 0,58…0,90
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,38*** 0,24…0,52
Indexgruppe 9 (F43)	0,04 -0,13…0,22
Psy A[1]	0,18* 0,03…0,33
Psy B[2]	0,81*** 0,63…0,98
Alter	1,40*** 1,27…1,54
Geschlecht (m vs. w)	-0,19** -0,33…-0,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,18*** 0,99…1,37

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,50*** 0,38…0,63
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,02 -0,17…0,13

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	-0,12 -0,49…0,25
DID Jahr 2	-0,27 -0,63…0,10
DID Jahr 3	-0,22 -0,59…0,15
DID Jahr 4	-0,33 -0,70…0,04
Gruppe	0,11 -0,16…0,37
Jahr 1	0,27* 0,01…0,53
Jahr 2	0,03 -0,23…0,29
Jahr 3	-0,04 -0,30…0,22
Jahr 4	-0,11 -0,37…0,15
Indexgruppe 6 (F10)	0,93*** 0,77…1,09
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,13 -0,31…0,05
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,34*** 0,19…0,48
Psy A[1]	0,78*** 0,59…0,96
Psy B[2]	0,37*** 0,22…0,51
Alter	1,60*** 1,47…1,73
Geschlecht (m vs. w)	-0,25*** -0,38…-0,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17*** 1,01…1,32

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,22** 0,10…0,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,19** -0,34…-0,05

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 321: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,05 0,74…1,50
Psy A[1]	0,68 0,44…1,07
Psy B[2]	1,07 0,64…1,79
Alter	7,07*** 3,60…13,89
Geschlecht (m vs. w)	0,67* 0,46…0,96
Komorbidität[3]	1,12*** 1,06…1,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	3,84*** 2,62…5,63
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,89 0,62…1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,12 0,77…1,63

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	1,08 0,81…1,43
Psy A[1]	0,43*** 0,30…0,62
Psy B[2]	0,58** 0,40…0,85
Alter	6,26*** 3,40…11,52
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,77…1,41
Komorbidität[3]	1,13*** 1,08…1,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,12*** 1,55…2,90
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15 0,85…1,56
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,17 0,83…1,64

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	1,54 0,93…2,55	0,87 0,53…1,44	1,35* 1,02…1,78
Psy A[1]	1,13 0,66…1,94	1,93* 1,09…3,41	0,80 0,58…1,10
Psy B[2]	0,87 0,45…1,71	0,70 0,36…1,36	0,86 0,58…1,29
Alter	1,69 1,00…2,88	1,50 0,90…2,52	0,84 0,62…1,14
Geschlecht (m vs. w)	1,24 0,72…2,12	1,41 0,82…2,45	0,92 0,69…1,24
Komorbidität[3]	0,98 0,87…1,10	0,92 0,80…1,05	1,01 0,94…1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,82 0,77…4,33	0,41 0,10…1,73	0,31** 0,15…0,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,78…2,10	0,87 0,53…1,42	0,77 0,58…1,02
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,55* 0,31…0,99	0,90 0,51…1,60	0,74 0,55…1,01

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	1,58 0,90…2,77	0,90 0,52…1,56	1,48* 1,06…2,05
Psy A[1]	0,51 0,20…1,27	1,60 0,52…4,98	0,66 0,38…1,16
Psy B[2]	2,55* 1,20…5,44	1,75 0,91…3,34	1,21 0,82…1,78
Alter	0,47* 0,24…0,92	1,00 0,56…1,79	0,94 0,66…1,35
Geschlecht (m vs. w)	1,12 0,59…2,14	0,87 0,48…1,58	0,85 0,60…1,22
Komorbidität[3]	1,12 1,00…1,27	0,93 0,81…1,06	1,02 0,94…1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,44 0,54…3,89	0,48 0,14…1,59	0,42** 0,23…0,76
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,76 0,41…1,42	1,44 0,80…2,59	1,11 0,79…1,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,92 0,48…1,73	1,59 0,80…3,18	0,78 0,52…1,19

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	-0,05 -0,10…0,00	-12,25 -27,07…2,57	-0,04 -0,08…0,01	-11,10 -25,46…3,26
Psy B[2]	-0,10*** -0,16…-0,05	-34,18*** -49,60…-18,75	-0,10*** -0,14…-0,05	-33,31*** -48,25…-18,37
Alter	-0,03 -0,08…0,03	-4,80 -21,39…11,78	-0,01 -0,06…0,04	-3,22 -19,29…12,85
Geschlecht (m vs. w)	-0,08** -0,14…-0,03	-26,54** -42,32…-10,76	-0,06** -0,11…-0,02	-23,29** -38,58…-8,00
Komorbidität[3]	0,01 -0,01…0,02	1,11 -2,43…4,65	0,00 -0,01…0,01	0,30 -3,12…3,73
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,11* 0,03…0,20	32,53* 6,97…58,10	0,10* 0,02…0,17	31,39* 6,62…56,15

Tabelle 327: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,18* 1,00…1,39	2,68 -11,44…16,80
Psy A[1]	1,25* 1,02…1,53	0,30 -16,91…17,51
Psy B[2]	1,06 0,85…1,33	-5,73 -24,75…13,29
Alter	0,80* 0,67…0,96	13,44 -2,14…29,02
Geschlecht (m vs. w)	0,86 0,73…1,02	0,30 -14,11…14,70
Komorbidität[3]	1,05** 1,01…1,09	-2,02 -5,26…1,22
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,23 0,96…1,59	-1,59 -22,26…19,07
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,02 0,86…1,20	-23,95** -38,63…-9,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,89 0,64…1,25	13,22 -15,55…41,99

Tabelle 328: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,50* 0,28…0,90	1,04 0,86…1,25	1,29 0,82…2,04	0,98 0,60…1,60	0,87 0,47…1,63	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,64 0,05…9,07	1,18 0,96…1,44	0,79 0,48…1,30	0,81 0,46…1,42	0,93 0,45…1,90	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,80 0,42…1,51	1,28* 1,05…1,55	2,05** 1,20…3,50	0,73 0,43…1,22	0,76 0,40…1,46	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf	0,97 0,88…1,08	1,05* 1,00…1,10	0,92 0,81…1,04	1,25** 1,09…1,43	1,62*** 1,30…2,01	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,37** 0,18…0,75	1,35 0,93…1,95	0,00 0,00…INF	1,06 0,53…2,12	1,04 0,42…2,57	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	0,86 0,46…1,62	1,11 0,93…1,34	1,45 0,92…2,30	0,92 0,53…1,57	0,77 0,38…1,56	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	2,36** 1,30…4,26	0,65*** 0,53…0,80	0,53 0,28…1,00	0,74 0,38…1,45	0,65 0,14…2,97	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	1,26 0,89…1,77	2,39 0,65…8,81	-6,18*** -8,41…-3,96	-2,60*** -3,98…-1,22
DID Jahr 2	1,38 0,96…1,98	4,24* 1,10…16,34	-0,39 -2,61…1,83	0,20 -1,18…1,58
Gruppe	0,75 0,56…1,01	0,37 0,10…1,35	0,79 -0,79…2,38	0,70 -0,28…1,69
Jahr 1	64,78*** 51,27…81,85	89,89*** 47,66…169,52	24,90*** 23,33…26,47	12,83*** 11,85…13,80
Jahr 2	2,31*** 1,82…2,93	5,22*** 2,63…10,35	4,11*** 2,54…5,68	1,03* 0,06…2,01
Indexgruppe 6 (F10)	2,26*** 1,94…2,64	0,87 0,72…1,07	0,19 -1,00…1,38	-2,15*** -2,89…-1,41
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,11*** 1,72…2,59	0,80 0,59…1,08	13,84*** 12,17…15,51	-1,56** -2,60…-0,52
Indexgruppe 9 (F43)	0,74*** 0,64…0,85	2,38*** 2,00…2,82	3,23*** 2,20…4,25	3,07*** 2,44…3,71
Psy A[1]	0,92 0,79…1,07	1,92*** 1,60…2,29	1,84** 0,73…2,94	2,21*** 1,52…2,90
Psy B[2]	1,36*** 1,15…1,62	0,98 0,80…1,19	2,00** 0,70…3,30	-0,04 -0,85…0,77
Alter	0,99 0,87…1,14	0,63*** 0,54…0,75	0,32 -0,73…1,37	-1,28*** -1,93…-0,64
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,79…1,03	1,02 0,87…1,20	0,23 -0,74…1,19	0,30 -0,30…0,89
Komorbidität[3]	1,03* 1,01…1,06	0,96* 0,92…0,99	0,07 -0,14…0,28	-0,19** -0,32…-0,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,46*** 1,20…1,77	0,24*** 0,16…0,35	3,65*** 2,16…5,14	-2,74*** -3,67…-1,81
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,94…1,21	1,84*** 1,57…2,15	0,33 -0,62…1,28	2,45*** 1,86…3,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,05*** 0,04…0,06	0,35*** 0,29…0,43	-8,60*** -9,66…-7,53	-3,55*** -4,21…-2,89

