

Abschlussbericht

LVR-Klinik Bonn

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 11.12.2023

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; Dr. Franziska **Claus**, M.Sc.²; Denise
Kubat, M.A.³, Prof. Dr. Dennis **Häckl**², Prof. Dr. med. Andrea **Pfennig**, M.Sc.⁴,
Prof. Dr. rer. biol. hum. Enno **Swart**³, Prof. Dr. med. Jochen **Schmitt**, M.P.H.¹

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: Dipl.-Soz. Katrin Arnold¹, Dipl.-Math. Nils Kossack², Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.¹, Prof. Dr. Stefanie March^{3,4}, Dr. rer. medic. Thomas Petzold¹, PD Dr. rer. nat. Olaf Schoffer¹, Christopher Schrey, M.Sc. ², Dr. Ines Weinhold², Dr. med. Jessika Weiß⁵.

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

⁴ Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

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

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	30
2. Hintergrund	44
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	44
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	44
5. Methoden	46
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	47
6.1 Patientenmatching	48
7. Darstellung Modellvorhaben LVR-Klinik Bonn	56
8. Ergebnisse: Effektivität	57
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	58
8.2 Ergebnisse Outcomes, Erwachsene.....	71
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer	72
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	72
U1.....	76
U2.....	88
U3.....	93
U4.....	100
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	111
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	111
U1.....	113
U2.....	123
U3.....	127
U4.....	133
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	142
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	142
U1.....	144
U2.....	164
U3.....	171
U4.....	179
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem	198
Beschreibung Ergebnisse (U2)	198

U2.....	199
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping.....	206
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	206
U1.....	207
U2.....	211
U3.....	213
U4.....	216
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit.....	219
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	219
U1.....	222
U2.....	229
U3.....	232
U4.....	236
8.2.7 Wiederaufnahmeraten.....	242
Beschreibung Ergebnisse (U2).....	242
U2.....	243
8.2.8 Komorbidität	246
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	246
U1.....	248
U2.....	251
U3.....	252
U4.....	254
8.2.9 Mortalität	256
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	256
U1.....	257
U2.....	261
U3.....	263
U4.....	266
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung.....	269
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	269
U1.....	271
U2.....	280
U3.....	284

U4.....	289
8.2.11 Leitlinienadhärenz.....	297
Beschreibung Ergebnisse (U2).....	298
U2.....	299
8.3 Ergebnisse Outcomes, Kinder und Jugendliche	309
8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer	309
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	309
U1.....	314
U2.....	326
U3.....	331
U4.....	338
8.3.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	349
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	349
U1.....	351
U2.....	361
U3.....	365
U4.....	371
8.3.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	380
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	380
U1.....	382
U2.....	395
U3.....	400
U4.....	406
8.3.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem	419
8.3.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping.....	420
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	420
U1.....	421
U2.....	425
U3.....	427
U4.....	430
8.3.6 Arbeitsunfähigkeit.....	433
8.3.7 Wiederaufnahmeraten.....	434

Beschreibung Ergebnisse (U2).....	434
U2.....	435
8.3.8 Komorbidität	438
8.3.9 Mortalität	439
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	439
U1.....	440
U2.....	444
U3.....	446
U4.....	449
8.3.10 Progression der psychischen Erkrankung.....	452
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	452
U1.....	454
U2.....	463
U3.....	467
U4.....	472
8.3.11 Leitlinienadhärenz.....	480
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	481
9.1 Patientenmix	481
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	481
U1.....	483
U2.....	485
U3.....	487
U4.....	488
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	490
U1.....	492
U2.....	494
U3.....	495
U4.....	496
9.2 Leistungserbringung.....	498
Beschreibung Ergebnisse (U1).....	498
U1.....	498
10. Ergebnisse: Kosten.....	504
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten	504

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	504
U1.....	506
U2.....	510
U3.....	511
U4.....	513
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche	515
U1.....	517
U2.....	521
U3.....	522
U4.....	524
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	526
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	526
U1.....	528
U2.....	532
U3.....	533
U4.....	535
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche	537
U1.....	539
U2.....	543
U3.....	544
U4.....	546
10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen.....	548
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	548
10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	549
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	549
U1.....	551
U2.....	555
U3.....	556
U4.....	558
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche	560
U1.....	562
U2.....	566
U3.....	567

	U4.....	569
10.5	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	571
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	571
	U1.....	573
	U2.....	577
	U3.....	578
	U4.....	580
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche	582
	U1.....	584
	U2.....	588
	U3.....	589
	U4.....	591
10.6	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 593	
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	593
	U1.....	595
	U2.....	599
	U3.....	600
	U4.....	602
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche	604
	U1.....	606
	U2.....	610
	U3.....	611
	U4.....	613
10.7	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	615
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	615
	U1.....	617
	U2.....	621
	U3.....	622
	U4.....	624
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche	626
	U1.....	628
	U2.....	632

U3.....	633
U4.....	635
10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung.....	637
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	637
U1.....	639
U2.....	643
U3.....	644
U4.....	646
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche	648
U1.....	650
U2.....	654
U3.....	655
U4.....	657
10.9 Kosten der Heilmittelversorgung	659
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	659
U1.....	661
U2.....	665
U3.....	666
U4.....	668
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche	670
U1.....	672
U2.....	676
U3.....	677
U4.....	679
11. Ergebnisse: Effizienz	681
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4), Erwachsene	681
U2.....	683
U4.....	684
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4), Kinder- und Jugendliche	686
U2.....	687
U4.....	687
12. Diskussion	689
12.1 Hauptergebnisse	689

12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich).....	708
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	712
13.	Literatur	714
14.	Anhang.....	717
14.1	Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	717
14.2	Unterteilung nach Alter und Diagnose.....	739
14.3	Ergebnisse Modellierung Effektivität – Erwachsene	752
14.4	Ergebnisse Modellierung Effektivität – Kinder und Jugendliche.....	803
14.5	Ergebnisse Kosten	835
	Ergebnisse Kosten, Erwachsene	835
14.5.1	Somatische Versorgungskosten (U1)	835
14.5.2	Somatische Versorgungskosten (U2)	839
14.5.3	Somatische Versorgungskosten (U3)	841
14.5.4	Somatische Versorgungskosten (U4)	843
	Ergebnisse Kosten, Kinder- und Jugendliche.....	847
14.5.5	Somatische Versorgungskosten (U1)	847
14.5.6	Somatische Versorgungskosten (U2)	851
14.5.7	Somatische Versorgungskosten (U3)	853
14.5.8	Somatische Versorgungskosten (U4)	855

Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 Dreisteller (Einfach-Diagnose) zugeordnet werden konnten, d.h. entweder Indexdiagnose als Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose (Referenzort = stationär) oder nur eine Indexdiagnose in der Psychiatrischen Institutsambulanz (Referenzort = PIA). Population II umfasst alle eingeschlossenen Patienten.

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

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

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

Das **Risk Ratio** oder auch relative Risiko (RR) drückt aus, um welchen Faktor sich die Häufigkeit bezüglich eines betrachteten Outcomes (beispielsweise für eine Erkrankung) in zwei Gruppen unterscheidet. Ist dieser Schätzer kleiner als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in einer

Interventionsgruppe (IG) geringer als in der Kontrollgruppe (KG). Ist dieser Schätzer gleich eins, ist die Häufigkeit des Outcomes für beide Gruppen gleich groß. Ist dieser Schätzer größer als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in der IG höher als in der Referenzgruppe KG. Dies wird im ausschließlichen Vergleich zwischen beiden Gruppen (ohne Vergleich zum Präzeitraum) notwendig, z.B. Mortalität, Progression, Wiederaufnahme.

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

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

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U1)	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)	124
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3)	129
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4)	136
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1)	157
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2)	168
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3)	175
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4)	192
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2)	203
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1)	209
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2)	212
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3)	214
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4)	218
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1)	224
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2)	230
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3)	233
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4)	238
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2)	244
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1)	249
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2)	251
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U3)	252
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4)	255
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U1)	258
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U2)	262
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U3)	264
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U4)	267
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U1)	273
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U2)	281
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U3)	285
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U4)	291
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2)	304
Abbildung 36: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	317
Abbildung 37: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2)	327
Abbildung 38: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	333
Abbildung 39: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4)	341
Abbildung 40: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1)	354
Abbildung 41: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2)	362
Abbildung 42: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3)	367
Abbildung 43: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4)	374
Abbildung 44: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	388
Abbildung 45: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2)	397

Abbildung 46: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	402
Abbildung 47: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4)	413
Abbildung 48: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1)	423
Abbildung 49: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2)	426
Abbildung 50: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3)	428
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4)	432
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2)	436
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1)	441
Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2)	445
Abbildung 55: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3)	447
Abbildung 56: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4)	450
Abbildung 57: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1)	456
Abbildung 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2)	464
Abbildung 59: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3)	468
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U4)	474
Abbildung 61: Verteilung der Settings, (U1) klinikneue Patienten	483
Abbildung 62: Verteilung der Settings, (U1) klinikbekannte Patienten	484
Abbildung 63: Verteilung der Settings, (U2) klinikneue Patienten	485
Abbildung 64: Verteilung der Settings, (U3) klinikneue Patienten	487
Abbildung 65: Verteilung der Settings, (U4) klinikneue Patienten	488
Abbildung 66: Verteilung der Settings, (U4) klinikbekannte Patienten	489
Abbildung 67: Verteilung der Settings, (U1) klinikneue Patienten	492
Abbildung 68: Verteilung der Settings, (U1) klinikbekannte Patienten	493
Abbildung 69: Verteilung der Settings, (U2) klinikneue Patienten	494
Abbildung 70: Verteilung der Settings, (U3) klinikneue Patienten	495
Abbildung 71: Verteilung der Settings, (U4) klinikneue Patienten	496
Abbildung 72: Verteilung der Settings, (U4) klinikbekannte Patienten	497
Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	506
Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	507
Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	510
Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	511
Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	513
Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	514
Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	517
Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	518
Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	521
Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	522
Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	524
Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	525
Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	528
Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	529
Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	532
Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	533
Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	535

Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	536
Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	539
Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	540
Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	543
Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	544
Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	546
Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	547
Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	551
Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	552
Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	555
Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	556
Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	558
Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	559
Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	562
Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	563
Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	566
Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	567
Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	569
Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	570
Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	573
Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	574
Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	577
Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	578
Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	580
Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten	581
Abbildung 115: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	584
Abbildung 116: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	585
Abbildung 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	588
Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	589
Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	591
Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten	592
Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	595
Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	596
Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	599
Abbildung 124: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	600
Abbildung 125: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	602
Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	603
Abbildung 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	606
Abbildung 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	607
Abbildung 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	610
Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	611
Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	613
Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	614
Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	617

Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	618
Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	621
Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	622
Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	624
Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	625
Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	628
Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	629
Abbildung 141: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	632
Abbildung 142: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	633
Abbildung 143: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	635
Abbildung 144: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	636
Abbildung 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	639
Abbildung 146: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene	640
Abbildung 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	643
Abbildung 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	644
Abbildung 149: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	646
Abbildung 150: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten	647
Abbildung 151: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	650
Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche	651
Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	654
Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	655
Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	657
Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten	658
Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	661
Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	662
Abbildung 159: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	665
Abbildung 160: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	666
Abbildung 161: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	668
Abbildung 162: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	669
Abbildung 163: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	672
Abbildung 164: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	673
Abbildung 165: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	676
Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	677
Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	679
Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	680
Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4, Erwachsene	685
Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4, Kinder- und Jugendliche	688

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching.....	49
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Erwachsene.....	49
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	50
Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching.....	53
Tabelle 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Kinder und Jugendliche.....	54
Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	55
Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Erwachsene.....	59
Tabelle 8: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Erwachsene	61
Tabelle 9: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche.....	65
Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche	67
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1)	76
Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1).....	87
Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U2)	88
Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3)	93
Tabelle 15: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3).....	99
Tabelle 16: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U4)	100
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1)	113
Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1)	122
Tabelle 19: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2)	123
Tabelle 20: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3)	127
Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3)	132
Tabelle 22: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4)	133
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1)	144
Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1)	163
Tabelle 25: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2)	164
Tabelle 26: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene,(U3)	171
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3)	178
Tabelle 28: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4)	179
Tabelle 29: Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2)	199
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2).....	205
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1)	207
Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1)	210
Tabelle 33: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2)	211
Tabelle 34: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3)	213
Tabelle 35: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3)	215
Tabelle 36: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4)	216
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1)	222
Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1)	228
Tabelle 39: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2)	229
Tabelle 40: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3)	232
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3)	235
Tabelle 42: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4)	236
Tabelle 43: Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2).....	243

Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2)	245
Tabelle 45: Komorbidität, Erwachsene, (U1)	248
Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1).....	250
Tabelle 47: Komorbidität, Erwachsene, (U2)	251
Tabelle 48: Komorbidität, Erwachsene, (U3)	252
Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3).....	253
Tabelle 50: Komorbidität, Erwachsene, (U4)	254
Tabelle 51: Mortalität, Erwachsene, (U1)	257
Tabelle 52: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U1)	260
Tabelle 53: Mortalität, Erwachsene, (U2)	261
Tabelle 54: Mortalität, Erwachsene, (U3)	263
Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3)	265
Tabelle 56: Mortalität, Erwachsene, (U4)	266
Tabelle 57: Progression, Erwachsene, (U1).....	271
Tabelle 58: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U1)	279
Tabelle 59: Progression, Erwachsene, (U2).....	280
Tabelle 60: Progression, Erwachsene, (U3).....	284
Tabelle 61: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U3)	288
Tabelle 62: Progression, Erwachsene, (U4).....	289
Tabelle 63: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Erwachsene, (U2)	299
Tabelle 64: Leitlinienadhärenz Demenz, Erwachsene, (U2).....	300
Tabelle 65: Leitlinienadhärenz Depression, Erwachsene, (U2)	301
Tabelle 66: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Erwachsene, (U2)	303
Tabelle 67: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2)	308
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1)	314
Tabelle 69: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1)	325
Tabelle 70: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U2)	326
Tabelle 71: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3)	331
Tabelle 72: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3)	337
Tabelle 73: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U4)	338
Tabelle 74: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1)	351
Tabelle 75: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen , Kinder und Jugendliche, (U1).....	360
Tabelle 76: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2)	361
Tabelle 77: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3)	365
Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3)	370
Tabelle 79: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4)	371
Tabelle 80: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	382
Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	394
Tabelle 82: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2)	395
Tabelle 83: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche,(U3)	400
Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	405
Tabelle 85: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4)	406
Tabelle 86: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1).....	421
Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1)	424
Tabelle 88: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2)	425
Tabelle 89: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3).....	427

Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3)	429
Tabelle 91: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4)	430
Tabelle 92: Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2)	435
Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2)	437
Tabelle 94: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1)	440
Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1)	443
Tabelle 96: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2)	444
Tabelle 97: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3)	446
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3)	448
Tabelle 99: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4)	449
Tabelle 100: Progression, Kinder und Jugendliche, (U1).....	454
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1)	462
Tabelle 102: Progression, Kinder und Jugendliche, (U2).....	463
Tabelle 103: Progression, Kinder und Jugendliche, (U3).....	467
Tabelle 104: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3)	471
Tabelle 105: Progression, Kinder und Jugendliche, (U4).....	472
Tabelle 106: Verteilung der Settings, (U1) klinikneue Patienten	483
Tabelle 107: Verteilung der Settings, (U1) klinikbekannte Patienten	484
Tabelle 108: Verteilung der Settings, (U2) klinikneue Patienten	485
Tabelle 109: Verteilung der Settings, (U3) klinikneue Patienten	487
Tabelle 110: Verteilung der Settings, (U4) klinikneue Patienten	488
Tabelle 111: Verteilung der Settings, (U4) klinikbekannte Patienten	489
Tabelle 112: Verteilung der Settings, (U1) klinikneue Patienten	492
Tabelle 113: Verteilung der Settings, (U1) klinikbekannte Patienten	493
Tabelle 114: Verteilung der Settings, (U2) klinikneue Patienten	494
Tabelle 115: Verteilung der Settings, (U3) klinikneue Patienten	495
Tabelle 116: Verteilung der Settings, (U4) klinikneue Patienten	496
Tabelle 117: Verteilung der Settings, (U4) klinikbekannte Patienten	497
Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Setting, (U1) klinikneue Patienten.....	498
Tabelle 119: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	499
Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Setting, (U1) klinikbekannte Patienten	500
Tabelle 121: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	500
Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Setting, (U1) klinikneue Patienten.....	502
Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	502
Tabelle 124: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Setting, (U1) klinikbekannte Patienten	503
Tabelle 125: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	503
Tabelle 126: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	506
Tabelle 127: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	507
Tabelle 128: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	508
Tabelle 129: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	509

Tabelle 130: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	510
Tabelle 131: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	511
Tabelle 132: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	512
Tabelle 133: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	513
Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	514
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	517
Tabelle 136: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	518
Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	519
Tabelle 138: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	520
Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	521
Tabelle 140: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	522
Tabelle 141: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	523
Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	524
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	525
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	528
Tabelle 145: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	529
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	530
Tabelle 147: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	531
Tabelle 148: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	532
Tabelle 149: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	533
Tabelle 150: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	534
Tabelle 151: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	535
Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	536
Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	539
Tabelle 154: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	540
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	541
Tabelle 156: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	542
Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	543
Tabelle 158: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	544
Tabelle 159: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	545
Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	546
Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	547
Tabelle 162: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	551
Tabelle 163: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	552
Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	553
Tabelle 165: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	554
Tabelle 166: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	555
Tabelle 167: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	556
Tabelle 168: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	557
Tabelle 169: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	558
Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	559
Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	562
Tabelle 172: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	563
Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	564

Tabelle 174: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	565
Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	566
Tabelle 176: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	567
Tabelle 177: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	568
Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	569
Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	570
Tabelle 180: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	573
Tabelle 181: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	574
Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	575
Tabelle 183: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	576
Tabelle 184: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	577
Tabelle 185: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	578
Tabelle 186: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	579
Tabelle 187: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	580
Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	581
Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	584
Tabelle 190: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	585
Tabelle 191: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	586
Tabelle 192: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	587
Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	588
Tabelle 194: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	589
Tabelle 195: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	590
Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	591
Tabelle 197: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	592
Tabelle 198: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	595
Tabelle 199: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	596
Tabelle 200: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	597
Tabelle 201: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	598
Tabelle 202: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	599
Tabelle 203: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	600
Tabelle 204: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	601
Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	602
Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	603
Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	606
Tabelle 208: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	607
Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	608
Tabelle 210: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	609
Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	610
Tabelle 212: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	611
Tabelle 213: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	612
Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	613

Tabelle 215: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	614
Tabelle 216: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	617
Tabelle 217: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	618
Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	619
Tabelle 219: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	620
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	621
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	622
Tabelle 222: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	623
Tabelle 223: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	624
Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	625
Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	628
Tabelle 226: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	629
Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	630
Tabelle 228: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	631
Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	632
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	633
Tabelle 231: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	634
Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	635
Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	636
Tabelle 234: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	639
Tabelle 235: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	640
Tabelle 236: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	641
Tabelle 237: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	642
Tabelle 238: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	643
Tabelle 239: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	644
Tabelle 240: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	645
Tabelle 241: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	646
Tabelle 242: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	647
Tabelle 243: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	650
Tabelle 244: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	651
Tabelle 245: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	652
Tabelle 246: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	653
Tabelle 247: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	654
Tabelle 248: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	655
Tabelle 249: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	656
Tabelle 250: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	657
Tabelle 251: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	658
Tabelle 252: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	661
Tabelle 253: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	662
Tabelle 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	663
Tabelle 255: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	664

Tabelle 256: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	665
Tabelle 257: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	666
Tabelle 258: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	667
Tabelle 259: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	668
Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	669
Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	672
Tabelle 262: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	673
Tabelle 263: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	674
Tabelle 264: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	675
Tabelle 265: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	676
Tabelle 266: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	677
Tabelle 267: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	678
Tabelle 268: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	679
Tabelle 269: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	680
Tabelle 270: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung	683
Tabelle 271: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	683
Tabelle 272: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	684
Tabelle 273: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	684
Tabelle 274: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	687
Tabelle 275: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	687
Tabelle 276: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Erwachsene	717
Tabelle 277: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Erwachsene	717
Tabelle 278: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Erwachsene	720
Tabelle 279: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Erwachsene	720
Tabelle 280: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Erwachsene	723
Tabelle 281: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Erwachsene	724
Tabelle 282: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche	728
Tabelle 283: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche	728
Tabelle 284: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche	731
Tabelle 285: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche	731
Tabelle 286: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche	734
Tabelle 287: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche	735
Tabelle 288: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	739
Tabelle 289: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1)	743
Tabelle 290: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	748
Tabelle 291: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	753
Tabelle 292: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	755

Tabelle 293: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene.....	757
Tabelle 294: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	759
Tabelle 295: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene	761
Tabelle 296: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene	762
Tabelle 297: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene	763
Tabelle 298: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene	764
Tabelle 299: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene	765
Tabelle 300: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene	766
Tabelle 301: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene	767
Tabelle 302: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene	768
Tabelle 303: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	769
Tabelle 304: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	769
Tabelle 305: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	770
Tabelle 306: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene.....	771
Tabelle 307: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	772
Tabelle 308: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	774
Tabelle 309: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	776
Tabelle 310: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	776
Tabelle 311: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	777
Tabelle 312: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	779
Tabelle 313: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	781
Tabelle 314: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	782
Tabelle 315: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	783
Tabelle 316: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	784
Tabelle 317: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	785
Tabelle 318: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene.....	786
Tabelle 319: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene.....	787
Tabelle 320: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene	788
Tabelle 321: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	789
Tabelle 322: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene.....	791
Tabelle 323: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Erwachsene	793
Tabelle 324: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Erwachsene	794
Tabelle 325: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	795
Tabelle 326: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	796
Tabelle 327: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	797
Tabelle 328: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	798
Tabelle 329: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	799
Tabelle 330: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	800
Tabelle 331: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	801
Tabelle 332: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	802
Tabelle 333: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	804
Tabelle 334: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	806
Tabelle 335: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	807
Tabelle 336: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	809
Tabelle 337: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche	811
Tabelle 338: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche	812

Tabelle 339: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche	813
Tabelle 340: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche	814
Tabelle 341: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche	815
Tabelle 342: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche	816
Tabelle 343: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche	817
Tabelle 344: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche	818
Tabelle 345: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	819
Tabelle 346: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	820
Tabelle 347: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	821
Tabelle 348: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	821
Tabelle 349: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	822
Tabelle 350: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	823
Tabelle 351: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	824
Tabelle 352: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	825
Tabelle 353: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)	826
Tabelle 354: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	827
Tabelle 355: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	828
Tabelle 356: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Kinder und Jugendliche	829
Tabelle 357: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Kinder und Jugendliche	830
Tabelle 358: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	831
Tabelle 359: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten, Kinder und Jugendliche (U3)	832
Tabelle 360: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	833
Tabelle 361: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	834
Tabelle 362: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	835
Tabelle 363: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	835
Tabelle 364: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	835
Tabelle 365: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	836
Tabelle 366: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	836
Tabelle 367: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	836
Tabelle 368: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	836
Tabelle 369: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	837
Tabelle 370: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	837
Tabelle 371: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	837
Tabelle 372: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	838
Tabelle 373: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	838
Tabelle 374: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	838
Tabelle 375: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	838
Tabelle 376: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	839
Tabelle 377: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	839
Tabelle 378: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	839
Tabelle 379: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	840
Tabelle 380: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	840
Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	840
Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	840
Tabelle 383: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	841
Tabelle 384: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	841

Tabelle 385: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	841
Tabelle 386: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	841
Tabelle 387: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	842
Tabelle 388: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	842
Tabelle 389: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	842
Tabelle 390: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	843
Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	843
Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	843
Tabelle 393: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	843
Tabelle 394: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	844
Tabelle 395: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	844
Tabelle 396: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	844
Tabelle 397: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten	844
Tabelle 398: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	845
Tabelle 399: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	845
Tabelle 400: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	845
Tabelle 401: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	845
Tabelle 402: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	846
Tabelle 403: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	846
Tabelle 404: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	847
Tabelle 405: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	847
Tabelle 406: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	847
Tabelle 407: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	848
Tabelle 408: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	848
Tabelle 409: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	848
Tabelle 410: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	848
Tabelle 411: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	849
Tabelle 412: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	849
Tabelle 413: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	849
Tabelle 414: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	850
Tabelle 415: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	850
Tabelle 416: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	850
Tabelle 417: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	850
Tabelle 418: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	851
Tabelle 419: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	851
Tabelle 420: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	851
Tabelle 421: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	852
Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	852
Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	852
Tabelle 424: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	852
Tabelle 425: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	853
Tabelle 426: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	853
Tabelle 427: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	853
Tabelle 428: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	853
Tabelle 429: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	854
Tabelle 430: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	854
Tabelle 431: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	854
Tabelle 432: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	855

Tabelle 433: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	855
Tabelle 434: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	855
Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	855
Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	856
Tabelle 437: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	856
Tabelle 438: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	856
Tabelle 439: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten	856
Tabelle 440: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	857
Tabelle 441: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	857
Tabelle 442: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	858
Tabelle 443: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	858
Tabelle 444: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	858
Tabelle 445: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	858

1. Zusammenfassung

Hintergrund

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

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

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

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden Abschlussbericht ist das Modellvorhaben nach § 64b SGB V der LVR-Klinik Bonn. Das Klinikum startete zum 01.01.2017 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß § 64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum kein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgte anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

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

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

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

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

Für die hier untersuchte Klinik wurden anhand der Daten des Strukturierten Qualitätsberichtes gemäß § 137 SGB V (Berichtsjahr 2013) sowie durch eine Verlinkung von fünf Indikatoren des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (INKAR-Daten) die bis zu zehn strukturell ähnlichsten Kontrollkliniken im Bundesland der Modellklinik ausgewählt. Dabei gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz, Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenkiel 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 deren Hilfe Behandlungseffekte zwischen den Gruppen im Zeitverlauf analysiert wurden. Bei den drei Outcomes, bei denen eine Abbildung eines Verlaufs nicht möglich war (Kontaktabbruch, Wiederaufnahme, Leitlinienadhärenz), wurden auch bei U2 inferenzstatistische Auswertungen vorgenommen. Zudem wurden weitere Einflussgrößen auf die untersuchten Outcomes identifiziert und deren Effektstärke dargestellt.

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

Ergebnisse und Diskussion

Die Studienpopulation der LVR-Klinik Bonn für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 6.590 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und 749 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** (Seite 72 ff.) vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall war in allen Untersuchungen in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten war bei diesem Anteil kein signifikanter Unterschied zwischen der Modellklinik und der Regelversorgung ersichtlich. Jedoch wies die Modellklinik in einzelnen Jahren höhere Anteile an Patienten mit einem vollstationären Aufenthalt auf als die Vergleichsgruppe (drittes und viertes patientenindividuelle Jahr in U1 und erstes und drittes patientenindividuelle Jahr in U4). Ein Absinken der Anteile vollstationärer Behandlungen ist somit in der Allgemeinen Psychiatrie nicht ersichtlich. Vielmehr erhöhten sich diese Anteile im Verlauf des Modellvorhabens.

Bei den Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) linikneuen jungen Patienten war stets ein stärkerer Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt im Modellvorhaben ersichtlich. Auch in den weiteren patientenindividuellen Jahren war der Anteil in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Die Vergleiche waren jedoch jeweils statistisch nicht signifikant (U1 und U3). Bei den linikbekannten jungen Patienten war in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) zunächst kein eindeutiges Muster zu erkennen. In U4 (Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr) waren diese Anteile jedoch erneut stets größer in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Ein Absinken der Anteile vollstationärer Behandlungen ist somit auch in der KJP nicht ersichtlich.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen erwachsenen Patienten in allen Untersuchungen zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stets stärker im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3, bei denen inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch signifikant. Die restlichen patientenindividuellen Jahre waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten war dieser Anteil im Modellvorhaben stets etwas größer. Dieser Unterschied bestand jedoch bereits im Jahr vor Referenzfall, so dass die Vergleiche zwischen den Gruppen und zum Jahr vor Referenzfall statistisch nicht signifikant waren (U1). Eine Stärkung der Häufigkeit einer teilstationären Behandlung ist somit für die klinikneuen erwachsenen Patienten der Modellversorgung erkennbar. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten waren diese Unterschiede bereits vor Modellstart ersichtlich und sind somit nicht direkt auf die Einführung des Modellvorhabens zurückzuführen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Modellvorhaben sowohl bei den linikneuen als auch bei

den linikbekannt jungen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. Jedoch war keines der Vergleiche statistisch signifikant. In den folgenden patientenindividuellen Jahren waren die Anteil zwischen den Gruppen weitgehend vergleichbar. Somit scheint sich, sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen eine Stärkung des teilstationären Bereichs abzuzeichnen, obwohl diese Unterschiede bei den Kindern und Jugendlichen (noch) keine statistische Signifikanz erreichten.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer erwachsener Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der Modellklinik in allen Untersuchungen größer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 (in denen der Unterschied inferenzstatistisch getestet wurde) war dieser größere Anstieg jeweils statistisch signifikant. Die weiteren Jahre waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten wies die Modellklinik stets mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung auf; dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall (U1: +1,4 bis +4,6 vollstationäre Tage; U4: +1,1 bis +4,0 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zwischen den Gruppen und zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Vollstationäre Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben für die erwachsenen Patienten nicht verringert. Eher wurden vollstationäre Behandlungstage vermehrt in Anspruch genommen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) zeigte sich bei den linikneuen jungen Patienten analog zu den Erwachsenen ein erneut größerer Anstieg der vollstationären Behandlungsdauer im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung. Der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (in U1 und U3, in denen inferenzstatistisch getestet wurde). Auch in den weiteren patientenindividuellen Jahren wiesen die Patienten der Modellversorgung mehr vollstationäre Tage als die Patienten der Regelversorgung auf. Bei den linikbekannt jungen Patienten war erneut der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war jedoch in U1 nicht statistisch signifikant. Somit wurden auch in der KJP der Modellklinik vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung nicht verringert, sondern tendenziell, besonders im ersten Jahr nach Referenzfall, vermehrt in Anspruch genommen.

Bei den linikneuen erwachsenen Patienten der Modellklinik war der Anstieg an **teilstationären Tagen** zum ersten patientenindividuellen Jahr im Modellvorhaben in allen Untersuchungen stets größer als in der Regelversorgung. In den weiteren patientenindividuellen Jahren war die Anzahl an teilstationären Tagen vergleichbar mit der Regelversorgung. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Zeit und vergleichbarem Niveau zwischen beiden Gruppen. Ein Ausbau teilstationärer Behandlungstage ist somit bei den klinikneuen erwachsenen Patienten zum ersten patientenindividuellen Jahr ersichtlich, bei den klinikbekannt Patienten jedoch nicht.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg die Anzahl teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen jungen Patienten der Modellklinik in U1 (nur Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) zunächst etwas weniger stark, in U2-U4 jedoch stärker. Die restlichen patientenindividuellen Jahre waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Bei den linikbekannt jungen Patienten zeigte sich stets (U1 und U4) ein stärkerer Anstieg der

durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer im Modellvorhaben zum ersten patientenindividuellen Jahr. In U1 war dieser stärkere Anstieg statistisch signifikant. Somit ist bei den jungen Patienten der Modellklinik eine Steigerung teilstationärer Behandlungstage bei den klinikneuen Patienten zunächst tendenziell über den Modellverlauf (ohne statistische Signifikanz) und bei den klinikbekannten bereits ab dem ersten Modelljahr ersichtlich.

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 Modellklinik in U1 noch vergleichbar zwischen den Gruppen war; in U2 bis U4 war jedoch stets ein größerer Anstieg im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung zu erkennen. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten hingegen war die Anzahl durchschnittlicher PIA-Kontakte in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets größer als in der Regelversorgung. Die Unterschiede waren für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) für das erste und dritte patientenindividuelle Jahr statistisch signifikant. Somit ist eine Stärkung der PIA-Inanspruchnahme klinikneuer erwachsener Patienten über die Modelllaufzeit und bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten bereits ab Modellstart zu verzeichnen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war bei den klinikneuen jungen Patienten stets (U1 bis U4) ein vergleichbarer Verlauf der PIA-Kontakte in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Bei den klinikbekannten Patienten hingegen waren in U1 und U4 die Anzahl der PIA-Kontakte im Modellvorhaben stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied bestand jedoch bereits im Jahr vor Referenzfall und ist somit nicht auf die Einführung des Modellvorhabens zurückzuführen. Somit ist in der KJP bei den klinikneuen und bei den klinikbekannten Patienten keine Änderung der PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben ersichtlich.

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, war im Modellvorhaben bei den klinikneuen erwachsenen Patienten stets größer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall in U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) statistisch signifikant, in U3 (Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) jedoch nicht. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten war jedoch stets eine geringere Anzahl an Kontakten in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Diese Unterschiede bestanden bereits im Jahr vor Referenzfall. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung erwachsener Patienten außerhalb des Krankenhauses kann somit für klinikneue Patienten, aber nicht für klinikbekannte Patienten beobachtet werden.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten jungen Patienten ein stärkerer Anstieg der Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Bei den klinikneuen Patienten gab es verschiedene signifikante Vergleiche in U1 (zweites bis vierten patientenindividuelles Jahr) und U3 (zweites patientenindividuelles Jahr). Bei den klinikbekannten Patienten gab es keine statistisch signifikanten

Vergleiche zwischen den Gruppen und zum Jahr vor Referenzfall. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses kann somit in der KJP beobachtet werden, wenn auch bei den klinikbekannten Patienten (noch) nicht signifikant.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 142 ff.) war die Kontinuität im Modellvorhaben für die klinikneuen Patienten für alle drei Nachbeobachtungszeiträume (7, 30 und 90 Tage) im ersten Jahr nach Referenzfall stets größer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 waren diese Unterschiede zudem alle statistisch signifikant (ausgenommen für U3 und 90 Tage Nachbeobachtung). Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten des Modellvorhabens war die Kontinuität jeweils im dritten Jahr nach Referenzfall größer als in der Regelversorgung und für U1 statistisch signifikant. Eine erhöhte Behandlungskontinuität in der Erwachsenenpsychiatrie des Modellvorhabens konnte somit beobachtet werden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall meist eine geringere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar (U1 für 7 Tage; U2 für 7, 30 und 90 Tage; U3: für 7 Tage; U4 für 7 und 90 Tage). In U1 und U3 waren diese Unterschiede statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war die Behandlungskontinuität im ersten Jahr nach Referenzfall bei den Patienten der Modellversorgung stets größer als bei den Patienten der Regelversorgung, erreichte jedoch in U1 keine statistische Signifikanz. Eine Erhöhung der Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor ist somit bei den klinikneuen jungen Patienten nicht, aber bei den klinikbekannten Patienten tendenziell erkennbar. Bei den klinikneuen Patienten weisen die Daten auf eine verringerte Behandlungskontinuität im hier definierten Sinne (Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich) im Modellvorhaben hin.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 198 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Modell- und Regelversorgung sowohl in Hinblick auf den Anteil an klinikneuen erwachsenen Patienten mit keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem sowie der Dauer der Kontaktabbrüche.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 206 ff.) kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Ein Unterschied zwischen Modell- und Regelversorgung war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten.

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** (Seite 219 ff.) war zwischen Modell- und Regelversorgung sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar. Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war bei den klinikneuen erwachsenen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach stets größer in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Auch der Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen zeigte statistisch signifikant mehr AU-Tage bei Patienten der Modellklinik. Auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten wies die Modellklinik in U1 und U4 ab dem Jahr nach Referenzfall stets mehr AU-Tage auf als bei Patienten der Regelversorgung. Statistische Signifikanz erreichte dieser Unterschied in U1 nicht, da diese Patienten im Modellvorhaben bereits im Jahr vor

Referenzfall mehr AU-Tage aufwiesen als Patienten der Regelversorgung. In U4, in der nicht inferenzstatistisch getestet wurde, war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall jedoch in der IG geringer. Eine Verringerung der Anzahl an AU-Tagen im Modellvorhaben konnte somit nicht beobachtet werden. Vielmehr wurden AU-Tage, besonders bei den klinikneuen Patienten der Modellversorgung, vermehrt in Anspruch genommen.

Sowohl der Anteil klinikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 242 ff.) als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war bei den klinikneuen jungen Patienten der Anteil an Personen mit stationärer Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der Modellklinik statistisch signifikant geringer als in der Regelversorgung. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war im Modellvorhaben größer, jedoch nicht statistisch signifikant. Somit war bei den Erwachsenen weder eine Verringerung noch einer Erhöhung der Wiederaufnahme ersichtlich; bei den Kindern und Jugendlichen konnte jedoch eine Verringerung der stationären Wiederaufnahme verzeichnet werden.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 246 ff.) zeigten zwischen beiden Gruppen in der Erwachsenenpsychiatrie keine Unterschiede. Der mittlere Elixhauser-Score war bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekanntem erwachsenen Patienten zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 256 ff.) zeigten sich sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch der KJP keine signifikanten Unterschiede zwischen Modell- und Regelversorgung.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 269 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den klinikneuen Patienten der Modellklinik stets größer im Vergleich zur Regelversorgung. Diese Unterschiede waren in U1 und U3 jeweils statistisch signifikant. Auch bei den klinikbekanntem Patienten war dieser Anteil im Modellvorhaben größer, erreichte in U1 jedoch keine statistische Signifikanz. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der Modellklinik bei den klinikneuen Patienten in allen Untersuchungen stets größer als in der Regelversorgung. Diese Unterschiede waren in U1 und U3 erneut statistisch signifikant. Auch bei den klinikbekanntem Patienten waren die Ergebnisse stets größer, erreicht aber, analog zur Progression A, keine statistische Signifikanz. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für klinikneue Patienten der Modellversorgung in U1, U2 und U4 zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. In U3 war jedoch eine statistisch signifikant geringere Progression bei Patienten des Modellvorhabens erkennbar. Bei den klinikbekanntem Patienten war das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung in der Modellklinik hingegen stets größer, jedoch auch hier ohne Erreichen einer statistischen Signifikanz in U1. Eine Verringerung der hier definierten Erkrankungsprogressionen konnte somit nur bei der Erkrankungsprogression C (Entwicklung einer Suchterkrankung) in U3 nachgewiesen werden. Auf der anderen Seite verschlechterte sich die Erkrankungsprogression A und B (hin zu einer schweren depressiven Episode bzw. zu einer rezidivierenden depressiven Störung), besonders bei den klinikneuen Patienten.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) folgte das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten im Vergleich von Modell- und Regelversorgung kein einheitliches Muster. Signifikante Unterschiede gab es nicht. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der Modellklinik stets etwas geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es in U1 jedoch auch nicht. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) zunächst etwas (nicht statistisch signifikant) größer, in den folgenden Untersuchungen jedoch zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten zwischen Modell- und Regelversorgung weitgehend vergleichbar (in U4 etwas geringer). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der Modellklinik in beiden Untersuchungen (U1 und U4) (etwas) größer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch auch hier nicht. Somit war in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weder eine Erhöhung noch eine Verringerung der hier betrachteten Erkrankungsprogression ersichtlich.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 297 ff.) war der Anteil an klinikneuen erwachsenen Patienten mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation im Modellvorhaben statistisch signifikant größer als in der Regelversorgung. Dies entspricht der Empfehlung der Leitlinien, auf welche die angewendeten Qualitätsindikatoren aufbauen. Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering. Bei den linikneuen und linikbekannten erwachsenen Patienten des Modellvorhabens wurde die aufsuchende Behandlung (**Home Treatment**) (S. 498 ff.) ab Modellbeginn in allen Untersuchungen im Modellvorhaben vermehrt in Anspruch genommen. Während die Inanspruchnahme im Jahr vor Referenzfall noch zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar war, stieg diese in den Jahren nach Referenzfall im Modell stärker an und war ab Referenzfall stets statistisch signifikant größer im Vergleich zur Regelversorgung (in U1 jeweils ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall). Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) wurde die aufsuchende Behandlung sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten jungen Patienten in beiden Gruppen vergleichbar gering in Anspruch genommen. Statistisch signifikante Unterschiede gab es nicht. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte somit für die Erwachsenenpsychiatrie, jedoch nicht für die KJP beobachtet werden.

Kosten

Erwachsene: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.797,41 € signifikant teurer als die KG. Dies ist vor allem auf höhere Kosten für die vollstationäre Versorgung sowie in geringerem Umfang auf höhere Ausgaben in der teilstationären Versorgung zurückzuführen.

Bei den linikbekannten Patienten (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 337,03 € je Patient teurer. Hier ergaben sich für die Kosten der teilstationären und PIA-Versorgung keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Die höheren

Kosten der IG im Rahmen der vollstationären Versorgung im Nachbeobachtungszeitraum waren bereits im Präzeitraum vorhanden. Verlauf und Höhe der Kosten waren für die Patienten der ersten beiden Modelljahre (U4) analog dazu.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 10.450,29 € und 7.680,57 € in der KG, während sie im Präzeitraum bei durchschnittlich 1.198,33 € in der IG und 1.189,95 € in der KG lagen. Der Anstieg der IG ist signifikant höher als der der KG. Die höheren Gesamtkosten lassen sich dabei auf höhere Anstiege der IG im Vergleich zur KG sowohl in den Kosten für vollstationäre Leistungen als auch in den Kosten für teilstationäre und PIA-Leistungen zurückführen.