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 330: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	3,08*** 2,47…3,69	-1,71*** -2,58…-0,83	-0,27 -1,91…1,37
DID Jahr 2	1,66*** 1,05…2,27	-1,67*** -2,54…-0,79	-0,27 -1,90…1,37
Gruppe	-0,55* -0,98…-0,12	0,35 -0,28…0,97	-0,34 -1,50…0,83
Jahr 1	1,98*** 1,55…2,41	2,75*** 2,13…3,37	0,87 -0,29…2,03
Jahr 2	1,31*** 0,88…1,74	2,29*** 1,67…2,92	0,03 -1,13…1,19
Indexgruppe 6 (F10)	0,17 -0,16…0,49	-2,11*** -2,58…-1,64	0,00 -0,88…0,88
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,58*** 2,13…3,04	-1,39*** -2,05…-0,73	-0,94 -2,17…0,29
Indexgruppe 9 (F43)	0,71*** 0,43…0,99	1,42*** 1,02…1,83	-0,98* -1,73…-0,22
Psy A[1]	0,48** 0,18…0,78	1,69*** 1,25…2,12	0,78 -0,03…1,59
Psy B[2]	-0,32 -0,68…0,04	3,20*** 2,69…3,72	4,37*** 3,41…5,33
Alter	0,57*** 0,29…0,86	-1,06*** -1,47…-0,65	0,29 -0,48…1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,32* 0,06…0,58	1,42*** 1,04…1,80	0,84* 0,13…1,54
Komorbidität[3]	-0,05 -0,10…0,01	-0,14** -0,22…-0,06	1,31*** 1,15…1,46
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,10 -0,51…0,31	-1,37*** -1,96…-0,78	2,06*** 0,97…3,17
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,39** 0,13…0,65	1,37*** 1,00…1,75	-0,26 -0,96…0,44
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,27*** 1,98…2,56	-2,41*** -2,83…-1,99	-0,42 -1,20…0,37

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 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	1,14 0,98…1,33	1,13 0,97…1,31	0,96 0,81…1,13
Indexgruppe 6 (F10)	0,51*** 0,42…0,62	0,47*** 0,39…0,56	0,41*** 0,34…0,50
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,90*** 1,50…2,42	1,83*** 1,44…2,33	1,78*** 1,35…2,33
Indexgruppe 9 (F43)	1,95*** 1,64…2,32	2,20*** 1,86…2,60	2,28*** 1,90…2,74
Psy A[1]	1,56*** 1,29…1,88	1,64*** 1,37…1,96	1,84*** 1,52…2,24
Psy B[2]	1,22* 1,00…1,47	1,34** 1,09…1,64	1,67*** 1,32…2,12
Alter	1,16 0,98…1,36	1,20* 1,02…1,42	1,32** 1,10…1,58
Geschlecht (m vs. w)	1,27** 1,08…1,49	1,27** 1,09…1,48	1,23* 1,04…1,46
Komorbidität[3]	0,97 0,93…1,00	0,96* 0,93…1,00	0,95** 0,91…0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,55*** 0,42…0,71	0,65** 0,51…0,83	0,96 0,73…1,25
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,11 0,95…1,30	1,23* 1,05…1,44	1,35** 1,13…1,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,64** 1,24…2,16	1,50** 1,12…2,00	1,81*** 1,30…2,50

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 332: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,58** 1,14…2,20	1,12 0,80…1,58	0,83 0,55…1,26
Indexgruppe 6 (F10)	0,47*** 0,31…0,71	0,34*** 0,23…0,51	0,38*** 0,23…0,62
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,50 0,94…2,38	2,07** 1,27…3,37	3,13*** 1,67…5,86
Indexgruppe 9 (F43)	1,44 0,97…2,15	1,55* 1,04…2,31	1,97** 1,22…3,18
Psy A[1]	1,36 0,88…2,09	1,22 0,80…1,87	1,61 0,97…2,66
Psy B[2]	1,49 0,97…2,31	1,80* 1,13…2,88	2,06* 1,07…3,93
Alter	1,20 0,84…1,71	1,57* 1,08…2,29	1,21 0,78…1,89
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,67…1,38	1,09 0,75…1,57	1,12 0,72…1,74
Komorbidität[3]	0,92 0,85…1,00	0,96 0,89…1,04	0,96 0,87…1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,53* 0,30…0,93	0,48* 0,28…0,84	0,86 0,42…1,79
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,10 0,77…1,57	1,33 0,92…1,93	2,10** 1,32…3,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,53 0,97…2,42	1,26 0,78…2,05	2,05* 1,09…3,83

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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 Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht 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 335: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,10 0,00…0,21	-8,06 -17,20…1,07
DID Jahr 2	0,15** 0,05…0,26	8,94 -0,19…18,08
Gruppe	-0,03 -0,10…0,05	4,19 -2,31…10,69
Jahr 1	0,64*** 0,56…0,71	65,76*** 59,26…72,25
Jahr 2	-0,14*** -0,21…-0,06	-1,14 -7,64…5,35
Indexgruppe 6 (F10)	0,22*** 0,17…0,28	-6,88** -11,69…-2,07
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,22*** 0,13…0,30	9,69** 2,46…16,91
Indexgruppe 9 (F43)	0,05 0,00…0,10	20,27*** 16,09…24,45
Psy A[1]	0,09*** 0,04…0,14	15,63*** 11,18…20,09
Psy B[2]	0,13*** 0,06…0,19	-0,63 -6,18…4,93
Alter	-0,04 -0,08…0,01	9,07*** 5,06…13,09
Geschlecht (m vs. w)	0,04 0,00…0,09	3,89 -0,03…7,81
Komorbidität[3]	0,01 0,00…0,03	0,11 -1,01…1,22
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,12 -0,24…0,01	-12,78* -23,64…-1,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,31*** -0,36…-0,26	-17,82*** -22,16…-13,47

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	0,00 -0,21…0,21
DID Jahr 2	-0,02 -0,23…0,19
Gruppe	0,04 -0,11…0,19
Jahr 1	0,66*** 0,52…0,81
Jahr 2	-0,02 -0,17…0,13
Indexgruppe 6 (F10)	0,48*** 0,36…0,59
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,22** -0,38…-0,07
Indexgruppe 9 (F43)	0,21*** 0,12…0,31
Psy A[1]	0,38*** 0,28…0,49
Psy B[2]	0,76*** 0,63…0,88
Alter	1,65*** 1,55…1,74
Geschlecht (m vs. w)	-0,10* -0,19…-0,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,87*** 1,73…2,00
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,53*** 0,44…0,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02 -0,09…0,12

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	1,13 0,87…1,46
Psy A[1]	0,52*** 0,37…0,74
Psy B[2]	0,85 0,56…1,30
Alter	7,13*** 4,24…11,99
Geschlecht (m vs. w)	0,76* 0,59…0,99
Komorbidität[3]	1,18*** 1,13…1,23
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,39*** 1,79…3,19
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,97 0,74…1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,99 0,74…1,32

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	1,42* 1,07…1,89	1,05 0,74…1,49	1,21* 1,03…1,42
Psy A[1]	0,81 0,59…1,11	1,96** 1,30…2,97	0,88 0,73…1,07
Psy B[2]	1,00 0,68…1,47	0,91 0,59…1,40	0,95 0,74…1,22
Alter	1,48* 1,09…2,01	0,90 0,61…1,32	1,07 0,90…1,29
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,79…1,42	1,52* 1,03…2,24	0,85 0,72…1,00
Komorbidität[3]	0,97 0,91…1,03	0,96 0,87…1,05	0,95 0,90…1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,81* 1,15…2,84	0,81 0,38…1,73	0,90 0,61…1,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,02 0,77…1,34	0,93 0,66…1,31	1,01 0,86…1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,89 0,66…1,20	0,85 0,57…1,26	0,90 0,75…1,09

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 342: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 343: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 344: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 345: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 346: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 347: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 348: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 349: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 350: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 351: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 352: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 353: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 354: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

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

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 358: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 359: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 360: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

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

Tabelle 361: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2) [kf]

kf=kleine Fallzahl

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	0,49 0,08…3,02	0,96 0,00…INF	8,80 -2,89…20,49	5,91 -3,65…15,47
DID Jahr 2	1,12 0,16…7,90	1,31 0,00…INF	2,40 -9,29…14,09	2,02 -7,54…11,57
Gruppe	1,51 0,28…8,18	1,04 0,00…INF	0,46 -7,84…8,77	0,28 -6,51…7,07
Jahr 1	42,48*** 11,23…160,68	>100 0,00…INF	13,82** 5,60…22,04	12,31*** 5,60…19,03
Jahr 2	3,63 0,90…14,69	>100 0,00…INF	0,29 -7,93…8,51	1,61 -5,10…8,33
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,72 0,82…3,60	1,30 0,52…3,26	1,26 -5,61…8,14	0,62 -5,00…6,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,94 0,33…2,71	0,73 0,19…2,79	-2,98 -12,40…6,44	-2,06 -9,76…5,64
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,78 0,36…1,67	0,52 0,19…1,41	-2,71 -9,84…4,42	-1,90 -7,73…3,92
Alter	2,09* 1,07…4,10	0,53 0,23…1,21	5,18 -0,53…10,89	-2,26 -6,93…2,41
Geschlecht (m vs. w)	0,74 0,41…1,32	1,64 0,79…3,40	-0,53 -5,69…4,62	2,44 -1,78…6,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,11…0,42	0,78 0,33…1,83	-8,00* -14,48…-1,52	-1,92 -7,21…3,38

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 363: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	3,58*** 2,09…5,06	0,68 -5,45…6,82	-1,04 -3,35…1,26
DID Jahr 2	2,28** 0,79…3,76	0,60 -5,54…6,73	-1,93 -4,23…0,37
Gruppe	-0,10 -1,16…0,95	0,79 -3,57…5,15	0,37 -1,27…2,00
Jahr 1	2,81*** 1,77…3,85	1,65 -2,66…5,96	1,69* 0,07…3,30
Jahr 2	0,68 -0,37…1,72	2,59 -1,72…6,90	1,76* 0,14…3,38
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,97* 0,10…1,84	2,24 -1,37…5,84	-0,60 -1,95…0,75
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,47 -0,73…1,66	-2,58 -7,54…2,38	2,59** 0,72…4,45
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,36 -0,53…1,25	-2,65 -6,33…1,02	-0,44 -1,82…0,93
Alter	-0,34 -1,08…0,40	-1,62 -4,69…1,45	1,68** 0,53…2,83
Geschlecht (m vs. w)	0,34 -0,31…0,99	1,09 -1,60…3,78	0,34 -0,67…1,35
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,91* 0,08…1,73	-1,17 -4,58…2,23	1,12 -0,16…2,40

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

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 365: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 366: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

[kf]

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

[kf]

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 369: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

[kf]

kf=kleine Fallzahl

14.5 Ergebnisse Kosten EP

14.5.1 Somatische Versorgungskosten (U1)Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Tabelle 370: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	550	552	517	498	479	534	536	515	496	480
Mittelwert	3.986,94 €	3.403,33 €	2.891,13 €	3.303,35 €	2.839,28 €	3.484,31 €	3.640,64 €	3.579,75 €	3.761,57 €	2.763,02 €
Standardabweichung	11.161 €	9.945 €	7.223 €	10.566 €	8.220 €	9.429 €	10.904 €	8.098 €	16.809 €	6.224 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	225,35 €	223,63 €	174,80 €	198,64 €	208,21 €	208,78 €	237,52 €	227,68 €	209,94 €	220,86 €
Median	762,82 €	699,89 €	741,99 €	625,81 €	611,02 €	721,14 €	687,28 €	806,52 €	747,44 €	735,76 €
75%-Perzentil	2.991,99 €	2.512,10 €	2.782,45 €	2.138,21 €	2.154,72 €	3.037,40 €	2.563,74 €	2.954,03 €	2.540,16 €	2.657,02 €
Maximum	121.105 €	178.371 €	117.463 €	171.476 €	125.683 €	159.051 €	154.170 €	77.439 €	342.792 €	88.806 €

Tabelle 371: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	716	745	694	671	645	738	758	720	693	684
Mittelwert	3.888,32 €	3.283,47 €	3.346,81 €	4.133,63 €	3.289,11 €	2.887,51 €	3.426,84 €	3.307,14 €	4.009,56 €	3.130,79 €
Standardabweichung	15.694 €	8.449 €	7.339 €	13.040 €	8.169 €	7.128 €	11.089 €	7.891 €	14.602 €	8.374 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	173,23 €	227,09 €	226,37 €	223,43 €	240,68 €	239,45 €	283,91 €	270,58 €	252,91 €	297,83 €
Median	752,34 €	956,80 €	911,61 €	884,66 €	850,78 €	785,04 €	774,44 €	805,06 €	775,89 €	860,33 €
75%-Perzentil	2.787,79 €	2.965,90 €	3.077,75 €	3.345,73 €	2.674,91 €	2.792,90 €	2.496,68 €	2.574,45 €	2.712,29 €	2.745,10 €
Maximum	363.816 €	108.679 €	91.976 €	214.097 €	102.388 €	112.968 €	164.560 €	109.705 €	223.774 €	154.843 €

Tabelle 372: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	162	128	116	94	82	148	133	133	104	98
Mittelwert	2.471,00 €	1.902,05 €	1.460,87 €	1.871,52 €	1.428,29 €	1.888,62 €	2.082,77 €	1.797,00 €	2.208,21 €	1.248,31 €
Standardabweichung	9.654 €	8.840 €	6.371 €	9.450 €	7.284 €	7.642 €	9.548 €	6.144 €	16.203 €	3.882 €
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	886,54 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	781,33 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	107.758 €	177.349 €	116.805 €	168.468 €	121.225 €	146.880 €	146.211 €	75.523 €	342.792 €	47.758 €

Tabelle 373: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	188	180	173	168	143	198	175	170	163	158
Mittelwert	2.431,51 €	1.700,76 €	1.691,25 €	2.451,77 €	1.758,69 €	1.481,11 €	1.900,17 €	1.702,55 €	2.293,69 €	1.477,17 €
Standardabweichung	15.031 €	7.060 €	5.417 €	11.615 €	7.100 €	4.521 €	9.398 €	5.519 €	13.200 €	5.435 €
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 €	676,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	360.333 €	107.034 €	60.392 €	190.329 €	101.796 €	76.972 €	163.385 €	64.713 €	221.088 €	74.027 €

Tabelle 374: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	19,69 €	15,13 €	13,86 €	79,18 €	11,46 €	5,97 €	1,66 €	48,20 €	84,75 €	10,07 €
Standardabweichung	208,09 €	278,76 €	232,68 €	1.817,51 €	186,57 €	100,05 €	30,17 €	790,10 €	1.583,54 €	162,65 €
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	2.932 €	6.551 €	5.066 €	41.842 €	3.452 €	2.116 €	662 €	17.733 €	35.386 €	3.015 €

Tabelle 375: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	20,46 €	4,78 €	12,54 €	13,51 €	12,97 €	13,15 €	12,90 €	7,71 €	11,66 €	22,31 €
Standardabweichung	272,57 €	95,64 €	309,45 €	245,10 €	227,40 €	245,00 €	208,75 €	172,60 €	170,10 €	316,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.608,13 €	2.185,99 €	8.384,86 €	6.042,84 €	5.384,34 €	6.064,13 €	4.565,99 €	4.667,42 €	3.036,06 €	5.497,26 €

Tabelle 376: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	20	41	56	55	43	51	71	70	60	46
Mittelwert	7,28 €	13,71 €	87,25 €	84,05 €	54,61 €	28,84 €	60,58 €	116,83 €	92,74 €	61,75 €
Standardabweichung	81,92 €	67,72 €	411,94 €	395,68 €	297,71 €	255,20 €	348,89 €	532,98 €	444,82 €	303,53 €
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	1.792,50 €	710,30 €	4.026,27 €	4.897,17 €	3.353,34 €	5.504,07 €	5.641,22 €	4.655,10 €	4.599,60 €	2.911,74 €

Tabelle 377: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	19	38	64	64	57	80	98	104	106	92
Mittelwert	5,05 €	14,25 €	52,68 €	74,05 €	37,56 €	33,02 €	60,49 €	68,60 €	97,49 €	85,57 €
Standardabweichung	86,92 €	219,23 €	354,90 €	497,77 €	194,62 €	214,77 €	343,21 €	331,46 €	514,51 €	546,99 €
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	2.353 €	5.958 €	4.871 €	9.830 €	3.094 €	3.597 €	3.993 €	4.462 €	5.985 €	11.775 €

Tabelle 378: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	545	546	512	493	473	528	533	513	491	474
Mittelwert	539,10 €	495,29 €	529,99 €	486,11 €	494,75 €	578,12 €	541,74 €	604,84 €	555,21 €	558,75 €
Standardabweichung	575,74 €	531,61 €	586,21 €	555,53 €	555,86 €	590,21 €	536,50 €	647,82 €	558,95 €	606,67 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	144,72 €	141,27 €	128,18 €	127,84 €	129,79 €	139,05 €	152,62 €	156,56 €	136,65 €	136,28 €
Median	370,90 €	321,28 €	368,70 €	342,07 €	327,23 €	354,55 €	357,04 €	419,38 €	365,20 €	361,65 €
75%-Perzentil	726,96 €	671,69 €	694,70 €	655,44 €	667,49 €	829,41 €	754,90 €	821,74 €	827,41 €	758,67 €
Maximum	4.225,20 €	3.620,71 €	4.983,96 €	5.122,36 €	5.504,60 €	3.301,64 €	3.255,89 €	5.294,07 €	3.196,32 €	4.956,36 €

Tabelle 379: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	699	729	684	660	633	729	744	706	685	676
Mittelwert	520,87 €	541,45 €	570,58 €	572,40 €	570,44 €	553,29 €	553,97 €	555,05 €	558,32 €	554,64 €
Standardabweichung	584,34 €	546,37 €	584,66 €	577,13 €	587,33 €	580,20 €	621,29 €	592,99 €	596,54 €	560,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	101,41 €	144,27 €	152,09 €	148,98 €	142,60 €	150,68 €	169,93 €	151,61 €	152,43 €	180,70 €
Median	342,23 €	377,63 €	395,03 €	422,55 €	425,00 €	402,57 €	393,32 €	390,08 €	377,31 €	389,57 €
75%-Perzentil	760,71 €	774,59 €	827,89 €	802,99 €	826,61 €	751,66 €	742,44 €	763,60 €	776,42 €	749,31 €
Maximum	5.288,22 €	4.113,74 €	4.550,03 €	4.908,42 €	3.764,49 €	5.302,98 €	6.185,65 €	4.104,16 €	5.753,23 €	4.160,43 €

Tabelle 380: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	439	447	411	407	399	428	451	429	418	384
Mittelwert	825,78 €	830,32 €	727,13 €	782,49 €	850,17 €	922,19 €	896,29 €	955,50 €	777,26 €	842,73 €
Standardabweichung	3.773,66 €	3.637,80 €	2.702,79 €	2.988,33 €	2.779,58 €	3.904,40 €	3.514,09 €	3.639,60 €	2.860,02 €	4.157,71 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,76 €	14,96 €	11,28 €	12,81 €	12,60 €	13,16 €	14,91 €	14,49 €	15,56 €	12,54 €
Median	75,17 €	92,39 €	87,94 €	78,64 €	96,81 €	84,08 €	97,12 €	99,64 €	100,17 €	77,34 €
75%-Perzentil	323,40 €	362,78 €	360,66 €	381,46 €	451,38 €	389,68 €	395,77 €	428,35 €	432,51 €	415,78 €
Maximum	56.775 €	47.128 €	31.926 €	38.681 €	26.526 €	50.851 €	36.587 €	36.082 €	35.904 €	78.071 €

Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	590	624	602	569	555	592	635	593	584	588
Mittelwert	774,05 €	833,24 €	872,51 €	1.021,90 €	909,45 €	718,40 €	809,45 €	882,67 €	963,89 €	909,34 €
Standardabweichung	3.362,25 €	3.456,78 €	4.034,08 €	4.069,90 €	3.014,05 €	4.661,77 €	4.707,98 €	4.956,54 €	5.078,31 €	4.354,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,15 €	15,70 €	16,95 €	15,66 €	21,11 €	12,32 €	19,09 €	15,77 €	19,08 €	25,19 €
Median	106,07 €	130,90 €	133,26 €	140,58 €	127,06 €	100,64 €	125,02 €	116,68 €	128,90 €	142,74 €
75%-Perzentil	432,20 €	497,35 €	501,43 €	527,93 €	564,32 €	396,88 €	464,91 €	464,46 €	531,80 €	610,77 €
Maximum	43.996 €	63.668 €	86.019 €	61.692 €	30.082 €	111.884 €	105.178 €	103.929 €	106.755 €	79.370 €

Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	571	571	545	530	517	561	561	539	524	505
N mit Fall	116	140	76	< 10	< 10	72	65	54	41	30
Mittelwert	124,08 €	146,83 €	72,03 €	0,00 €	0,00 €	60,56 €	57,60 €	57,37 €	43,39 €	41,40 €
Standardabweichung	501,48 €	549,81 €	326,37 €	0,00 €	0,00 €	281,55 €	278,18 €	264,43 €	267,32 €	292,59 €
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	6.866,60 €	7.257,60 €	4.754,50 €	0,00 €	0,00 €	3.859,02 €	4.453,68 €	2.964,78 €	4.028,79 €	4.821,67 €

Tabelle 383: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	778	778	743	719	693	780	780	753	727	712
N mit Fall	193	217	168	< 10	< 10	102	112	90	57	54
Mittelwert	136,37 €	188,99 €	147,25 €	0,00 €	0,00 €	88,55 €	89,87 €	90,56 €	84,51 €	81,77 €
Standardabweichung	401,15 €	542,21 €	491,24 €	0,00 €	0,00 €	394,95 €	423,55 €	457,80 €	490,55 €	475,17 €
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 €	98,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.346,12 €	6.075,06 €	4.776,86 €	0,00 €	0,00 €	4.178,53 €	5.078,32 €	6.718,00 €	6.036,15 €	7.007,42 €

14.5.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Tabelle 384: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	2.342	2.346	2.357	2.366
Mittelwert	3.595,85 €	3.224,32 €	3.342,13 €	3.249,56 €
Standardabweichung	9.667 €	9.706 €	8.759 €	10.541 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	225,79 €	207,24 €	222,82 €	227,32 €
Median	729,46 €	715,16 €	708,62 €	637,03 €
75%-Perzentil	2.712,07 €	2.455,28 €	2.768,44 €	2.480,86 €
Maximum	202.557 €	230.610 €	159.051 €	264.110 €

Tabelle 385: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	641	563	613	537
Mittelwert	2.227,96 €	1.851,73 €	1.889,83 €	1.897,01 €
Standardabweichung	8.493,91 €	7.540,92 €	7.002,51 €	9.416,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	784,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	201.927 €	177.349 €	146.880 €	249.172 €

Tabelle 386: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	24	16	22	< 10
Mittelwert	21,27 €	15,65 €	28,16 €	38,44 €
Standardabweichung	283,95 €	299,41 €	413,04 €	1.210,79 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	8.985 €	10.058 €	12.119 €	45.784 €

Tabelle 387: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	141	223	255	345
Mittelwert	22,90 €	51,44 €	50,36 €	109,90 €
Standardabweichung	209,60 €	318,16 €	319,73 €	507,98 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.506,58 €	6.790,92 €	6.461,24 €	6.463,15 €

Tabelle 388: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	2.322	2.317	2.339	2.344
Mittelwert	553,33 €	513,95 €	566,08 €	507,33 €
Standardabweichung	597,98 €	564,80 €	597,94 €	547,56 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	150,01 €	134,07 €	151,86 €	146,83 €
Median	380,52 €	340,51 €	380,81 €	322,65 €
75%-Perzentil	757,04 €	715,97 €	785,85 €	692,61 €
Maximum	6.617,08 €	5.049,21 €	5.950,58 €	6.697,34 €

Tabelle 389: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	1.907	1.869	1.882	1.882
Mittelwert	701,87 €	745,99 €	759,97 €	654,11 €
Standardabweichung	3.314,27 €	5.506,06 €	3.762,92 €	2.653,53 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	13,12 €	12,47 €	12,54 €	12,59 €
Median	84,64 €	81,85 €	75,96 €	74,56 €
75%-Perzentil	325,82 €	340,50 €	335,53 €	322,64 €
Maximum	70.142 €	224.162 €	119.699 €	44.837 €

Tabelle 390: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.459	2.459	2.459	2.459
N mit Fall	319	217	231	182
Mittelwert	68,51 €	45,55 €	47,73 €	42,78 €
Standardabweichung	404,82 €	301,50 €	307,24 €	250,28 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	11.650 €	7.258 €	9.105 €	4.454 €

14.5.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	1.719	1.718	1.630	1.716	1.721	1.639
Mittelwert	3.690,72 €	3.211,69 €	2.936,26 €	3.359,03 €	3.142,04 €	3.078,79 €
Standardabweichung	10.377 €	9.261 €	7.506 €	9.163 €	10.319 €	9.463 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	215,57 €	205,04 €	185,79 €	221,80 €	230,14 €	193,82 €
Median	723,23 €	715,09 €	657,57 €	699,51 €	643,56 €	641,92 €
75%-Perzentil	2.679,19 €	2.483,37 €	2.553,19 €	2.826,59 €	2.445,11 €	2.578,60 €
Maximum	202.557 €	178.371 €	117.463 €	159.051 €	264.110 €	277.021 €

Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	481	417	356	454	401	364
Mittelwert	2.293,09 €	1.887,62 €	1.666,73 €	1.893,19 €	1.797,45 €	1.518,93 €
Standardabweichung	9.218,73 €	8.218,88 €	6.608,57 €	7.299,23 €	9.089,33 €	5.579,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	856,90 €	0,00 €	0,00 €	662,92 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	201.927 €	177.349 €	116.805 €	146.880 €	249.172 €	76.404 €

Tabelle 393: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	20	< 10	< 10	18	< 10	12
Mittelwert	21,38 €	10,06 €	13,42 €	21,96 €	24,52 €	22,01 €
Standardabweichung	243,73 €	201,47 €	251,80 €	280,66 €	914,44 €	457,14 €
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	4.866 €	6.551 €	7.428 €	7.161 €	38.484 €	17.733 €

Tabelle 394: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	83	148	172	174	246	202
Mittelwert	12,83 €	45,84 €	84,33 €	47,77 €	103,41 €	132,73 €
Standardabweichung	132,46 €	313,31 €	417,79 €	296,59 €	499,46 €	630,47 €
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	4.254,82 €	6.790,92 €	4.189,92 €	5.504,07 €	6.463,15 €	6.646,05 €

Tabelle 395: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	1.707	1.696	1.609	1.700	1.700	1.627
Mittelwert	539,60 €	504,79 €	521,39 €	563,64 €	506,82 €	528,94 €
Standardabweichung	585,54 €	544,00 €	575,57 €	604,35 €	536,94 €	575,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	144,11 €	130,95 €	129,91 €	150,55 €	145,18 €	138,88 €
Median	365,56 €	335,44 €	343,26 €	373,63 €	322,99 €	343,87 €
75%-Perzentil	739,18 €	711,42 €	736,99 €	782,67 €	693,40 €	728,84 €
Maximum	5.944,09 €	4.428,33 €	4.983,96 €	5.950,58 €	5.433,05 €	5.294,07 €

Tabelle 396: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	1.387	1.372	1.321	1.368	1.367	1.303
Mittelwert	731,02 €	701,41 €	626,86 €	782,91 €	665,94 €	826,00 €
Standardabweichung	3.434,59 €	3.539,06 €	2.318,72 €	4.142,82 €	2.766,49 €	5.750,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,67 €	12,54 €	12,54 €	12,48 €	12,52 €	12,45 €
Median	84,20 €	83,10 €	83,70 €	76,06 €	71,91 €	72,95 €
75%-Perzentil	325,36 €	353,09 €	361,11 €	326,37 €	317,74 €	358,27 €
Maximum	70.142 €	86.293 €	31.926 €	119.699 €	44.837 €	199.562 €

Tabelle 397: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.800	1.800	1.724	1.793	1.793	1.722
N mit Fall	315	215	79	188	151	135
Mittelwert	92,79 €	61,96 €	23,53 €	49,56 €	43,90 €	50,18 €
Standardabweichung	470,39 €	350,89 €	187,51 €	311,83 €	237,35 €	312,02 €
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	11.650 €	7.258 €	4.755 €	9.105 €	4.454 €	7.280 €

14.5.4 Somatische Versorgungskosten (U4)Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Tabelle 398: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	1.119	1.125	1.065	1.028	1.118	1.118	1.078	1.036
Mittelwert	3.740,51 €	3.356,21 €	2.824,93 €	2.920,04 €	3.318,81 €	3.137,96 €	3.404,31 €	3.222,33 €
Standardabweichung	11.503 €	10.355 €	7.519 €	9.182 €	9.140 €	9.085 €	11.006 €	12.851 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	204,68 €	203,18 €	177,40 €	184,34 €	208,41 €	223,74 €	212,68 €	206,84 €
Median	704,98 €	663,81 €	627,14 €	604,79 €	652,17 €	619,30 €	649,88 €	619,68 €
75%-Perzentil	2.650,72 €	2.444,91 €	2.396,91 €	1.992,34 €	2.730,37 €	2.355,35 €	2.693,07 €	2.196,39 €
Maximum	202.557 €	178.371 €	117.463 €	171.476 €	159.051 €	154.170 €	277.021 €	342.792 €