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 2.853,50 € je Patient signifikant teurer als die KG, wobei dieser stärkere Anstieg der IG in den direkten psychiatrischen Versorgungskosten analog zu U2 auf einen jeweils signifikant stärkeren Kostenanstieg der IG in den Kosten für voll- und teilstationäre sowie für PIA-Leistungen gegenüber der KG zurückzuführen ist.

Kinder und Jugendliche: Bei den linikneuen Patienten von U1 zeigte sich vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr eine um 8.452,24 € je Patient statistisch signifikant teurere Entwicklung in der IG relativ zur KG bzgl. der **gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten**. Diese unterschiedlich starke Entwicklung vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war hauptsächlich auf den deutlich stärkeren Anstieg der vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten in der IG zurückzuführen, während sich die Kosten für PIA-Leistungen in der IG signifikant günstiger entwickelten. Vom Prä- zum Postzeitraum zeigte sich hingegen eine (statistisch nicht signifikante) günstigere Entwicklung der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten der IG gegenüber der KG.

Bei den linikbekannten Patienten von U1 entwickelten sich die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten in der IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um durchschnittlich 5.707,04 €, statistisch jedoch nicht signifikant, teurer als in der KG, wobei auch diese auf den stärkeren, statistisch jedoch nicht signifikanten Anstieg in den vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten der IG zurückzuführen sind. Vom Prä- zum Postzeitraum zeigte sich, wie schon bei den klinikneuen Patienten, jedoch eine um 78,32 € (nicht signifikante) günstigere Entwicklung der IG gegenüber der KG in den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten.

Klinikneue Kinder und Jugendliche mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 19.078,74 € und 13.682,60 € in der KG, während sie im Präzeitraum bei durchschnittlich 1.217,37 € in der IG und 1.064,51 € in der KG lagen. Der Anstieg der IG ist signifikant höher als der der KG.

Bei den linikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 4.432,06 € signifikant teurer als die KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum entwickelte sich die IG um 3.284,68 € signifikant teurer als die KG. Diese ungünstigere Entwicklung der IG ist hauptsächlich auf die teurere Entwicklung in den vollstationären Kosten zurückzuführen: Vom

Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen sie in der IG um 8.522,32 € signifikant stärker an als in der KG.

Kosten-Effektivität

Erwachsene: U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 524,42 € je Tag. D.h. für jeden der 5,3 in der IG zusätzlichen vollstationären psychiatrischen Krankenhaustage wurden zudem Kosten i. H. v. 524,42 € zusätzlich aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von 195,21 € je zusätzlichem AU-Tag bei insgesamt 12,8 zusätzlichen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag mussten somit Kosten in Höhe von 195,21 € aufgewendet werden.

U4: Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 5.629,66 € je Tag. D.h. für jeden der 0,2 in der IG zusätzlichen vollstationären psych. Tage wurden Kosten i. H. v. 5.629,66 € zusätzlich aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von 199,28 € je zusätzlichem AU-Tag bei insgesamt 4,6 zusätzlichen AU-Tagen. Für jeden zusätzlichen AU-Tag fielen somit geringe Kosten in Höhe von 199,28 € an.

Kinder und Jugendliche: Bei den linikneuen Patienten von U2 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 5.247,28 € je Patient signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 7,8 Tage signifikant höheren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 668,68 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag wurden 668,68 € psychiatrische Versorgungskosten mehr ausgegeben.

Bei den linikbekannten Patienten von U4 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 7.198,35 € je Patient signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 15,0 Tage signifikant höheren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 479,89 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag wurden 479,89 € psychiatrische Versorgungskosten mehr ausgegeben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der kosten-effektiveren Verwendung der Mittel sowohl bei in der Erwachsenen als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verworfen werden kann.

Methodische Stärken und Limitationen

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

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

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn muss im Fazit zwischen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden.

Insgesamt zeigten sich in der Erwachsenenpsychiatrie hypothesenkonforme Ergebnisse einer Erhöhung teilstationärer Behandlung sowie ambulanter Leistungen (innerhalb und außerhalb des Krankenhauses) und einer erhöhten Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor. Zudem konnte eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben beobachtet werden. Weiterhin konnte ein verringerter Anteil an Suchterkrankten und ein erhöhter Anteil an Patienten mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation festgestellt werden. Jedoch waren auch hypothesenkonträre Ergebnisse erkennbar. So stiegen die vollstationären Tage und AU-Tage in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. Dies weist darauf hin, dass zwar teilstationäre Angebote sowie ambulante Leistungen verstärkt im Modellvorhaben in Anspruch genommen wurden, im Gegenzug jedoch die vollstationären Behandlungstage (und AU-Tage) nicht verringert werden konnten. Auch bezüglich der Erkrankungsprogression zeigte sich ein höherer Anteil mit Entwicklung einer schweren depressiven Episode bzw. rezidivierenden depressiven Störung.

In der KJP war hypothesenkonform ein Anstieg teilstationärer Behandlungen sowie ambulanter Inanspruchnahme außerhalb des Krankenhauses und ein geringerer Anteil an vollstationären

Wiederaufnahmen erkennbar. Der stärkere Anstieg vollstationärer Behandlungstage sowie die teilweise verringerte Behandlungskontinuität wird als hypothesenkonträr gewertet. Auch in der KJP kann analog zur Erwachsenenpsychiatrie somit festgestellt werden, dass zwar teilstationäre und ambulante Behandlungen im Modellvorhaben zugenommen haben, die vollstationäre Behandlung dagegen nicht weniger in Anspruch genommen wurde.

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.

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

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

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

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

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

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

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

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

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

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

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

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

Die Abschnitte zur technischen und inhaltlichen Aufbereitung wurden in einen separaten Methodenband ausgelagert, soweit sie modellübergreifende Gültigkeit besitzen. Die spezifischen Herausforderungen der Datenaufbereitung bei EVA64 sind zudem in March et al. 2020 (39) beschrieben.

Die Datenübermittlungen für diesen Bericht erfolgten im Zeitraum September bis November 2022. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte im November 2022.

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

- BARMER
- DAK-Gesundheit (DAK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse.

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

- AOK Baden-Württemberg
- BKK Krankenkasse
- Knappschaft
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

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

Insgesamt kamen 7.441 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 7.441 Patienten verfügten über 6.687 Individuen (89,9 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 6.687 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 6.590 Individuen (98,5 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 1).

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

Für die Gesamtgruppe aller Patienten lag der Altersdurchschnitt in der IG um 1,1 Jahre unter dem der KG; in den Subgruppen (klinikneu und klinikbekannt) war zwar ein Unterschied sichtbar, dieser war jedoch nicht signifikant (vgl. Tabelle 3). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannte Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergaben.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigten sich lediglich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung Unterschiede (der Anteil vertragsärztlich versorgter Patienten war in der IG leicht höher) zwischen IG und KG.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	7441	59968	6687 (89.9%)	38256 (63.8%)	6590 (88.6% / 98.5%)	6590 (11% / 17.2%)
	Kohorte 1	2379	18835	2129 (89.5%)	11789 (62.6%)	2083 (87.6% / 97.8%)	2083 (11.1% / 17.7%)
	Kohorte 2	1810	14836	1622 (89.6%)	9539 (64.3%)	1603 (88.6% / 98.8%)	1603 (10.8% / 16.8%)
	Kohorte 3	1703	14017	1527 (89.7%)	9023 (64.4%)	1515 (89% / 99.2%)	1515 (10.8% / 16.8%)
	Kohorte 4	1549	12280	1409 (91%)	7905 (64.4%)	1389 (89.7% / 98.6%)	1389 (11.3% / 17.6%)
Klinikneu	Gesamt	6482	52292	5802 (89.5%)	33156 (63.4%)	5736 (88.5% / 98.9%)	5736 (11% / 17.3%)
	Kohorte 1	1791	14166	1586 (88.6%)	8826 (62.3%)	1556 (86.9% / 98.1%)	1556 (11% / 17.6%)
	Kohorte 2	1636	13548	1459 (89.2%)	8635 (63.7%)	1443 (88.2% / 98.9%)	1443 (10.7% / 16.7%)
	Kohorte 3	1591	13104	1426 (89.6%)	8367 (63.9%)	1420 (89.3% / 99.6%)	1420 (10.8% / 17%)
	Kohorte 4	1464	11474	1331 (90.9%)	7328 (63.9%)	1317 (90% / 98.9%)	1317 (11.5% / 18%)
Klinik- bekannt	Gesamt	959	7676	885 (92.3%)	5100 (66.4%)	854 (89.1% / 96.5%)	854 (11.1% / 16.7%)
	Kohorte 1	588	4669	543 (92.3%)	2963 (63.5%)	527 (89.6% / 97.1%)	527 (11.3% / 17.8%)
	Kohorte 2	174	1288	163 (93.7%)	904 (70.2%)	160 (92% / 98.2%)	160 (12.4% / 17.7%)
	Kohorte 3	112	913	101 (90.2%)	656 (71.9%)	95 (84.8% / 94.1%)	95 (10.4% / 14.5%)
	Kohorte 4	85	806	78 (91.8%)	577 (71.6%)	72 (84.7% / 92.3%)	72 (8.9% / 12.5%)

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 Kontrollpatienten
1	25,4	1651
2	30,7	548
3	30,8	1399
4	31,1	1014
5	31,1	1217
6	32,0	51
7	33,3	289
8	35,4	258
9	35,9	121
10	36,2	42

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		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
Gesamt	Anzahl Patienten	6590	6590		2083	2083		1603	1603		1515	1515		1389	1389	
	Alter in Jahren	51,8	52,9	0,037	51,2	52,1	>0,99	52,1	53,4	0,589	51,3	52,5	>0,99	53	53,6	>0,99
	Anteil Frauen	57,4%	55,8%	0,312	58,90%	59%	>0,99	57,30%	55,20%	>0,99	56,70%	54,30%	>0,99	56,20%	53,30%	>0,99
	Anteil Inzident	87,0%	87,0%		74,70%	74,70%		90%	90%		93,70%	93,70%		94,80%	94,80%	
	Anteil Ref.Fall PIA	54,7%	58,0%	0,002	55,90%	56,20%	>0,99	52,50%	58,30%	0,010	56,10%	57,60%	>0,99	54%	60,50%	0,005
	Anteil Ref.Fall vs	43,5%	38,1%	<0,001	42,70%	40,60%	>0,99	45,50%	37,30%	<0,001	41,30%	37,40%	0,340	44,60%	36%	<0,001
	Anteil Ref.Fall ts	1,8%	3,7%	<0,001	1,40%	3%	0,008	1,90%	4,20%	0,002	2,60%	4,70%	0,041	1,40%	3,30%	0,009
	Anteil Ref.Fall staeb	0,0%	0,1%	0,534	0%	0%	>0,99	0%	0,10%	>0,99	0%	0,10%	>0,99	0%	0%	
	Anteil Ref.Fall psysom	0,0%	0,1%	0,046	0%	0,20%	>0,99	0%	0,10%	>0,99	0%	0,10%	>0,99	0%	0,10%	>0,99
	Fall vs prae	8,7%	8,5%	0,801	13,70%	14,50%	>0,99	5,90%	6,20%	>0,99	6,80%	5,50%	>0,99	6,60%	5,50%	>0,99
	Fall ts prae	1,4%	1,1%	0,534	2,60%	2,30%	>0,99	0,40%	0,20%	>0,99	0,90%	0,40%	>0,99	1,20%	1%	>0,99
	Fall PIA prae	11,4%	11,9%	0,801	17,60%	17,30%	>0,99	9%	9,90%	>0,99	8,50%	9,60%	>0,99	8,10%	8,60%	>0,99
Fall KV prae	57,3%	54,9%	0,041	58%	53,90%	0,073	56,90%	56,10%	>0,99	58%	56%	>0,99	55,80%	53,70%	>0,99	
klinikneu	Anzahl Patienten	5736	5736		1556	1556		1443	1443		1420	1420		1317	1317	
	Alter in Jahren	52	52,8	0,213	50,7	51,7	>0,99	52,3	53,5	0,745	51,7	52,5	>0,99	53,4	53,6	>0,99
	Anteil Frauen	58,2%	55,6%	0,041	59,90%	59%	>0,99	58,10%	55,00%	0,745	57,50%	54,80%	>0,99	56,90%	53,50%	0,545
	Anteil Inzident	100,0%	100,0%		100,00%	100,00%		100%	100%		100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
	Anteil Ref.Fall PIA	53,8%	57,5%	0,001	53,80%	55,70%	>0,99	52,90%	58,10%	0,045	55,40%	57,00%	>0,99	53%	59,70%	0,008
	Anteil Ref.Fall vs	44,8%	38,7%	<0,001	45,00%	40,70%	0,167	45,90%	38,50%	<0,001	42,50%	38,20%	0,218	45,60%	37%	<0,001
	Anteil Ref.Fall ts	1,4%	3,6%	<0,001	1,20%	4%	0,001	1,20%	3,30%	0,002	2,00%	4,50%	0,004	1,20%	3,10%	0,010
	Anteil Ref.Fall staeb	0,0%	0,1%	0,668	0%	0%	>0,99	0%	0,10%	>0,99	0%	0,10%	>0,99	0%	0%	
	Anteil Ref.Fall psysom	0,0%	0,1%	0,668	0%	0,10%	>0,99	0%	0,00%		0%	0,10%	>0,99	0%	0,20%	>0,99
	Fall vs prae	4,8%	5,0%	>0,99	6,10%	6,90%	>0,99	3,70%	4,60%	>0,99	4,70%	4,10%	>0,99	4,70%	4,30%	>0,99
	Fall ts prae	0,8%	0,7%	>0,99	1,10%	1,50%	>0,99	0,30%	0,30%	>0,99	0,70%	0,30%	>0,99	1,10%	1%	>0,99
	Fall PIA prae	5,4%	5,5%	>0,99	6,60%	5,70%	>0,99	5%	5,20%	>0,99	4,60%	5,50%	>0,99	5,40%	5,40%	>0,99
Fall KV prae	57,3%	54,6%	0,025	59%	52,90%	0,013	56,60%	55,90%	>0,99	58%	56%	>0,99	55,70%	53,80%	>0,99	
klinikbekannt	Anzahl Patienten	854	854		527	527		160	160		95	95		72	72	
	Alter in Jahren	50,9	53,4	0,131	52,7	53,6	>0,99	50,2	52,5	>0,99	45,5	53,4	0,21686	46,7	53,6	0,581
	Anteil Frauen	52,3%	57,0%	0,522	55,80%	60%	>0,99	50,00%	56,90%	>0,99	45,30%	46,30%	>0,99	41,70%	51,40%	>0,99
	Anteil Inzident	0,0%	0,0%		0,00%	0,00%		0%	0%		0,00%	0,00%		0,00%	0,00%	
	Anteil Ref.Fall PIA	60,8%	60,7%	>0,99	62,20%	57,70%	>0,99	48,80%	60,00%	0,508	66,30%	66,30%	>0,99	69%	76,40%	>0,99
	Anteil Ref.Fall vs	34,8%	34,0%	>0,99	35,90%	40,20%	>0,99	42,50%	26,20%	0,0326	22,10%	25,30%	>0,99	26,40%	17%	>0,99
Anteil Ref.Fall ts	4,4%	4,8%	>0,99	1,90%	2%	>0,99	8,80%	13,10%	>0,99	11,60%	7,40%	>0,99	4,20%	6,90%	>0,99	

Anteil Ref.Fall staeb	0,0%	0,0%		0%	0%		0%	0,00%		0%	0,00%		0%	0%	
Anteil Ref.Fall psysom	0,0%	0,6%	0,586	0%	0,60%	>0,99	0%	0,60%	>0,99	0%	1,10%	>0,99	0%	0,00%	
Fall vs prae	34,8%	31,9%	>0,99	36,20%	36,80%	>0,99	25,60%	20,00%	>0,99	37,90%	27,40%	>0,99	40,30%	27,80%	>0,99
Fall ts prae	5,4%	3,5%	0,586	7,20%	4,60%	0,888	1,20%	0,00%	>0,99	4,20%	2,10%	>0,99	2,80%	6%	>0,99
Fall PIA prae	51,9%	55,3%	>0,99	49,90%	51,60%	>0,99	46%	52,50%	>0,99	67,40%	70,50%	>0,99	58,30%	68,10%	>0,99
Fall KV prae	57,0%	57,0%	>0,99	56%	56,70%	>0,99	59,40%	58,10%	>0,99	58%	60%	>0,99	56,90%	52,80%	>0,99

P-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

Kinder und Jugendliche

Insgesamt kamen 879 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 879 Patienten verfügten über 780 Individuen (88,7 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 780 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 749 Individuen (96 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 1).

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

Hinsichtlich Alter und Geschlecht konnten beide Gruppen aneinander angeglichen werden, sodass sich keine Unterschiede zwischen IG und KG ergaben (vgl. Tabelle 3). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannte Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergaben.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigten sich lediglich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung Unterschiede (der Anteil vertragsärztlich versorgter Patienten war in der IG leicht höher) zwischen IG und KG.

Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	879	11057	780 (88.7%)	9264 (83.8%)	749 (85.2% / 96%)	749 (6.8% / 8.1%)
	Kohorte 1	256	3224	220 (85.9%)	2706 (83.9%)	211 (82.4% / 95.9%)	211 (6.5% / 7.8%)
	Kohorte 2	225	2752	199 (88.4%)	2300 (83.6%)	194 (86.2% / 97.5%)	194 (7% / 8.4%)
	Kohorte 3	223	2677	201 (90.1%)	2225 (83.1%)	192 (86.1% / 95.5%)	192 (7.2% / 8.6%)
	Kohorte 4	175	2404	160 (91.4%)	2033 (84.6%)	152 (86.9% / 95%)	152 (6.3% / 7.5%)
Klinikneu	Gesamt	598	8390	521 (87.1%)	7032 (83.8%)	504 (84.3% / 96.7%)	504 (6% / 7.2%)
	Kohorte 1	163	2278	133 (81.6%)	1894 (83.1%)	126 (77.3% / 94.7%)	126 (5.5% / 6.7%)
	Kohorte 2	158	2136	138 (87.3%)	1785 (83.6%)	137 (86.7% / 99.3%)	137 (6.4% / 7.7%)
	Kohorte 3	156	2099	139 (89.1%)	1756 (83.7%)	135 (86.5% / 97.1%)	135 (6.4% / 7.7%)
	Kohorte 4	121	1877	111 (91.7%)	1597 (85.1%)	106 (87.6% / 95.5%)	106 (5.6% / 6.6%)
Klinik-bekannt	Gesamt	281	2667	259 (92.2%)	2232 (83.7%)	245 (87.2% / 94.6%)	245 (9.2% / 11%)
	Kohorte 1	93	946	87 (93.5%)	812 (85.8%)	85 (91.4% / 97.7%)	85 (9% / 10.5%)
	Kohorte 2	67	616	61 (91%)	515 (83.6%)	57 (85.1% / 93.4%)	57 (9.3% / 11.1%)
	Kohorte 3	67	578	62 (92.5%)	469 (81.1%)	57 (85.1% / 91.9%)	57 (9.9% / 12.2%)
	Kohorte 4	54	527	49 (90.7%)	436 (82.7%)	46 (85.2% / 93.9%)	46 (8.7% / 10.6%)

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	23,2	88
2	25,5	38
3	26,2	214
4	26,6	156
5	27,5	151
6	28,2	20
7	28,6	9
8	30,7	33
9	31,2	14
10	36,8	26

Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		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
Gesamt	Anzahl Patienten	749	749		211	211		194	194		192	192		152	152	
	Alter in Jahren	13,9	13,8	>0,99	13,8	14,1	>0,99	14,2	14,2	1,000	13,6	13,5	>0,99	13,7	13,4	>0,99
	Anteil Frauen	54,6%	53,9%	>0,99	54,00%	51%	>0,99	53,10%	55,20%	>0,99	53,10%	50,50%	>0,99	59,20%	61,20%	>0,99
	Anteil Inzident	67,3%	67,3%		59,70%	59,70%		71%	71%		70,30%	70,30%		69,70%	69,70%	
	Anteil Ref.Fall PIA	35,6%	59,1%	0,000	29,90%	56,40%	<0,001	34,50%	53,60%	0,002	42,70%	67,70%	<0,001	36%	59,20%	0,001
	Anteil Ref.Fall vs	52,9%	34,0%	<0,001	53,60%	39,30%	0,033	53,60%	35,60%	0,0041	49,00%	27,10%	<0,001	55,90%	34%	0,0011
	Anteil Ref.Fall ts	11,5%	6,8%	0,016	16,60%	4%	0,001	11,90%	10,80%	>0,99	8,30%	5,20%	>0,99	7,90%	7,20%	>0,99
	Fall vs prae	3,3%	2,1%	>0,99	7,10%	4,30%	>0,99	1,50%	2,10%	>0,99	3,10%	1,60%	>0,99	0,70%	0,00%	>0,99
	Fall ts prae	2,0%	1,6%	>0,99	2,40%	3,30%	>0,99	2,60%	1,00%	>0,99	2,10%	1,60%	>0,99	0,70%	0%	>0,99
	Fall PIA prae	35,4%	32,6%	>0,99	37,00%	33,20%	>0,99	35%	32,00%	>0,99	37,00%	33,30%	>0,99	32,20%	31,60%	>0,99
Fall KV prae	69,4%	61,8%	0,016	74%	64,90%	0,438	68,00%	57,70%	0,321072741	67%	61%	>0,99	68,40%	63,80%	>0,99	
klinikneu	Anzahl Patienten	504	504		126	126		137	137		135	135		106	106	
	Alter in Jahren	14	14	>0,99	13,9	14,2	>0,99	14,2	14,4	>0,99	13,9	13,8	>0,99	14,1	13,5	>0,99
	Anteil Frauen	57,3%	55,8%	>0,99	57,10%	56%	>0,99	54,00%	56,90%	>0,99	56,30%	49,60%	>0,99	63,20%	61,30%	>0,99
	Anteil Inzident	100,0%	100,0%		100,00%	100,00%		100%	100%		100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
	Anteil Ref.Fall PIA	40,1%	60,1%	<0,001	31,00%	53,20%	0,005	40,90%	56,90%	0,100	45,90%	68,10%	0,00327	43%	62,30%	0,054
	Anteil Ref.Fall vs	53,4%	37,7%	<0,001	58,70%	44,40%	0,225	53,30%	40,10%	0,316	48,10%	30,40%	0,033	53,80%	36%	0,103
	Anteil Ref.Fall ts	6,5%	2,2%	0,008	10,30%	2%	0,161	5,80%	2,90%	>0,99	5,90%	1,50%	0,750	3,80%	1,90%	>0,99
	Fall vs prae	2,2%	0,6%	0,357	3,20%	0,00%	0,783	0,70%	0,70%	>0,99	3,70%	1,50%	>0,99	0,90%	0,00%	>0,99
	Fall ts prae	1,8%	0,6%	0,586	0,00%	0,80%	>0,99	2,90%	0,70%	>0,99	3,00%	0,70%	>0,99	0,90%	0%	>0,99
	Fall PIA prae	8,7%	5,6%	0,357	7,10%	3,20%	>0,99	10%	8,80%	>0,99	11,10%	5,90%	>0,99	6,60%	3,80%	>0,99
Fall KV prae	66,3%	62,1%	0,586	68%	65,10%	>0,99	67,90%	56,90%	0,565469292	64%	65%	>0,99	65,10%	61,30%	>0,99	
klinikbekannt	Anzahl Patienten	245	245		85	85		57	57		57	57		46	46	
	Alter in Jahren	13,5	13,5	>0,99	13,8	14	>0,99	14,2	13,7	>0,99	12,9	12,8	>0,99	12,9	13,2	1,000
	Anteil Frauen	49,0%	50,2%	>0,99	49,40%	42%	>0,99	50,90%	50,90%	>0,99	45,60%	52,60%	>0,99	50,00%	60,90%	>0,99
	Anteil Inzident	0,0%	0,0%		0,00%	0,00%		0%	0%		0,00%	0,00%		0,00%	0,00%	
	Anteil Ref.Fall PIA	26,5%	57,1%	<0,001	28,20%	61,20%	<0,001	19,30%	45,60%	0,041	35,10%	66,70%	0,01159	22%	52,20%	0,02991812
	Anteil Ref.Fall vs	51,8%	26,5%	<0,001	45,90%	31,80%	0,501	54,40%	24,60%	0,0195	50,90%	19,30%	0,00764	60,90%	28%	0,023228157
	Anteil Ref.Fall ts	21,6%	16,3%	>0,99	25,90%	7%	0,015	26,30%	29,80%	>0,99	14,00%	14,00%	>0,99	17,40%	19,60%	>0,99
	Fall vs prae	5,7%	5,3%	>0,99	12,90%	10,60%	>0,99	3,50%	5,30%	>0,99	1,80%	1,80%	>0,99	0,00%	0,00%	
	Fall ts prae	2,4%	3,7%	>0,99	5,90%	7,10%	>0,99	1,80%	1,80%	>0,99	0,00%	3,50%	>0,99	0,00%	0%	
	Fall PIA prae	90,2%	88,2%	>0,99	81,20%	77,60%	>0,99	95%	87,70%	>0,99	98,20%	98,20%	>0,99	91,30%	95,70%	>0,99
Fall KV prae	75,9%	61,2%	0,005	82%	64,70%	0,105	68,40%	59,60%	>0,99	74%	51%	0,14283	76,10%	69,60%	>0,99	

P-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

7. Darstellung Modellvorhaben LVR-Klinik Bonn

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V an der LVR-Klinik Bonn begann zum 01.01.2017 mit einer Laufzeit von acht Jahren. Das Modellvorhaben startete laut Vertrag bereits zum 01.10.2016, wird aber in dieser Evaluation als Start 01.01.2017 bewertet.

An der LVR-Klinik Bonn sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 528 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 50 in der KJP, 109 in der Tagesklinik, 118 in der Neurologie und 30 in der Tagesklinik KJP vorgesehen, wobei die Neurologische Abteilung nicht Bestandteil des Modellvorhabens ist.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre Leistungen, teilstationäre Leistungen, institutsambulante Behandlung (PIA), ambulante Leistungen, stationsungebundene Leistungen sowie Home-Treatment. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget.

Die Klinik hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts verfolgt und dass der Anteil der Patienten, die unter § 64b SGB V fallen an allen Patienten in der Klinik schätzungsweise 45 % beträgt. Sowohl die Allgemeine Psychiatrie als auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Bestandteil des Vertrages nach § 64b SGB V. Weiterhin weißt die Modellklinik keinen modellähnlichen Vorläufervertrag auf.

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2017 und 2018 folgende Versorgungsmodule auf: Home-Treatment und Krisenmanagement/Notfallbehandlung.

Wie bei allen Modellverträgen nach § 64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, das im Falle des LWL-Universitätsklinikums Bochum wie folgt ausgeglichen wird: Bei Erreichen der Patientenzahlen erfolgt ein einhundertprozentiger Ausgleich in beide Richtungen. Mehrererlöse für zusätzliche Patienten sind zu 65 % in Höhe der durchschnittlichen Patientenerlöse vom Krankenhaus zurückzuzahlen; darüberhinausgehende Mehrererlöse sind zu 100 % zurückzuzahlen; Mindererlöse werden vollständig durch den Kostenträger ausgeglichen.

Anders als bei der in Nordrhein-Westfalen üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM erfolgt die PIA-Abrechnung in der Modellklinik mittels nach behandelnder Berufsgruppe und Therapiedauer differenzierten Entgeltschlüsseln. Im stationären Bereich erfolgte die Abrechnung nach PEPP.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

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

Erwachsene

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

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

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

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)	1.501	1.491
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	72,1 %	72,5 %
• Zwei Diagnosen	24,4 %	23,3 %
• Drei Diagnosen	3,3 %	3,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F33	38	42
2. IG: F10 & F33 / KG: F10 & F32	36	40
3. IG: F32 & F41 / KG: F32 & F43	30	26

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)	512	516
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,1 %	71,1 %
• Zwei Diagnosen	23,8 %	23,3 %
• Drei Diagnosen	5,7 %	3,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	1,9 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	20	20
2. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F43	15	11
3. IG: F10 & F43 / KG: F10 & F32	7	9

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.082	1.081	1.501	1.491
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,3 %	1,3 %	2,1 %	1,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,9 %	1,0 %	1,3 %	1,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	6,6 %	6,5 %	7,3 %	7,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,8 %	1,9 %	4,6 %	4,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	11,6 %	12,4 %	18,5 %	19,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	13,5 %	13,4 %	12,0 %	11,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,6 %	49,8 %	54,8 %	55,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,6 %	5,9 %	11,4 %	11,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,6 %	1,7 %	1,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,0 %	3,0 %	8,2 %	8,7 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,9 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,7 %	0,6 %	2,1 %	2,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	2,5 %	2,4 %	2,9 %	2,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,5 %	0,4 %	0,9 %	1,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,4 %	0,7 %	0,9 %	0,9 %
Alter ¹				
• Mittelwert	51,3	52,8	51,1	52,3
• Median	50	52	50	51
• (Interquartilsabstand)	(34 - 65)	(37 - 67)	(33 - 67)	(36 - 66)
Geschlecht				
• Frauen	58,9 %	58,5 %	60,0 %	58,9 %
• Männer	41,1 %	41,5 %	40,0 %	41,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	41,9 %	42,5 %	46,2 %	44,1 %
• PIA	58,1 %	57,5 %	53,8 %	55,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,6 %	0,9 %	0,9 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,0 %	5,3 %	4,7 %	5,4 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	9,0 %	7,4 %	9,4 %	7,8 %
• Abitur/Fachabitur	11,1 %	9,3 %	10,8 %	9,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	9,9 %	10,9 %	9,3 %	10,7 %
Höchster beruflicher Abschluss				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,5 %	5,3 %	6,0 %	5,4 %
	17,6 %	16,3 %	16,8 %	16,2 %
	1,1 %	0,6 %	1,1 %	1,0 %
	0,6 %	0,3 %	0,9 %	0,3 %
	3,9 %	2,8 %	3,5 %	2,7 %
	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,1 %
	6,4 %	8,5 %	6,5 %	8,7 %
	64,5 %	66,2 %	64,8 %	65,7 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	21,1 %	20,1 %	21,5 %	20,7 %
	61,6 %	63,6 %	61,3 %	63,2 %
	17,4 %	16,4 %	17,2 %	16,0 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	26,7 %	29,1 %	27,8 %	29,4 %
	26,2 %	21,3 %	27,1 %	23,7 %
	47,1 %	49,6 %	45,1 %	46,8 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	58,4 %	58,2 %	57,6 %	59,0 %
	6,1 %	4,8 %	6,3 %	5,1 %
	31,9 %	33,5 %	32,0 %	32,7 %
	3,6 %	3,5 %	4,1 %	3,2 %

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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	359	367	512	516
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	2,8 %	3,3 %	2,9 %	3,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,9 %	1,6 %	1,8 %	1,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,3 %	0,5 %	0,6 %	1,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,6 %	4,6 %	4,5 %	4,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,6 %	1,1 %	2,0 %	1,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	15,0 %	15,8 %	24,8 %	23,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	24,8 %	28,6 %	19,9 %	25,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	34,8 %	32,4 %	45,1 %	42,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,6 %	5,7 %	10,5 %	11,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,3 %	2,5 %	1,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	1,7 %	1,9 %	10,0 %	9,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,0 %	1,2 %	0,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,3 %	1,6 %	5,7 %	4,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,4 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,8 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,6 %	0,5 %	1,2 %	1,2 %
Alter ¹				
• Mittelwert	53,2	55,2	52,8	53,9
• Median	52	55	52	53
• (Interquartilsabstand)	(37 - 68)	(40 - 71)	(38 - 65)	(40 - 68)
Geschlecht				
• Frauen	55,2 %	59,1 %	56,1 %	59,7 %
• Männer	44,8 %	40,9 %	43,9 %	40,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	34,3 %	38,7 %	38,3 %	42,1 %
• PIA	65,7 %	61,3 %	61,7 %	57,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,8 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,9 %	2,7 %	4,3 %	3,5 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	4,7 %	4,9 %	6,1 %	5,8 %
• Abitur/Fachabitur	7,0 %	6,5 %	7,6 %	6,0 %
• Abschluss unbekannt	8,4 %	8,2 %	9,0 %	7,9 %
• Fehlende Angabe	75,2 %	77,7 %	71,9 %	76,7 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,3 %	1,1 %	5,7 %	1,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	9,5 %	11,4 %	11,9 %	13,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,8 %	0,3 %	0,6 %	0,2 %
• Bachelor	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,9 %	3,3 %	2,7 %	2,3 %
• Promotion	0,0 %	0,5 %	0,2 %	0,4 %
• Abschluss unbekannt	7,0 %	5,7 %	6,8 %	5,8 %
• Fehlende Angabe	75,2 %	77,7 %	71,9 %	76,7 %
Pflegestufe				
• Ja	26,2 %	28,3 %	25,2 %	24,8 %
• Nein	50,4 %	52,0 %	52,1 %	53,3 %
• Fehlende Angabe	23,4 %	19,6 %	22,7 %	21,9 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	30,4 %	32,2 %	31,3 %	32,9 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	45,4 %	42,5 %	47,1 %	44,6 %
• Weder A noch B	24,2 %	25,3 %	21,7 %	22,5 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	49,6 %	47,4 %	47,7 %	49,4 %
• Familienversicherter	4,7 %	5,2 %	5,1 %	5,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	42,6 %	44,7 %	43,9 %	42,8 %
• Fehlende Angabe	3,1 %	2,7 %	3,3 %	1,9 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Kinder und Jugendliche

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

Ca. 75-80 % der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und ca. 65-75 % der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 7). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

- depressive Episoden (F32)
- phobische Störungen (F40)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Essstörungen (F50)
- hyperkinetische Störungen (F90)
- emotionale Störungen des Kindesalter (F93)
- andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)

(Tabelle 7).

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

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	118	121
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	75,4 %	81,8 %
• Zwei Diagnosen	21,2 %	14,9 %
• Drei Diagnosen	2,5 %	3,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,8 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F50	3	3
2. F32 & F40	3	3
3. IG: F42 & F90 / KG: F32 & F43	2	2

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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	84	82
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	69,0 %	74,4 %
• Zwei Diagnosen	28,6 %	22,0 %
• Drei Diagnosen	2,4 %	3,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 & F98 / KG: F90 & F93	2	3
2. IG: F32 & F98 / KG: F32 & F40	2	3
3. IG: F90 & F93 / KG: F32 & F90	2	2

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	89	99	118	121
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 %	0,8 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	1,7 %	2,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	36,0 %	35,4 %	39,0 %	40,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,0 %	9,1 %	8,5 %	9,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,5 %	3,0 %	11,0 %	11,6 %
• F 50 (Essstörungen)	7,9 %	7,1 %	10,2 %	9,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	1,1 %	2,0 %	5,1 %	3,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	40,4 %	43,4 %	44,1 %	42,1 %
Alter ¹				
• Mittelwert	13,7	13,9	13,9	14,2
• Median	14	15	15	15
• (Interquartilsabstand)	(11 - 16)	(13 - 16)	(12 - 16)	(13 - 16)
Geschlecht				
• weiblich	57,3 %	55,6 %	57,6 %	56,2 %
• männlich	42,7 %	44,4 %	42,4 %	43,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	62,9 %	39,4 %	69,5 %	47,9 %
• PIA	37,1 %	60,6 %	30,5 %	52,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	2,2 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,4 %	6,1 %	2,5 %	5,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	2,2 %	7,1 %	1,7 %	6,6 %
• Abitur/Fachabitur	13,5 %	9,1 %	13,6 %	9,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,6 %	5,1 %	5,1 %	7,4 %
	73,0 %	72,7 %	75,4 %	71,1 %
Höchster beruflicher Abschluss				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,6 %	3,0 %	5,9 %	2,5 %
	9,0 %	15,2 %	6,8 %	15,7 %
	1,1 %	2,0 %	0,8 %	1,7 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	9,0 %	3,0 %	8,5 %	2,5 %
	1,1 %	0,0 %	0,8 %	0,8 %
	1,1 %	4,0 %	1,7 %	5,8 %
	73,0 %	72,7 %	75,4 %	71,1 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	5,6 %	8,1 %	6,8 %	7,4 %
	74,2 %	84,8 %	75,4 %	81,8 %
	20,2 %	7,1 %	17,8 %	10,7 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	13,5 %	13,1 %	15,3 %	16,5 %
	1,1 %	2,0 %	1,7 %	2,5 %
	85,4 %	84,8 %	83,1 %	81,0 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	6,7 %	7,1 %	10,2 %	6,6 %
	87,6 %	85,9 %	83,9 %	86,0 %
	4,5 %	5,1 %	5,1 %	5,8 %
	1,1 %	2,0 %	0,8 %	1,7 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	58	61	84	82
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 %	2,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,7 %	4,9 %	1,2 %	3,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	36,2 %	27,9 %	40,5 %	35,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,9 %	6,6 %	7,1 %	8,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	12,1 %	8,2 %	14,3 %	15,9 %
• F 50 (Essstörungen)	6,9 %	1,6 %	4,8 %	1,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	3,4 %	3,3 %	6,0 %	3,7 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	32,8 %	47,5 %	44,0 %	51,2 %
Alter ¹				
• Mittelwert	13,9	14,1	13,8	13,9
• Median	15	15	14	15
• (Interquartilsabstand)	(11 - 16)	(13 - 16)	(12 - 16)	(13 - 16)
Geschlecht				
• weiblich	55,2 %	32,8 %	48,8 %	41,5 %
• männlich	44,8 %	67,2 %	51,2 %	58,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	65,5 %	32,8 %	71,4 %	39,0 %
• PIA	34,5 %	67,2 %	28,6 %	61,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	1,7 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,4 %	1,6 %	2,4 %	3,7 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	15,5 %	6,6 %	17,9 %	6,1 %
• Abitur/Fachabitur	24,1 %	21,3 %	22,6 %	19,5 %
• Abschluss unbekannt	6,9 %	8,2 %	9,5 %	7,3 %
• Fehlende Angabe	48,3 %	62,3 %	46,4 %	63,4 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	12,1 %	6,6 %	10,7 %	4,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,0 %	14,8 %	19,0 %	14,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	3,4 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	12,1 %	13,1 %	10,7 %	12,2 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	5,2 %	3,3 %	10,7 %	4,9 %
• Fehlende Angabe	48,3 %	62,3 %	46,4 %	63,4 %
Pflegestufe				
• Ja	3,4 %	8,2 %	6,0 %	7,3 %
• Nein	72,4 %	70,5 %	71,4 %	68,3 %
• Fehlende Angabe	24,1 %	21,3 %	22,6 %	24,4 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	29,3 %	26,2 %	33,3 %	31,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	1,7 %	9,8 %	2,4 %	7,3 %
• Weder A noch B	69,0 %	63,9 %	64,3 %	61,0 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	17,2 %	14,8 %	14,3 %	15,9 %
• Familienversicherter	74,1 %	75,4 %	77,4 %	76,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	8,6 %	6,6 %	8,3 %	4,9 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	3,3 %	0,0 %	2,4 %

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 57). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

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

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

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

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

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

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch war der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (+4,7 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gab es jedoch nicht. Bei den linikbekanntten Patienten wies die IG im Jahr vor und bis zum zweiten Jahr nach Referenzfall mit der KG vergleichbare Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf. Im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall waren die Anteil in der IG etwas größer als in der KG (3. Jahr: +4,9; 4. Jahr: +3,5 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede gab es erneut nicht. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant stärker an als in der KG (+8,0 %-Punkte; DiD = 2,5). In den weiteren Jahren war der Anteil zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekanntten Patienten war dieser Anteil in der IG stets etwas größer als in der KG (prä: +3,2; 1. Jahr: +3,8; 2. Jahr: +1,1; 3. Jahr: +0,9; 4. Jahr: +1,2 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit einem vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 3,0; KG: 2,7 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 24,5; KG: 20,4 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigeren Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 6,5; 5,6 und 4,8 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 6,1; 5,1 und 4,8 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = +3,8 vollstationäre Tage). In den restlichen Jahren war die Anzahl der Tage zwischen beiden Gruppen

vergleichbar. 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 bei den jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) der IG im ersten bis dritten Jahr nach Referenzfall etwas weniger vollstationäre Behandlungstage anfielen als bei den älteren Patienten; während in der KG die jüngeren Patienten stets etwas mehr vollstationäre Behandlungstage aufwiesen als deren ältere Patienten. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F60.31 (spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F45 (somatoforme Störungen) auf (wobei die beiden letztgenannten nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen (wobei die zweitgenannte 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 288 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten zeichneten sich unterschiedliche Ausgangsniveaus ab. Während Patienten der IG 19,5 vollstationäre Tage im Jahr vor Referenzfall aufwiesen, beanspruchten Patienten der KG 14,9 Tage im selben Zeitraum. Die Anzahl der Tage war auch im restlichen Verlauf in der IG stets größer als in der KG (prä: +4,6; 1. Jahr: +2,5; 2. Jahr: +1,4; 3. Jahr: +4,0; 4. Jahr: +3,2 vollstationäre Tage). Im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede. 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 für die älteren klinikbekannten Patienten (älter als medianes Alter) die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG stets größer war als in der KG. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F70-79 (Intelligenzstörungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) auf (wobei erstgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) aufwiesen (wobei zweitgenannte 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 288 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Auch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +2,2 teilstationäre Tage). Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG parallele Verläufe mit einem kleinen Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall und danach einem Absinken der teilstationären Tage über die Zeit in beiden Gruppen.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG stärker als in der KG (IG: +48,9 %-Punkte; KG: +41,5 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG größer als in der KG (IG: +18,0 %; KG: +12,9 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG eine größere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage als in der KG (IG: +22,6; KG: +17,4 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in der IG nur geringfügig stärker an als in der KG (IG: +7,2; KG: +6,3 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster des Verlaufs zum **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** analog zu U1 und U2. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (+6,9 %-Punkte; DiD = +1,4). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker an als in der KG (+5,5 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (DiD = +6,0 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG auf einem zwischen beiden Gruppen vergleichbaren Niveau. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei hier die teilstationären Tage der IG etwas höher ausfielen als in der KG. Der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +0,9 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den linikneuen Patienten stärker anstieg als in der KG (+7,1 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG im ersten und dritten Jahr nach Referenzfall größer als in der KG und in den restlichen Jahren vergleichbar (prä: -0,1; 1. Jahr: +4,3; 2. Jahr: -0,5; 3. Jahr: +4,7 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker (+7,3 %-Punkten) und war ansonsten vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war der Anteil im Jahr vor und nach Referenzfall in der IG größer als in der KG und im weiteren Verlauf vergleichbar (prä: +2,5; 1. Jahr: +2,6; 2. Jahr: +0,8; 3. Jahr: +0,5 %-Punkte).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG erneut größer als in der KG (IG: +23,7 vollstationäre Tage; KG: +17,0 vollstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe zwischen IG und KG, wobei die IG stets mehr vollstationäre Tage aufwies als die KG, und dies bereits im Jahr vor Referenzfall, (prä: +4,0; 1.Jahr: +4,1; 2.Jahr: +1,1; 3.Jahr: +3,9 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG erneut höher als in der KG und der restliche Verlauf zwischen beiden Gruppen vergleichbar (prä: -0,1; Jahr: +1,6; 2. Jahr: -0,2; 3. Jahr: -0,1 teilstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Zeit und vergleichbarem Niveau zwischen IG und KG.

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)	1.501	1.501	1.409	1.351	1.312	1.491	1.491	1.396	1.349	1.309
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	8,1 %	54,1 %	13,6 %	11,0 %	8,6 %	8,7 %	50,0 %	13,1 %	12,2 %	10,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	1,1 %	21,1 %	3,1 %	2,0 %	1,6 %	1,5 %	13,5 %	3,2 %	1,9 %	1,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	8,5 %	66,0 %	15,2 %	12,1 %	9,2 %	9,3 %	57,8 %	15,1 %	13,3 %	11,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,3 %	3,3 %	1,9 %	1,6 %	1,5 %	1,9 %	3,8 %	2,0 %	1,9 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,7 %	14,0 %	11,3 %	9,2 %	11,2 %	14,9 %	16,2 %	11,7 %	10,0 %	9,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	3,0	24,5	6,5	5,6	4,8	2,7	20,4	6,1	5,1	4,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,4	8,6	1,1	0,5	0,6	0,6	6,6	1,4	0,8	0,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	3,4	33,1	7,6	6,1	5,3	3,3	27,0	7,5	6,0	5,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,8	0,5	0,3	0,3	0,5	1,1	0,4	0,4	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,8	1,6	1,5	1,2	1,4	2,0	2,3	1,4	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)	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	31,4 %	50,0 %	24,4 %	25,9 %	22,1 %	32,0 %	49,0 %	25,0 %	20,9 %	18,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	6,8 %	9,2 %	3,5 %	2,6 %	2,0 %	3,7 %	5,4 %	2,4 %	1,7 %	0,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	33,8 %	53,7 %	26,1 %	26,7 %	22,7 %	34,3 %	52,1 %	25,8 %	21,8 %	19,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	9,8 %	7,6 %	5,8 %	7,0 %	6,5 %	8,7 %	7,0 %	4,4 %	3,8 %	3,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,2 %	17,8 %	15,0 %	16,1 %	13,3 %	16,3 %	19,4 %	17,3 %	14,2 %	15,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	19,5	28,7	13,5	14,3	12,2	14,9	26,2	12,2	10,3	9,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,2	3,2	1,4	0,7	0,6	1,7	2,8	1,1	0,7	0,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	21,7	31,9	14,9	15,1	12,8	16,6	29,0	13,3	11,0	9,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,8	2,2	1,3	2,4	2,2	2,9	1,7	1,1	1,0	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,6	2,1	2,0	2,0	2,5	2,1	3,2	2,5	2,3	2,6

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

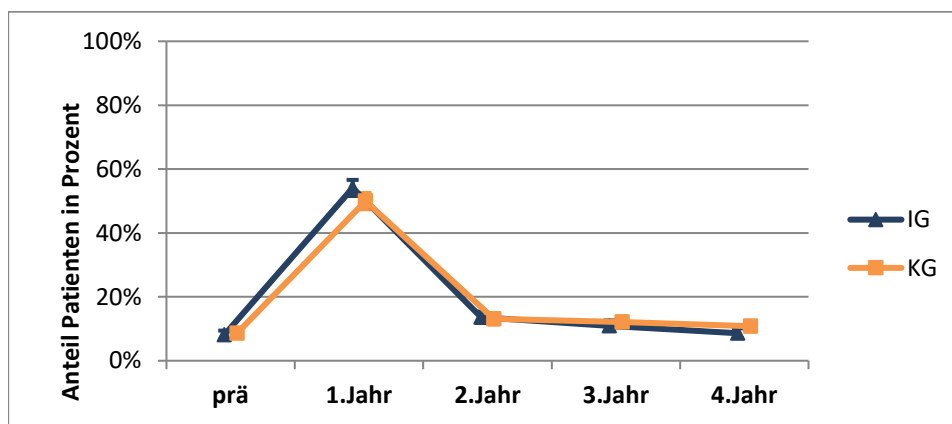
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

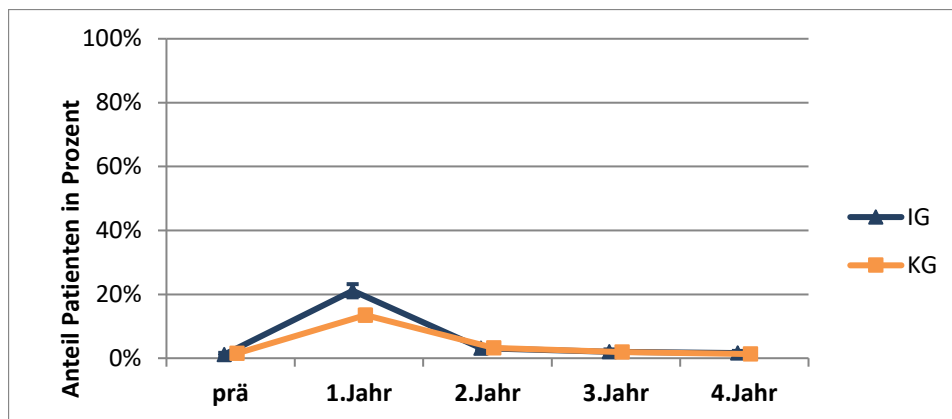
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

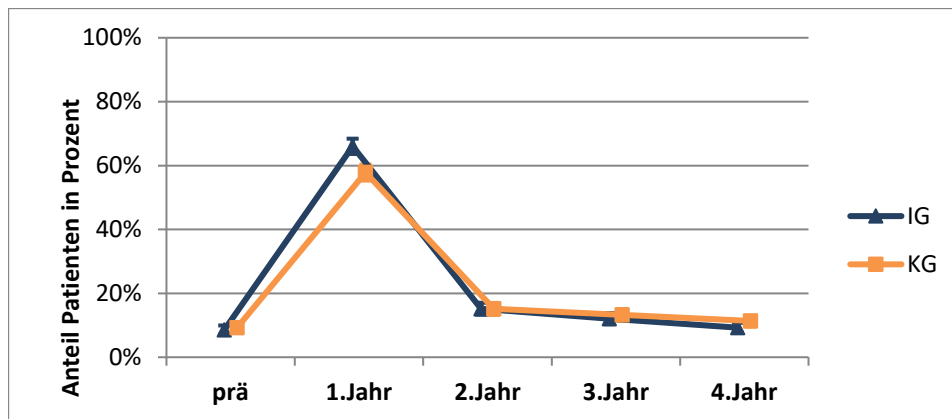
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



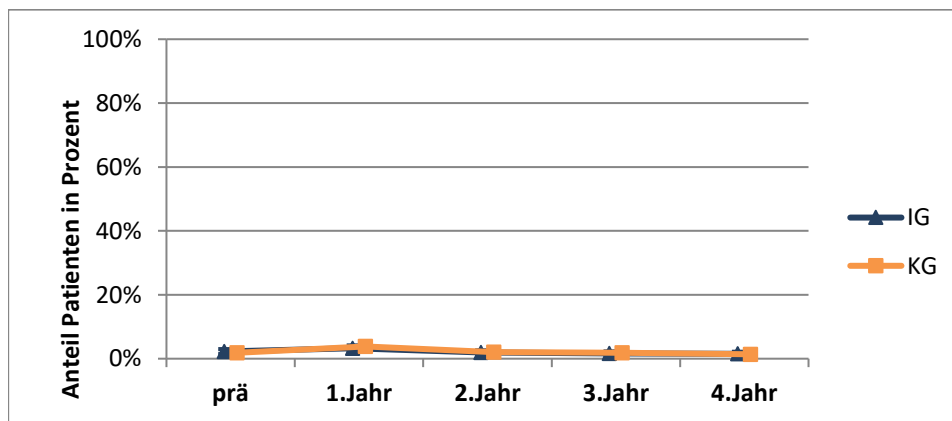
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



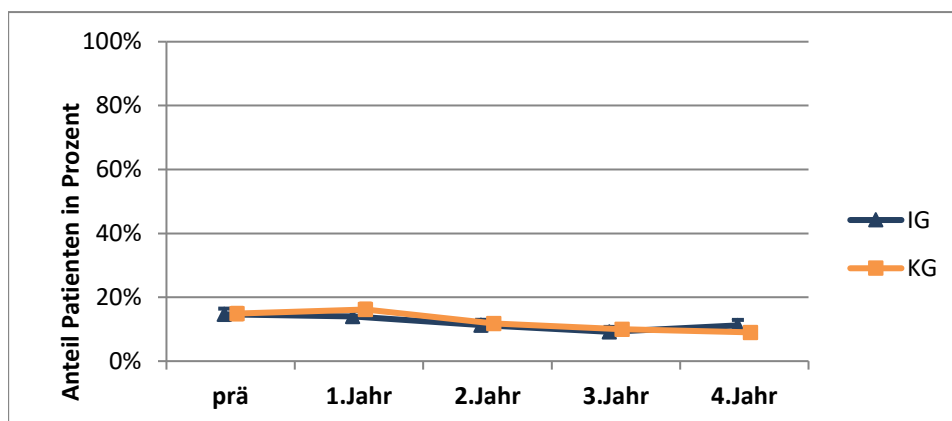
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

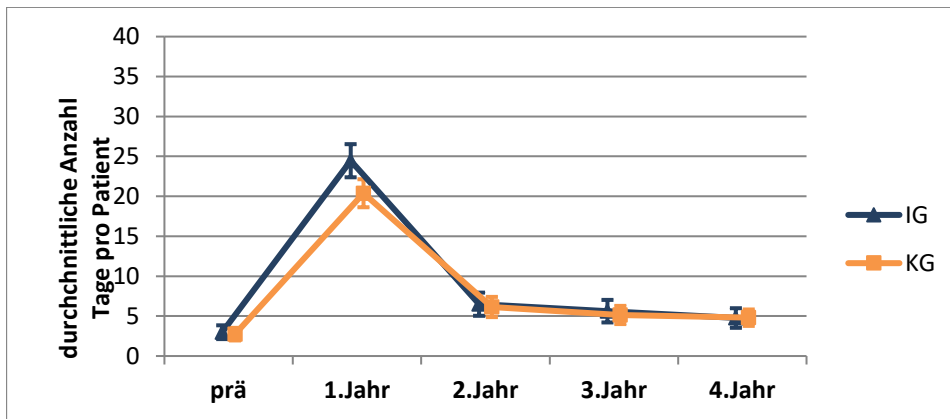


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

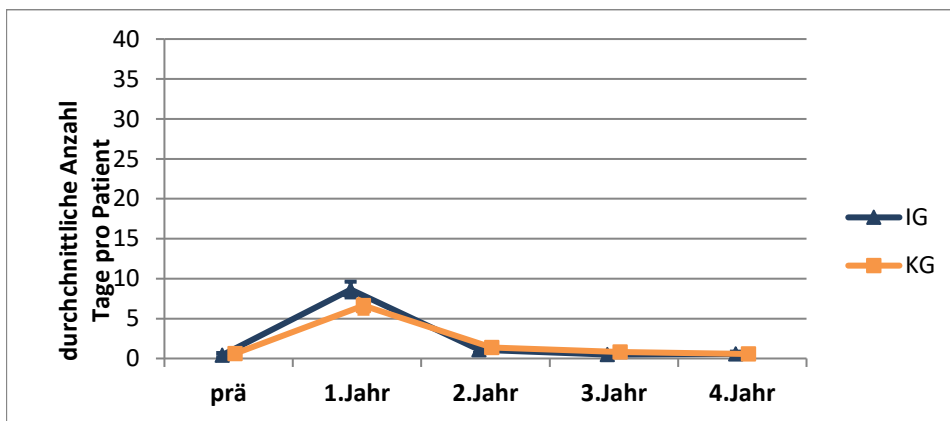


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

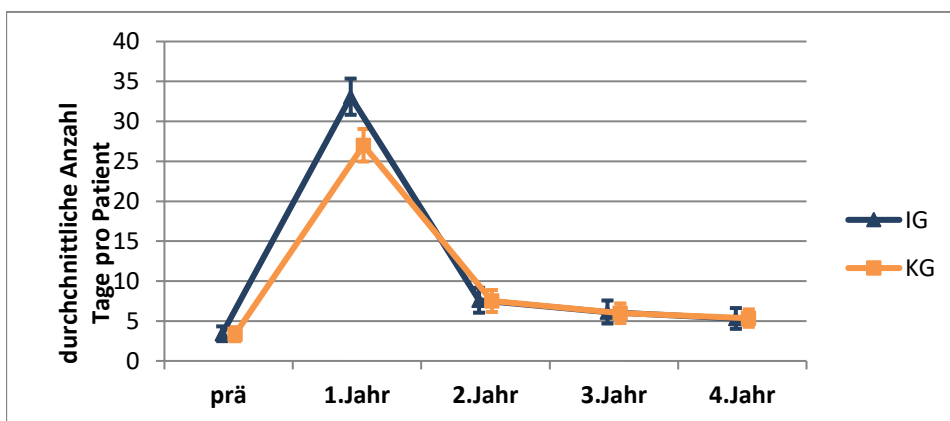
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



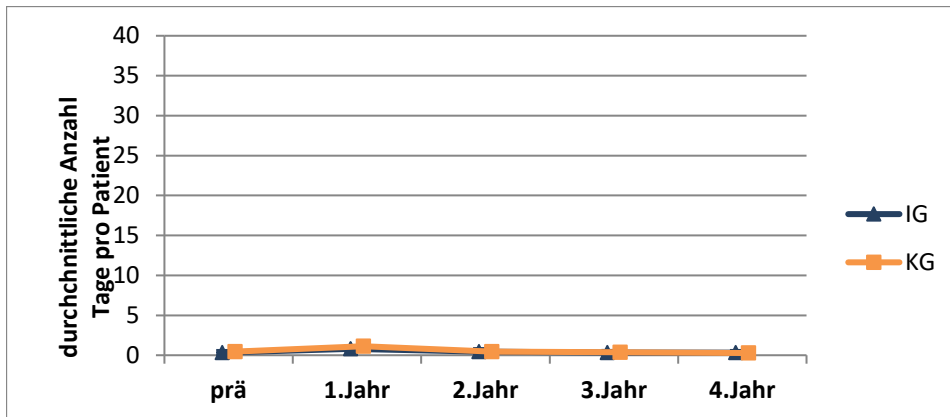
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



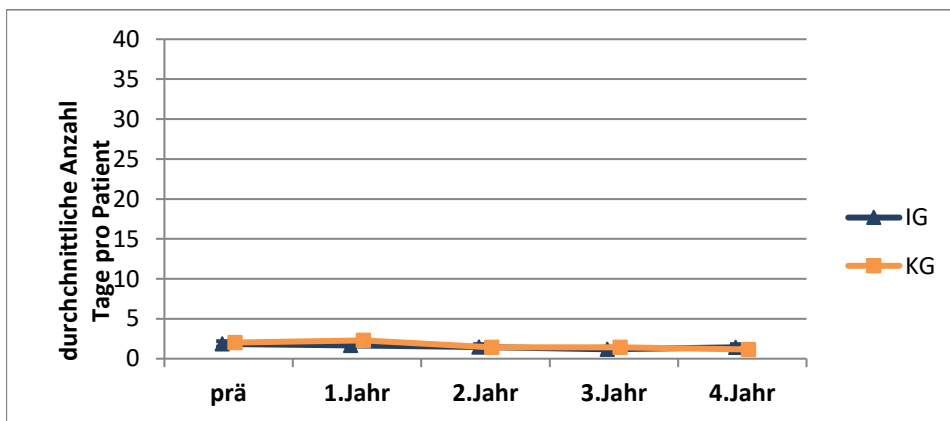
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



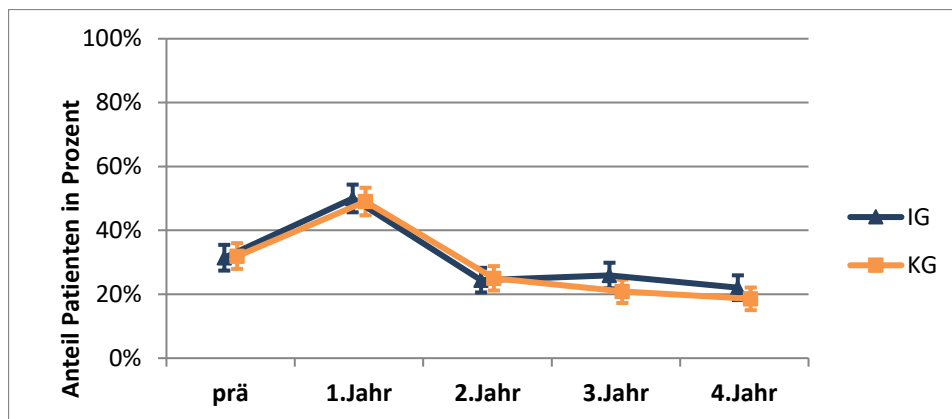
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

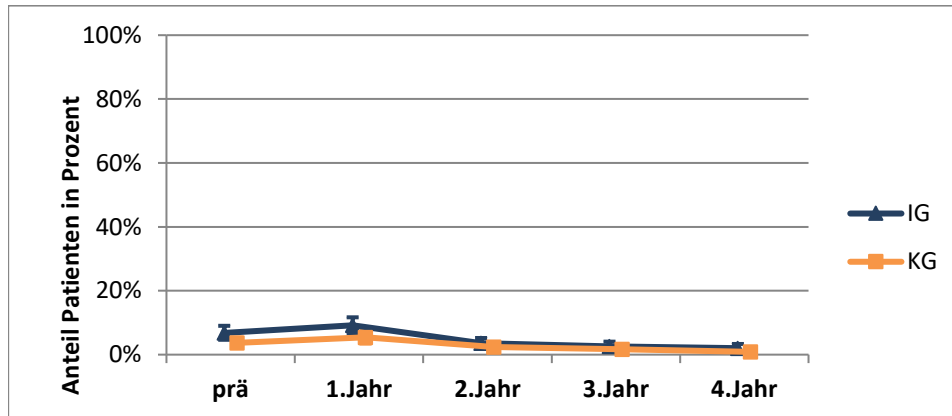
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

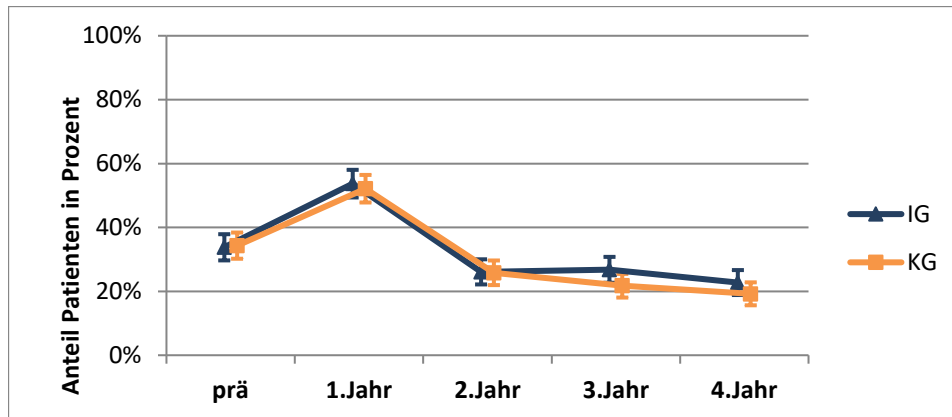
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



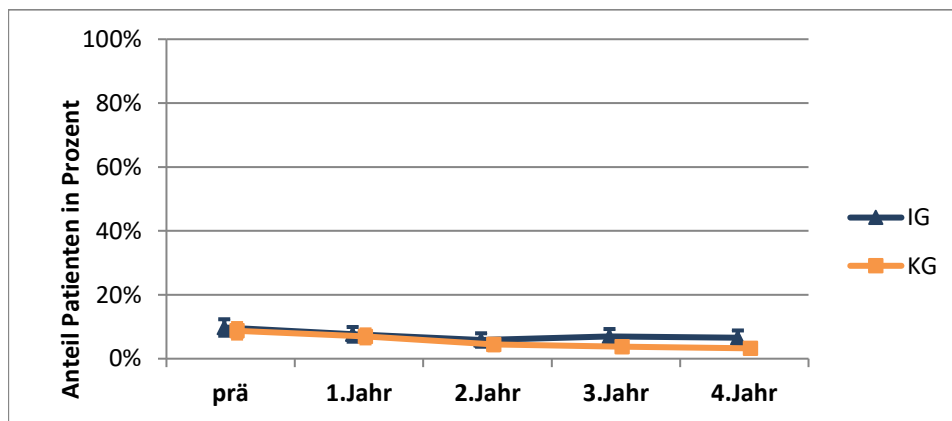
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



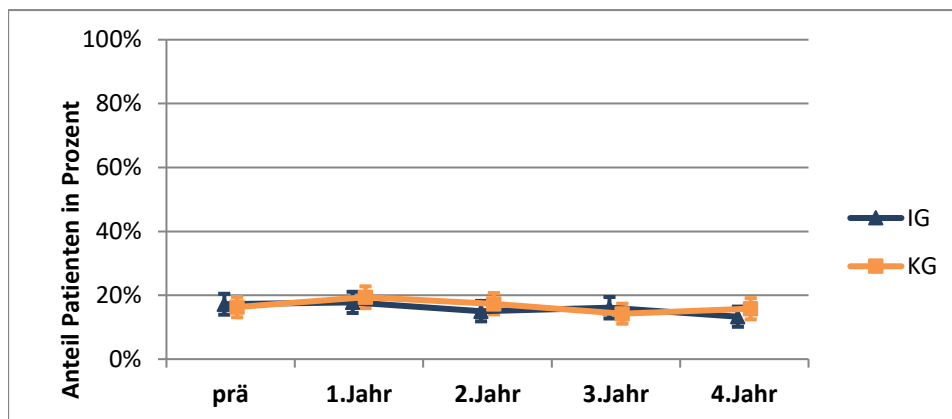
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

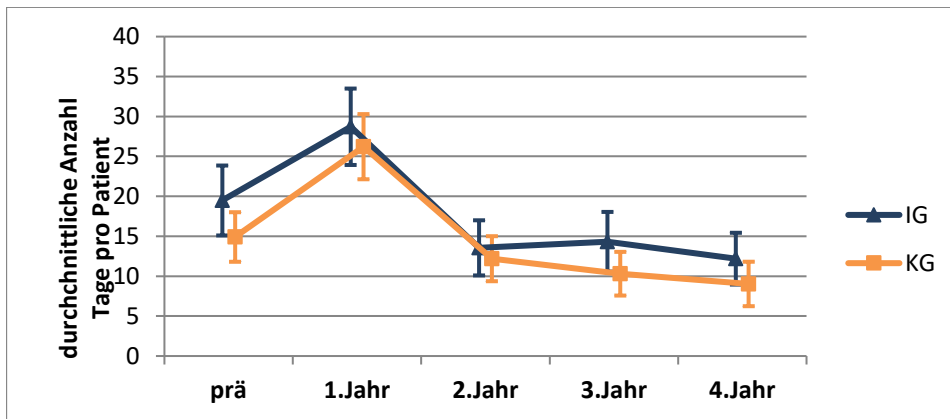


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

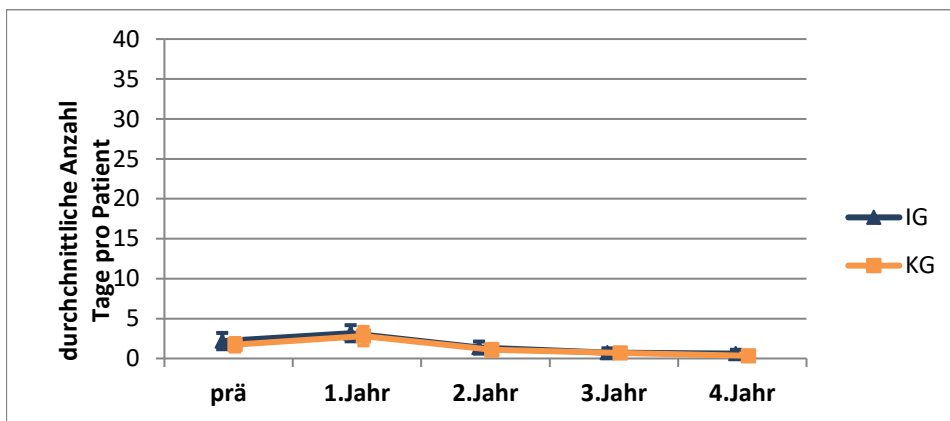


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

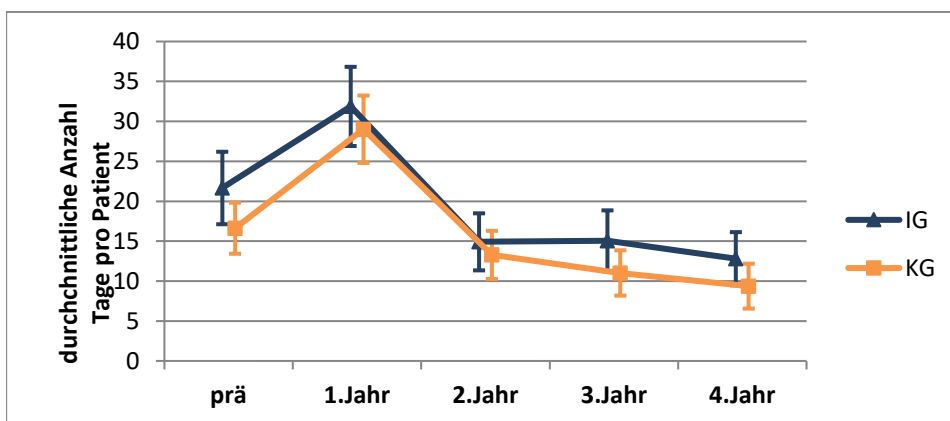
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



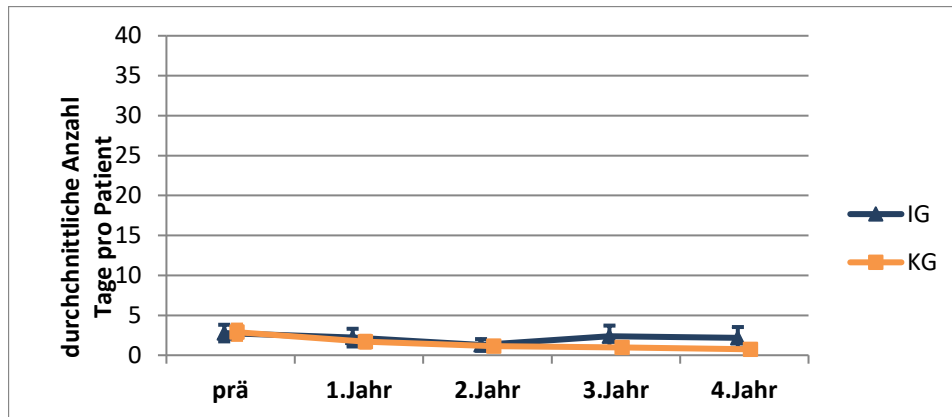
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

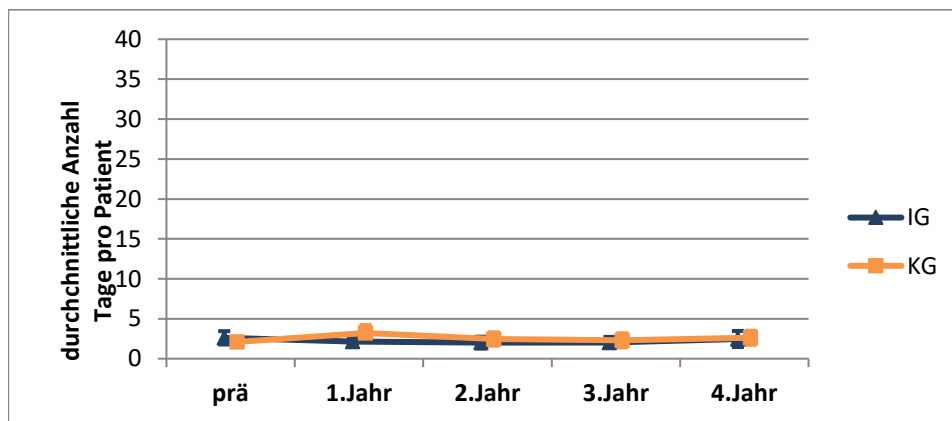


Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,27 0,92...1,75	2,49** 1,28...4,84	3,83** 1,35...6,31	2,19*** 1,13...3,25
DID Jahr 2	1,14 0,80...1,64	1,33 0,62...2,85	0,10 -2,38...2,58	-0,05 -1,11...1,01
DID Jahr 3	0,94 0,65...1,37	1,42 0,61...3,27	0,16 -2,32...2,64	-0,10 -1,16...0,96
DID Jahr 4	0,82 0,56...1,20	1,69 0,68...4,18	-0,30 -2,78...2,18	0,18 -0,88...1,24
DID Jahr 1-4	—	—	0,95 -1,09...2,98	0,56 -0,31...1,42

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,06 0,70...1,61	0,92 0,43...1,98	-2,08 -8,57...4,42	-0,11 -1,63...1,42
DID Jahr 2	0,95 0,61...1,49	0,74 0,28...1,92	-3,62 -10,11...2,88	-0,23 -1,75...1,29
DID Jahr 3	1,38 0,88...2,17	0,78 0,27...2,29	-1,27 -7,76...5,23	-0,45 -1,98...1,07
DID Jahr 4	1,27 0,80...2,02	1,17 0,31...4,41	-2,10 -8,59...4,39	-0,24 -1,76...1,29
DID Jahr 1-4	—	—	-2,26 -7,47...2,94	-0,26 -1,47...0,95

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

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

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

Tabelle 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)	5.736	5.736	5.735	5.735
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	6,7 %	55,6 %	7,1 %	48,5 %
	0,8 %	18,9 %	0,7 %	13,6 %
	7,1 %	66,5 %	7,5 %	57,1 %
	2,6 %	2,9 %	1,8 %	3,6 %
	13,9 %	15,6 %	13,7 %	14,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,1	24,7	2,0	19,4
	0,3	7,5	0,3	6,6
	2,4	32,2	2,3	26,0
	0,3	0,5	0,4	1,0
	1,9	2,1	2,1	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

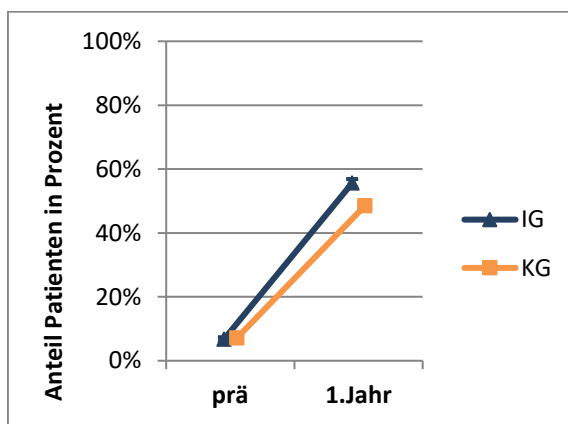
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

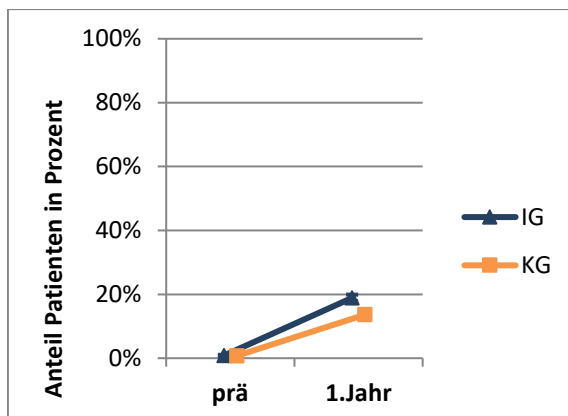
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

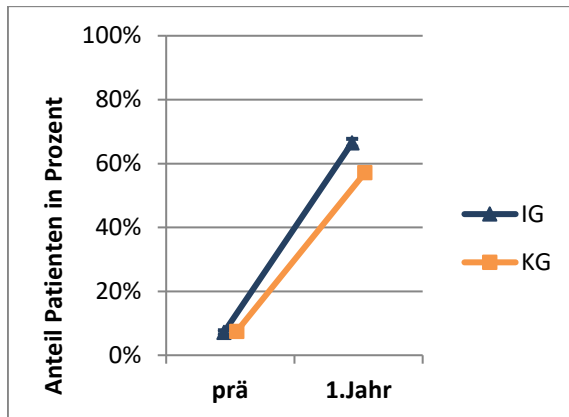
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



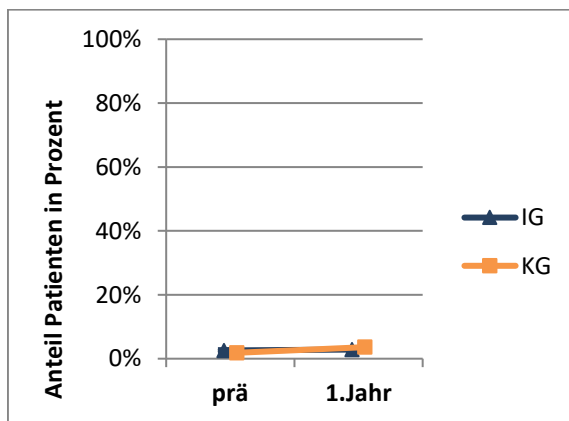
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



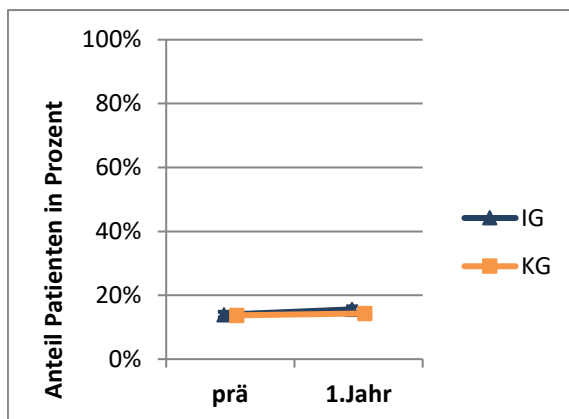
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

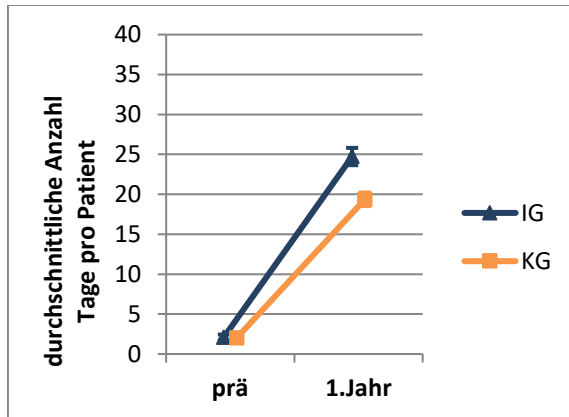


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

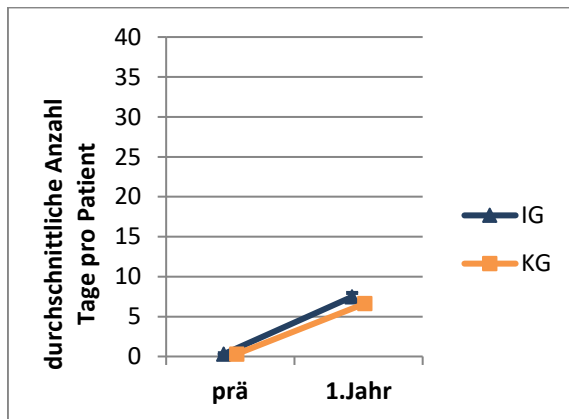


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

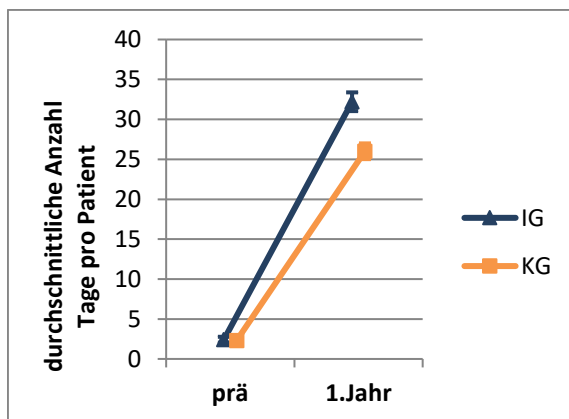
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



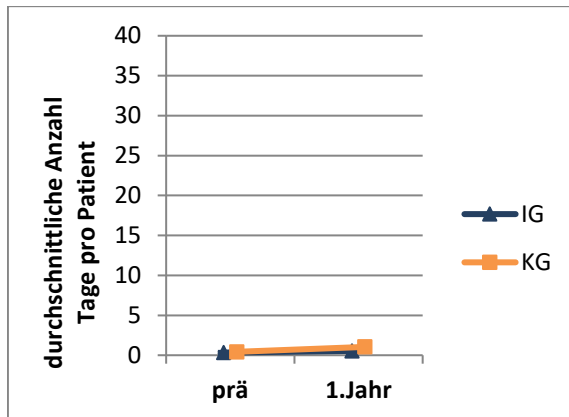
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



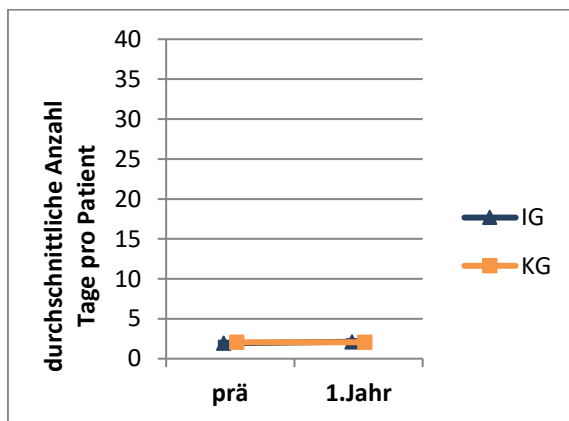
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