Tabelle 399: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	795	820	767	738	820	844	798	766
Mittelwert	4.160,37 €	3.505,43 €	3.455,62 €	4.125,72 €	3.259,30 €	3.525,47 €	3.388,75 €	4.194,68 €
Standardabweichung	15.709 €	8.896 €	8.134 €	12.825 €	8.057 €	10.902 €	7.881 €	14.432 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	196,17 €	230,73 €	229,74 €	232,61 €	241,69 €	283,63 €	284,33 €	255,06 €
Median	774,87 €	963,47 €	885,01 €	893,11 €	792,45 €	780,79 €	832,01 €	818,39 €
75%-Perzentil	2.899,05 €	3.096,09 €	3.053,89 €	3.345,73 €	2.907,81 €	2.666,05 €	2.765,06 €	2.790,40 €
Maximum	363.816 €	108.679 €	106.762 €	214.097 €	112.968 €	164.560 €	109.705 €	223.774 €

Tabelle 400: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	316	267	237	203	293	259	260	197
Mittelwert	2.364,05 €	2.007,41 €	1.615,67 €	1.581,71 €	1.804,36 €	1.758,77 €	1.676,15 €	1.767,42 €
Standardabweichung	10.447 €	9.305 €	6.559 €	7.490 €	6.785 €	7.684 €	5.964 €	11.773 €
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	821,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	282,53 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	201.927 €	177.349 €	116.805 €	168.468 €	146.880 €	146.211 €	76.404 €	342.792 €

Tabelle 401: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	214	205	195	190	228	202	192	188
Mittelwert	2.547,90 €	1.856,47 €	1.771,13 €	2.377,67 €	1.791,17 €	2.007,14 €	1.796,43 €	2.431,32 €
Standardabweichung	14.719 €	7.178 €	5.800 €	11.131 €	5.801 €	9.295 €	5.682 €	12.908 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	828,35 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	360.333 €	107.034 €	60.392 €	190.329 €	84.740 €	163.385 €	64.713 €	221.088 €

Tabelle 402: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	13	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	20,70 €	10,41 €	16,70 €	43,47 €	15,63 €	4,42 €	29,65 €	40,70 €
Standardabweichung	241,53 €	217,44 €	296,75 €	1.267,61 €	215,98 €	125,45 €	558,84 €	1.097,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.866 €	6.551 €	7.428 €	41.842 €	4.814 €	4.228 €	17.733 €	35.386 €

Tabelle 403: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	19,30 €	4,33 €	11,37 €	12,28 €	15,26 €	15,22 €	8,07 €	15,75 €
Standardabweichung	260,47 €	91,08 €	294,75 €	233,70 €	253,28 €	224,73 €	167,14 €	192,15 €
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	5.608,13 €	2.185,99 €	8.384,86 €	6.042,84 €	6.064,13 €	4.565,99 €	4.667,42 €	3.036,06 €

Tabelle 404: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	49	89	118	111	102	153	132	115
Mittelwert	13,40 €	40,65 €	81,37 €	74,69 €	36,68 €	82,41 €	130,84 €	86,06 €
Standardabweichung	155,68 €	325,05 €	392,58 €	367,98 €	275,39 €	436,11 €	638,25 €	445,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.254,82 €	6.790,92 €	4.026,27 €	4.897,17 €	5.504,07 €	6.463,15 €	6.646,05 €	5.084,05 €

Tabelle 405: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	26	49	67	71	92	109	114	113
Mittelwert	6,32 €	16,02 €	49,18 €	71,46 €	32,49 €	58,37 €	68,06 €	93,50 €
Standardabweichung	86,49 €	212,86 €	339,00 €	478,45 €	206,76 €	328,62 €	323,58 €	495,24 €
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	2.352,99 €	5.958,04 €	4.870,80 €	9.830,16 €	3.597,19 €	3.992,70 €	4.462,00 €	5.985,15 €

Tabelle 406: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	1.112	1.112	1.053	1.017	1.108	1.107	1.073	1.027
Mittelwert	518,64 €	488,53 €	501,82 €	488,45 €	555,84 €	505,27 €	556,07 €	525,10 €
Standardabweichung	547,02 €	539,84 €	560,14 €	568,94 €	603,74 €	525,50 €	589,72 €	550,15 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	139,02 €	130,39 €	128,19 €	119,17 €	145,30 €	143,93 €	155,70 €	131,92 €
Median	354,66 €	318,38 €	334,23 €	326,73 €	358,78 €	320,49 €	374,46 €	340,88 €
75%-Perzentil	718,49 €	673,19 €	686,19 €	671,51 €	766,22 €	696,28 €	739,55 €	740,50 €
Maximum	4.225,20 €	4.355,10 €	4.983,96 €	6.039,85 €	5.950,58 €	4.641,33 €	5.294,07 €	4.067,55 €

Tabelle 407: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	777	804	757	727	810	828	783	757
Mittelwert	541,20 €	555,38 €	571,52 €	581,83 €	563,32 €	566,31 €	573,66 €	568,99 €
Standardabweichung	595,72 €	579,12 €	628,55 €	617,23 €	598,16 €	648,65 €	649,69 €	607,05 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	115,27 €	146,76 €	149,27 €	151,16 €	150,21 €	170,82 €	156,10 €	152,05 €
Median	355,49 €	385,96 €	383,63 €	428,89 €	400,20 €	399,30 €	406,49 €	377,38 €
75%-Perzentil	782,96 €	796,03 €	813,37 €	815,78 €	771,51 €	745,73 €	766,64 €	787,84 €
Maximum	5.288,22 €	5.408,27 €	7.691,20 €	6.988,39 €	5.302,98 €	6.185,65 €	7.822,15 €	5.753,23 €

Tabelle 408: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	890	899	845	822	891	899	868	845
Mittelwert	707,07 €	716,50 €	574,35 €	731,72 €	852,63 €	738,70 €	958,80 €	761,08 €
Standardabweichung	3.130,42 €	3.770,20 €	2.133,09 €	3.925,90 €	4.811,79 €	3.219,81 €	6.997,53 €	4.052,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,22 €	12,54 €	8,34 €	0,00 €	12,54 €	12,91 €	13,23 €	13,60 €
Median	74,32 €	78,02 €	75,08 €	69,64 €	76,12 €	72,80 €	72,52 €	82,38 €
75%-Perzentil	303,89 €	323,63 €	300,87 €	323,47 €	319,52 €	326,63 €	365,34 €	364,16 €
Maximum	56.775 €	86.293 €	31.926 €	91.491 €	119.699 €	44.837 €	199.562 €	101.525 €

Tabelle 409: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	657	690	660	628	662	709	658	647
Mittelwert	894,90 €	883,73 €	918,69 €	1.082,47 €	759,53 €	787,70 €	850,89 €	1.001,67 €
Standardabweichung	4.140,04 €	3.677,50 €	4.259,75 €	4.665,05 €	4.566,37 €	4.478,72 €	4.725,08 €	5.206,70 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,82 €	16,28 €	16,49 €	15,66 €	12,67 €	20,50 €	16,84 €	19,25 €
Median	114,63 €	134,25 €	131,41 €	138,12 €	104,28 €	126,14 €	124,83 €	132,85 €
75%-Perzentil	435,46 €	525,85 €	503,37 €	526,16 €	415,88 €	464,23 €	457,77 €	546,65 €
Maximum	62.283 €	63.668 €	86.019 €	70.201 €	111.884 €	105.178 €	103.929 €	106.755 €

Tabelle 410: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.176	1.176	1.126	1.100	1.168	1.168	1.120	1.091
N mit Fall	248	212	77	< 10	132	111	92	76
Mittelwert	116,65 €	92,71 €	35,02 €	0,00 €	53,68 €	48,39 €	52,80 €	41,96 €
Standardabweichung	461,64 €	426,28 €	229,83 €	0,00 €	344,53 €	258,46 €	295,38 €	270,01 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.866,60 €	7.257,60 €	4.754,50 €	0,00 €	9.104,53 €	4.453,68 €	3.993,80 €	4.483,92 €

Tabelle 411: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	858	858	819	791	867	867	833	803
N mit Fall	219	242	169	< 10	117	122	98	64
Mittelwert	150,77 €	189,50 €	133,73 €	0,00 €	97,52 €	90,73 €	91,63 €	83,45 €
Standardabweichung	459,79 €	535,83 €	469,79 €	0,00 €	420,93 €	421,48 €	451,22 €	474,96 €
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	28,22 €	99,72 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.562,98 €	6.075,06 €	4.776,86 €	0,00 €	4.178,53 €	5.078,32 €	6.718,00 €	6.036,15 €