- 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)	4.366	4.366	4.102	4.366	4.366	4.109
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,0 %	55,4 %	12,9 %	7,3 %	48,7 %	11,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,8 %	19,7 %	2,8 %	0,7 %	14,1 %	2,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,4 %	66,5 %	14,4 %	7,6 %	57,5 %	13,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,5 %	2,9 %	1,5 %	2,0 %	3,5 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,1 %	15,4 %	11,4 %	14,0 %	14,5 %	11,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,2	25,5	5,9	2,2	19,5	5,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,3	7,7	0,9	0,3	6,8	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,5	33,2	6,8	2,5	26,3	6,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,5	0,3	0,5	1,1	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	2,0	1,5	2,0	2,1	1,4

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

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

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

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

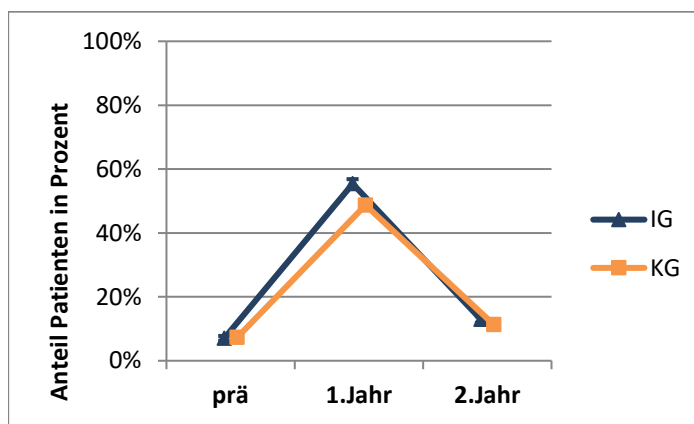
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

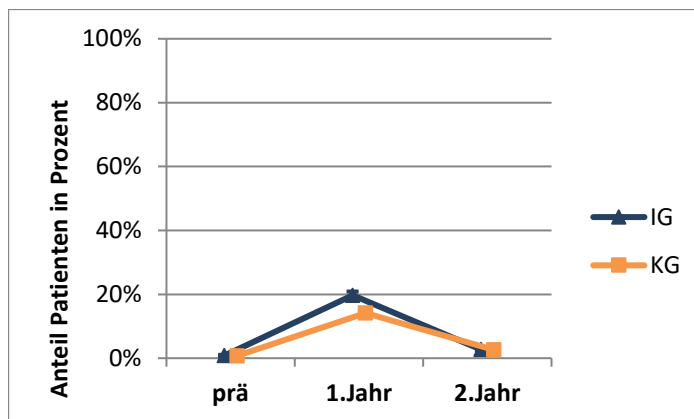
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

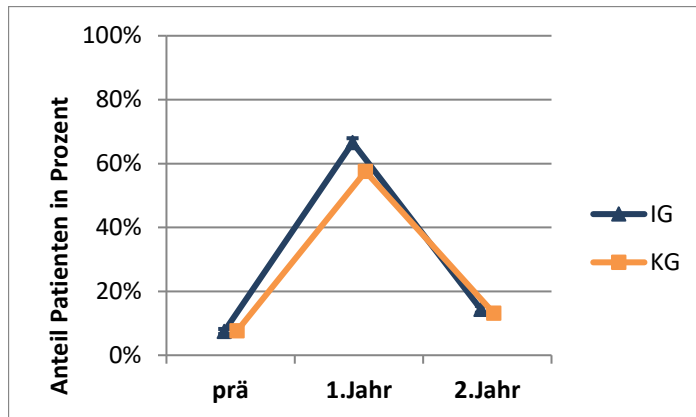
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



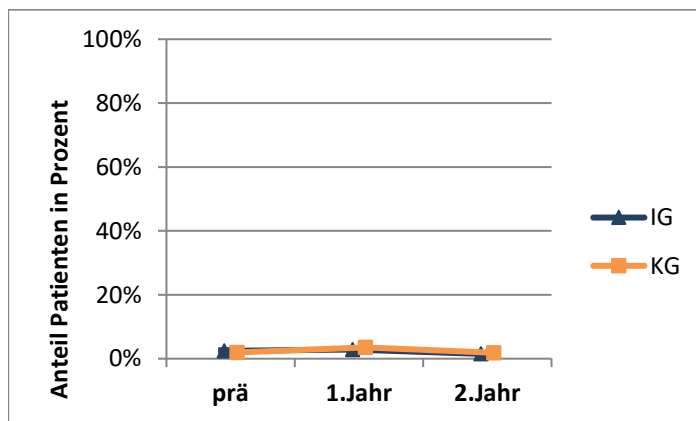
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



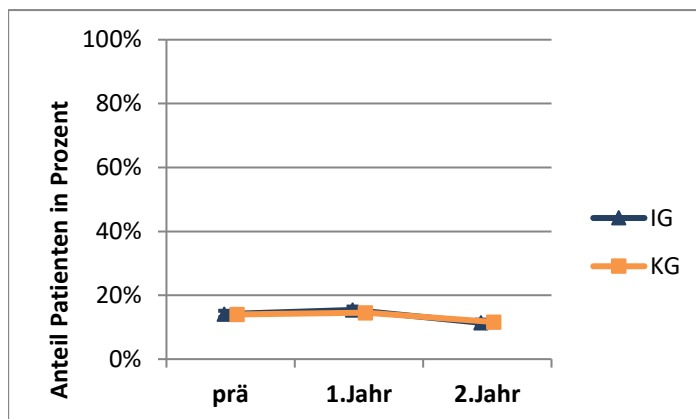
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

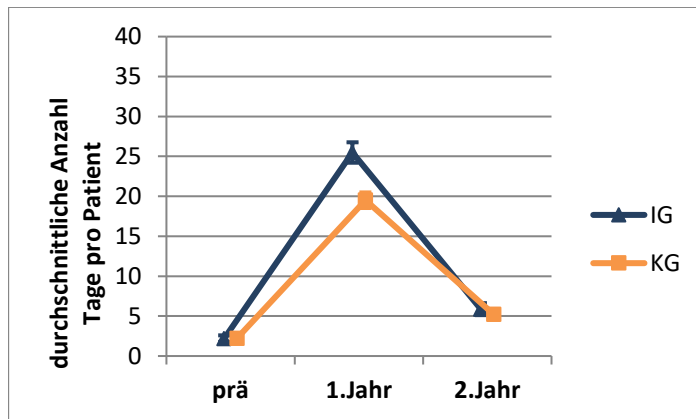


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

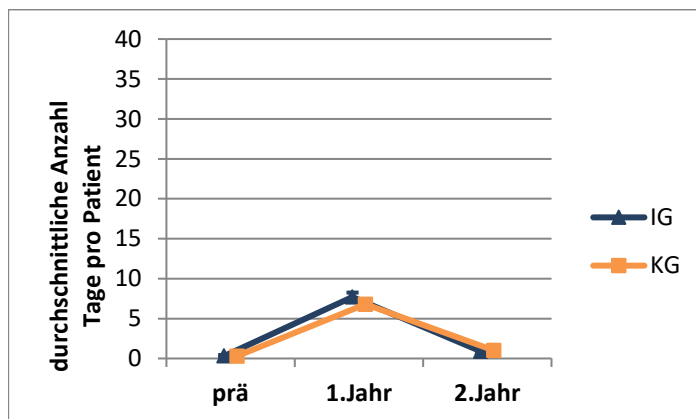


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

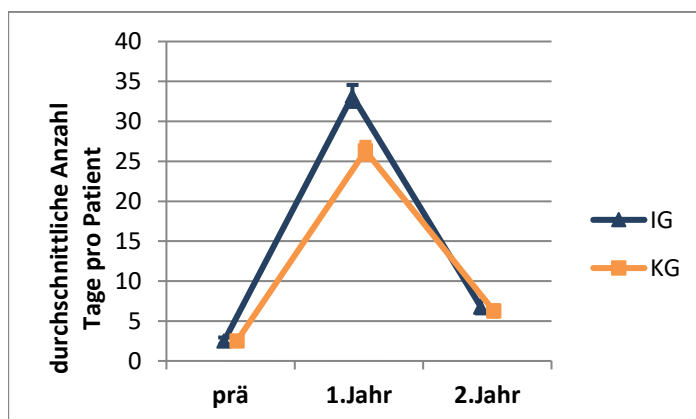
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



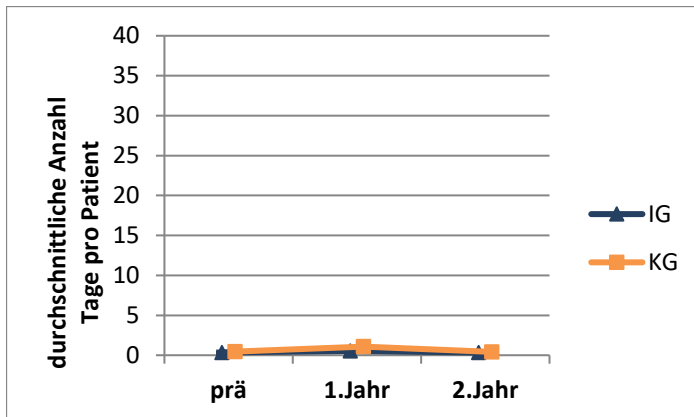
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

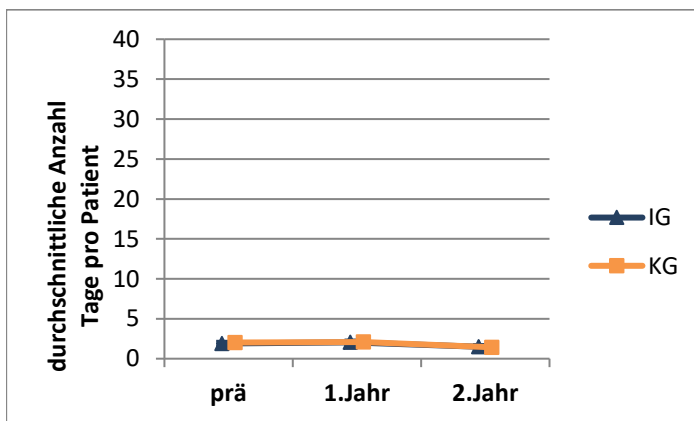


Tabelle 15: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,36** 1,11...1,67	1,43 0,87...2,35	6,02*** 4,50...7,54	0,88* 0,18...1,59
DID Jahr 2	1,22 0,97...1,53	0,96 0,55...1,66	0,63 -0,89...2,15	-0,15 -0,86...0,56

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	2.932	2.932	2.742	2.622	2.922	2.922	2.744	2.633
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,2 %	55,5 %	13,2 %	10,4 %	7,8 %	49,0 %	12,3 %	10,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,8 %	20,7 %	2,9 %	1,7 %	1,0 %	13,6 %	2,7 %	1,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,5 %	67,2 %	14,8 %	11,3 %	8,2 %	57,3 %	14,0 %	11,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,4 %	2,8 %	1,6 %	1,5 %	2,2 %	3,9 %	2,2 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,6 %	15,2 %	11,7 %	10,2 %	14,3 %	15,4 %	12,4 %	10,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,2	25,9	6,0	5,4	2,3	19,3	5,6	4,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,3	8,2	0,9	0,5	0,4	6,7	1,1	0,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,5	34,1	6,9	6,0	2,7	26,0	6,7	5,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,6	0,4	0,3	0,5	1,1	0,5	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	2,0	1,6	1,3	2,1	2,1	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)	671	671	629	606	673	673	641	615
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	26,4 %	50,7 %	23,4 %	23,9 %	26,4 %	46,4 %	23,9 %	19,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	5,4 %	10,9 %	3,5 %	2,3 %	2,8 %	8,3 %	2,7 %	1,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	28,3 %	55,6 %	25,0 %	24,8 %	28,2 %	51,3 %	24,6 %	20,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	11,9 %	8,0 %	7,2 %	7,4 %	9,8 %	7,7 %	4,5 %	4,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	16,1 %	18,5 %	15,3 %	15,3 %	15,8 %	19,6 %	16,2 %	14,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	16,1	28,0	12,7	12,9	12,1	23,9	11,6	9,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,7	3,6	1,2	0,7	1,3	3,5	1,1	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	17,8	31,6	14,0	13,7	13,4	27,4	12,8	9,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	3,1	2,1	1,6	2,4	3,3	2,0	1,1	1,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,6	2,3	2,0	2,1	2,2	3,2	2,3	2,3

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).

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

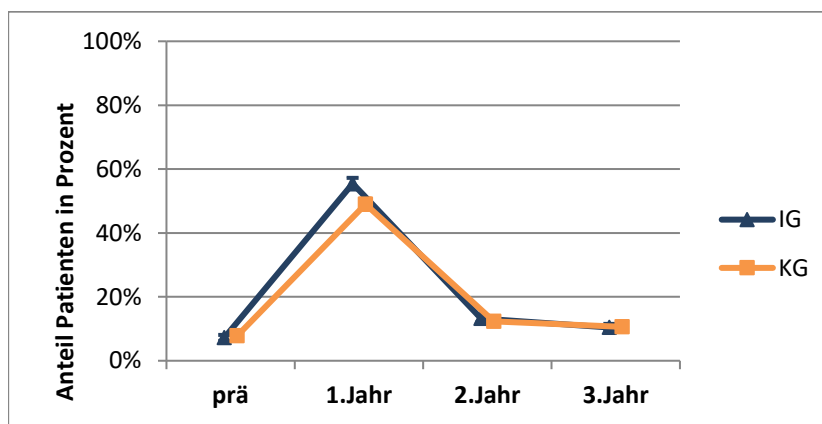
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

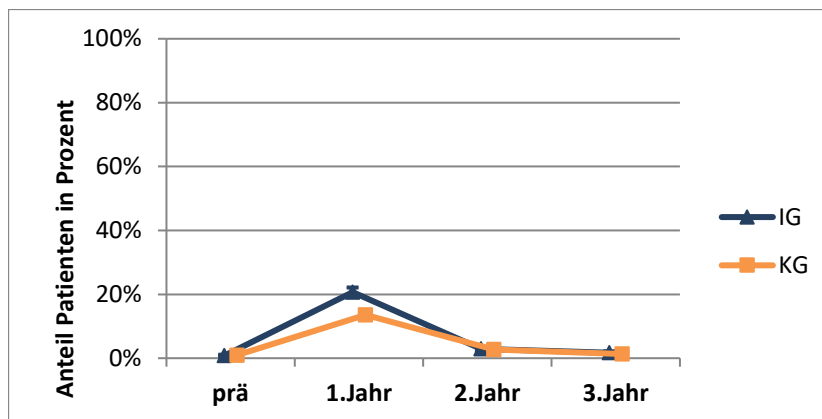
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

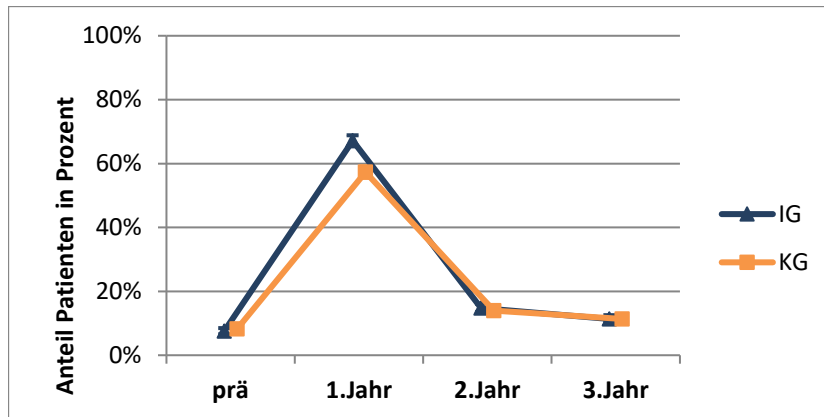
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



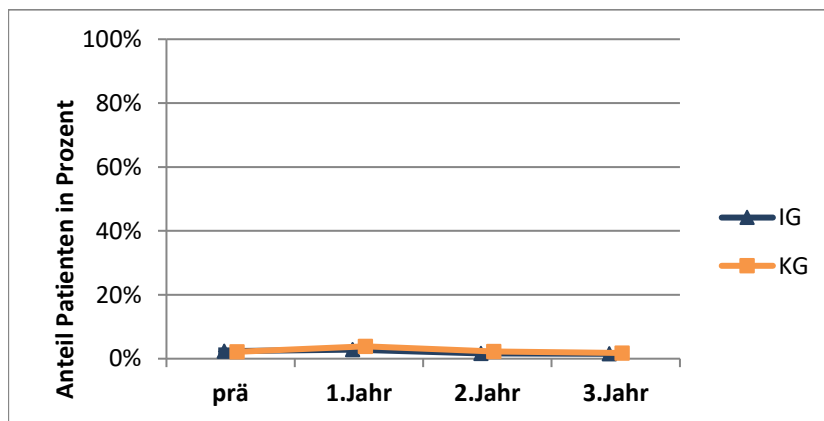
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



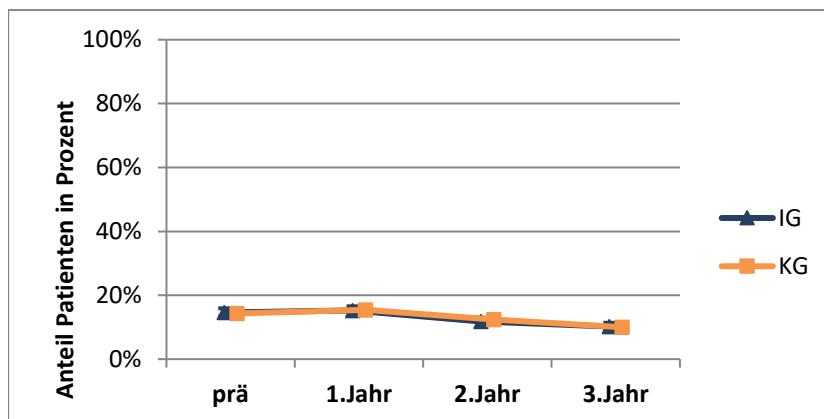
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

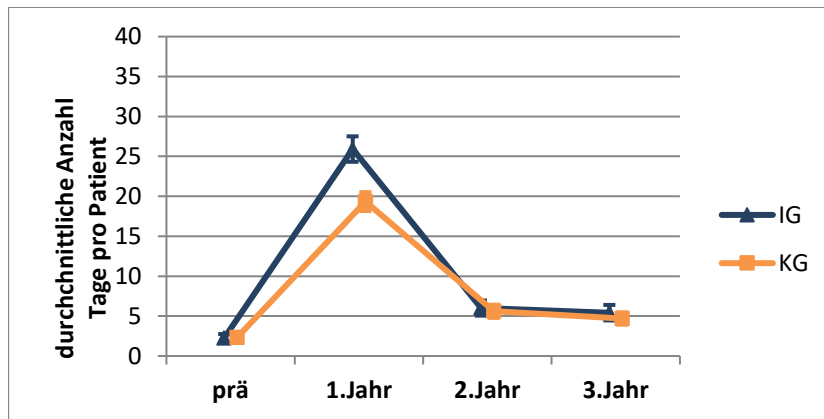


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

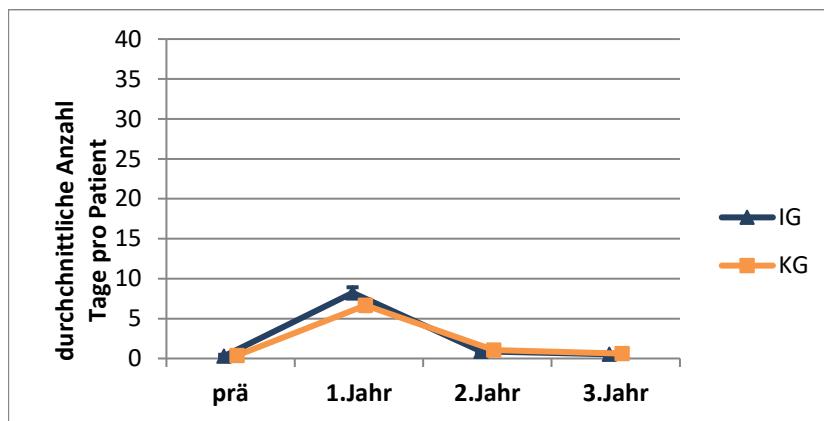


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

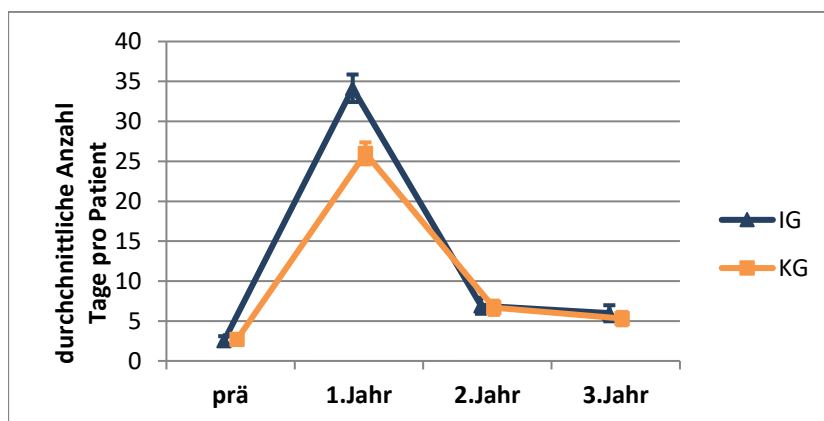
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



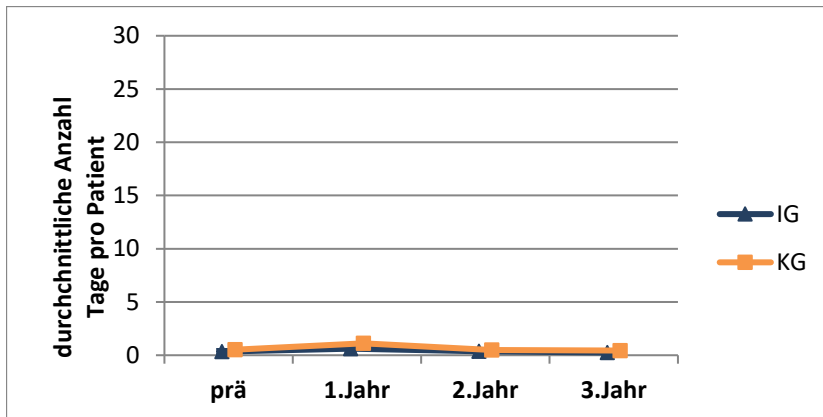
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



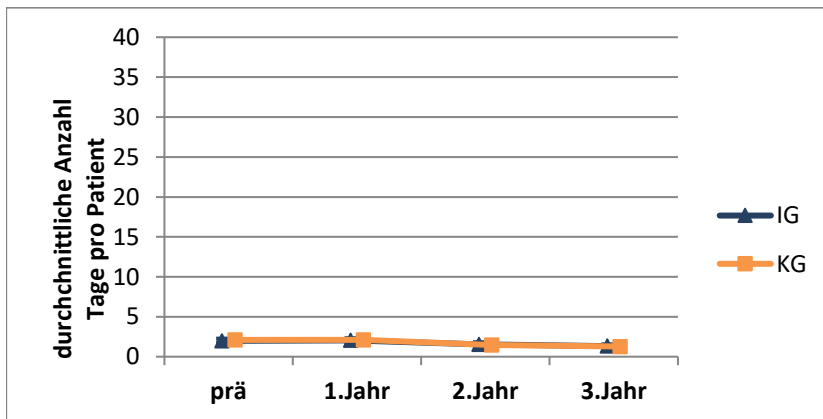
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

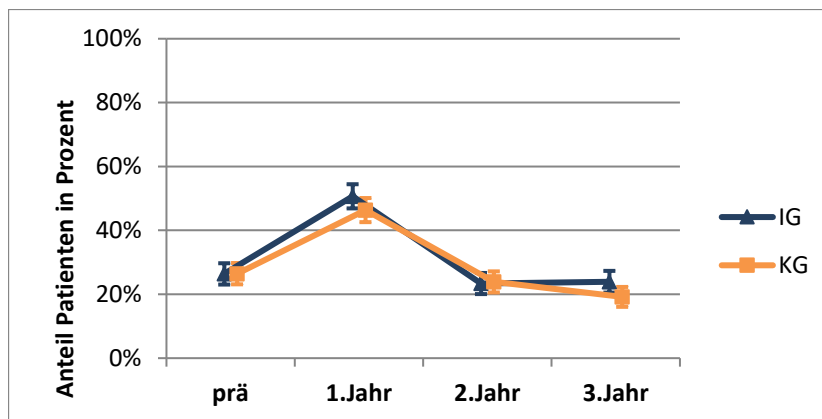
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

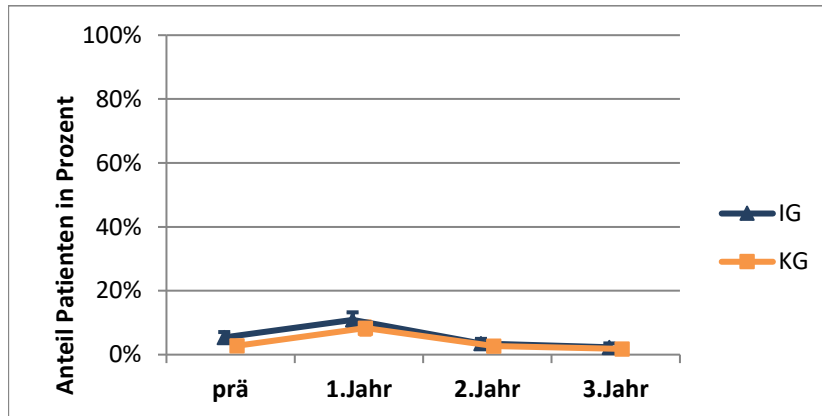
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

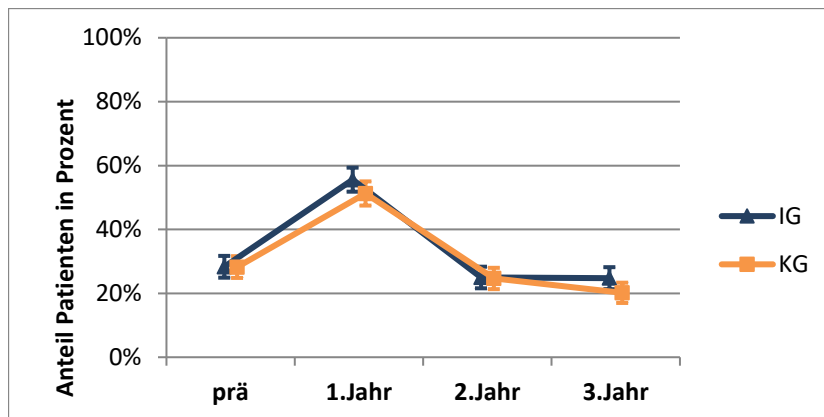
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



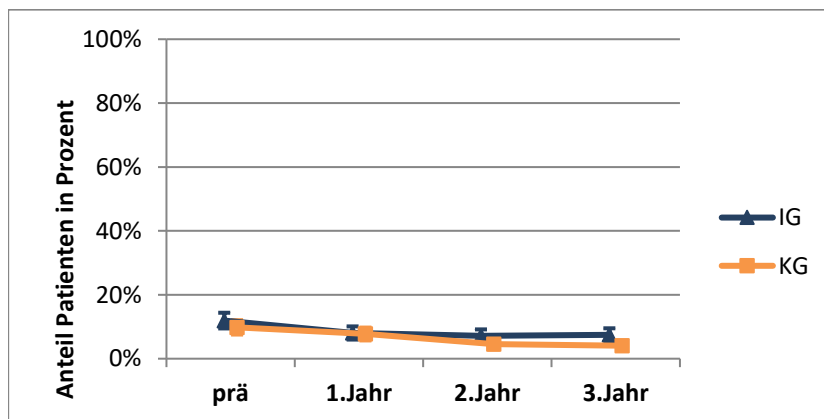
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



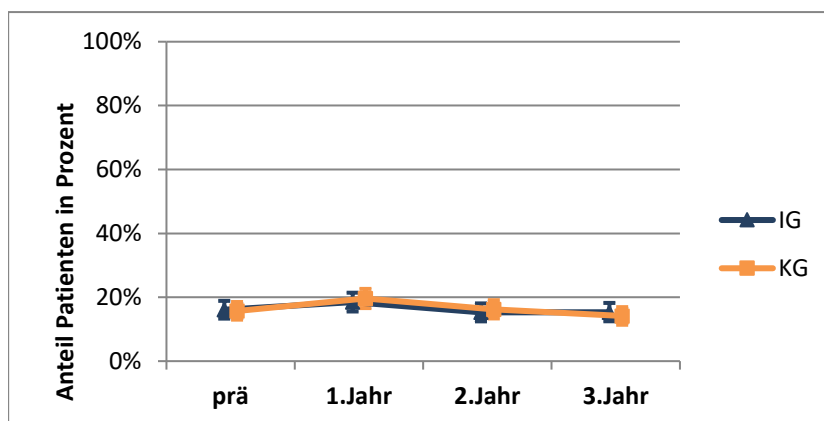
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

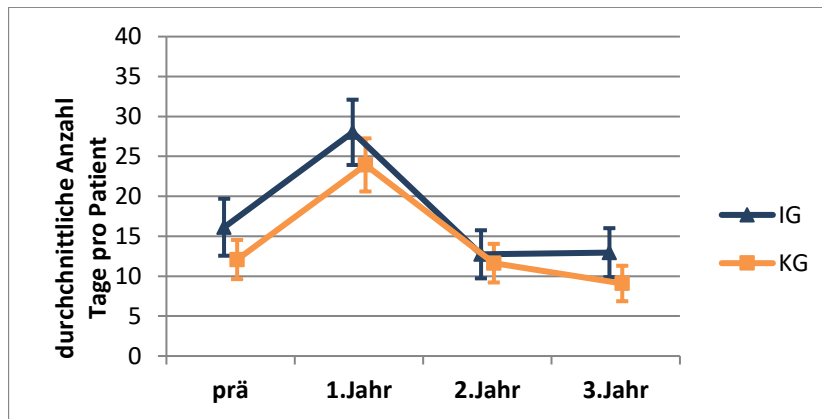


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

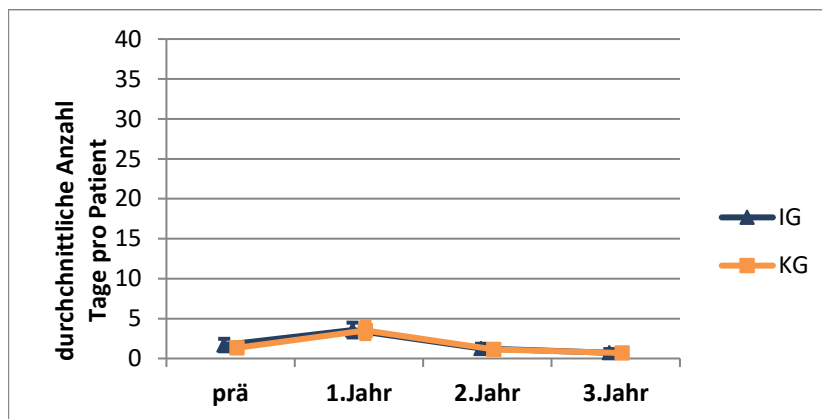


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

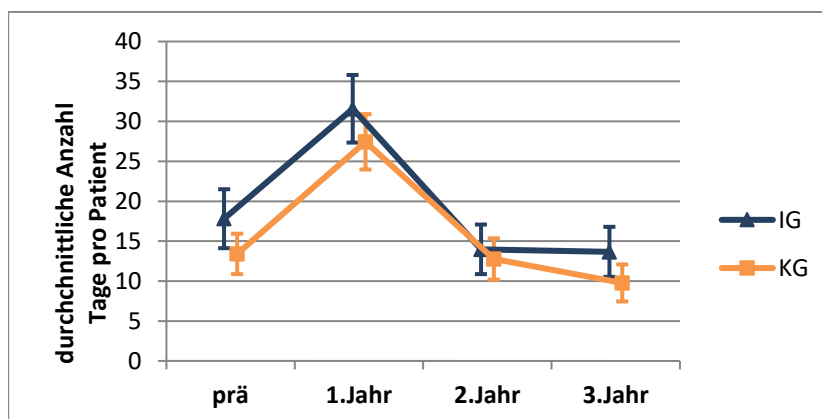
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



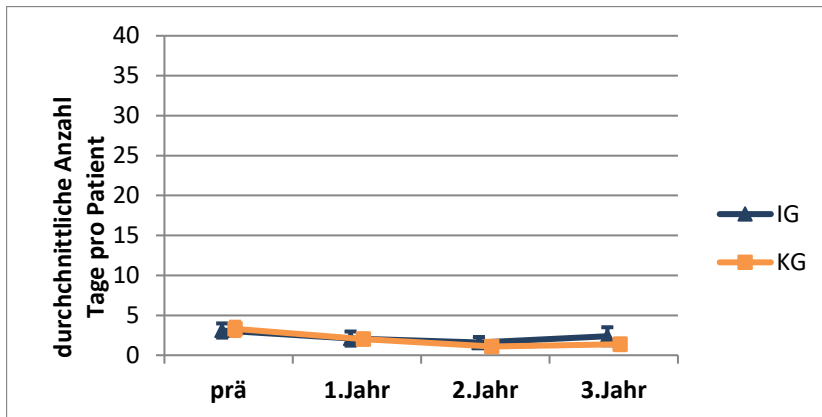
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



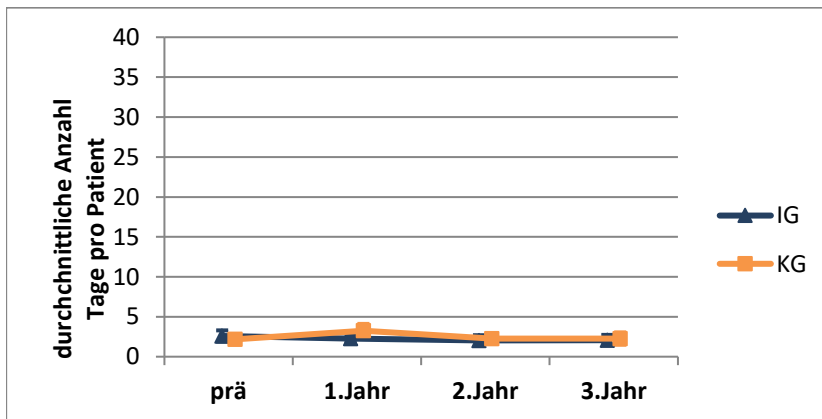
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



- 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 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG stets eine vergleichbare Anzahl durchschnittlicher **PIA**-Kontakte (prä: +0,0; 1. Jahr: +0,4; 2. Jahr: +0,1; 3. Jahr: +0,0; 4. Jahr: -0,1 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten war die PIA-Inanspruchnahme ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Diese Unterschiede war im ersten und dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD Jahr 1 = 1,5; DiD Jahr 3 = +1,4 Kontakte).

Bei der ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war die Inanspruchnahme in der IG stets größer als in der KG (prä: +0,8; 1. Jahr: +2,1; 2. Jahr: +1,8; 3. Jahr: +1,5; 4. Jahr: +1,5 Kontakte). Zudem war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = +1,3 Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten war die Inanspruchnahme in der IG bis zum dritten Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG (prä: -2,0; 1. Jahr: -2,4; 2. Jahr: -1,9; 3. Jahr: -1,5; 4. Jahr: +0,9 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +6,1 Kontakte; KG: +4,2 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas stärkerer an als in der KG (IG: +2,4 Kontakte; KG: +1,8 Kontakte) und war in der in der IG in beiden Jahren stets etwas größer als in der KG (prä: +0,8; 1. Jahr: +1,4 Kontakte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich in der IG, analog zu U2, ein stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = +2,2 Kontakte). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG (prä: +0,8; 1. Jahr: +2,1; 2. Jahr: +0,6 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an, sank danach wieder leicht und war in der IG stets (etwas) größer als in der KG (prä: +0,8; 1. Jahr: +1,5; 2. Jahr: +1,3 ambulante Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wieder. Die **PIA**-Kontakte linikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG stärker als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA auf ein zwischen beiden Gruppen vergleichbarem Niveau wieder. Bei den linikbekannten Patienten war Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG und dieser Unterschied blieb in den zwei folgenden patientenindividuellen Jahren bestehen (prä: +0,0; 1. Jahr: +1,9; 2. Jahr: +1,8; 3. Jahr: +1,6 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu U1, in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall größer als in der KG (prä: +0,6; 1. Jahr: +1,5; 2. Jahr: + 1,3; 3. Jahr: +1,1 Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier hingegen ein vergleichbarer Verlauf mit stets niedrigeren Anzahlen an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -1,0; 1. Jahr: -1,5; 2. Jahr: -1,3; 3. Jahr: -1,0 Kontakte).