14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix EP

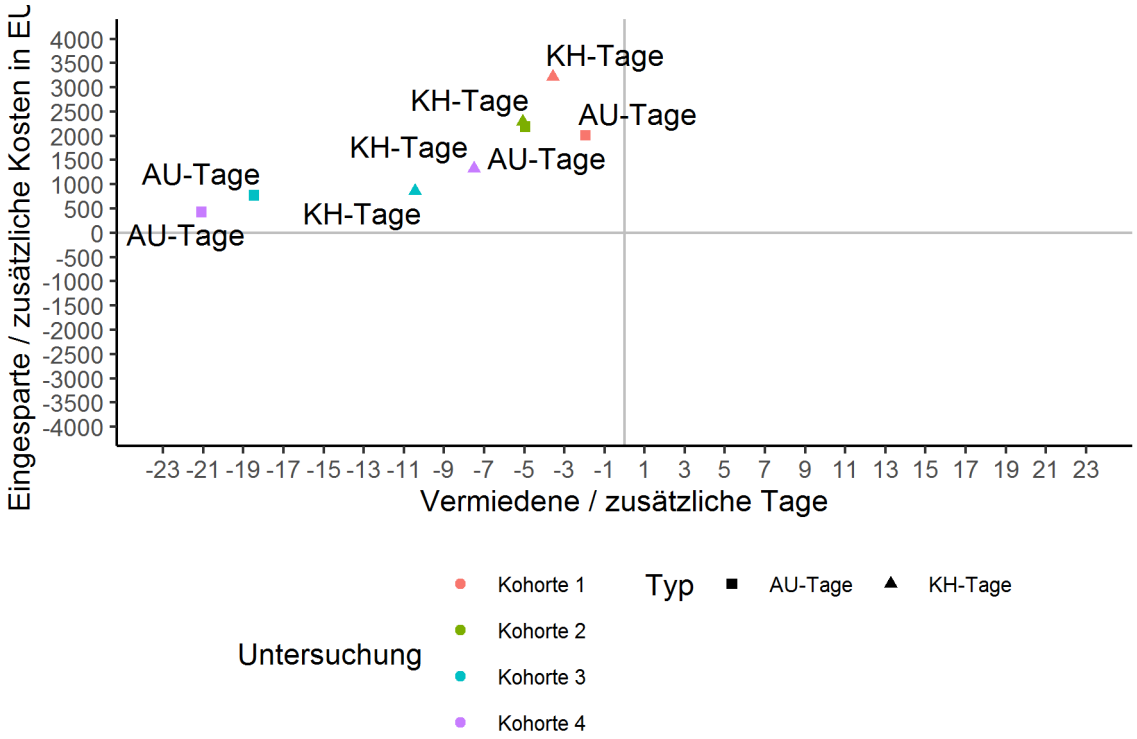
Tabelle 412: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting EP

	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
Behandlungs-setting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999	43	92	0,373	38	132	>0,999	60	170	0,188	71	164	0,083	85	152	0,004
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																<10		0,076
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	>0,999	34	64	0,203	41	136	>0,999	66	374	0,005	80	339	0,037	67	341	<0,001
vs+PIA	11	16	>0,999	128	328	0,496	183	487	0,387	289	677	<0,001	362	657	<0,001	367	663	<0,001
vs+HT																<10		0,120
TK+PIA	<10	<10	>0,999	20	74	0,496	22	147	0,003	52	212	0,546	67	214	0,895	93	204	0,120
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	97	163	>0,999	314	708	<0,001	502	1.225	<0,001	739	2.975	0,026	796	2.994	<0,001	839	2.799	<0,001
TK	<10	<10	>0,999	23	48	0,496	29	102	>0,999	79	505	<0,001	89	536	<0,001	100	587	<0,001
PIA	28	43	>0,999	391	1.498	<0,001	638	2.216	<0,001	1.005	3.502	0,162	1.335	3.793	<0,001	1.585	4.012	<0,001
HT																		
Gesamt-ergebnis	149	247	>0,999	953	2.812	<0,001	1.453	4.445	<0,001	2.290	8.415	<0,001	2.800	8.697	<0,001	3.141	8.758	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

14.5.6 Zusatzabbildung Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten EP

Abbildung 171: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten) EP



14.6 Ergebnisse Kosten KJP

14.6.1 Somatische Versorgungskosten (U1)Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 413: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	19	20	21	20	17	18	19	19	20	20
Mittelwert	621,98 €	485,83 €	507,31 €	732,64 €	514,41 €	1.235,95 €	1.684,79 €	1.294,96 €	975,53 €	1.212,31 €
Standardabweichung	1.111,40 €	679,61 €	781,61 €	1.446,20 €	814,43 €	3.761,82 €	5.992,57 €	3.536,24 €	2.790,35 €	3.454,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	4,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	14,70 €	29,23 €
25%-Perzentil	149,11 €	95,60 €	92,78 €	58,58 €	32,30 €	32,82 €	70,39 €	68,09 €	73,31 €	74,56 €
Median	295,54 €	197,07 €	162,06 €	224,44 €	154,93 €	160,27 €	266,81 €	232,59 €	186,64 €	224,36 €
75%-Perzentil	457,27 €	686,62 €	527,40 €	421,87 €	521,55 €	601,83 €	424,04 €	402,25 €	393,36 €	597,13 €
Maximum	4.185 €	2.873 €	3.141 €	6.015 €	2.449 €	17.003 €	27.082 €	15.726 €	12.606 €	15.693 €

Tabelle 414: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	27	29	27	27	29	25	27	26	27	27
Mittelwert	575,71 €	770,88 €	428,16 €	229,56 €	318,07 €	438,51 €	587,36 €	765,96 €	529,40 €	818,00 €
Standardabweichung	761,27 €	1.476,33 €	823,68 €	200,98 €	251,99 €	497,59 €	1.058,43 €	1.569,98 €	897,82 €	1.386,40 €
Minimum	0,00 €	21,65 €	0,00 €	0,00 €	35,28 €	0,00 €	17,94 €	0,00 €	14,70 €	6,17 €
25%-Perzentil	157,57 €	118,67 €	54,33 €	81,44 €	146,06 €	114,60 €	82,04 €	106,93 €	88,21 €	137,69 €
Median	290,72 €	284,63 €	194,91 €	136,69 €	252,56 €	200,95 €	300,84 €	301,96 €	270,95 €	222,25 €
75%-Perzentil	692,90 €	528,33 €	417,81 €	360,62 €	392,64 €	620,99 €	432,94 €	598,61 €	433,66 €	642,54 €
Maximum	3.652,18 €	7.291,36 €	3.690,73 €	695,72 €	1.132,78 €	1.971,66 €	4.213,31 €	7.899,22 €	3.772,47 €	5.170,63 €

Tabelle 415: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	243,06 €	90,74 €	94,54 €	255,42 €	192,61 €	737,36 €	1.037,21 €	532,17 €	391,78 €	741,42 €
Standardabweichung	773,43 €	288,53 €	303,56 €	1.170,47 €	608,79 €	2.681,03 €	4.475,77 €	1.936,68 €	1.490,45 €	2.505,26 €
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	2.851 €	1.058 €	1.166 €	5.364 €	2.099 €	11.947 €	20.041 €	8.507 €	6.618 €	11.211 €

Tabelle 416: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	215,96 €	423,96 €	143,53 €	0,00 €	0,00 €	35,31 €	178,72 €	303,29 €	0,00 €	159,85 €
Standardabweichung	748,68 €	1.171,06 €	593,04 €	0,00 €	0,00 €	183,48 €	796,45 €	1.262,46 €	0,00 €	830,60 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.586,54 €	5.024,62 €	3.025,12 €	0,00 €	0,00 €	953,37 €	4.102,76 €	6.374,15 €	0,00 €	4.315,93 €

Tabelle 417: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	12,34 €	76,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	17,62 €	0,00 €	114,45 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	56,55 €	350,64 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	78,80 €	0,00 €	511,84 €	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	259,17 €	1.606,82 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	352,42 €	0,00 €	2.289,03 €	0,00 €	0,00 €

Tabelle 418: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Standardabweichung	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 419: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,09 €	42,97 €	205,63 €	204,45 €	110,58 €	12,22 €	8,86 €	167,32 €	39,45 €	7,29 €
Standardabweichung	0,40 €	144,74 €	635,14 €	673,10 €	506,75 €	39,87 €	39,61 €	667,23 €	176,41 €	32,60 €
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	1,84 €	649,36 €	2.842,65 €	2.877,53 €	2.322,21 €	162,94 €	177,12 €	2.992,67 €	788,94 €	145,77 €

Tabelle 420: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,05 €	2,96 €	2,96 €	15,39 €	27,26 €	32,02 €	137,41 €	136,90 €	269,28 €	254,68 €
Standardabweichung	0,27 €	15,93 €	15,93 €	82,89 €	121,20 €	139,49 €	713,98 €	528,19 €	841,13 €	776,65 €
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	1,45 €	85,80 €	85,80 €	446,35 €	640,59 €	723,82 €	3.709,95 €	2.663,27 €	3.505,88 €	3.194,41 €

Tabelle 421: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	19	20	20	19	17	18	19	19	20	20
Mittelwert	233,48 €	200,73 €	159,45 €	220,95 €	171,78 €	144,81 €	215,50 €	215,31 €	251,93 €	241,52 €
Standardabweichung	168,84 €	159,32 €	141,72 €	220,62 €	249,81 €	149,89 €	177,36 €	179,32 €	254,32 €	242,31 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	14,70 €	27,86 €
25%-Perzentil	114,63 €	85,43 €	69,35 €	40,02 €	32,30 €	30,32 €	62,62 €	67,64 €	73,31 €	62,48 €
Median	198,09 €	147,59 €	131,24 €	148,14 €	74,77 €	121,43 €	244,12 €	171,14 €	159,21 €	133,08 €
75%-Perzentil	316,14 €	293,85 €	216,05 €	332,36 €	183,23 €	182,60 €	297,70 €	314,26 €	350,12 €	426,34 €
Maximum	523,71 €	632,06 €	589,49 €	746,02 €	1.057,93 €	549,79 €	668,11 €	610,50 €	891,59 €	884,76 €

Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	26	28	27	27	29	24	27	23	27	27
Mittelwert	204,37 €	200,32 €	151,62 €	175,47 €	240,33 €	230,78 €	218,33 €	283,33 €	196,55 €	272,38 €
Standardabweichung	190,46 €	142,08 €	137,06 €	147,71 €	180,29 €	283,64 €	205,63 €	326,66 €	164,30 €	235,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	35,28 €	0,00 €	15,86 €	0,00 €	14,70 €	6,17 €
25%-Perzentil	76,47 €	95,18 €	50,31 €	67,12 €	120,56 €	66,56 €	71,08 €	53,06 €	65,63 €	125,10 €
Median	172,78 €	226,87 €	102,40 €	136,69 €	228,54 €	153,80 €	155,74 €	179,09 €	154,02 €	206,71 €
75%-Perzentil	251,10 €	255,00 €	210,48 €	219,81 €	269,45 €	266,27 €	286,96 €	363,48 €	309,19 €	342,23 €
Maximum	887,73 €	635,74 €	490,40 €	518,05 €	944,44 €	1.369,23 €	955,94 €	1.408,29 €	648,92 €	925,36 €

Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	14	14	14	14	10	11	14	13	12	12
Mittelwert	120,67 €	63,83 €	39,74 €	51,82 €	39,44 €	254,97 €	362,83 €	262,99 €	286,50 €	222,07 €
Standardabweichung	260,92 €	186,85 €	69,89 €	63,97 €	91,07 €	1.043,40 €	1.473,58 €	963,31 €	1.149,62 €	821,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	22,24 €	12,63 €	15,07 €	26,05 €	0,00 €	13,66 €	23,58 €	26,79 €	22,88 €	13,47 €
75%-Perzentil	120,20 €	37,37 €	39,45 €	96,79 €	30,24 €	37,49 €	43,43 €	68,37 €	55,24 €	72,92 €
Maximum	1.164,36 €	865,56 €	290,44 €	192,46 €	407,65 €	4.686,11 €	6.620,35 €	4.345,80 €	5.168,33 €	3.701,74 €

Tabelle 424: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	22	25	20	20	18	19	23	20	22	18
Mittelwert	51,67 €	47,38 €	40,27 €	38,70 €	50,48 €	67,64 €	43,35 €	39,00 €	61,81 €	96,34 €
Standardabweichung	63,50 €	57,33 €	58,73 €	54,26 €	72,91 €	121,04 €	48,86 €	54,30 €	69,15 €	209,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,52 €	1,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	5,74 €	1,46 €	10,80 €	0,00 €
Median	23,50 €	30,31 €	22,17 €	17,29 €	16,85 €	14,29 €	25,39 €	17,29 €	21,05 €	26,02 €
75%-Perzentil	76,32 €	49,41 €	58,01 €	44,24 €	80,78 €	74,97 €	75,61 €	54,68 €	108,76 €	66,67 €
Maximum	244,60 €	200,01 €	251,06 €	177,67 €	268,35 €	532,84 €	160,33 €	246,72 €	218,03 €	1.008,20 €

Tabelle 425: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	12,35 €	11,05 €	7,94 €	0,00 €	0,00 €	68,97 €	60,39 €	2,72 €	5,87 €	0,00 €
Standardabweichung	52,80 €	38,42 €	36,41 €	0,00 €	0,00 €	286,87 €	225,46 €	12,18 €	26,27 €	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	242,22 €	166,84 €	166,84 €	0,00 €	0,00 €	1.284,40 €	997,20 €	54,48 €	117,48 €	0,00 €

Tabelle 426: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	29	29	29	29	29	27	27	27	27	27
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	103,66 €	96,24 €	89,78 €	0,00 €	0,00 €	72,76 €	9,55 €	3,45 €	1,76 €	34,75 €
Standardabweichung	262,99 €	332,19 €	464,67 €	0,00 €	0,00 €	192,74 €	35,00 €	17,94 €	9,13 €	155,32 €
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	922,73 €	1.670,37 €	2.503,88 €	0,00 €	0,00 €	819,50 €	152,10 €	93,24 €	47,44 €	800,52 €

14.6.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 427: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	119	122	121	123
Mittelwert	729,15 €	609,05 €	995,45 €	947,40 €
Standardabweichung	1.990,33 €	1.254,79 €	2.414,40 €	2.619,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	120,35 €	121,00 €	90,60 €	76,23 €
Median	286,47 €	225,45 €	204,69 €	225,90 €
75%-Perzentil	607,97 €	466,05 €	632,13 €	645,41 €
Maximum	20.854 €	10.599 €	17.003 €	27.082 €

Tabelle 428: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	16	< 10	18	13
Mittelwert	370,21 €	228,79 €	502,26 €	354,26 €
Standardabweichung	1.833,99 €	1.069,47 €	1.773,24 €	1.883,10 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	19.377 €	9.429 €	11.947 €	20.041 €

Tabelle 429: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	4,87 €	12,75 €	2,80 €	5,69 €
Standardabweichung	38,95 €	143,15 €	31,40 €	45,03 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	354,19 €	1.606,82 €	352,42 €	375,79 €

Tabelle 430: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	< 10	10	12	17
Mittelwert	25,86 €	62,33 €	128,23 €	141,77 €
Standardabweichung	194,69 €	333,36 €	821,95 €	593,38 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.022,87 €	2.984,51 €	6.930,00 €	4.246,20 €

Tabelle 431: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	118	121	120	123
Mittelwert	236,97 €	224,19 €	203,54 €	243,61 €
Standardabweichung	181,22 €	277,68 €	172,33 €	272,98 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	100,85 €	86,42 €	68,91 €	64,25 €
Median	205,05 €	160,02 €	154,98 €	156,95 €
75%-Perzentil	322,42 €	278,38 €	300,37 €	322,44 €
Maximum	871,85 €	2.600,07 €	720,30 €	1.946,01 €

Tabelle 432: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	85	93	84	90
Mittelwert	63,35 €	65,29 €	142,24 €	165,59 €
Standardabweichung	141,24 €	158,03 €	623,47 €	674,11 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	22,46 €	21,22 €	17,75 €	20,32 €
75%-Perzentil	56,00 €	50,71 €	49,48 €	62,16 €
Maximum	1.164,36 €	1.010,31 €	4.686,11 €	6.620,35 €

Tabelle 433: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	126	126	126	126
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	27,89 €	15,69 €	16,39 €	36,48 €
Standardabweichung	162,99 €	142,04 €	120,03 €	305,85 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.570,78 €	1.579,02 €	1.284,40 €	3.288,16 €

14.6.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 434: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	77	78	80	78	80	78
Mittelwert	860,08 €	721,87 €	712,04 €	923,34 €	966,70 €	857,76 €
Standardabweichung	2.383,60 €	1.467,61 €	2.413,74 €	2.446,49 €	3.065,00 €	1.961,10 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	155,77 €	133,57 €	100,46 €	85,15 €	78,28 €	89,88 €
Median	329,53 €	253,55 €	277,01 €	191,89 €	252,33 €	248,18 €
75%-Perzentil	668,53 €	556,67 €	490,19 €	614,24 €	742,69 €	569,91 €
Maximum	20.854 €	10.599 €	21.480 €	17.003 €	27.082 €	15.726 €

Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	12	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	438,71 €	261,02 €	58,34 €	403,34 €	360,95 €	208,51 €
Standardabweichung	2.206,60 €	1.243,41 €	271,24 €	1.770,09 €	2.245,80 €	1.052,03 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	19.377 €	9.429 €	1.804 €	11.947 €	20.041 €	8.507 €

Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	3,20 €	19,84 €	57,80 €	4,25 €	8,64 €	27,58 €
Standardabweichung	28,80 €	178,54 €	520,24 €	38,68 €	55,37 €	251,25 €
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	259,17 €	1.606,82 €	4.682,13 €	352,42 €	375,79 €	2.289,03 €

Tabelle 437: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	< 10	< 10	13	10	12	12
Mittelwert	40,22 €	90,72 €	118,16 €	191,48 €	174,05 €	179,80 €
Standardabweichung	242,15 €	412,02 €	452,46 €	1.008,75 €	669,64 €	640,13 €
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	2.022,87 €	2.984,51 €	2.842,65 €	6.930,00 €	4.246,20 €	3.602,72 €

Tabelle 438: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	76	78	77	77	80	77
Mittelwert	255,71 €	249,65 €	216,18 €	191,30 €	244,95 €	262,97 €
Standardabweichung	165,68 €	318,66 €	227,59 €	170,60 €	280,06 €	256,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	123,61 €	106,59 €	73,67 €	59,32 €	67,03 €	83,01 €
Median	255,64 €	173,55 €	133,38 €	140,91 €	171,18 €	194,11 €
75%-Perzentil	363,94 €	303,36 €	282,63 €	280,03 €	316,59 €	332,78 €
Maximum	703,47 €	2.600,07 €	1.404,03 €	663,18 €	1.946,01 €	1.269,70 €

Tabelle 439: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	59	58	58	52	60	56
Mittelwert	78,86 €	76,23 €	259,50 €	108,09 €	162,35 €	178,23 €
Standardabweichung	169,82 €	180,14 €	1.801,77 €	541,57 €	757,62 €	604,11 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	30,95 €	22,35 €	25,13 €	15,18 €	18,20 €	22,17 €
75%-Perzentil	63,70 €	62,60 €	63,94 €	45,18 €	56,72 €	88,20 €
Maximum	1.164 €	1.010 €	16.226 €	4.686 €	6.620 €	4.346 €

Tabelle 440: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	81	81	81	83	83	83
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	43,38 €	24,41 €	2,06 €	24,88 €	15,76 €	0,66 €
Standardabweichung	202,06 €	176,94 €	18,54 €	147,47 €	111,98 €	5,98 €
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	1.570,78 €	1.579,02 €	166,84 €	1.284,40 €	997,20 €	54,48 €