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

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	1.501	1.501	1.409	1.351	1.312	1.491	1.491	1.396	1.349	1.309
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.501	1.501	1.409	1.351	1.312	1.491	1.491	1.396	1.349	1.309
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.471	1.475	1.383	1.308	1.260	1.451	1.460	1.358	1.302	1.263
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	5,2	3,2	2,5	2,0	0,3	4,8	3,1	2,5	2,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,9	7,6	6,6	5,6	5,0	4,1	5,5	4,8	4,1	3,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,1	10,3	10,1	9,1	9,2	8,4	10,4	9,2	8,9	8,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,3	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,0	1,3	1,3	1,6	1,6	0,7	0,6	0,8	0,7	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,4	0,8	0,7	0,8	1,0	0,5	0,7	0,8	0,4	0,8

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	10,3	15,4	13,3	12,8	12,2	9,6	12,2	11,0	10,1	9,9
---	------	------	------	------	------	-----	------	------	------	-----

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

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)	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	494	490	459	447	428	500	501	484	469	445
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	2,2	7,4	5,6	5,5	4,2	2,1	5,8	4,1	3,7	3,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	6,5	5,4	4,7	4,9	6,7	8,5	7,7	6,6	6,3	5,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,0	14,0	14,1	15,3	14,9	13,0	13,1	12,9	12,8	12,5

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,2	1,3	1,6	0,7	0,0	0,2	1,2	0,6	1,1	1,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	3,6	3,9	5,5	5,7	4,0	2,7	1,7	2,1	1,2	1,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,7	0,9	0,7	0,9	0,3	0,5	0,9	0,6	0,7
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	16,5	20,2	11,2	8,0	6,7	10,0	11,1	9,7	10,3	9,4

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

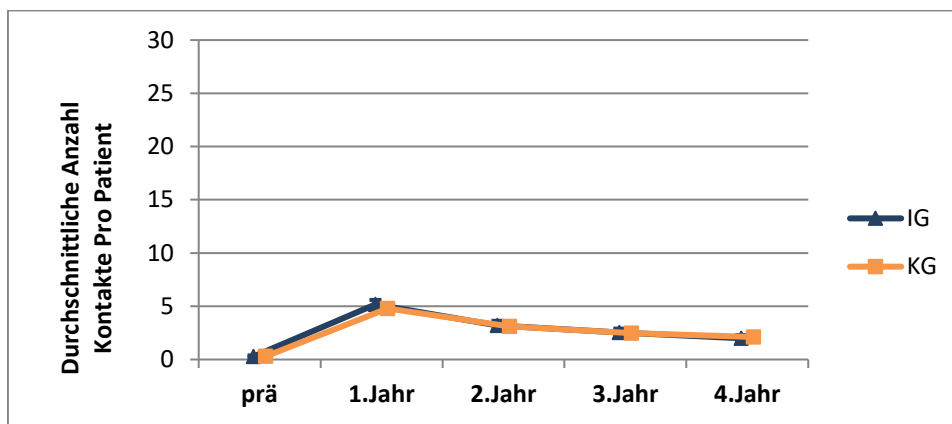
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

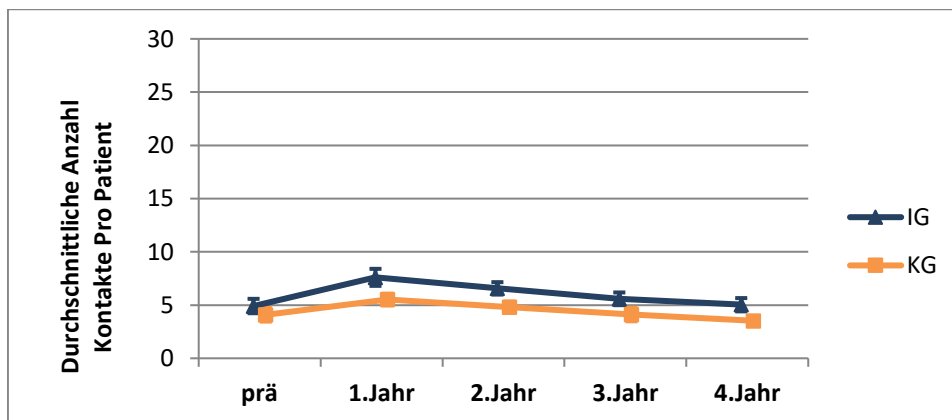
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

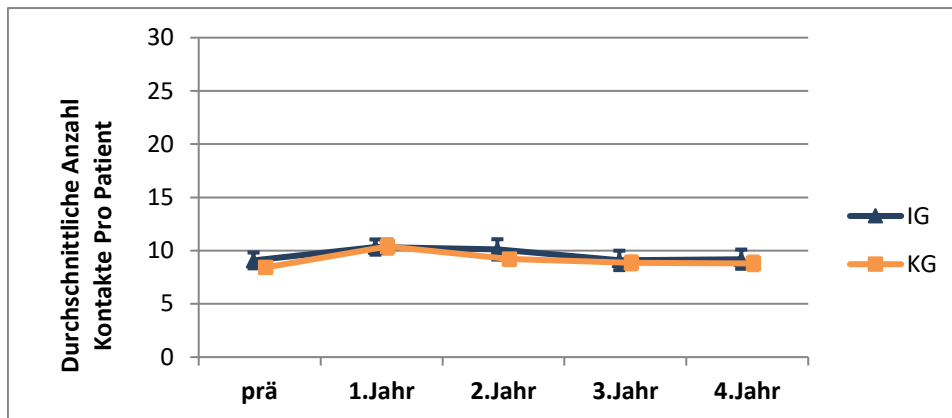
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

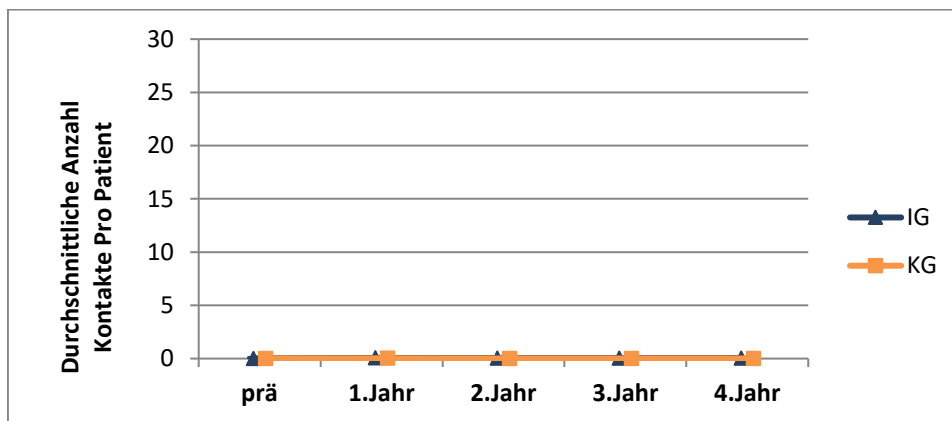


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

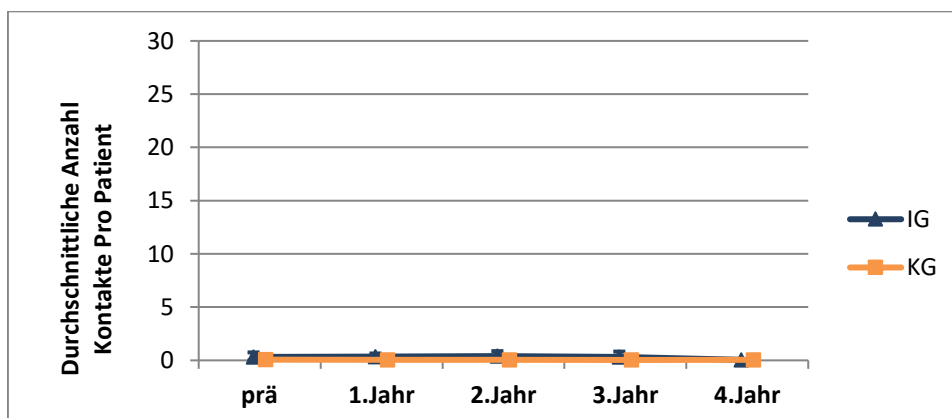


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

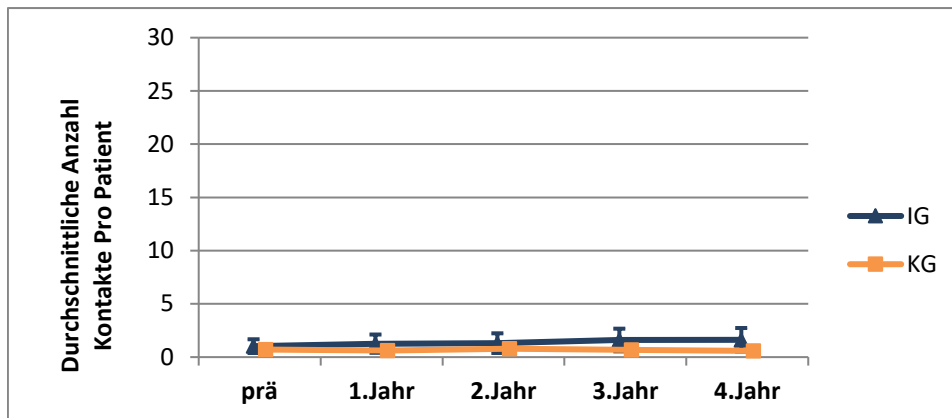
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

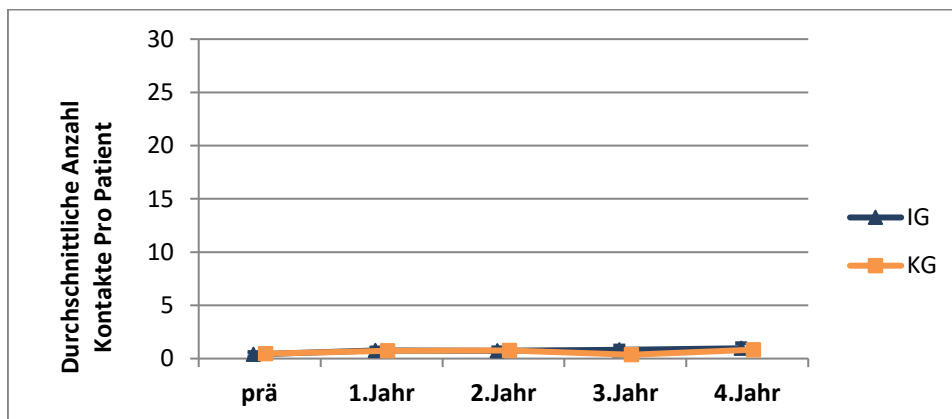


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

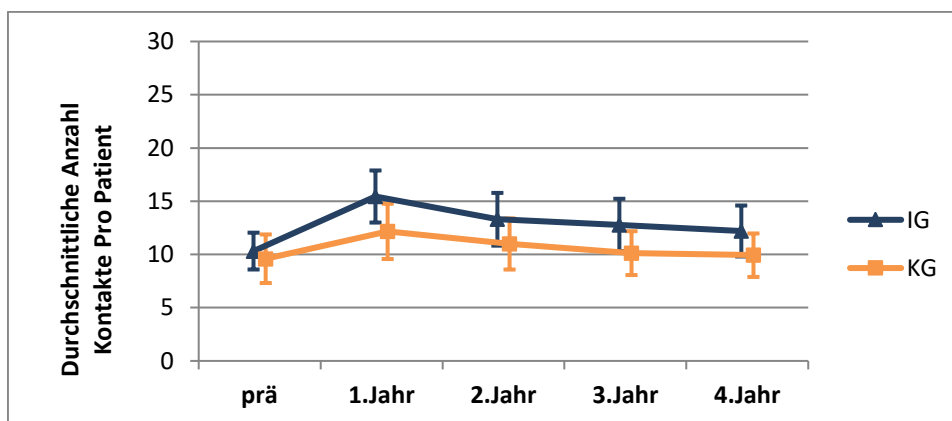


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



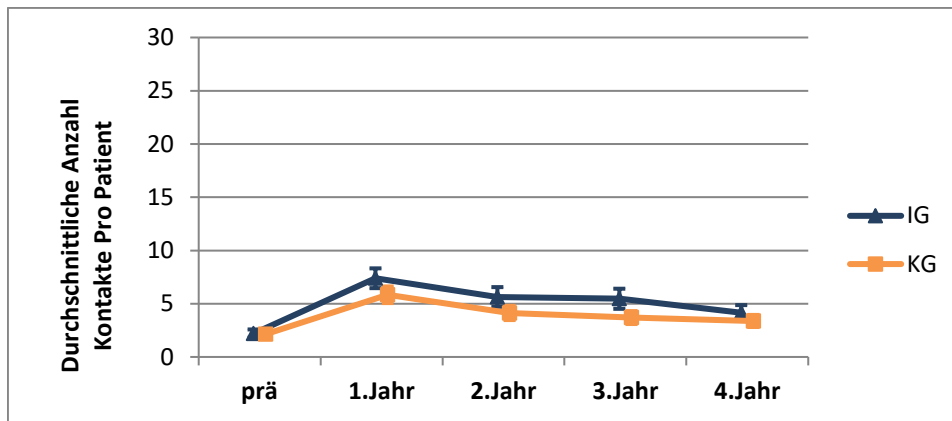
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

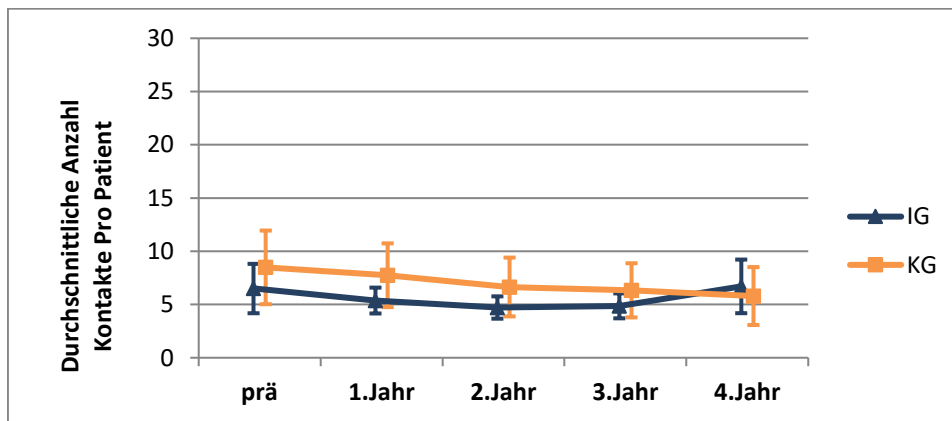
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

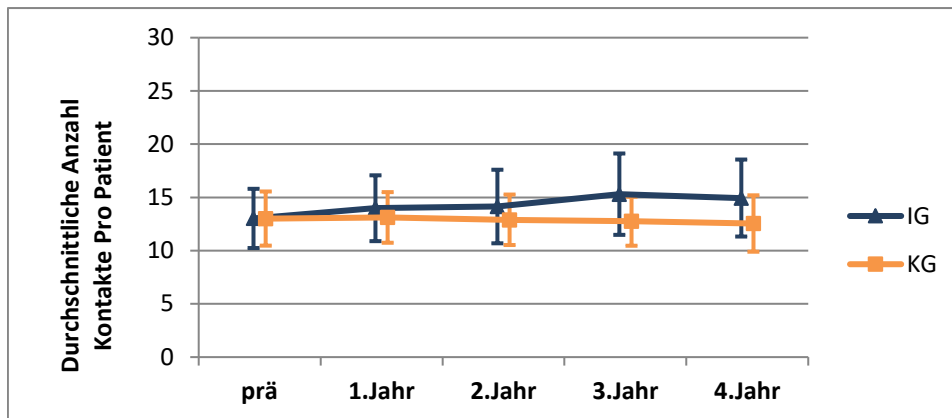
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

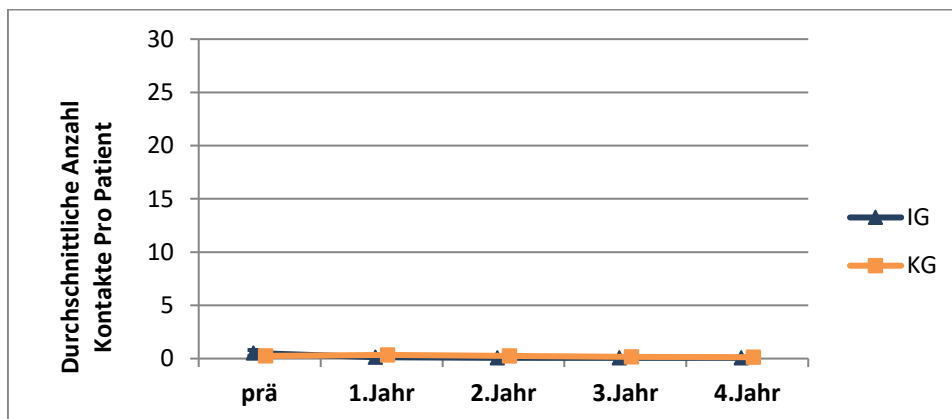


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

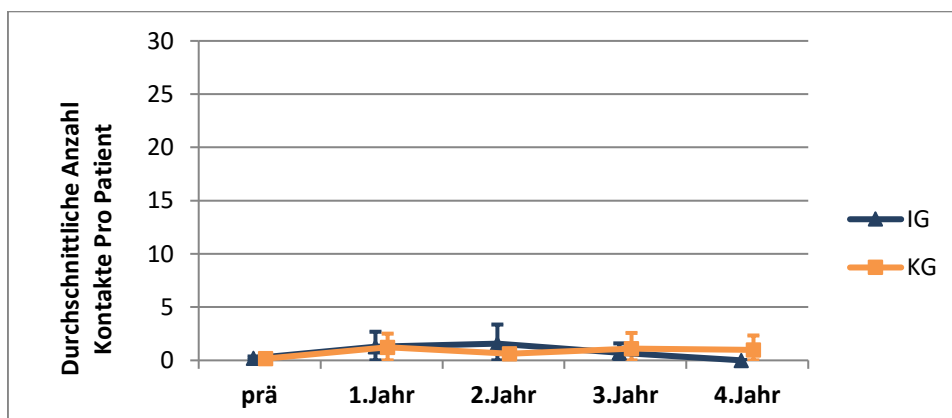


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

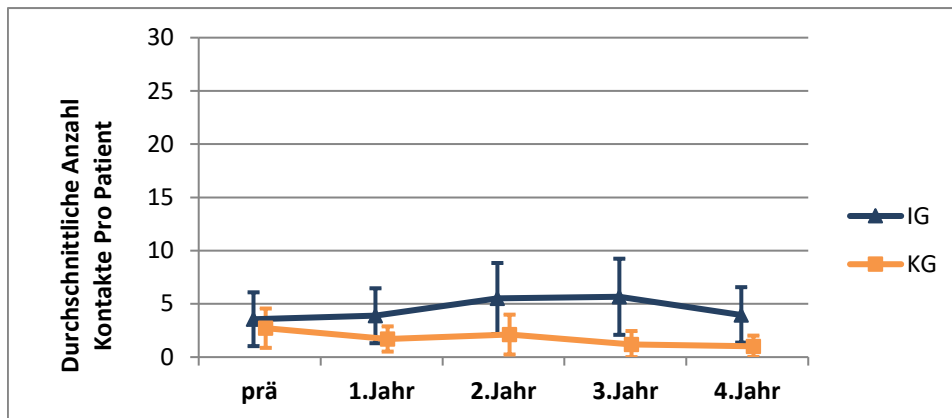
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

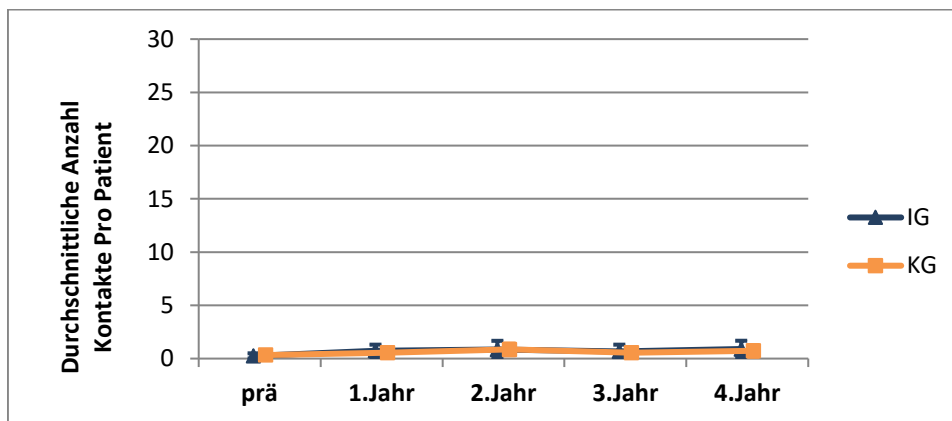


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

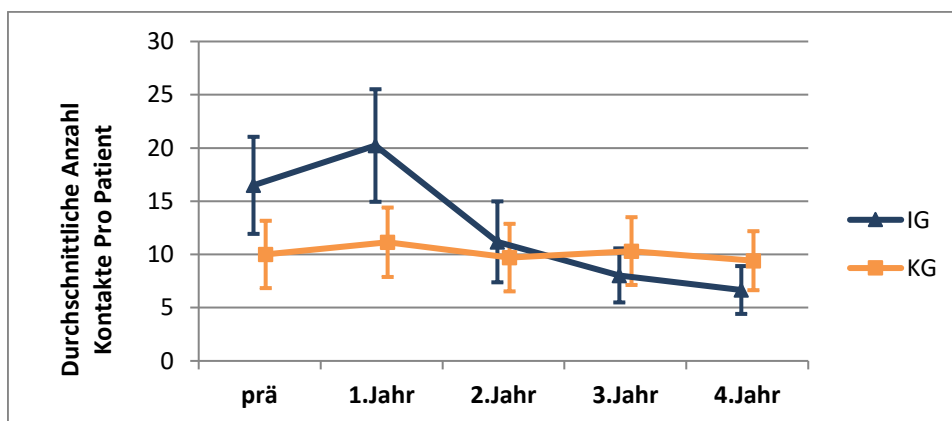


Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertragsarzt
DID Jahr 1	0,40 -0,21...1,01	1,27* 0,14...2,39	-0,72 -2,05...0,62
DID Jahr 2	0,13 -0,49...0,74	0,84 -0,28...1,97	0,20 -1,13...1,54
DID Jahr 3	0,05 -0,56...0,66	0,49 -0,63...1,62	-0,49 -1,83...0,84
DID Jahr 4	-0,09 -0,71...0,52	0,49 -0,64...1,61	-0,35 -1,68...0,99

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertragsarzt
DID Jahr 1	1,49* 0,17...2,82	-0,39 -4,97...4,20	0,85 -4,61...6,31
DID Jahr 2	1,24 -0,09...2,56	0,02 -4,57...4,60	0,82 -4,64...6,28
DID Jahr 3	1,42* 0,10...2,75	0,50 -4,08...5,09	1,92 -3,55...7,38
DID Jahr 4	0,51 -0,82...1,83	2,60 -1,99...7,19	1,66 -3,80...7,12

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

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

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

Tabelle 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)	5.736	5.736	5.735	5.735
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	5.736	5.736	5.735	5.735
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	5.585	5.628	5.600	5.617
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	6,3	0,3	4,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,6	7,0	3,8	5,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	8,8	10,3	8,5	10,0
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)	0,4	0,4	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,8	0,7	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,8	0,4	0,5
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,3	13,2	8,0	9,5

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

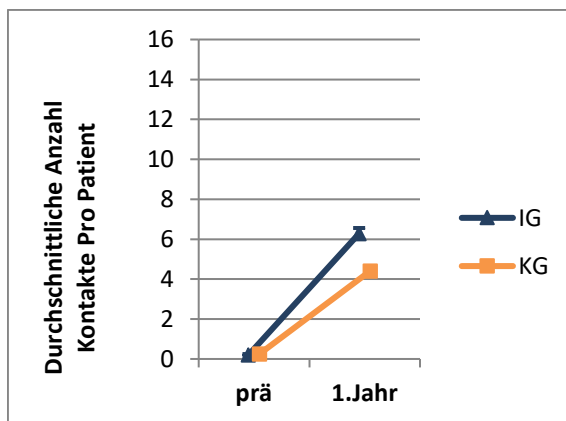
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

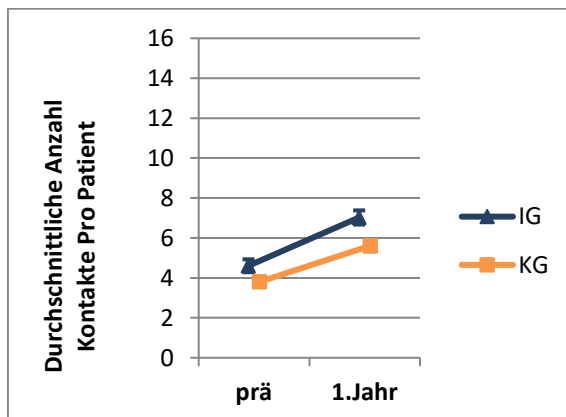
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

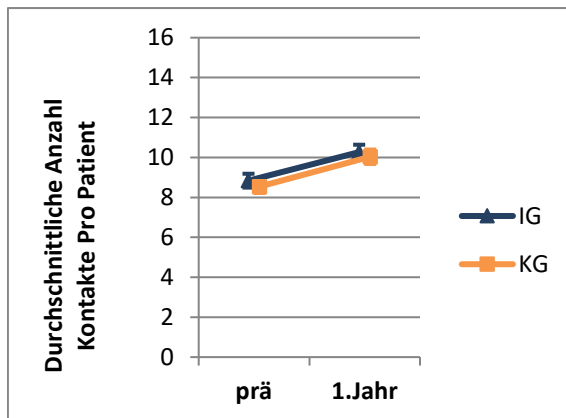
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

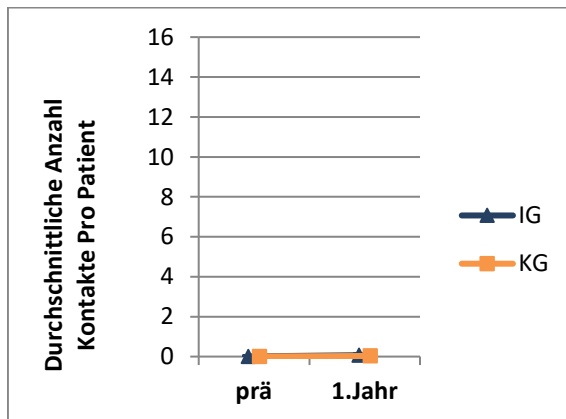


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

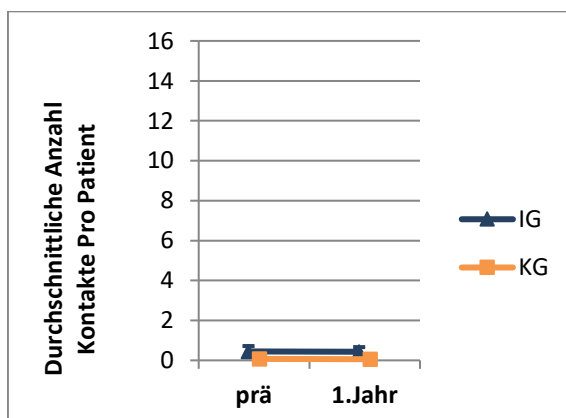


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

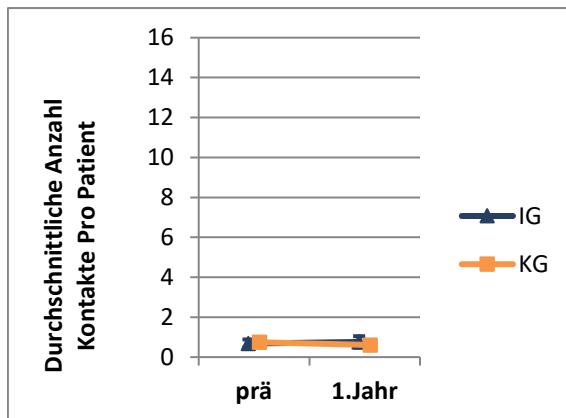
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

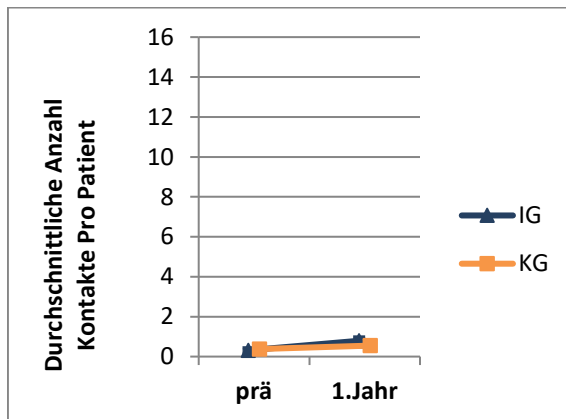


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

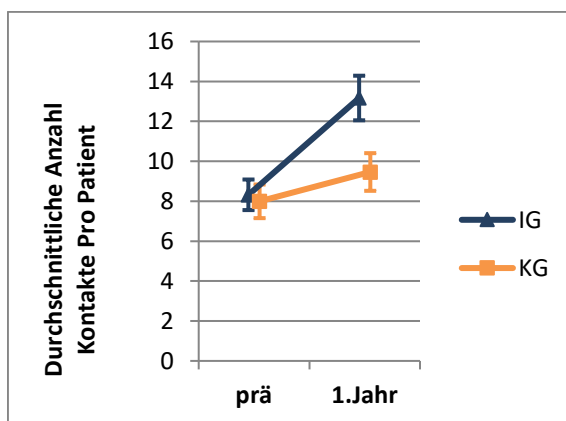


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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)	4.366	4.366	4.102	4.366	4.366	4.109
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	4.366	4.366	4.102	4.366	4.366	4.109
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	4.256	4.288	3.985	4.255	4.273	3.994
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	6,6	3,2	0,3	4,4	2,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,6	7,0	6,2	3,8	5,5	4,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	8,9	10,3	9,5	8,6	10,3	9,3
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)	0,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,4	0,6	0,9	0,4	0,6	0,6

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	9,0	13,8	12,6	8,3	10,1	9,3
---	-----	------	------	-----	------	-----

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

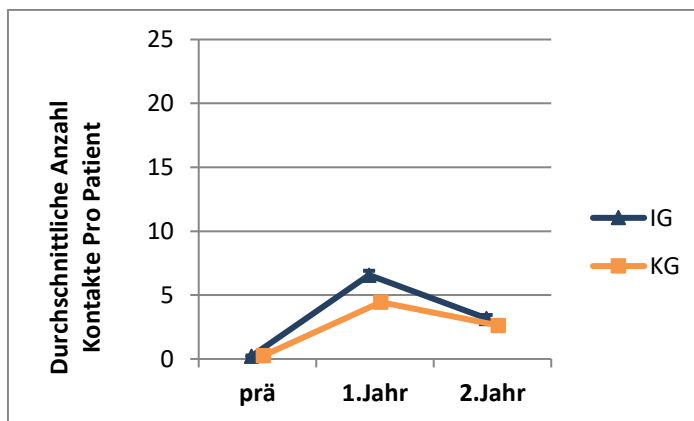
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

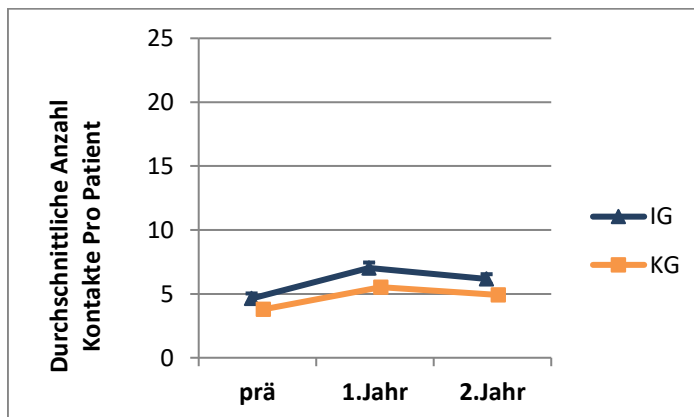
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

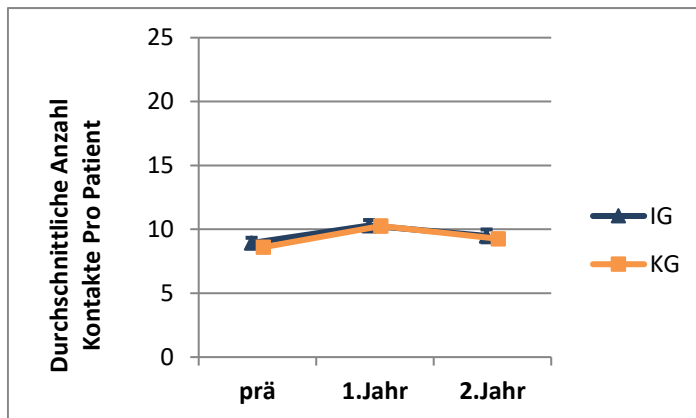
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

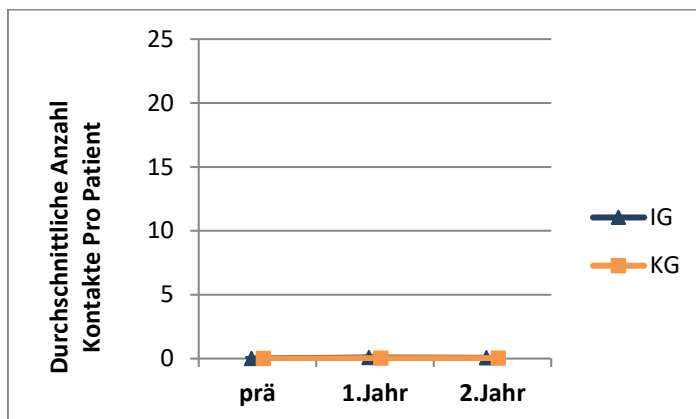


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

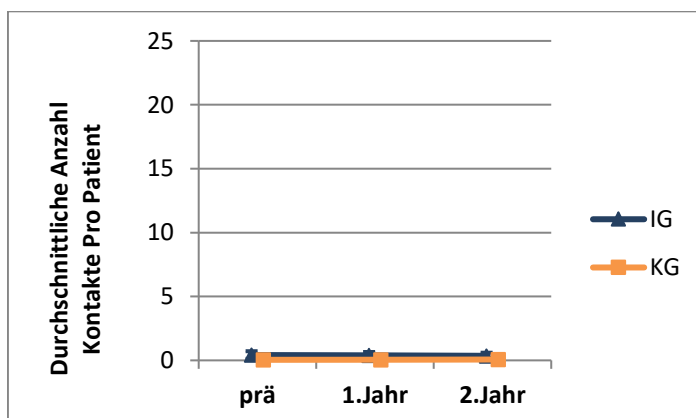


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

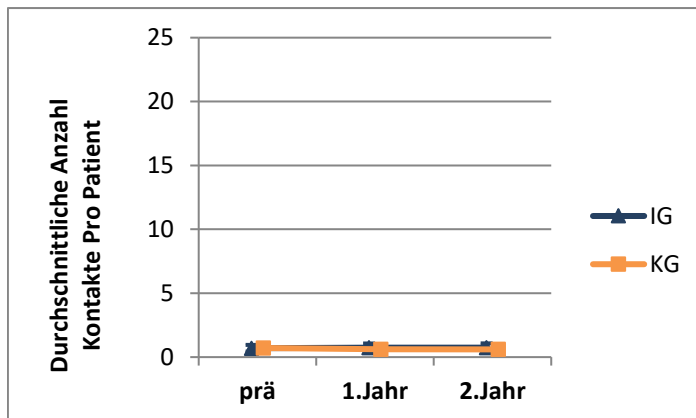
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

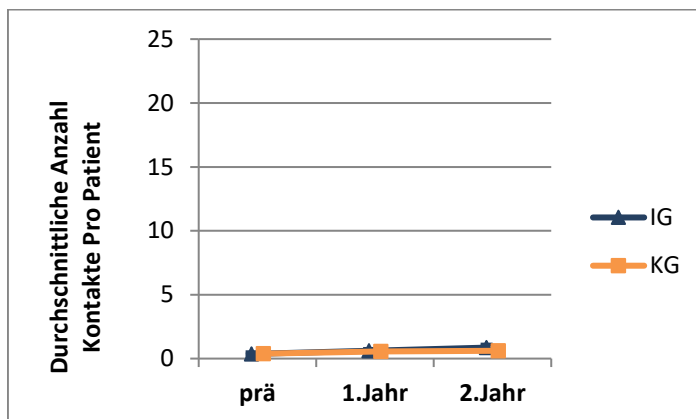


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

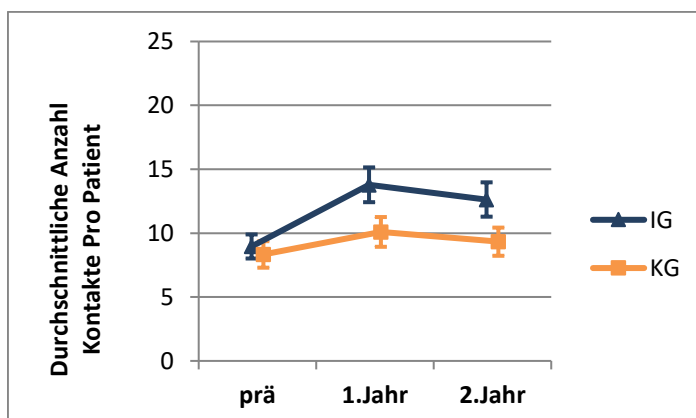


Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertragsarzt
DID Jahr 1	2,16*** 1,76...2,56	0,66 -0,01...1,32	-0,29 -1,08...0,50
DID Jahr 2	0,56** 0,17...0,96	0,33 -0,34...0,99	-0,13 -0,92...0,67

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

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

U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung
Tabelle 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)	2.932	2.932	2.742	2.622	2.922	2.922	2.744	2.633
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	2.932	2.932	2.742	2.622	2.922	2.922	2.744	2.633
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.854	2.882	2.671	2.532	2.845	2.860	2.669	2.529
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	6,0	3,3	2,5	0,3	4,6	2,9	2,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,5	6,9	6,1	5,2	3,9	5,4	4,8	4,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,2	10,5	9,8	9,1	8,7	10,6	9,3	9,2
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	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,5	0,5	0,5	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	1,0	1,0	1,0	0,8	0,6	0,6	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,5	0,7	0,8	1,4	0,4	0,7	0,7	0,5

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	9,9	14,6	13,2	12,8	8,5	10,7	9,9	9,2
---	-----	------	------	------	-----	------	-----	-----

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)	671	671	629	606	673	673	641	615
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	671	671	629	606	673	673	641	615
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	649	644	602	587	656	656	624	601
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,8	7,5	5,6	5,0	1,8	5,6	3,8	3,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	6,6	5,8	5,3	5,5	7,6	7,4	6,6	6,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	12,8	13,3	13,5	14,4	12,6	12,7	12,3	12,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

<ul style="list-style-type: none"> • in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	0,9	0,3	0,1	0,1	0,4	0,3	0,3	0,2
<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,2	1,0	1,3	0,6	0,4	1,3	0,5	0,9
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	3,1	3,2	4,7	4,6	2,2	1,5	1,9	1,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,2	0,6	0,8	0,7	0,3	0,5	0,8	0,5
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	16,5	19,0	12,5	8,9	9,9	11,1	9,8	9,9

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

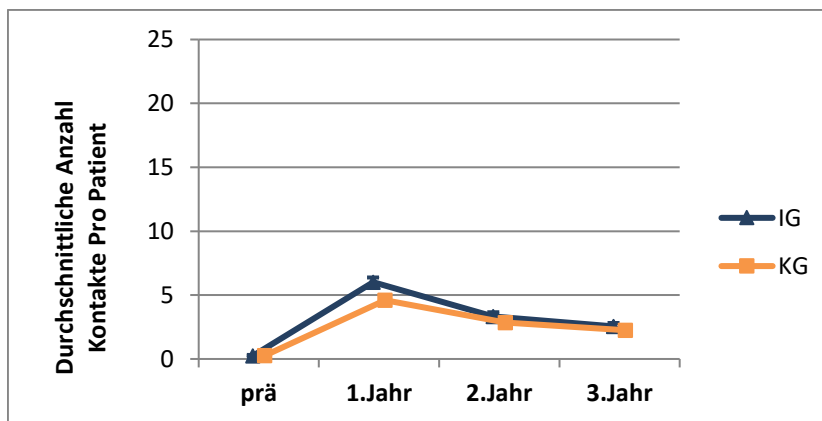
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

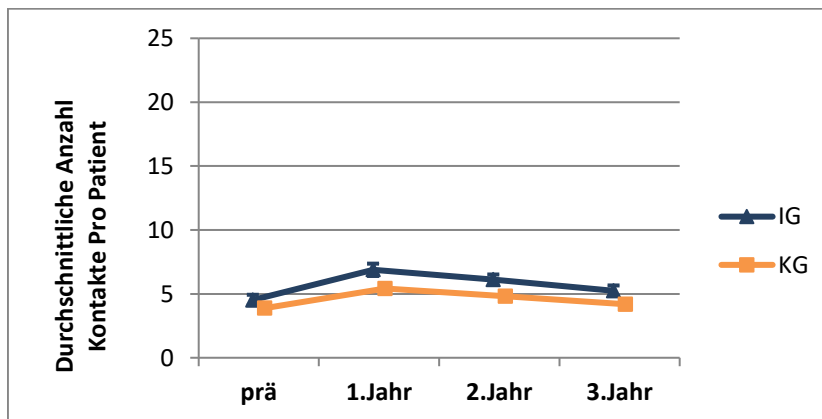
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

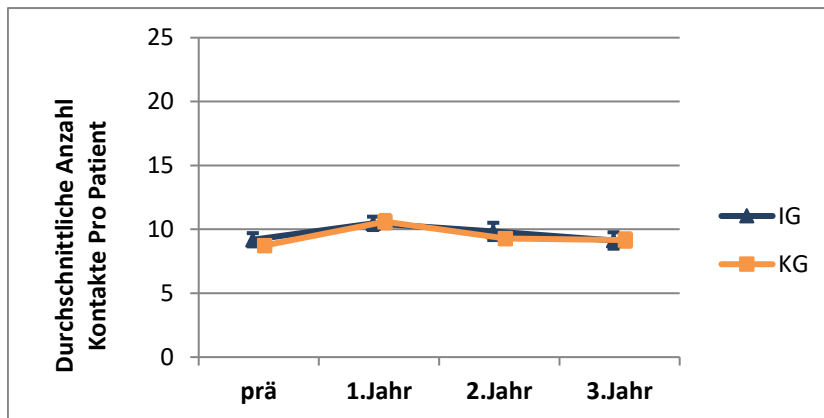
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

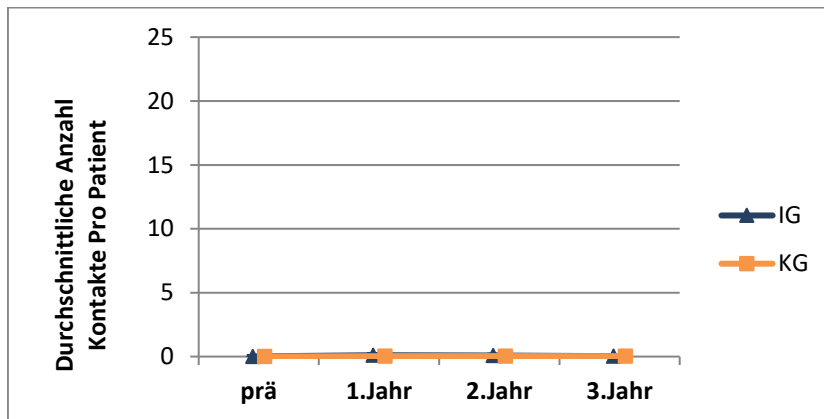


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

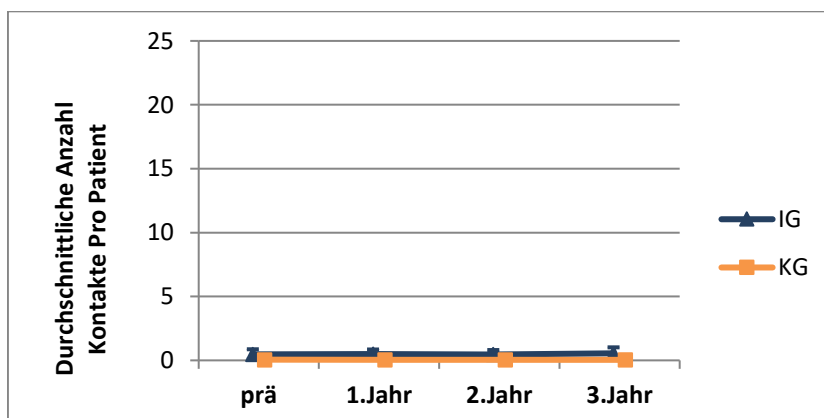


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

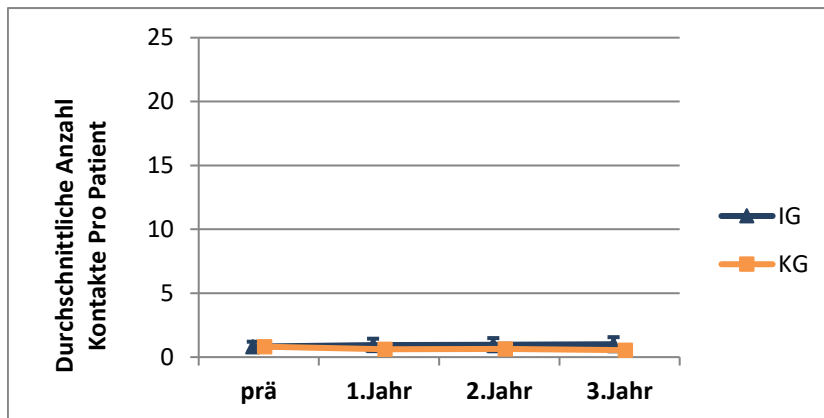
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

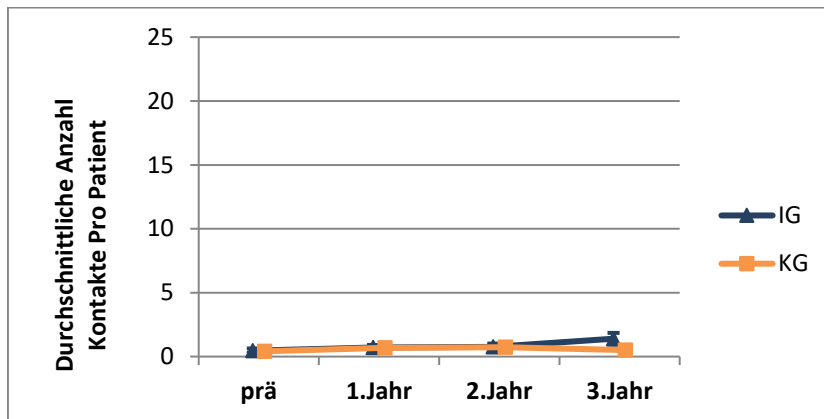


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

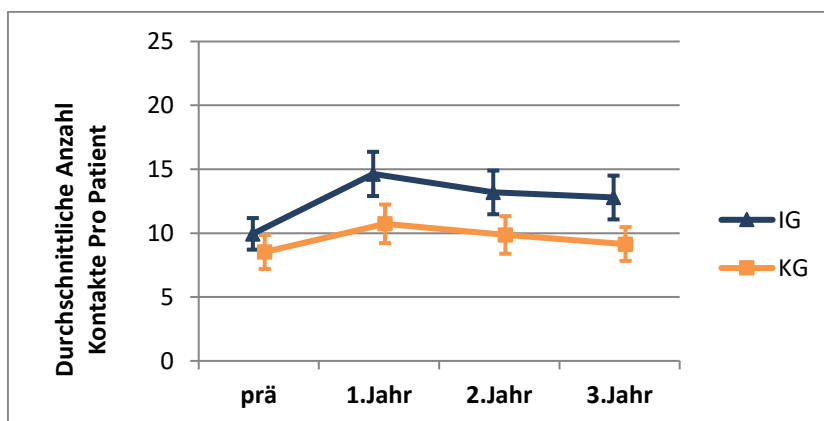


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



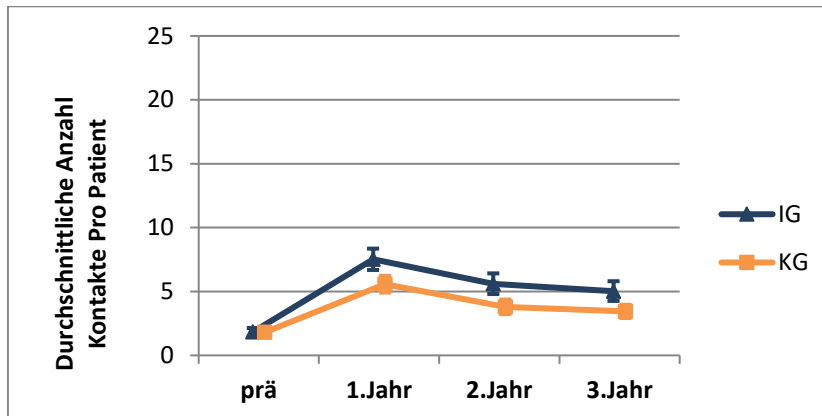
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

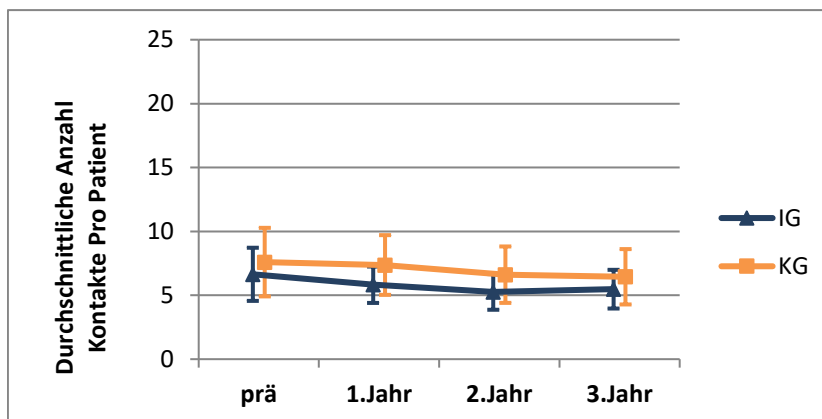
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

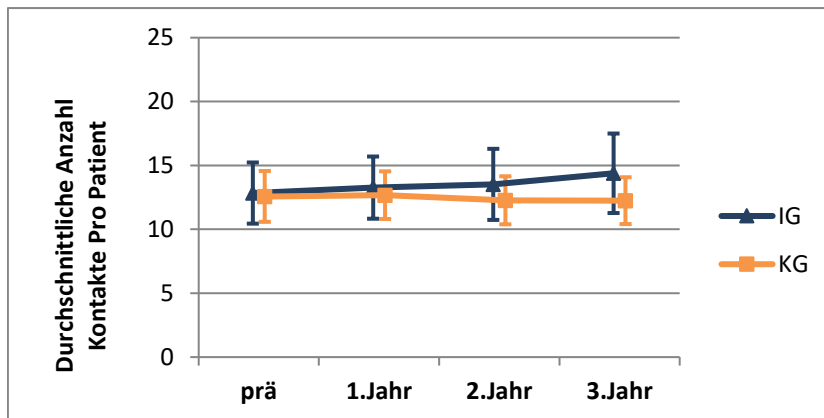
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

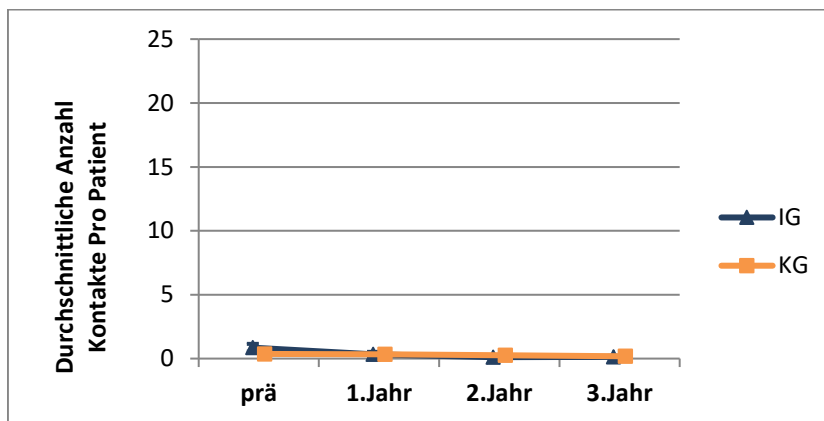


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

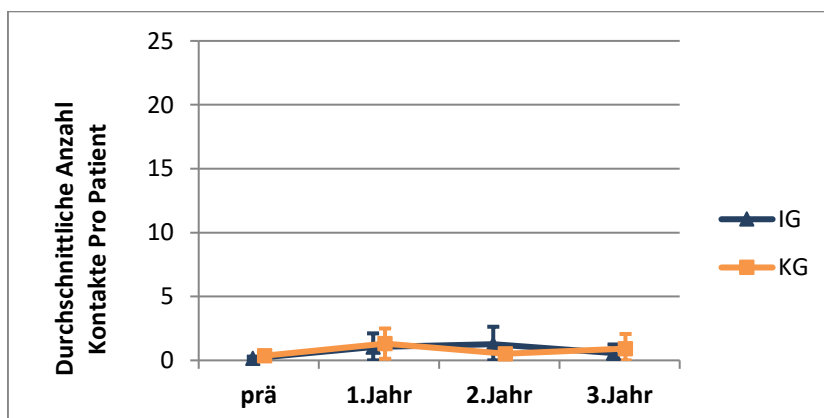


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

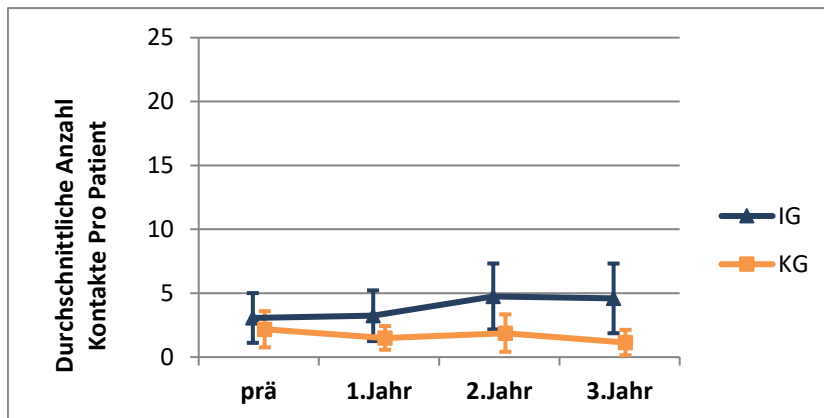
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

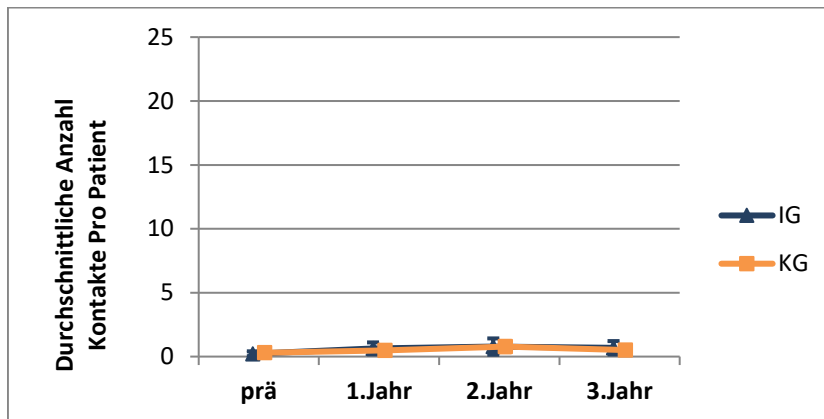


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

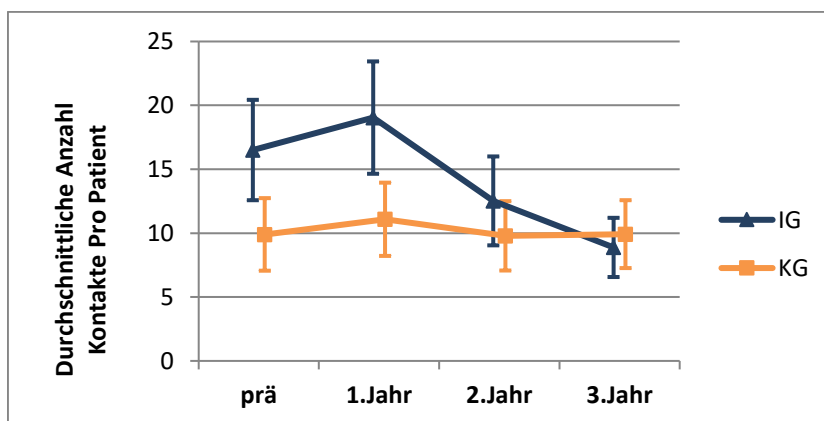


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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 linikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich bei der Betrachtung von 7, 30 und 90 Tagen jeweils eine statistisch signifikant größere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im ersten Jahr nach Referenzfall der IG verglichen mit der KG (Gruppenschätzer: 7 Tage = 1,2; 30 Tage = 1,2; 90 Tage = 1,4). Bei den linikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG im dritten Jahr nach Referenzfall für 7 Tage Nachbeobachtung statistisch signifikant größer als in der KG (Gruppenschätzer = 2,1).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein größerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +5,7 %-Punkte; 30 Tage: +3,8 %-Punkte; 90 Tage: +2,8 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im ersten Jahr nach Referenzfall für die Nachbeobachtungszeit von 7 und 30 Tagen in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (7 Tage: +6,2 %-Punkte; 30 Tage: +4,2 %-Punkte). Im zweiten Jahr nach Referenzfall gab es keine zwischen den Gruppen statistischen Unterschiede.

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

psychiatrischen Sektor für linikneue Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stets größer als in der KG (7 Tage: +5,7; 30 Tage: +5,3; 90 Tage: +4,3 %-Punkte). Im zweiten Jahr nach Referenzfall war der Anteil in der IG für 7 und 30 Tage größer und für 90 Tage geringer als in der KG (7 Tage: +4,3; 30 Tage: +2,7; 90 Tage: -1,0 %-Punkte). Im dritten Jahr nach Referenzfall war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor zwischen den Gruppen vergleichbar bzw. bei 90 Tagen Nachbeobachtung geringer als in der KG (7 Tage: -0,5; 30 Tage: -0,7; 90 Tage: -3,4 %-Punkte). Bei den linikbekannt Patienten wies die IG im dritten Jahr nach Referenzfall stets eine größere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor auf als die KG (7 Tage: +13,0 %-Punkte; 30 Tage: +10,5 %-Punkte; 90 Tage: +13,4 %-Punkte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.249	284	223	188	1.147	306	257	241
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,3 %	19,0 %	14,8 %	17,6 %	14,2 %	24,5 %	15,2 %	17,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,6 %	19,7 %	13,9 %	11,7 %	16,0 %	12,1 %	14,8 %	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,0 %	29,6 %	26,0 %	31,9 %	38,7 %	39,2 %	33,5 %	33,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,5 %	7,7 %	8,5 %	7,4 %	11,7 %	10,8 %	12,8 %	9,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,2 %	7,4 %	5,4 %	6,9 %	6,8 %	4,9 %	7,0 %	3,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,8 %	1,4 %	3,6 %	3,7 %	2,5 %	5,6 %	5,1 %	4,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,6 %	42,3 %	31,4 %	34,6 %	34,2 %	37,9 %	34,2 %	34,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,6 %	35,6 %	46,2 %	41,0 %	36,2 %	34,6 %	40,9 %	40,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	801	186	157	136	698	205	167	161
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,9 %	18,8 %	13,4 %	16,2 %	15,6 %	24,4 %	13,8 %	16,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,7 %	25,8 %	15,3 %	12,5 %	22,8 %	15,6 %	19,2 %	18,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,5 %	30,1 %	28,7 %	30,9 %	38,3 %	39,5 %	34,1 %	31,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,0 %	8,1 %	8,3 %	8,1 %	13,0 %	9,8 %	10,8 %	9,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,9 %	8,6 %	5,7 %	8,8 %	8,5 %	4,9 %	7,8 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	0,5 %	2,5 %	2,9 %	2,9 %	7,3 %	5,4 %	5,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,6 %	47,3 %	31,8 %	35,3 %	42,8 %	41,0 %	38,9 %	35,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	27,6 %	32,3 %	45,2 %	42,6 %	31,4 %	31,7 %	39,5 %	42,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	410	111	94	88	359	112	103	98
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,6 %	18,9 %	8,5 %	10,2 %	15,3 %	25,0 %	14,6 %	11,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,9 %	28,8 %	20,2 %	12,5 %	26,7 %	17,0 %	21,4 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,1 %	28,8 %	26,6 %	25,0 %	38,4 %	38,4 %	35,0 %	31,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,1 %	6,3 %	8,5 %	8,0 %	12,5 %	10,7 %	8,7 %	8,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,7 %	4,5 %	5,3 %	10,2 %	7,0 %	4,5 %	6,8 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	0,9 %	3,2 %	2,3 %	3,9 %	8,9 %	7,8 %	8,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,4 %	46,8 %	30,9 %	31,8 %	45,7 %	43,8 %	40,8 %	35,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	24,1 %	33,3 %	44,7 %	48,9 %	28,4 %	31,3 %	36,9 %	40,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.175	247	198	161	1.069	251	218	200
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,3 %	28,7 %	26,8 %	30,4 %	23,0 %	33,1 %	26,1 %	28,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	34,0 %	31,2 %	22,7 %	22,4 %	26,4 %	23,9 %	24,8 %	25,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	59,6 %	58,3 %	49,0 %	59,0 %	61,6 %	62,9 %	60,6 %	61,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,5 %	27,5 %	26,3 %	19,9 %	29,8 %	29,5 %	28,0 %	29,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,4 %	17,8 %	13,1 %	13,7 %	13,9 %	12,0 %	11,0 %	10,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,5 %	6,9 %	6,6 %	6,8 %	6,0 %	12,0 %	12,4 %	14,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,4 %	64,4 %	51,5 %	54,7 %	53,3 %	60,2 %	53,2 %	54,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,1 %	12,1 %	20,2 %	18,6 %	15,7 %	10,8 %	17,4 %	14,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	757	162	140	119	648	165	143	139
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,6 %	25,9 %	25,0 %	27,7 %	23,9 %	29,1 %	25,2 %	27,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	42,0 %	37,7 %	26,4 %	24,4 %	36,7 %	28,5 %	32,2 %	28,1 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	57,9 %	58,6 %	53,6 %	56,3 %	63,4 %	61,2 %	63,6 %	60,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,0 %	30,2 %	25,7 %	22,7 %	33,5 %	27,9 %	30,1 %	28,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,7 %	20,4 %	12,9 %	15,1 %	17,7 %	12,1 %	14,0 %	8,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,8 %	6,2 %	7,1 %	7,6 %	5,4 %	13,3 %	12,6 %	13,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,6 %	67,9 %	52,9 %	54,6 %	64,4 %	60,0 %	60,8 %	54,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,9 %	8,6 %	17,1 %	20,2 %	10,8 %	11,5 %	14,0 %	14,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	394	94	83	74	329	86	83	85
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,1 %	26,6 %	19,3 %	24,3 %	21,3 %	24,4 %	30,1 %	22,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	48,7 %	42,6 %	36,1 %	28,4 %	42,2 %	31,4 %	34,9 %	35,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	56,3 %	62,8 %	54,2 %	54,1 %	62,6 %	65,1 %	66,3 %	62,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	41,1 %	30,9 %	26,5 %	24,3 %	35,6 %	27,9 %	32,5 %	35,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,3 %	13,8 %	12,0 %	14,9 %	14,6 %	12,8 %	12,0 %	8,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	8,5 %	2,4 %	8,1 %	7,6 %	16,3 %	14,5 %	17,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,1 %	68,1 %	55,4 %	56,8 %	67,2 %	60,5 %	65,1 %	57,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,6 %	8,5 %	14,5 %	21,6 %	8,5 %	8,1 %	8,4 %	11,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.049	200	161	112	926	196	176	140
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,5 %	35,0 %	31,7 %	39,3 %	28,0 %	39,3 %	33,5 %	37,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	45,7 %	46,0 %	37,9 %	33,0 %	35,1 %	34,2 %	33,0 %	36,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,3 %	77,5 %	71,4 %	76,8 %	79,7 %	81,1 %	83,5 %	82,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,2 %	50,0 %	46,6 %	43,8 %	50,9 %	58,2 %	52,3 %	55,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,5 %	23,5 %	18,6 %	18,8 %	21,4 %	15,8 %	16,5 %	18,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,8 %	12,5 %	7,5 %	15,2 %	13,2 %	19,4 %	26,1 %	17,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,4 %	78,0 %	64,6 %	70,5 %	64,8 %	72,4 %	68,8 %	71,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,6 %	4,0 %	10,6 %	8,9 %	5,9 %	4,1 %	9,1 %	3,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	677	133	116	80	556	126	115	97
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,3 %	32,3 %	30,2 %	38,8 %	29,9 %	36,5 %	32,2 %	39,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	54,8 %	54,1 %	43,1 %	35,0 %	46,8 %	39,7 %	43,5 %	46,4 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,4 %	77,4 %	77,6 %	72,5 %	80,9 %	82,5 %	87,0 %	81,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,3 %	49,6 %	50,0 %	47,5 %	54,5 %	60,3 %	59,1 %	57,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	27,5 %	25,6 %	18,1 %	18,8 %	28,1 %	14,3 %	20,0 %	16,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,8 %	9,8 %	7,8 %	16,3 %	13,1 %	19,8 %	27,8 %	14,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	79,9 %	80,5 %	67,2 %	72,5 %	76,8 %	75,4 %	79,1 %	77,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	4,5 %	6,9 %	11,3 %	3,6 %	4,0 %	5,2 %	2,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	349	75	69	45	265	62	65	61
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	24,9 %	33,3 %	29,0 %	33,3 %	27,5 %	29,0 %	32,3 %	39,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	64,5 %	64,0 %	52,2 %	46,7 %	55,1 %	46,8 %	50,8 %	52,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,2 %	85,3 %	76,8 %	71,1 %	84,5 %	83,9 %	90,8 %	86,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	61,3 %	50,7 %	53,6 %	48,9 %	60,4 %	62,9 %	66,2 %	65,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	26,9 %	16,0 %	18,8 %	22,2 %	27,2 %	17,7 %	16,9 %	19,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,5 %	12,0 %	5,8 %	17,8 %	16,2 %	19,4 %	30,8 %	16,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,5 %	85,3 %	73,9 %	80,0 %	81,1 %	80,6 %	83,1 %	82,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,3 %	2,7 %	2,9 %	11,1 %	1,1 %	1,6 %	1,5 %	1,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	439	206	202	185	473	261	209	171
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,0 %	18,0 %	22,8 %	22,2 %	15,6 %	18,8 %	17,7 %	16,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,0 %	13,6 %	19,3 %	16,8 %	12,3 %	13,8 %	12,4 %	14,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	30,1 %	32,0 %	29,2 %	30,8 %	35,9 %	30,3 %	28,2 %	27,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,7 %	12,6 %	9,9 %	8,6 %	7,6 %	10,3 %	4,3 %	7,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,5 %	2,4 %	5,0 %	2,7 %	3,4 %	3,4 %	2,4 %	6,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	3,9 %	2,0 %	3,2 %	4,4 %	4,6 %	2,9 %	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,8 %	32,5 %	43,6 %	39,5 %	29,6 %	34,1 %	29,2 %	32,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,7 %	39,8 %	38,1 %	38,9 %	42,3 %	41,4 %	47,4 %	46,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	360	175	174	159	390	214	170	133
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,1 %	17,1 %	22,4 %	21,4 %	16,4 %	21,5 %	20,6 %	19,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,5 %	15,4 %	22,4 %	19,5 %	14,1 %	16,4 %	14,7 %	13,5 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	32,5 %	34,3 %	29,3 %	31,4 %	33,8 %	29,4 %	27,1 %	26,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,9 %	10,3 %	10,3 %	8,2 %	8,2 %	11,7 %	4,7 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,1 %	2,9 %	4,6 %	3,1 %	3,8 %	3,7 %	2,9 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	3,4 %	2,3 %	3,1 %	5,4 %	5,6 %	3,5 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,7 %	33,7 %	46,0 %	41,5 %	32,3 %	39,3 %	34,7 %	36,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,6 %	37,1 %	35,6 %	37,1 %	41,0 %	37,4 %	44,1 %	43,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	245	121	123	109	217	126	99	93
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,9 %	14,9 %	17,1 %	19,3 %	14,7 %	19,0 %	15,2 %	21,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,4 %	19,0 %	26,0 %	19,3 %	18,0 %	19,0 %	19,2 %	16,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,7 %	37,2 %	30,1 %	30,3 %	37,8 %	34,9 %	30,3 %	25,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,4 %	14,0 %	12,2 %	8,3 %	10,1 %	13,5 %	5,1 %	5,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,6 %	4,1 %	5,7 %	4,6 %	3,7 %	4,0 %	5,1 %	11,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	3,3 %	2,4 %	1,8 %	6,0 %	7,9 %	6,1 %	8,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,4 %	35,5 %	45,5 %	39,4 %	34,1 %	40,5 %	35,4 %	43,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,1 %	33,1 %	37,4 %	41,3 %	36,9 %	34,1 %	41,4 %	40,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	391	177	163	153	430	210	157	135
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,5 %	27,7 %	35,6 %	36,6 %	27,7 %	34,3 %	33,8 %	28,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,9 %	20,3 %	30,1 %	22,9 %	25,1 %	21,9 %	24,2 %	25,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,4 %	53,7 %	49,1 %	49,7 %	56,5 %	56,2 %	58,0 %	50,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,8 %	30,5 %	25,8 %	22,2 %	24,4 %	27,1 %	22,3 %	25,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,0 %	9,6 %	9,8 %	7,8 %	7,9 %	5,2 %	6,4 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,9 %	6,8 %	6,1 %	8,5 %	9,5 %	10,0 %	8,3 %	5,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,4 %	52,5 %	64,4 %	59,5 %	53,3 %	54,3 %	54,8 %	54,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,7 %	20,3 %	14,7 %	13,1 %	17,9 %	18,1 %	17,2 %	20,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	322	150	141	131	353	169	130	103
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,9 %	27,3 %	34,8 %	35,9 %	28,9 %	34,3 %	37,7 %	32,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,0 %	23,3 %	34,8 %	26,0 %	29,2 %	26,6 %	26,9 %	27,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,8 %	57,3 %	49,6 %	49,6 %	56,1 %	58,0 %	60,0 %	55,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,0 %	28,7 %	27,0 %	22,9 %	25,5 %	30,8 %	21,5 %	31,1 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,9 %	10,7 %	9,9 %	8,4 %	9,1 %	5,3 %	6,9 %	13,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,0 %	7,3 %	6,4 %	7,6 %	10,2 %	11,8 %	10,0 %	3,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,8 %	56,0 %	67,4 %	61,8 %	58,6 %	58,6 %	61,5 %	59,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,1 %	16,7 %	14,2 %	10,7 %	15,6 %	13,6 %	14,6 %	13,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	217	101	97	87	198	101	73	65
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,6 %	26,7 %	28,9 %	35,6 %	22,7 %	30,7 %	32,9 %	33,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,1 %	27,7 %	39,2 %	26,4 %	38,9 %	33,7 %	32,9 %	29,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	56,2 %	61,4 %	52,6 %	51,7 %	61,6 %	66,3 %	64,4 %	58,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,0 %	35,6 %	32,0 %	27,6 %	26,3 %	33,7 %	23,3 %	27,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,8 %	12,9 %	11,3 %	12,6 %	9,6 %	6,9 %	8,2 %	16,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,8 %	5,9 %	6,2 %	5,7 %	12,1 %	14,9 %	12,3 %	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,6 %	59,4 %	68,0 %	63,2 %	61,1 %	64,4 %	60,3 %	66,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,9 %	11,9 %	13,4 %	10,3 %	12,6 %	7,9 %	12,3 %	9,2 %

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			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	317	134	117	109	319	139	112	94
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,7 %	38,1 %	44,4 %	44,0 %	31,3 %	45,3 %	43,8 %	38,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	41,0 %	31,3 %	42,7 %	29,4 %	37,3 %	31,7 %	28,6 %	36,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,9 %	73,1 %	67,5 %	70,6 %	76,8 %	80,6 %	80,4 %	75,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	45,4 %	46,3 %	51,3 %	41,3 %	48,6 %	51,8 %	42,0 %	62,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,6 %	14,9 %	15,4 %	12,8 %	13,5 %	9,4 %	8,9 %	13,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,0 %	12,7 %	12,0 %	11,0 %	14,1 %	14,4 %	14,3 %	14,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,6 %	67,9 %	76,9 %	67,0 %	66,1 %	72,7 %	64,3 %	70,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,9 %	7,5 %	6,0 %	4,6 %	6,9 %	4,3 %	3,6 %	5,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	258	116	104	94	271	112	93	75
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	30,2 %	40,5 %	44,2 %	41,5 %	32,5 %	45,5 %	46,2 %	42,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	47,3 %	35,3 %	48,1 %	34,0 %	40,6 %	35,7 %	33,3 %	38,7 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,0 %	75,0 %	69,2 %	73,4 %	76,4 %	82,1 %	81,7 %	78,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,6 %	47,4 %	51,9 %	43,6 %	50,2 %	56,3 %	38,7 %	66,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,1 %	17,2 %	15,4 %	13,8 %	13,7 %	9,8 %	9,7 %	16,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,0 %	13,8 %	13,5 %	11,7 %	15,1 %	17,9 %	14,0 %	16,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,9 %	74,1 %	79,8 %	68,1 %	70,1 %	77,7 %	71,0 %	77,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,3 %	4,3 %	5,8 %	4,3 %	5,2 %	0,9 %	3,2 %	1,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	174	78	75	58	146	74	50	47
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,9 %	39,7 %	40,0 %	43,1 %	25,3 %	36,5 %	36,0 %	40,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	57,5 %	37,2 %	48,0 %	41,4 %	55,5 %	45,9 %	42,0 %	40,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,0 %	76,9 %	72,0 %	79,3 %	82,2 %	86,5 %	80,0 %	87,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,6 %	53,8 %	58,7 %	43,1 %	50,7 %	62,2 %	44,0 %	68,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,5 %	17,9 %	17,3 %	20,7 %	14,4 %	9,5 %	10,0 %	19,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,0 %	12,8 %	13,3 %	8,6 %	19,2 %	18,9 %	16,0 %	23,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,6 %	76,9 %	80,0 %	74,1 %	76,0 %	79,7 %	66,0 %	78,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,6 %	3,8 %	5,3 %	3,4 %	3,4 %	1,4 %	2,0 %	2,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

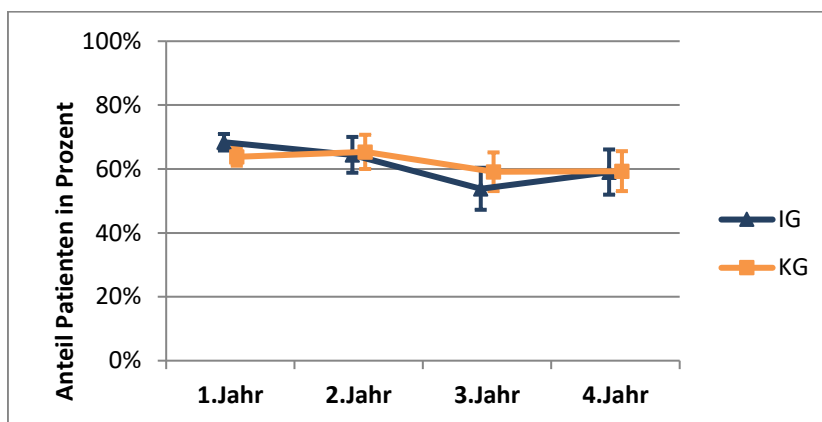
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

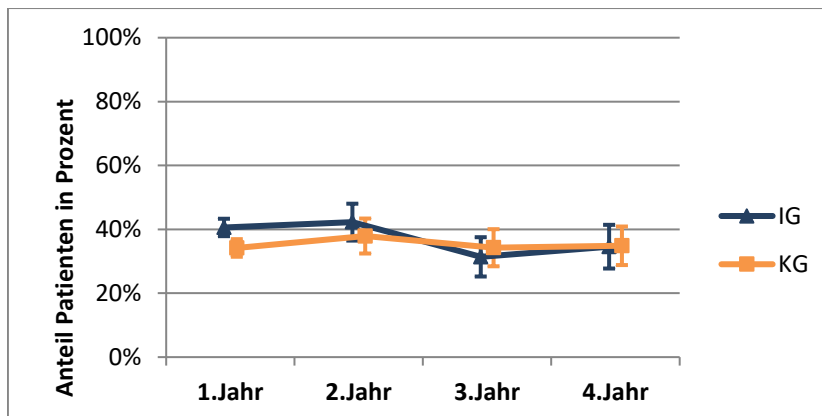
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



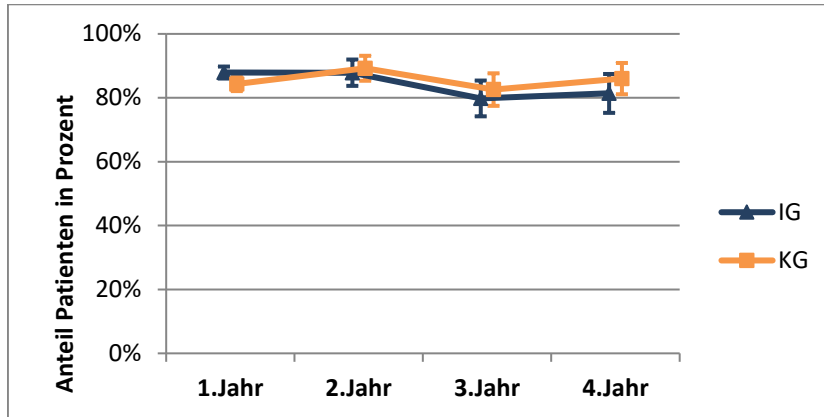
- Alle (psychiatrischer Sektor)



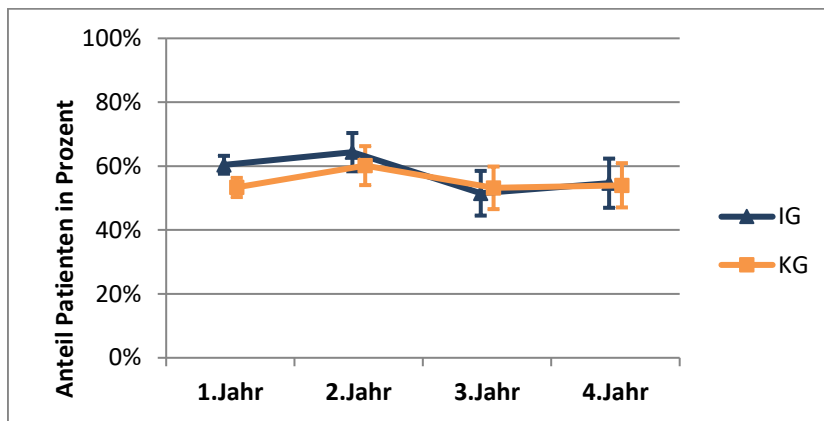
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



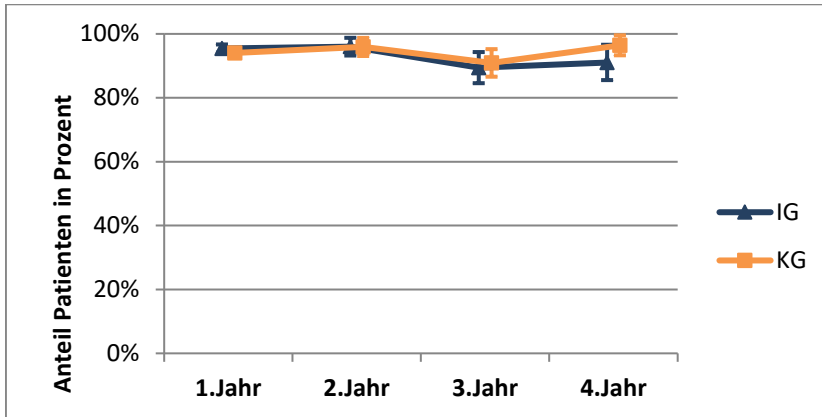
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



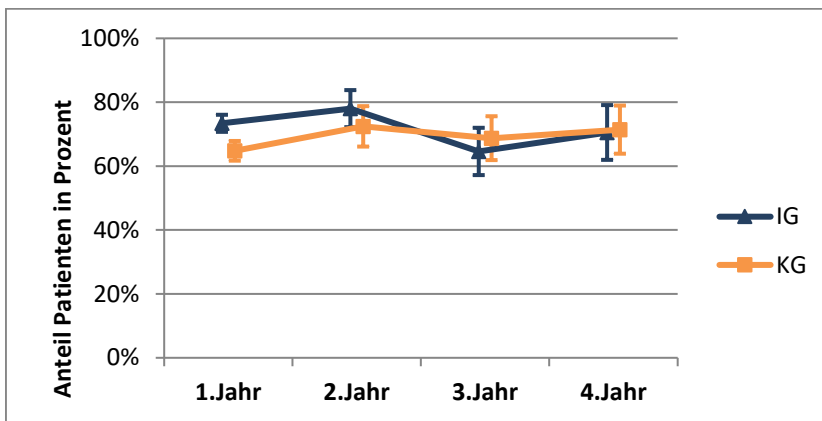
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



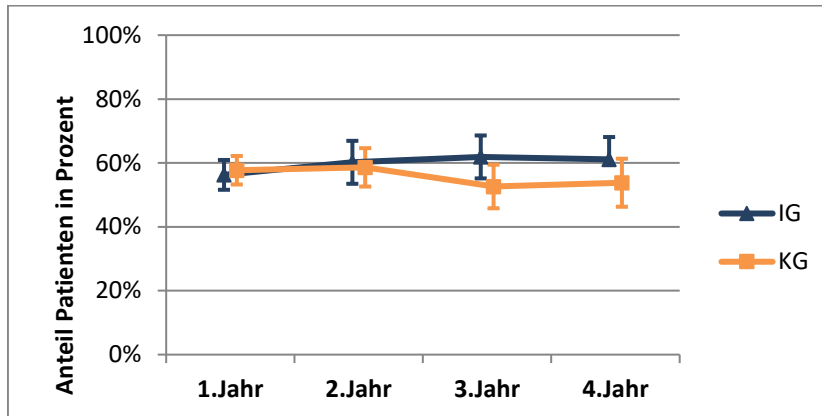
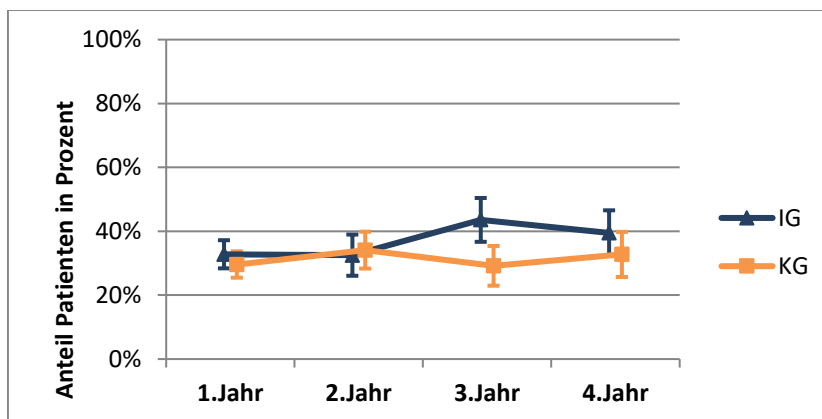
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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

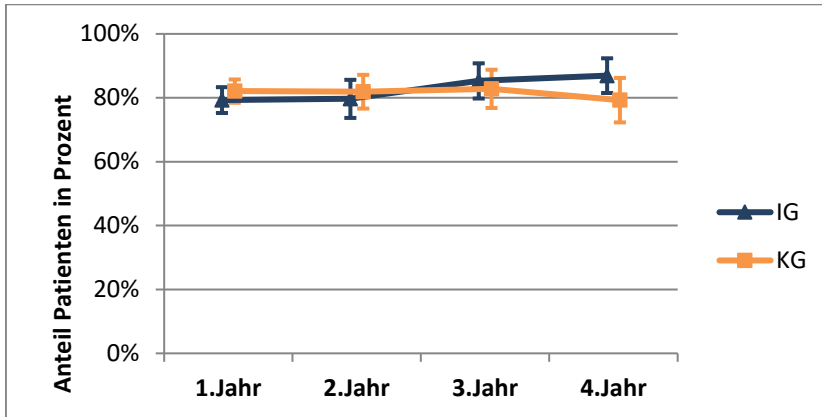
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