14.6.4 Somatische Versorgungskosten (U4)Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 441: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	37	38	39	38	40	40	41	43
Mittelwert	586,02 €	653,51 €	550,74 €	760,92 €	1.085,19 €	1.184,21 €	1.057,34 €	1.022,01 €
Standardabweichung	835,95 €	910,25 €	710,19 €	1.308,39 €	3.065,94 €	4.138,99 €	2.529,47 €	2.652,27 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	4,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	14,70 €
25%-Perzentil	208,98 €	115,31 €	98,00 €	72,56 €	57,54 €	77,55 €	79,80 €	78,36 €
Median	351,82 €	270,96 €	319,36 €	273,91 €	191,89 €	313,74 €	276,04 €	235,16 €
75%-Perzentil	596,01 €	751,24 €	538,46 €	467,90 €	608,02 €	526,74 €	797,49 €	464,71 €
Maximum	4.185 €	3.597 €	3.141 €	6.015 €	17.003 €	27.082 €	15.726 €	12.606 €

Tabelle 442: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	34	36	34	34	33	35	34	35
Mittelwert	486,67 €	656,00 €	362,84 €	231,02 €	570,83 €	592,16 €	784,36 €	821,91 €
Standardabweichung	705,80 €	1.342,53 €	749,02 €	190,97 €	1.189,09 €	968,86 €	1.579,39 €	1.635,75 €
Minimum	0,00 €	21,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	17,94 €	0,00 €	14,70 €
25%-Perzentil	117,23 €	116,63 €	65,66 €	86,10 €	96,64 €	90,79 €	118,77 €	96,73 €
Median	249,60 €	271,47 €	121,58 €	167,99 €	200,95 €	301,98 €	248,90 €	349,60 €
75%-Perzentil	558,77 €	514,48 €	261,38 €	366,43 €	464,29 €	496,59 €	598,61 €	608,68 €
Maximum	3.652,18 €	7.291,36 €	3.690,73 €	695,72 €	6.891,80 €	4.213,31 €	7.899,22 €	8.756,10 €

Tabelle 443: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	150,77 €	167,65 €	97,16 €	251,05 €	641,63 €	580,40 €	369,67 €	517,37 €
Standardabweichung	583,09 €	571,58 €	359,71 €	975,90 €	2.377,36 €	3.074,05 €	1.435,07 €	1.860,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.851 €	3.003 €	1.804 €	5.364 €	11.947 €	20.041 €	8.507 €	9.954 €

Tabelle 444: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	173,97 €	341,53 €	115,62 €	0,00 €	162,20 €	192,81 €	233,96 €	230,52 €
Standardabweichung	675,23 €	1.061,16 €	533,55 €	0,00 €	809,90 €	762,17 €	1.111,53 €	1.363,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.586,54 €	5.024,62 €	3.025,12 €	0,00 €	4.723,76 €	4.102,76 €	6.374,15 €	8.068,09 €

Tabelle 445: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	6,65 €	41,20 €	0,00 €	0,00 €	8,20 €	7,93 €	53,23 €	0,00 €
Standardabweichung	41,50 €	257,30 €	0,00 €	0,00 €	53,74 €	52,02 €	349,07 €	0,00 €
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	259,17 €	1.606,82 €	0,00 €	0,00 €	352,42 €	341,13 €	2.289,03 €	0,00 €

Tabelle 446: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	20,93 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	123,82 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	732,54 €	0,00 €	0,00 €

Tabelle 447: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	4,45 €	23,14 €	128,01 €	219,75 €	24,29 €	61,23 €	120,15 €	38,68 €
Standardabweichung	19,16 €	107,22 €	472,70 €	789,00 €	100,48 €	240,22 €	476,11 €	163,64 €
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	85,80 €	649,36 €	2.842,65 €	3.944,78 €	619,92 €	1.184,20 €	2.992,67 €	788,94 €

Tabelle 448: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,04 €	2,38 €	2,38 €	12,40 €	28,91 €	106,00 €	105,60 €	213,71 €
Standardabweichung	0,24 €	14,30 €	14,30 €	74,39 €	124,39 €	627,10 €	465,55 €	743,56 €
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	1,45 €	85,80 €	85,80 €	446,35 €	723,82 €	3.709,95 €	2.663,27 €	3.505,88 €

Tabelle 449: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	37	38	37	37	39	40	41	43
Mittelwert	288,58 €	274,75 €	243,85 €	228,92 €	191,99 €	260,81 €	277,81 €	294,13 €
Standardabweichung	163,09 €	419,55 €	287,91 €	224,23 €	174,30 €	314,55 €	248,97 €	374,12 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8,35 €
25%-Perzentil	170,99 €	88,94 €	71,51 €	49,30 €	33,46 €	75,05 €	79,80 €	72,72 €
Median	276,63 €	191,45 €	136,35 €	193,29 €	147,60 €	203,48 €	214,74 €	170,18 €
75%-Perzentil	426,47 €	304,93 €	294,24 €	330,73 €	286,78 €	323,24 €	420,05 €	335,21 €
Maximum	579,93 €	2.600,07 €	1.404,03 €	1.045,80 €	553,32 €	1.946,01 €	1.159,50 €	1.982,29 €

Tabelle 450: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	33	35	34	34	31	35	31	35
Mittelwert	185,48 €	189,99 €	134,43 €	182,77 €	256,89 €	217,44 €	261,21 €	230,31 €
Standardabweichung	176,76 €	135,26 €	128,07 €	146,81 €	381,94 €	202,87 €	300,98 €	197,63 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	15,86 €	0,00 €	14,70 €
25%-Perzentil	74,40 €	91,05 €	49,16 €	66,85 €	66,56 €	71,08 €	56,35 €	84,95 €
Median	160,47 €	183,63 €	79,05 €	148,05 €	153,80 €	155,74 €	170,49 €	171,51 €
75%-Perzentil	239,38 €	253,56 €	188,70 €	271,01 €	248,50 €	273,74 €	308,25 €	316,03 €
Maximum	887,73 €	635,74 €	490,40 €	518,05 €	1.897,09 €	955,94 €	1.408,29 €	886,95 €

Tabelle 451: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	29	27	28	27	27	30	29	26
Mittelwert	100,45 €	96,07 €	77,44 €	61,20 €	173,80 €	243,41 €	235,21 €	168,62 €
Standardabweichung	209,07 €	239,87 €	195,01 €	135,36 €	748,79 €	1.036,16 €	749,61 €	785,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	1,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	22,24 €	16,49 €	25,13 €	25,91 €	17,29 €	20,03 €	22,17 €	11,63 €
75%-Perzentil	89,83 €	51,54 €	58,80 €	51,11 €	38,80 €	47,22 €	94,81 €	60,07 €
Maximum	1.164,36 €	1.010,31 €	1.132,97 €	816,83 €	4.686,11 €	6.620,35 €	4.345,80 €	5.168,33 €

Tabelle 452: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	27	30	27	26	24	28	25	27
Mittelwert	43,67 €	44,57 €	38,09 €	35,85 €	66,70 €	44,73 €	37,61 €	74,04 €
Standardabweichung	59,41 €	53,60 €	52,99 €	49,44 €	113,80 €	52,41 €	50,66 €	97,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,39 €	1,56 €	0,39 €	0,00 €	0,00 €	1,82 €	0,00 €	6,44 €
Median	13,49 €	30,02 €	24,52 €	17,38 €	15,03 €	19,42 €	23,42 €	29,08 €
75%-Perzentil	66,72 €	51,34 €	44,56 €	40,78 €	77,39 €	84,40 €	54,68 €	112,64 €
Maximum	244,60 €	200,01 €	251,06 €	177,67 €	532,84 €	160,33 €	246,72 €	471,62 €

Tabelle 453: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	39	39	39	39	43	43	43	43
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	35,13 €	50,70 €	4,28 €	0,00 €	45,30 €	30,43 €	1,27 €	3,20 €
Standardabweichung	136,72 €	254,06 €	26,72 €	0,00 €	203,11 €	155,00 €	8,31 €	18,11 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	758,43 €	1.579,02 €	166,84 €	0,00 €	1.284,40 €	997,20 €	54,48 €	117,48 €

Tabelle 454: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	36	36	36	36	35	35	35	35
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	83,51 €	77,53 €	72,32 €	0,00 €	56,13 €	10,25 €	145,97 €	73,32 €
Standardabweichung	238,87 €	299,62 €	417,17 €	0,00 €	171,38 €	34,64 €	847,47 €	425,61 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	922,73 €	1.670,37 €	2.503,88 €	0,00 €	819,50 €	152,10 €	5.015,57 €	2.518,92 €

14.6.5 Zusatztabellen Patientenmix KJP

Tabelle 455: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting KJP

	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
Behandlung-ssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA				<10	<10	>0,999	<10	17	>0,999	<10	26	>0,999	<10	32	0,583	<10	36	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10		>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	19	>0,999	<10	19	>0,999	<10	24	>0,999
vs+PIA	<10	<10	>0,999	<10	20	0,788	13	56	>0,999	21	111	0,024	16	116	>0,999	17	124	>0,999
vs+HT																		
TK+PIA	<10		>0,999	<10	19	>0,999	<10	50	0,227	<10	86	>0,999	<10	70	>0,999	14	87	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	<10	<10	>0,999	<10	24	>0,999	11	43	>0,999	14	146	>0,999	<10	122	0,349	17	117	>0,999
TK		<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	12	>0,999	<10	38	>0,999	<10	39	>0,999	<10	40	0,481
PIA	<10	<10	>0,999	22	114	>0,999	39	225	>0,999	49	560	>0,999	64	585	>0,999	96	545	0,820
HT																		
Gesamt-ergebnis	**15**	**11**	**>0,999**	**43**	**193**	**>0,999**	**73**	**411**	**>0,999**	**94**	**986**	**0,565**	**99**	**983**	**0,349**	**152**	**973**	**>0,999**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.