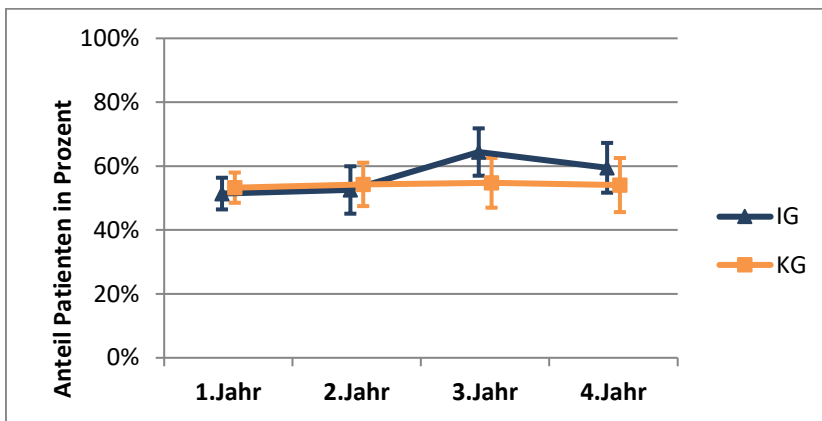
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



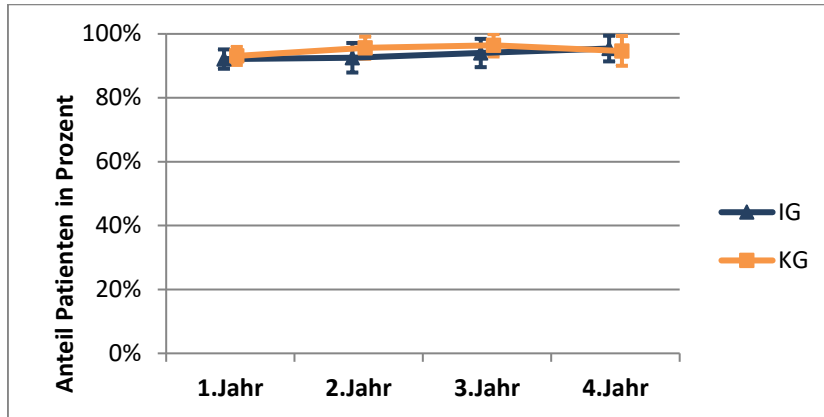
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

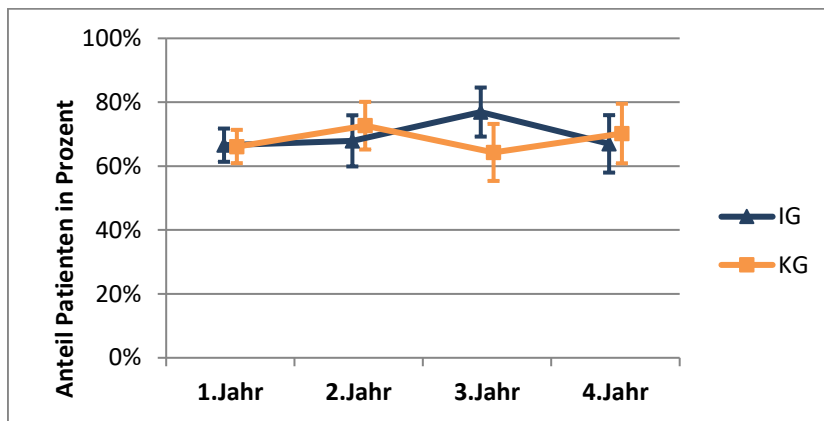


Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	1,22* 1,02...1,45	1,22* 1,02...1,46	1,39** 1,13...1,72
Gruppe Jahr 2	1,16 0,81...1,65	1,21 0,82...1,79	1,43 0,86...2,40
Gruppe Jahr 3	0,86 0,57...1,30	0,88 0,58...1,34	0,69 0,42...1,13
Gruppe Jahr 4	1,01 0,65...1,56	1,04 0,67...1,63	0,94 0,52...1,72

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,14 0,84...1,54	0,80 0,59...1,09	0,82 0,56...1,19
Gruppe Jahr 2	0,93 0,61...1,40	0,83 0,53...1,28	0,70 0,39...1,26
Gruppe Jahr 3	2,08** 1,34...3,24	1,53 0,94...2,48	1,89 1,00...3,57
Gruppe Jahr 4	1,41 0,88...2,28	1,32 0,78...2,22	0,88 0,46...1,68

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	4.900	4.274
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	19,9 %	14,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,9 %	16,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,6 %	37,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,7 %	11,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,6 %	7,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,3 %	34,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,6 %	36,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.981	2.540
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	19,7 %	13,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,5 %	22,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,4 %	37,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,0 %	13,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,4 %	9,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,6 %	40,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,4 %	31,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.464	1.327
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	16,5 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,2 %	25,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,7 %	36,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,6 %	14,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,3 %	8,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,1 %	42,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,9 %	30,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	4.524	3.955
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	27,4 %	23,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,0 %	28,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	59,2 %	61,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,5 %	29,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,8 %	16,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,4 %	7,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,0 %	55,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,5 %	14,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.739	2.325
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	26,7 %	22,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	36,7 %	36,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	58,6 %	63,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,6 %	33,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,6 %	20,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	6,9 %	7,7 %
	66,1 %	64,0 %
	8,7 %	10,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.345	1.186
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	23,5 %	20,2 %
	43,7 %	42,8 %
	60,9 %	63,6 %
	39,0 %	36,3 %
	20,7 %	17,5 %
	7,7 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,4 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,4 %	8,6 %

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	4.035	3.494
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	31,2 %	27,7 %
	39,7 %	38,1 %
	78,9 %	78,8 %
	53,2 %	52,2 %
	25,7 %	23,6 %
	13,9 %	15,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,9 %	67,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,9 %	6,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	2.435	2.035

Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	31,0 %	27,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	48,5 %	48,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,0 %	80,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,5 %	57,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	29,9 %	29,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,7 %	16,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,9 %	76,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	3,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.182	1.017
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	27,4 %	24,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	57,2 %	56,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,6 %	83,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,4 %	62,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	28,6 %	26,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,1 %	18,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,6 %	80,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,6 %	1,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

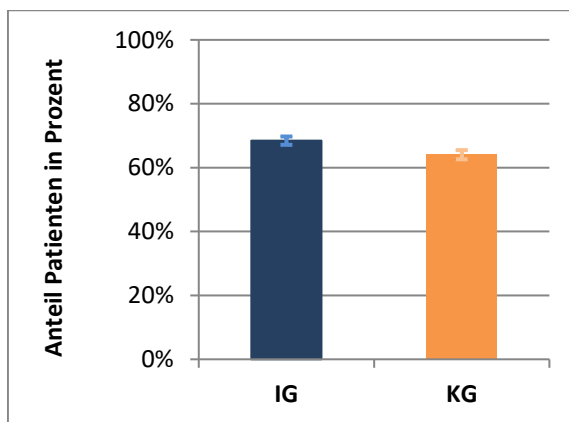
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

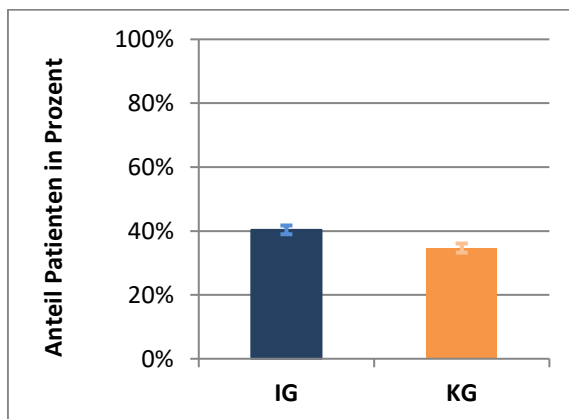
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

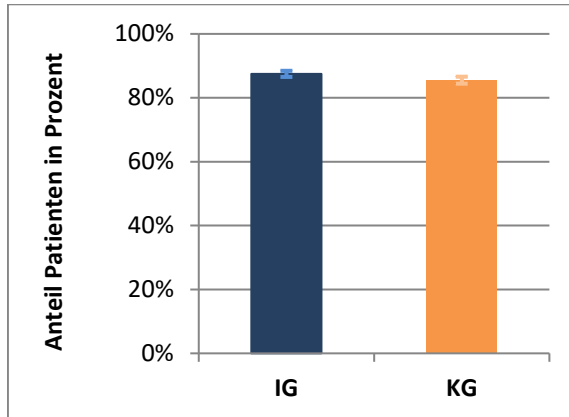
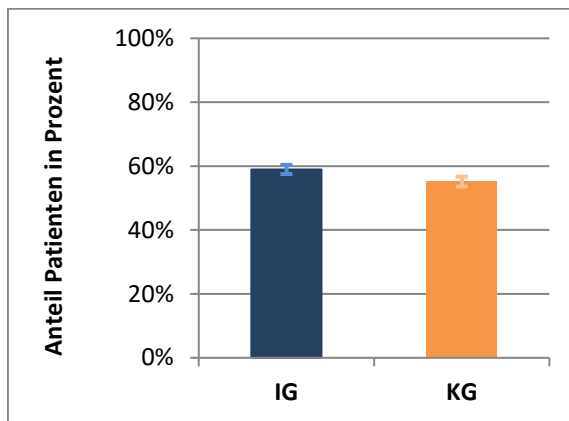
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

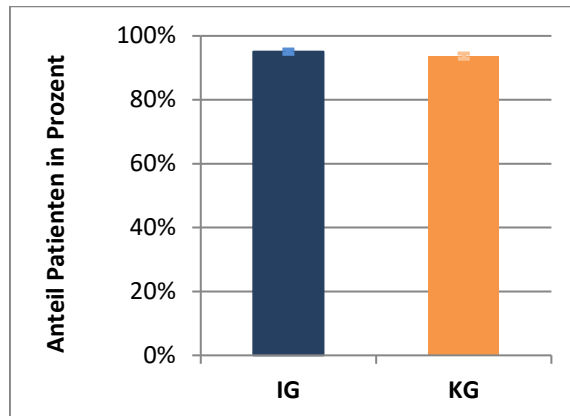
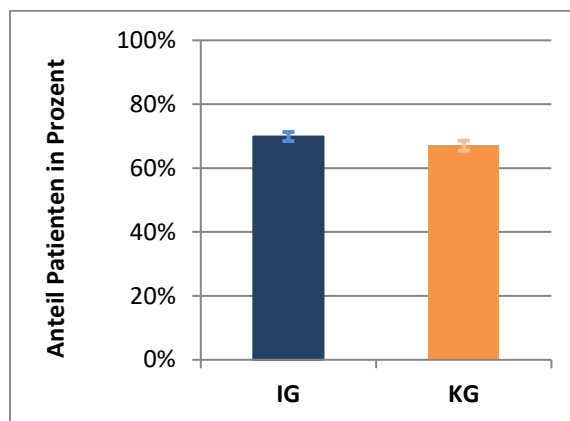
- Alle



- 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	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	3.737	808	3.283	810
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,6 %	20,5 %	14,5 %	20,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,6 %	15,8 %	16,2 %	13,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,4 %	29,7 %	38,2 %	33,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,5 %	10,0 %	11,5 %	10,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,1 %	6,2 %	7,0 %	5,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	2,1 %	2,4 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,4 %	38,9 %	34,3 %	35,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,2 %	37,1 %	36,1 %	36,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.302	534	1.963	518
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,9 %	20,8 %	14,0 %	20,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,0 %	18,4 %	22,0 %	16,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,7 %	29,8 %	38,1 %	34,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,9 %	11,4 %	13,9 %	10,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,9 %	7,3 %	9,1 %	5,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	2,1 %	2,5 %	5,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,0 %	41,8 %	40,8 %	38,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,4 %	35,0 %	31,1 %	34,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.138	285	1.021	307
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	18,5 %	16,8 %	12,3 %	20,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	26,7 %	21,1 %	25,7 %	16,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,0 %	31,9 %	36,3 %	33,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,4 %	13,7 %	14,9 %	10,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,7 %	4,9 %	8,4 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	2,1 %	3,6 %	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,8 %	38,9 %	42,5 %	39,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,8 %	33,0 %	31,0 %	33,9 %

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	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	3.456	699	3.042	675
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,2 %	30,3 %	23,3 %	34,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,4 %	26,8 %	28,1 %	23,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	59,6 %	57,4 %	62,3 %	56,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,6 %	30,9 %	29,2 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,2 %	15,5 %	15,6 %	12,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,4 %	7,9 %	6,8 %	9,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,3 %	60,2 %	55,1 %	58,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,7 %	13,0 %	14,5 %	15,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.126	456	1.806	422
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,8 %	28,7 %	22,8 %	31,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	36,6 %	31,1 %	37,1 %	28,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	58,1 %	57,2 %	64,4 %	58,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,0 %	33,3 %	33,6 %	29,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	20,9 %	18,0 %	20,0 %	13,3 %
	6,6 %	8,3 %	7,0 %	11,6 %
	66,0 %	62,9 %	64,2 %	60,7 %
	8,6 %	11,2 %	9,9 %	13,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.048	246	921	244
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,3 %	26,4 %	19,2 %	30,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	43,4 %	35,0 %	43,2 %	30,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	60,4 %	63,0 %	64,5 %	59,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,2 %	34,1 %	35,5 %	29,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,8 %	15,4 %	17,7 %	13,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,8 %	8,1 %	7,9 %	13,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,4 %	63,4 %	67,0 %	62,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,2 %	9,8 %	8,0 %	11,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	3.080	565	2.672	521
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,0 %	35,0 %	27,8 %	41,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,8 %	37,9 %	38,4 %	33,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,5 %	75,4 %	79,9 %	77,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,4 %	51,0 %	52,1 %	50,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,1 %	20,7 %	22,8 %	17,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,1 %	13,8 %	14,2 %	18,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,6 %	70,6 %	67,6 %	72,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,4 %	5,5 %	6,1 %	6,1 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.887	374	1.577	317
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,1 %	33,7 %	27,2 %	40,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	49,4 %	44,1 %	49,4 %	40,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,6 %	75,7 %	82,1 %	80,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,7 %	52,4 %	57,6 %	51,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	29,3 %	23,3 %	28,3 %	18,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,9 %	14,4 %	15,3 %	20,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,3 %	74,3 %	77,3 %	78,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,2 %	4,3 %	2,9 %	4,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	915	201	783	177
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	29,0 %	31,8 %	23,1 %	40,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	57,8 %	52,7 %	58,5 %	46,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,2 %	81,6 %	85,1 %	80,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,3 %	55,7 %	61,4 %	53,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	27,5 %	19,4 %	26,4 %	19,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,6 %	14,4 %	17,2 %	22,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,8 %	79,1 %	81,1 %	84,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,4 %	1,5 %	1,3 %	2,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Abbildung 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:

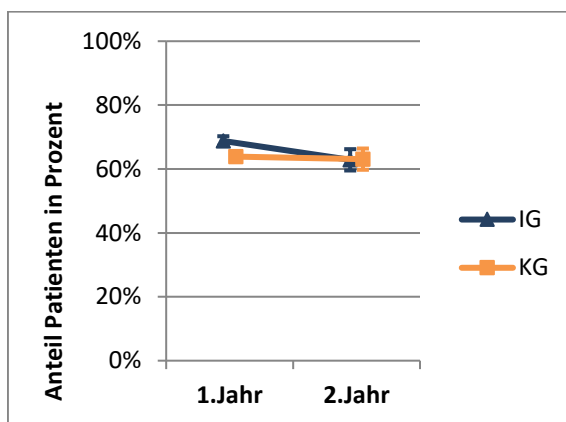
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

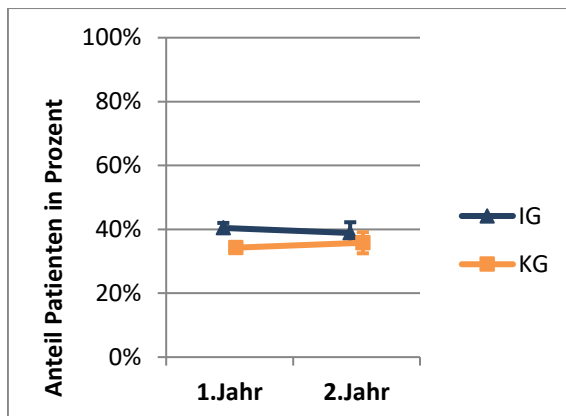
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

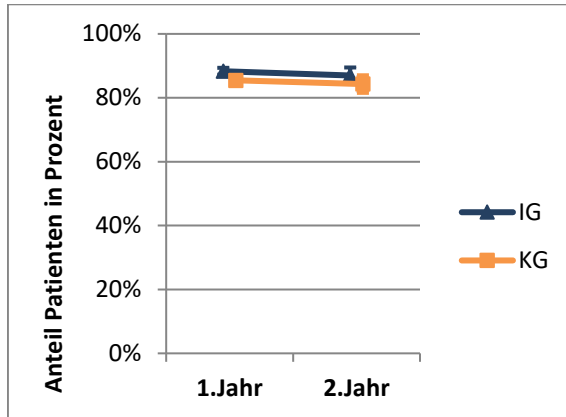
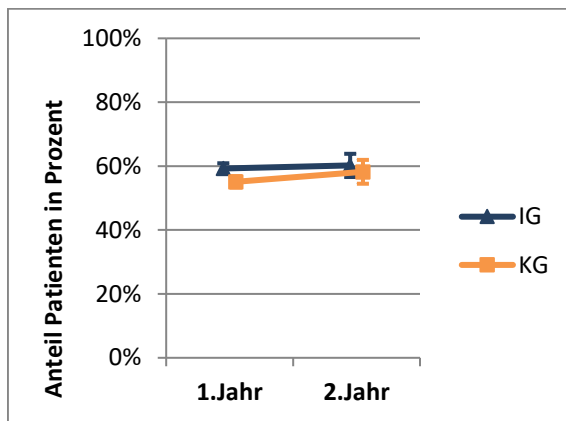
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

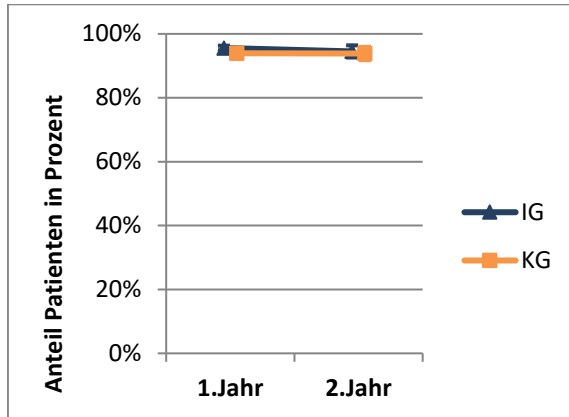


Erwachsene, klinikneue Patienten**Kontakt innerhalb von 30 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

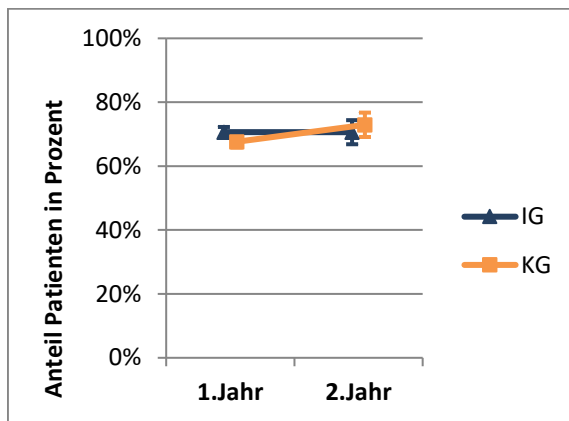


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,26*** 1,14...1,40	1,13* 1,02...1,26	1,09 0,97...1,23
Gruppe Jahr 2	1,11 0,90...1,38	1,07 0,85...1,35	0,82 0,61...1,09

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.507	545	410	2.198	565	449
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,8 %	22,6 %	15,4 %	13,7 %	22,8 %	15,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,5 %	16,5 %	14,1 %	16,4 %	12,6 %	14,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,7 %	29,0 %	28,5 %	37,4 %	33,6 %	32,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,2 %	9,5 %	10,5 %	11,3 %	10,1 %	11,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,6 %	5,7 %	6,1 %	6,7 %	5,8 %	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	2,4 %	3,4 %	2,2 %	5,0 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,5 %	40,7 %	33,2 %	33,8 %	36,5 %	33,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,0 %	35,6 %	44,1 %	37,0 %	37,2 %	42,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.572	359	284	1.323	370	296

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	19,9 %	23,4 %	15,1 %	13,3 %	22,4 %	14,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,4 %	21,2 %	16,5 %	22,4 %	15,1 %	19,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,5 %	28,7 %	29,9 %	37,6 %	33,2 %	33,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,9 %	10,9 %	11,3 %	13,4 %	10,3 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,4 %	6,4 %	6,7 %	8,8 %	5,7 %	6,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,8 %	2,2 %	3,2 %	2,5 %	5,7 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,1 %	45,1 %	35,6 %	40,6 %	38,4 %	38,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,5 %	33,1 %	41,2 %	32,4 %	35,7 %	39,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	790	192	160	695	219	197
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	17,2 %	19,3 %	12,5 %	12,1 %	23,3 %	15,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,7 %	25,0 %	21,3 %	26,8 %	15,1 %	21,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,1 %	29,2 %	28,8 %	37,0 %	32,9 %	34,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	17,2 %	10,9 %	10,0 %	14,0 %	9,1 %	10,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,4 %	4,2 %	6,9 %	8,3 %	5,0 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	2,6 %	2,5 %	3,6 %	6,8 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,2 %	43,2 %	38,1 %	43,3 %	39,3 %	40,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,2 %	32,3 %	40,6 %	31,1 %	36,1 %	37,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.333	473	355	2.039	469	388
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	26,6 %	33,8 %	26,5 %	22,2 %	35,4 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	30,4 %	27,5 %	23,1 %	27,4 %	23,7 %	24,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	59,3 %	55,6 %	50,4 %	62,7 %	57,4 %	57,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,9 %	28,5 %	27,3 %	29,0 %	29,4 %	27,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,2 %	14,8 %	13,8 %	14,8 %	13,4 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	7,8 %	7,0 %	6,1 %	10,4 %	12,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,8 %	63,2 %	53,0 %	53,5 %	60,6 %	53,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,3 %	12,3 %	19,7 %	15,1 %	14,5 %	19,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.459	308	250	1.221	300	255
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	26,7 %	31,8 %	25,6 %	21,6 %	31,7 %	28,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	38,3 %	33,8 %	26,8 %	36,9 %	27,7 %	31,4 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	57,1 %	54,5 %	54,0 %	64,9 %	57,7 %	59,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,5 %	31,2 %	27,6 %	33,3 %	29,3 %	29,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,6 %	16,6 %	13,6 %	19,0 %	13,3 %	14,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	8,8 %	8,4 %	6,3 %	11,7 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,3 %	65,9 %	55,2 %	62,8 %	60,7 %	60,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,8 %	11,0 %	16,0 %	10,7 %	14,7 %	16,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	733	165	141	631	169	162
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,1 %	30,9 %	24,1 %	18,2 %	30,8 %	31,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	45,3 %	38,2 %	34,8 %	43,1 %	30,2 %	34,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	58,4 %	58,2 %	53,9 %	66,1 %	59,2 %	60,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	40,5 %	30,3 %	25,5 %	34,9 %	28,4 %	31,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,0 %	14,5 %	13,5 %	17,0 %	13,6 %	13,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	8,5 %	5,7 %	7,6 %	14,8 %	13,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,6 %	68,5 %	60,3 %	65,9 %	62,1 %	64,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,2 %	10,9 %	12,8 %	8,6 %	13,6 %	12,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.086	384	289	1.789	363	295
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,5 %	37,8 %	33,2 %	27,1 %	42,4 %	36,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	42,2 %	39,1 %	35,3 %	37,8 %	34,2 %	34,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,8 %	72,9 %	74,0 %	80,9 %	77,1 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,6 %	49,7 %	49,5 %	51,0 %	53,2 %	51,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	24,1 %	20,3 %	19,7 %	22,1 %	18,2 %	16,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,0 %	13,3 %	11,1 %	13,6 %	18,7 %	25,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,8 %	74,2 %	67,1 %	66,5 %	75,2 %	70,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,6 %	4,9 %	6,9 %	6,0 %	4,7 %	8,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.304	253	207	1.064	224	193
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,8 %	36,0 %	33,8 %	26,8 %	39,7 %	35,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	51,8 %	46,6 %	39,1 %	49,6 %	38,4 %	45,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,4 %	72,7 %	78,3 %	83,0 %	80,4 %	83,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,1 %	50,2 %	51,7 %	56,8 %	54,5 %	58,0 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	27,6 %	22,5 %	19,8 %	28,0 %	18,8 %	20,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,7 %	14,2 %	12,6 %	14,6 %	20,5 %	26,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	78,1 %	77,5 %	70,5 %	77,0 %	78,6 %	79,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,2 %	4,3 %	4,3 %	3,2 %	4,0 %	5,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	649	134	118	528	118	116
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	27,1 %	37,3 %	32,2 %	22,7 %	39,8 %	34,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	60,9 %	56,7 %	49,2 %	59,7 %	47,5 %	50,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,6 %	76,9 %	77,1 %	86,9 %	82,2 %	84,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,4 %	52,2 %	52,5 %	59,3 %	56,8 %	58,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	26,2 %	19,4 %	21,2 %	26,7 %	20,3 %	18,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,1 %	13,4 %	12,7 %	17,0 %	22,9 %	25,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,2 %	86,6 %	77,1 %	81,3 %	86,4 %	81,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,7 %	1,5 %	1,7 %	1,3 %	1,7 %	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

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

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	574	256	236	583	317	238
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	17,8 %	19,9 %	22,9 %	16,1 %	18,0 %	18,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,5 %	13,7 %	18,6 %	12,3 %	12,9 %	12,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	31,7 %	30,1 %	26,7 %	36,5 %	30,6 %	29,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,8 %	10,5 %	9,3 %	8,9 %	10,4 %	6,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,1 %	3,1 %	5,5 %	4,1 %	4,7 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	5,1 %	3,0 %	3,6 %	4,1 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,3 %	34,4 %	43,2 %	31,0 %	33,8 %	30,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,8 %	39,1 %	38,6 %	41,7 %	42,3 %	46,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	455	212	204	469	254	190
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	19,3 %	20,3 %	23,0 %	16,8 %	20,9 %	22,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,9 %	15,1 %	21,1 %	14,5 %	15,7 %	14,7 %

<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	32,7 %	32,5 %	26,5 %	34,8 %	30,3 %	28,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,7 %	36,3 %	45,6 %	34,1 %	39,8 %	36,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,6 %	35,8 %	36,3 %	40,1 %	37,4 %	42,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	295	143	139	272	149	113
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	18,3 %	17,5 %	17,3 %	16,5 %	18,8 %	18,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,4 %	37,1 %	46,0 %	38,2 %	41,6 %	38,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,9 %	34,3 %	37,4 %	35,7 %	33,6 %	38,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	512	218	195	534	263	181
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,8 %	29,4 %	35,9 %	28,8 %	33,5 %	32,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,5 %	21,6 %	29,2 %	26,6 %	23,6 %	24,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,4 %	51,4 %	46,2 %	58,8 %	58,9 %	59,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,4 %	29,4 %	23,6 %	27,9 %	28,5 %	23,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,9 %	11,5 %	9,7 %	9,6 %	6,8 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,8 %	7,8 %	8,2 %	8,8 %	8,7 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,7 %	55,0 %	64,1 %	56,2 %	55,9 %	53,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,9 %	17,4 %	14,4 %	16,5 %	16,7 %	17,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	408	180	169	429	208	146
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	27,0 %	30,6 %	36,1 %	30,3 %	34,1 %	36,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,6 %	23,9 %	32,5 %	30,3 %	27,9 %	26,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,0 %	55,0 %	46,2 %	58,5 %	60,6 %	61,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,5 %	27,8 %	24,9 %	29,6 %	31,7 %	24,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	11,8 %	11,1 %	10,1 %	10,3 %	7,7 %	7,5 %
	9,3 %	6,7 %	7,7 %	9,1 %	10,6 %	10,3 %
	57,8 %	58,3 %	66,9 %	61,1 %	60,6 %	60,3 %
	16,7 %	14,4 %	13,6 %	14,7 %	12,5 %	14,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	262	118	113	251	124	83
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,6 %	29,7 %	29,2 %	25,9 %	30,6 %	32,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,1 %	28,0 %	38,9 %	39,8 %	37,1 %	32,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	55,0 %	56,8 %	50,4 %	63,3 %	66,1 %	65,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,0 %	33,1 %	29,2 %	30,7 %	36,3 %	27,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,9 %	14,4 %	12,4 %	11,6 %	8,9 %	8,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,4 %	5,1 %	6,2 %	10,4 %	13,7 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,9 %	61,0 %	68,1 %	64,9 %	66,9 %	60,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,0 %	11,0 %	12,4 %	11,2 %	8,1 %	12,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	426	166	141	404	175	133
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	32,6 %	39,2 %	46,1 %	32,9 %	42,9 %	42,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	39,7 %	32,5 %	41,1 %	37,9 %	34,9 %	28,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,5 %	72,9 %	67,4 %	79,0 %	81,1 %	78,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	44,6 %	47,0 %	50,4 %	51,2 %	53,1 %	44,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,0 %	15,7 %	15,6 %	15,3 %	10,3 %	9,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,4 %	13,3 %	14,2 %	14,9 %	14,9 %	12,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,4 %	68,1 %	78,0 %	68,8 %	74,3 %	64,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,0 %	6,6 %	5,0 %	5,7 %	5,1 %	6,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	336	138	126	333	139	107
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	32,4 %	41,3 %	46,8 %	33,6 %	43,9 %	45,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	46,1 %	36,2 %	45,2 %	41,1 %	38,8 %	32,7 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,8 %	74,6 %	69,0 %	78,4 %	82,0 %	82,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,2 %	48,6 %	51,6 %	52,9 %	56,1 %	43,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,4 %	16,7 %	15,9 %	15,3 %	11,5 %	11,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,3 %	12,3 %	15,1 %	15,6 %	17,3 %	13,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,9 %	74,6 %	81,0 %	72,1 %	79,9 %	71,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	3,6 %	4,8 %	4,5 %	2,2 %	4,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	212	88	89	187	91	58
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	31,6 %	39,8 %	41,6 %	28,3 %	35,2 %	37,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	57,1 %	38,6 %	46,1 %	54,5 %	48,4 %	41,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,2 %	75,0 %	70,8 %	84,0 %	84,6 %	81,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,2 %	54,5 %	56,2 %	51,3 %	61,5 %	48,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,3 %	19,3 %	19,1 %	17,1 %	11,0 %	12,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,9 %	11,4 %	15,7 %	17,6 %	19,8 %	15,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,6 %	76,1 %	80,9 %	78,6 %	81,3 %	69,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,9 %	3,4 %	4,5 %	2,7 %	2,2 %	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 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

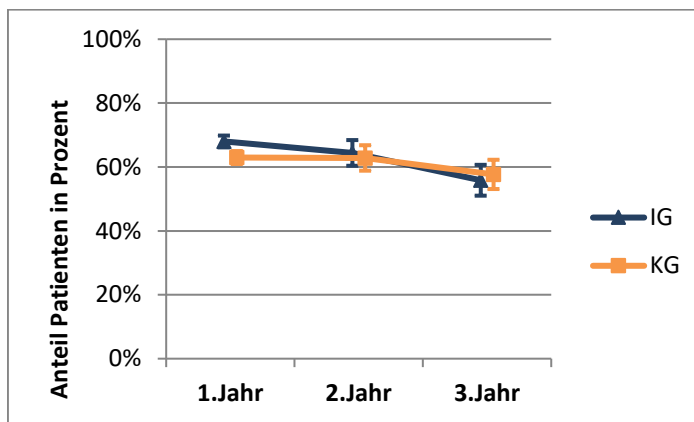
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

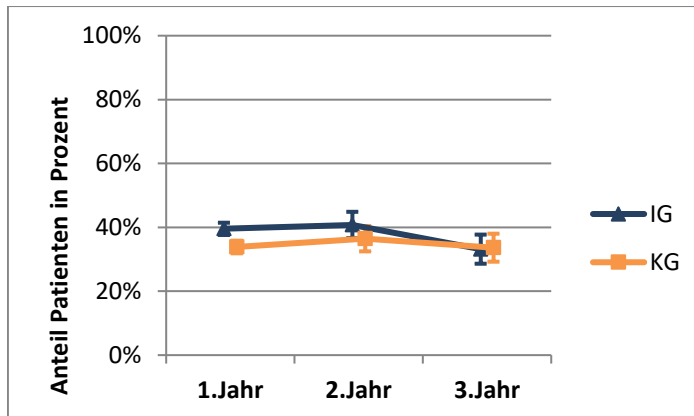
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



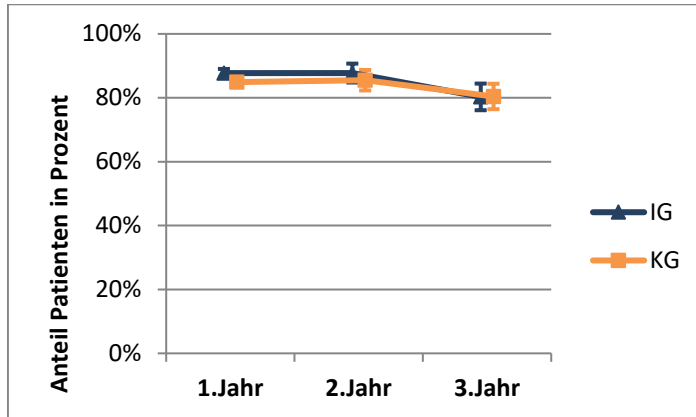
- Alle (psychiatrischer Sektor)



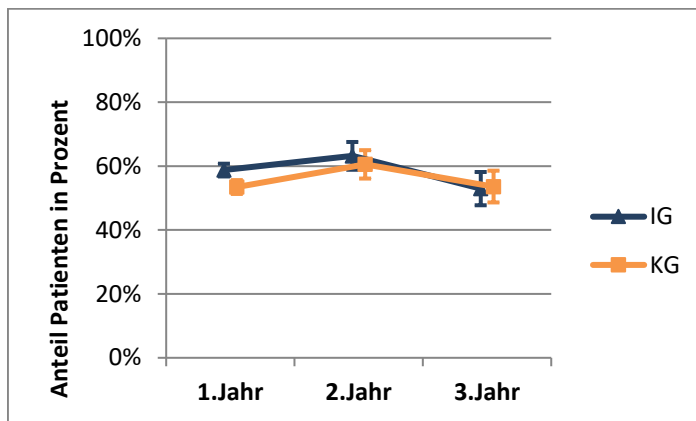
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



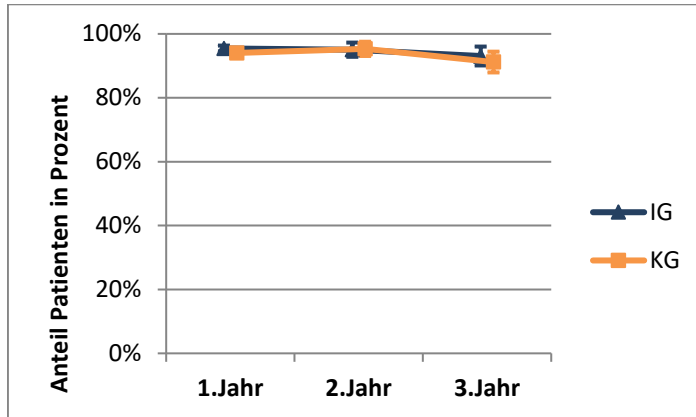
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



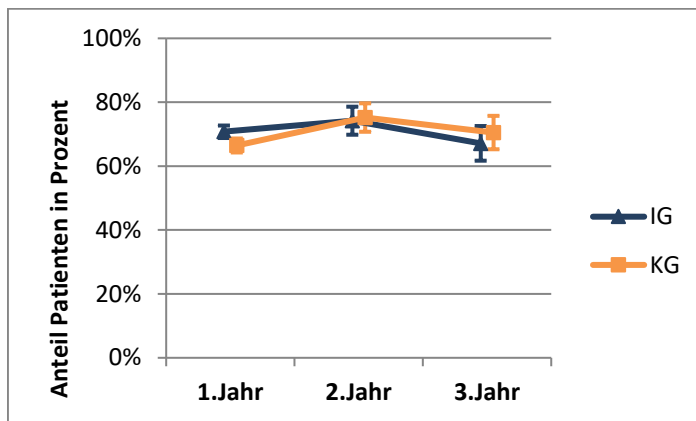
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



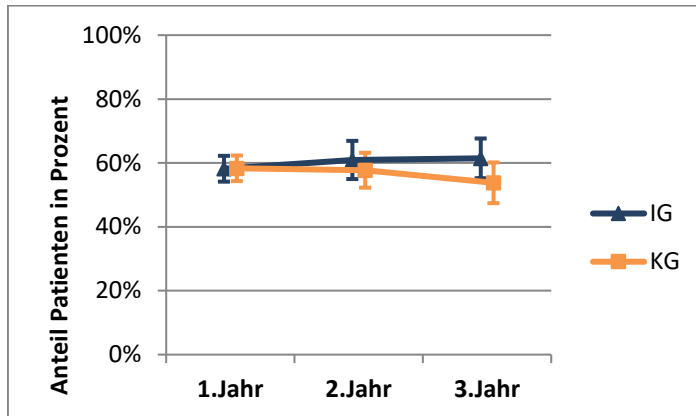
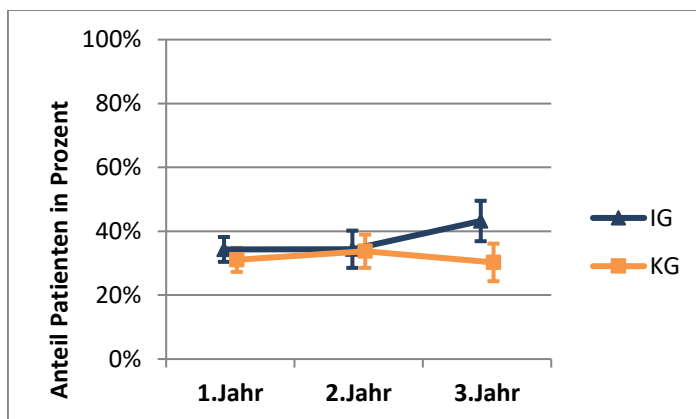
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

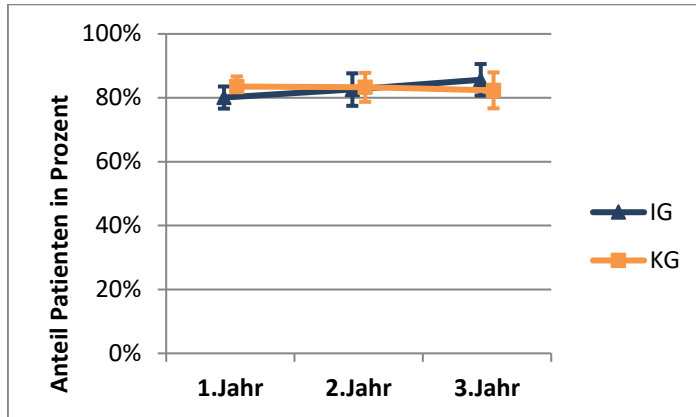
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

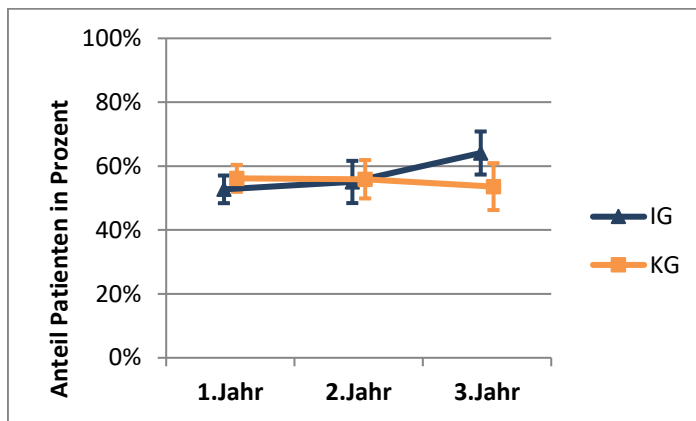
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



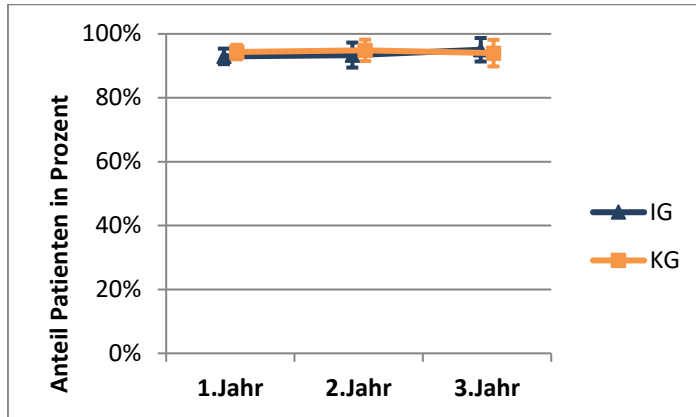
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



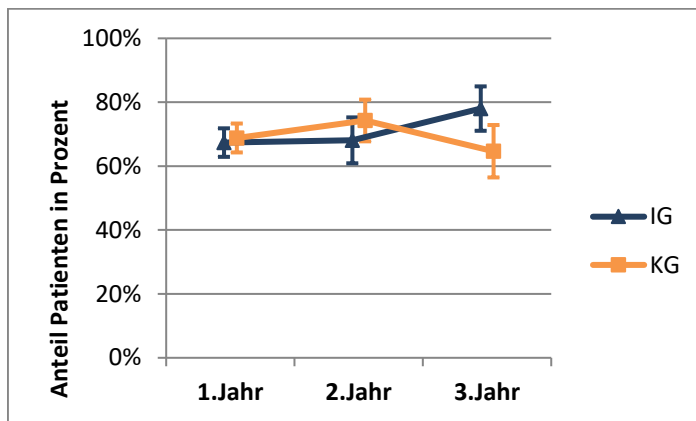
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, war kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich des **Anteils an Patienten mit keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) zwischen IG und KG und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Auch gab es bezüglich der **Dauer der Kontaktabbrüche** zwischen beiden Gruppen keinen statistisch signifikanten Unterschied.

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	3.966	3.966	3.947	3.947	3.966	3.966	3.947	3.947
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	288	1.695	300	1.427	288	1.693	300	1.425
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	77	597	92	513	77	594	92	512
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	33	241	41	214	33	238	41	214
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	156	825	146	698	156	823	146	697
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	49	296	62	278	49	294	62	277
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	21	133	31	122	21	133	31	122

* 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)	3.966	3.966	3.947	3.947	3.966	3.966	3.947	3.947
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)	29,5 %	21,8 %	22,0 %	21,0 %	22,6 %	18,0 %	13,0 %	17,2 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	23,7 %	17,7 %	13,7 %	17,3 %	17,3 %	14,8 %	8,9 %	11,9 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	10,4 %	7,5 %	7,6 %	9,4 %	2,6 %	2,7 %	2,2 %	4,3 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	4,1 %	7,1 %	3,2 %	6,8 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	2,9 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	6,1 %	4,1 %	4,9 %	1,4 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	0,0 %	3,8 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								

• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	252,4	286,8	228,0	282,2	302,3	342,0	303,3	336,5
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	236,9	287,3	247,4	255,2	284,1	340,7	313,2	334,8
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	194,8	245,7	188,4	254,2	285,3	321,9	236,3	315,6
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	130,5	240,8	146,5	232,2	0,0	329,3	0,0	312,3
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	155,7	212,5	150,4	193,6	0,0	269,7	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	218,6	0,0	177,4	0,0	269,7	0,0	0,0

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A³	2.219	2.219	2.030	2.030	2.219	2.219	2.030	2.030
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	11,5	60,8	9,2	54,7	9,4	51,9	6,3	47,5

Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B ⁴	1.033	1.033	924	924	1.033	1.033	924	924
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	9,0	53,8	6,0	44,3	7,4	45,5	4,4	35,5

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

² Unter Kontakt zum psychiatrischen 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

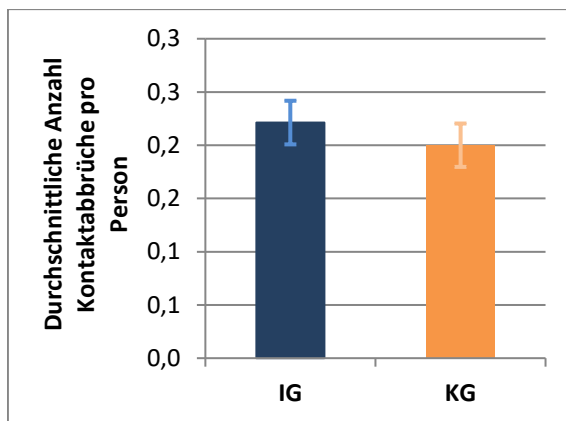
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

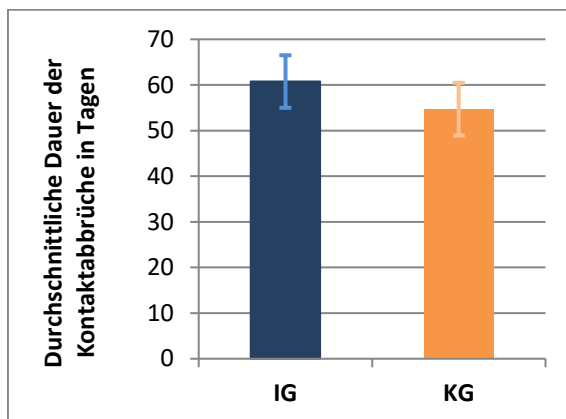
- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

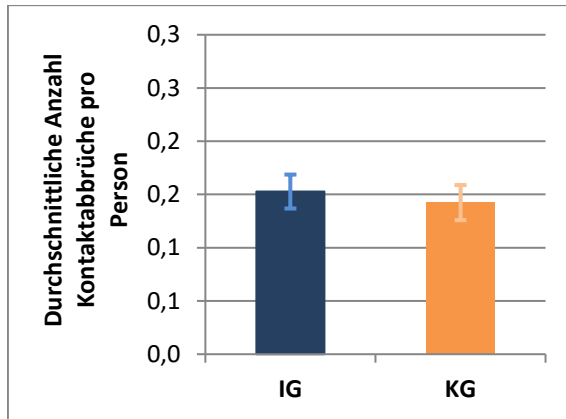
- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

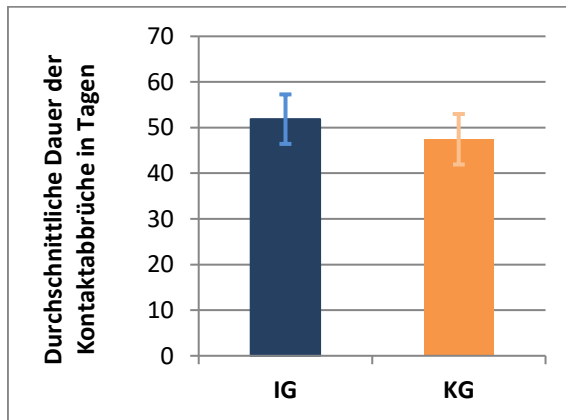


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,03 0,00...0,05	6,98 -1,16...15,13	0,01 -0,01...0,04	5,19 -2,55...12,93

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

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

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.501	1.501	1.501	1.501	1.501	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.471	1.475	1.383	1.308	1.260	1.451	1.460	1.360	1.303	1.264
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%	2,9%	1,3%	1,1%	0,7%	1,7%	3,5%	1,1%	1,3%	1,3%
• Vier (B)	0,3%	0,4%	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%	0,9%	0,5%	0,1%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	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	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	512	512	512	512	512	516	516	516	516	516
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	494	490	459	447	428	500	501	484	469	446
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	1,4%	3,3%	0,4%	0,6%	1,6%	2,7%	2,7%	1,6%	1,2%	1,2%
• Vier (B)	0,4%	0,6%	0,4%	0,2%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%

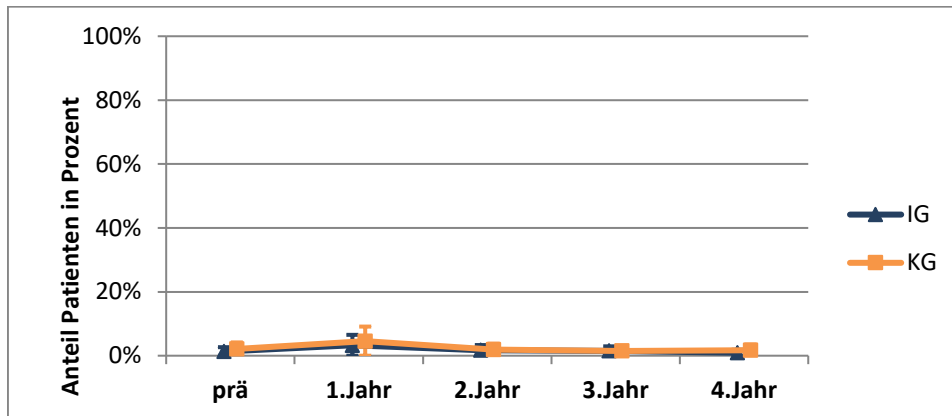
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

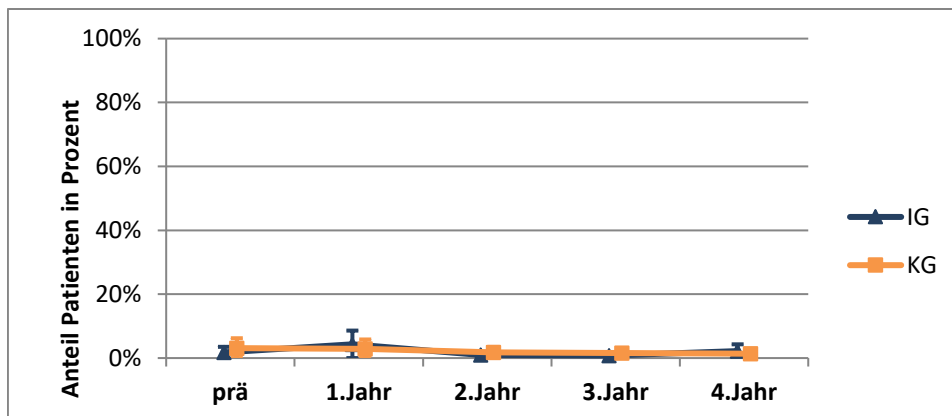


Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Fallzahl zur Berechnung zu klein.

Klinikbekannte Patienten

Fallzahl zur Berechnung zu klein.

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)	5.736	5.736	5.736	5.736
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	5.585	5.628	5.601	5.617
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	1,2%	2,6%	1,6%	3,3%
• Vier (B)	0,4%	0,8%	0,3%	0,7%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%

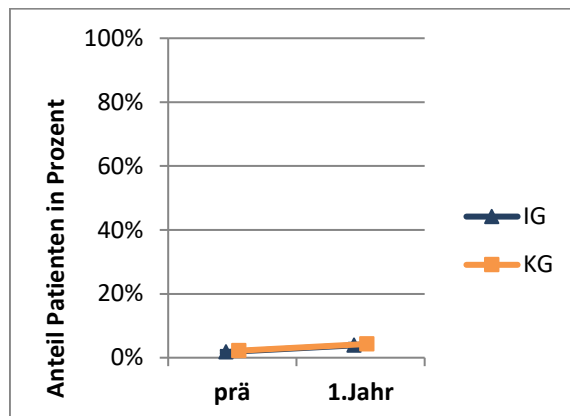
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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)	4.366	4.366	4.366	4.367	4.367	4.367
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	4.256	4.288	3.986	4.256	4.273	3.997
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei						
• Drei (A)	1,3%	2,8%	1,3%	1,5%	3,3%	1,2%
• Vier (B)	0,4%	0,7%	0,3%	0,3%	0,6%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	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.

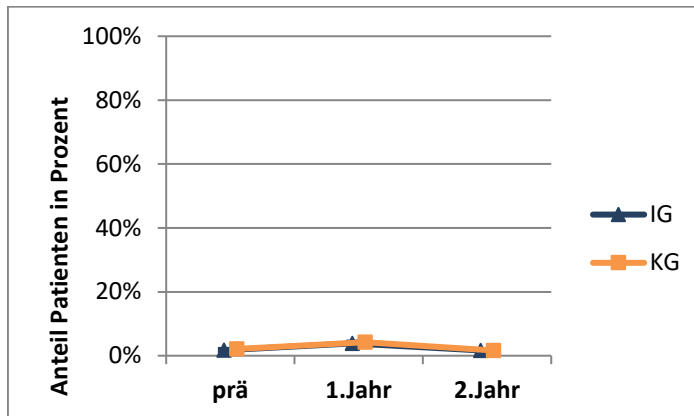


Tabelle 35: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Fallzahl zur Berechnung zu klein.

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)	2.932	2.932	2.932	2.932	2.922	2.922	2.922	2.922
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.854	2.882	2.672	2.533	2.845	2.860	2.671	2.531
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	1,2%	2,7%	1,2%	1,0%	1,5%	3,3%	1,2%	1,3%
• Vier (B)	0,3%	0,6%	0,2%	0,2%	0,4%	0,7%	0,3%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%	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)	671	671	671	671	673	673	673	673
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	649	644	602	587	656	656	624	602
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	1,0%	3,6%	0,7%	0,7%	2,8%	2,8%	2,1%	1,6%
• Vier (B)	0,3%	0,6%	0,4%	0,1%	0,3%	0,4%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%

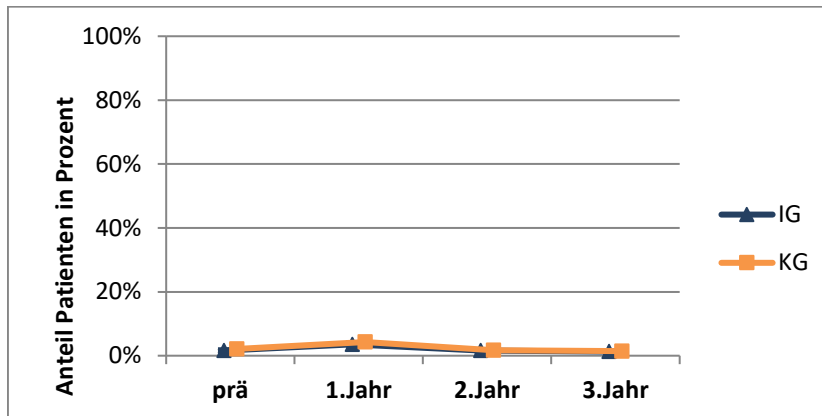
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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:

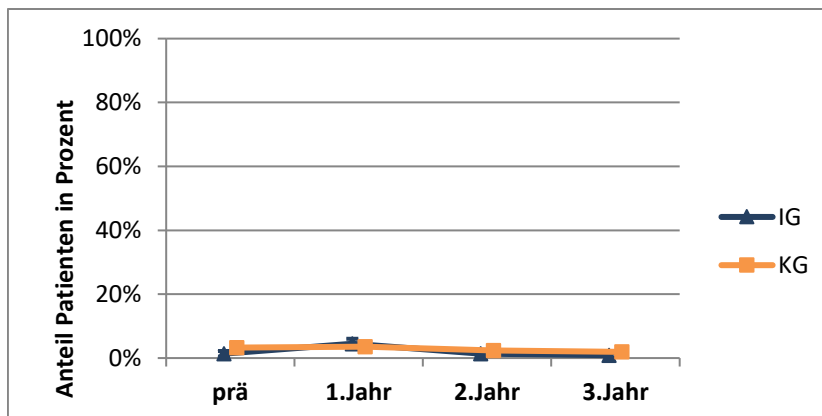
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bezüglich der Anzahl an **AU-Episoden** sowohl bei den linikneuen als auch linikbekannten Patienten ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf auf vergleichbarem Niveau.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den linikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dieser Anstieg als Vergleich zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall war jedoch in der IG statistisch signifikant größer im Vergleich zur KG (DiD = +17,1 AU-Tage). Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall nahm dieser Unterschied zwischen den Gruppen ab. Im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tagen zwischen IG und KG vergleichbar (prä: -3,9; 1. Jahr: +13,2; 2. Jahr: +5,1; 3. Jahr: +0,8; 4. Jahr: +0,0 AU-Tage). Die größere Zunahme an AU-Tage in der IG zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen im Vergleich zur KG war statistisch signifikant (DiD = +8,6 AU-Tage) (DiD Jahr 1-4).

In der IG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) stets weniger AU-Tage als die älteren Patienten (siehe Kapitel 14.2). Das gleiche Verhältnis mit weniger AU-Tagen bei den jüngeren Patienten war in der KG ersichtlich. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach

Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F30-39 (affektive Störungen) und F03 (nicht näher bezeichnete Demenz) aufwiesen (wobei erst- und letztgenannte 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 289 im Anhang).

Bei den linikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen. Während die Patienten der IG auf einem höheren AU-Tage-Niveau starteten als die KG (prä = +4,0 AU-Tage), stieg dieser Unterschied zum ersten Jahr nach Referenzfall weiter an (1. Jahr: +8,7 AU-Tage). Auch in den weiteren Jahren wies die IG mehr AU-Tage im Vergleich zur KG auf (2. Jahr: +8,0; 3. Jahr: +14,8; 4. Jahr: +5,0 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

Im ersten Jahr nach Referenzfall wiesen die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG mehr AU-Tage als die älteren Patienten auf (+19,9 AU-Tage); während in der KG die jüngeren hier weniger AU-Tage als die älteren Patienten aufwiesen (-15,5 AU-Tage) (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F45 (somatoforme Störungen), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die beiden erstgenannten nur wenige Patienten betraf); während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung), F30-39 (affektive Störungen) und F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen) aufwiesen. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 289 im Anhang).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG vergleichbar an (+0,4 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG stärker als in der KG an (IG: +70,4 AU-Tage; KG: +57,6 AU-Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG parallel. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war erneut ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant größer als in der

KG (DiD = +13,6 AU-Tage). Im zweiten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tagen zwischen IG und KG vergleichbar.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** linikneuer und linikbekannter Patienten zwischen den Gruppen parallele Verläufe auf einem vergleichbaren Niveau erkennbar. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wieder. Bei den linikneuen Patienten war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dieser war in der IG größer (IG: +72,6; KG: +55,3 AU-Tage). Bei den linikbekannten Patienten war ein zu den klinikneuen Patienten höheres Ausgangsniveau der AU-Tage erkennbar. Der Anstieg zu den Jahren nach Referenzfall war auch hier in der IG größer als in der KG (prä: -2,7; 1. Jahr: +3,2; 2. Jahr: +1,9; 3. Jahr: +7,7 AU-Tage)

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	865	865	856	844	839	879	879	870	867	859
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,8	1,2	0,6	0,4	0,4	0,6	1,1	0,6	0,4	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	31,0	99,8	35,8	20,8	17,7	34,9	86,6	30,6	20,0	17,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	25,0%	20,8%	8,9%	5,5%	3,8%	27,0%	14,1%	7,2%	5,1%	3,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,8	0,6	0,4	0,2	0,5	0,8	0,2	0,3	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	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 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)	244	244	242	239	237	255	255	252	249	243
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,9	1,4	0,8	0,7	0,6	0,9	1,4	0,8	0,7	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	47,0	70,4	36,5	36,3	24,9	43,0	61,6	28,4	21,5	19,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,6%	14,8%	10,3%	7,9%	6,3%	12,5%	14,1%	5,2%	6,0%	2,1%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,0	2,4	1,2	2,6	4,3	3,0	2,5	1,5	1,1	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	0,8%	0,4%	0,0%	0,0%

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

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

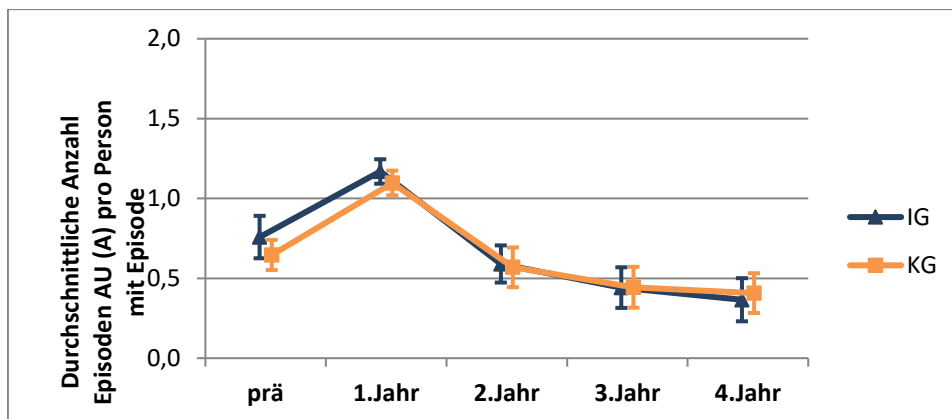
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

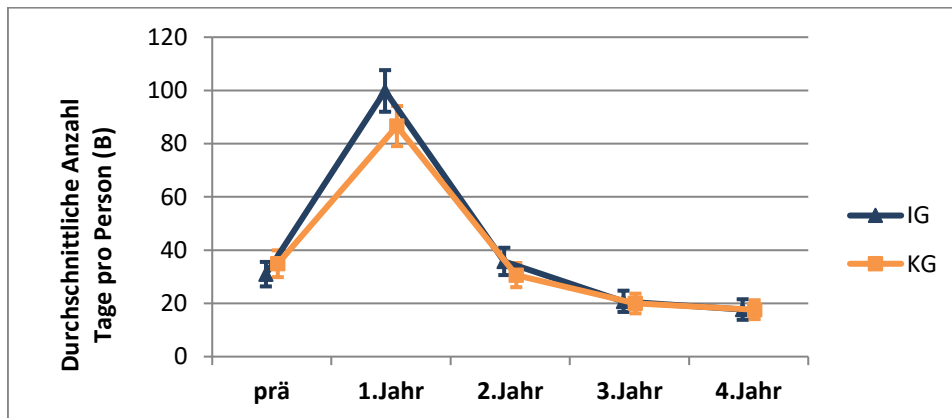
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

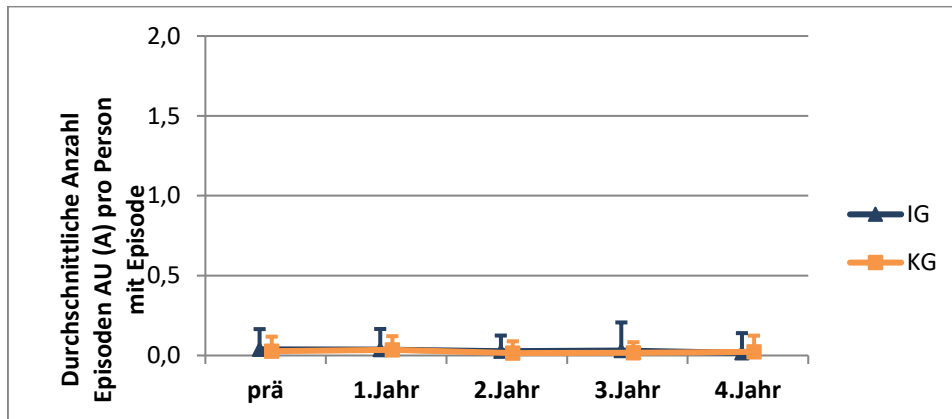


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

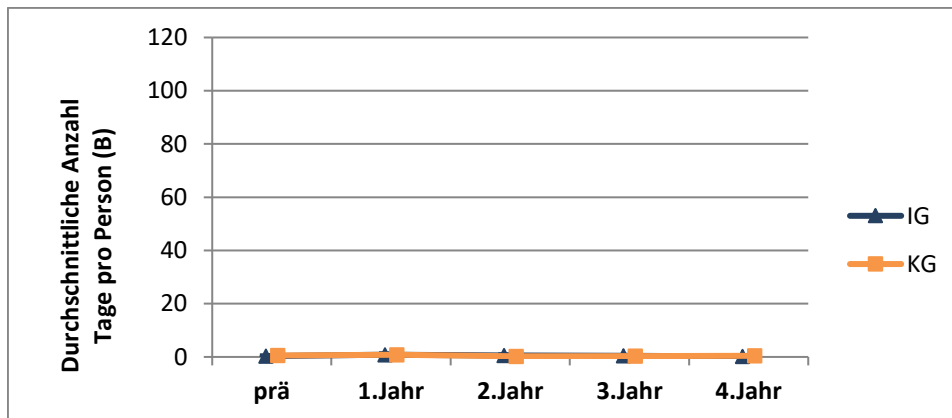


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



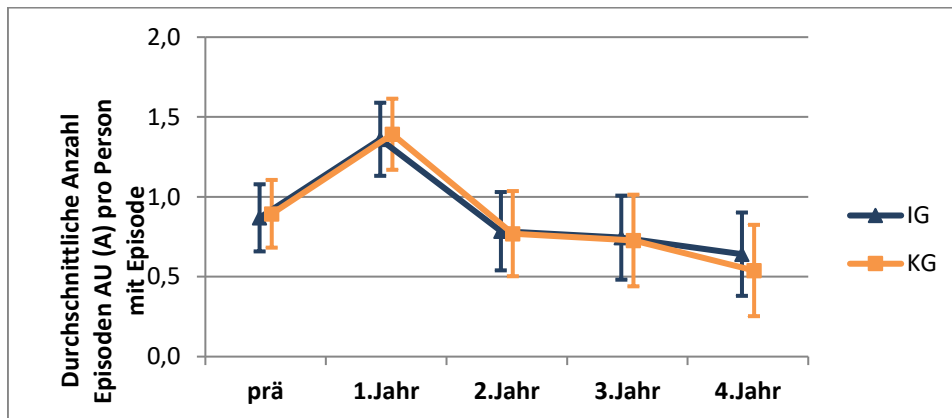
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

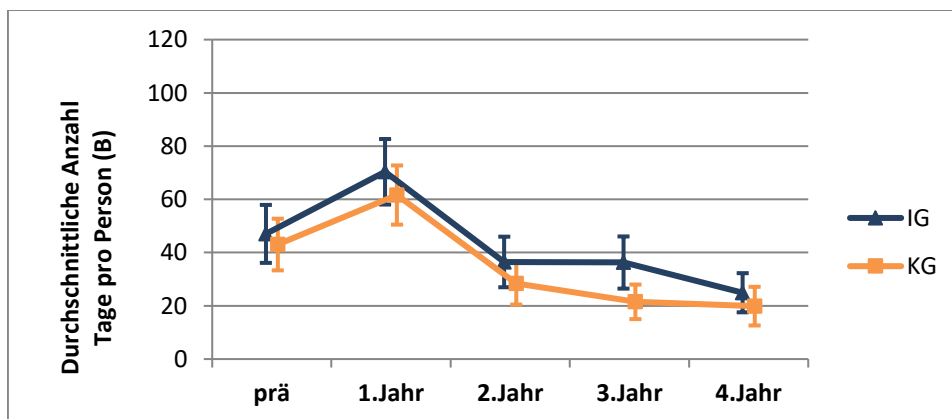
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

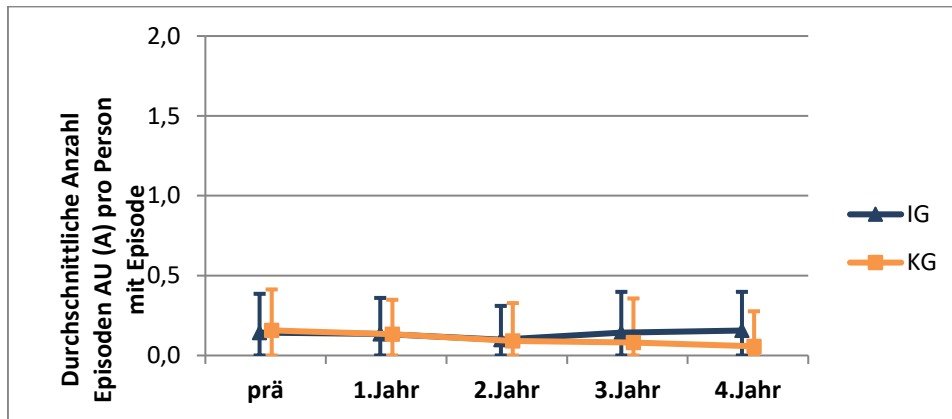


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

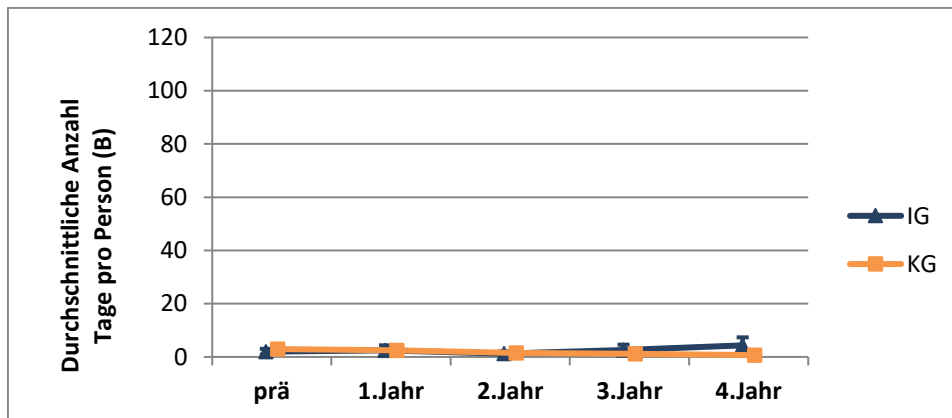


Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,04 -0,17...0,09	17,12** 7,31...26,93
DID Jahr 2	-0,09 -0,22...0,04	8,99 -0,82...18,80
DID Jahr 3	-0,12 -0,25...0,01	4,51 -5,30...14,32
DID Jahr 4	-0,16* -0,29...-0,03	3,84 -5,97...13,65
DID Jahr 1-4	—	8,62* 0,33...16,89

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,01 -0,31...0,30	4,74 -13,06...22,54
DID Jahr 2	0,04 -0,26...0,35	4,07 -13,74...21,87
DID Jahr 3	0,05 -0,26...0,35	10,53 -7,27...28,33
DID Jahr 4	0,13 -0,17...0,44	1,25 -16,55...19,06
DID Jahr 1-4	—	5,15 -9,23...19,53

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

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

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

Tabelle 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)	3.302	3.302	3.351	3.351
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)² • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	0,7	1,1	0,7	1,1
	31,6	102,0	33,6	91,2
	26,5%	19,8%	27,4%	14,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,4	0,5	0,3	0,6
	0,1%	0,1%	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

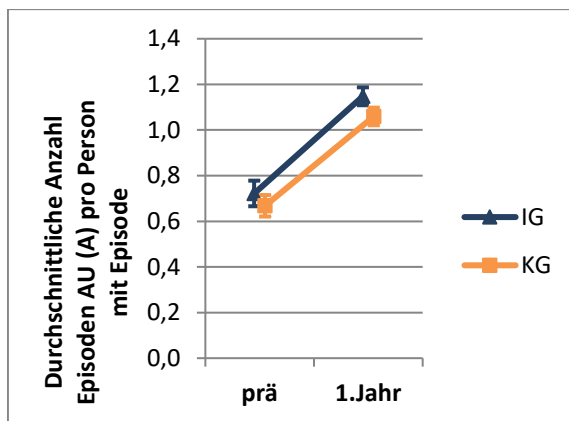
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

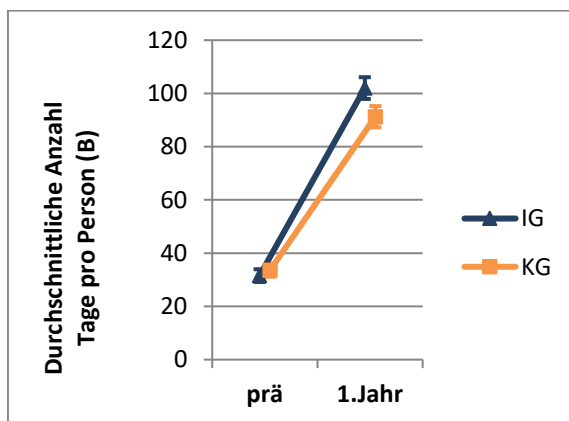
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

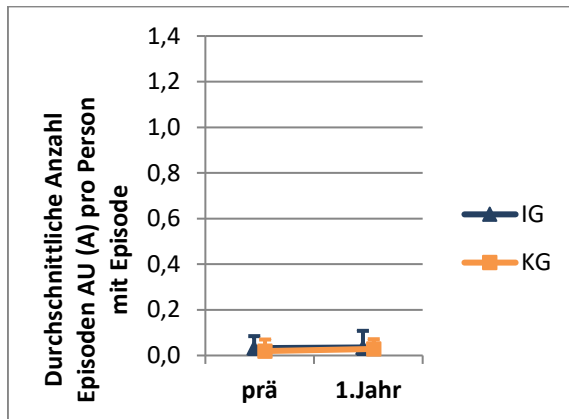
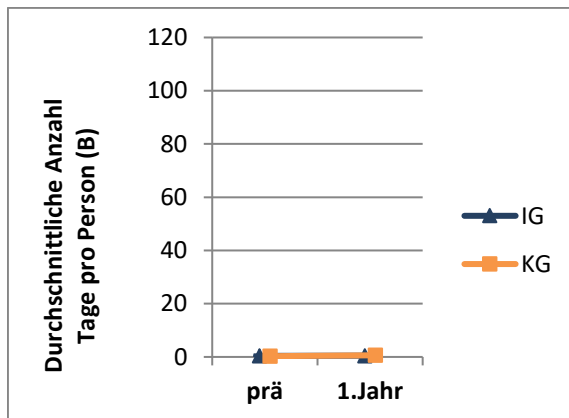
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

- **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)	2.484	2.484	2.454	2.548	2.548	2.516
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,1	0,5	0,7	1,1	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	32,0	104,5	34,5	33,9	92,8	34,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,0%	20,6%	7,5%	28,1%	15,4%	7,3%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,4	0,3	0,3	0,7	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%

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

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

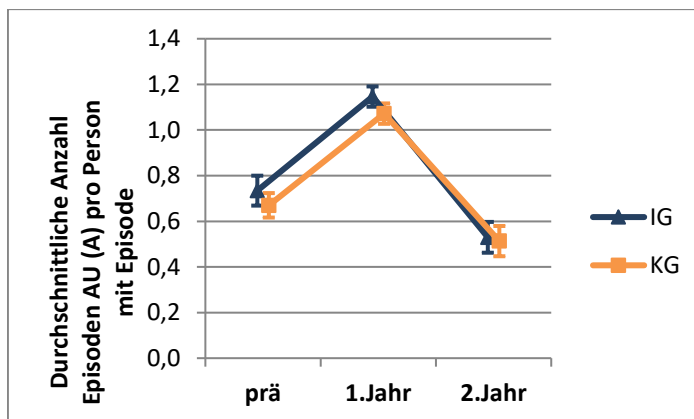
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

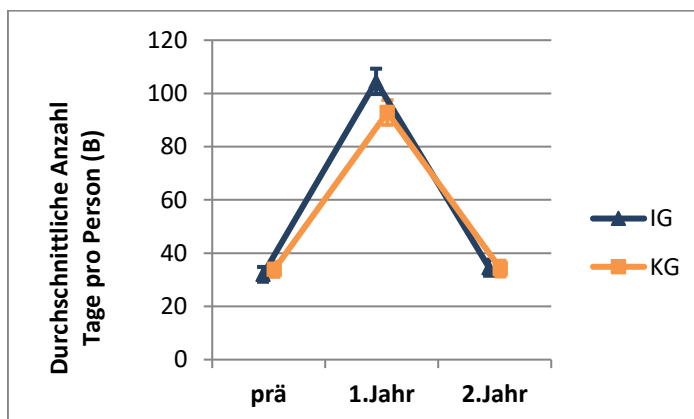
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

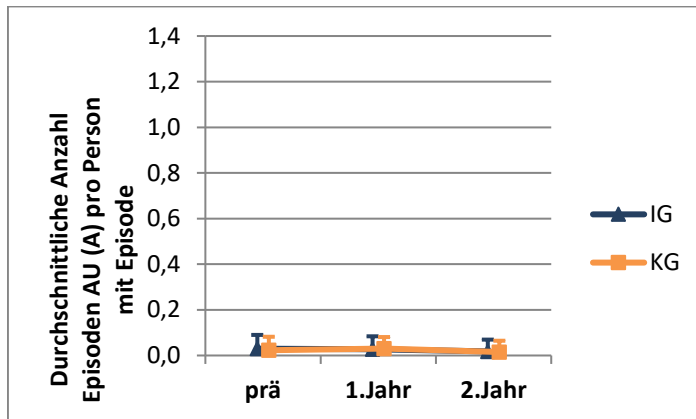


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

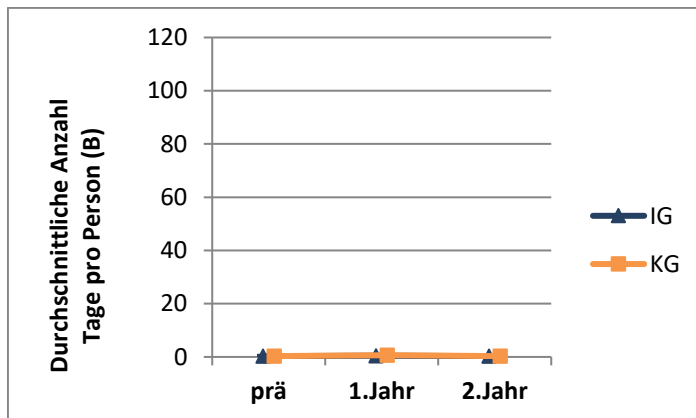


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,01 -0,06...0,08	13,58*** 6,97...20,20
DID Jahr 2	-0,05 -0,12...0,03	2,25 -4,37...8,86

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.648	1.648	1.631	1.610	1.684	1.684	1.669	1.663
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,2	0,5	0,4	0,6	1,1	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	30,2	102,8	35,7	20,2	32,3	87,6	33,9	19,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	25,5%	21,4%	8,5%	4,9%	26,9%	14,4%	7,5%	4,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,6	0,3	0,3	0,4	0,8	0,2	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	324	324	322	318	350	350	344	339
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,8	1,3	0,7	0,7	0,8	1,3	0,8	0,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	41,6	71,8	33,8	31,6	44,3	68,6	32,0	23,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,0%	15,1%	8,7%	7,2%	16,6%	13,1%	5,5%	5,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,1	2,8	1,7	2,5	3,3	2,5	1,4	1,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,6%	0,3%	0,0%

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

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

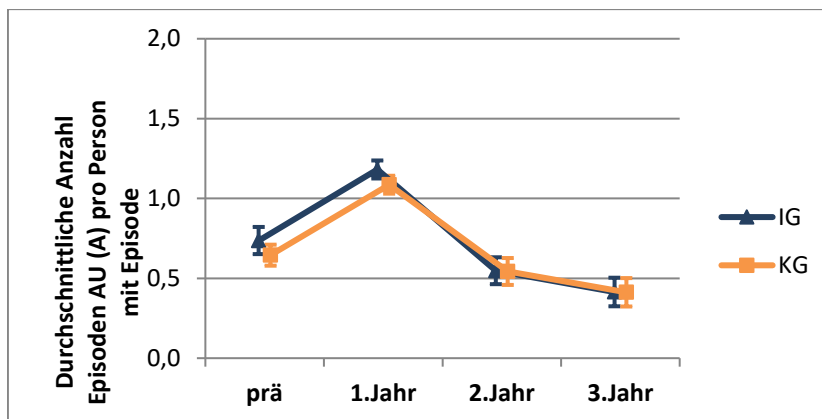
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

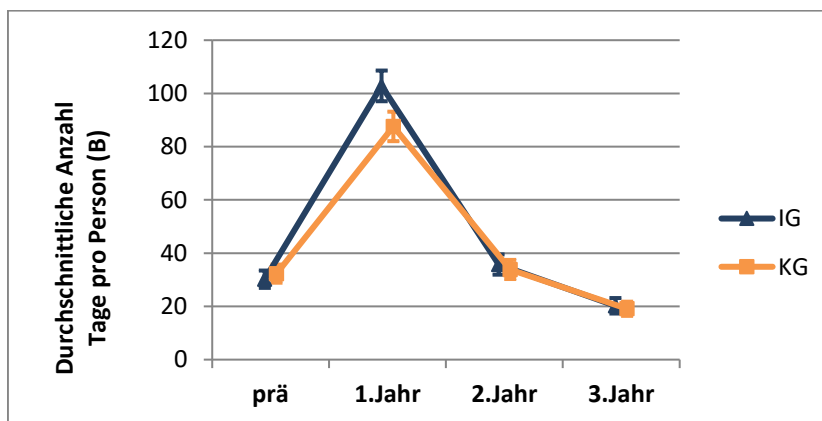
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

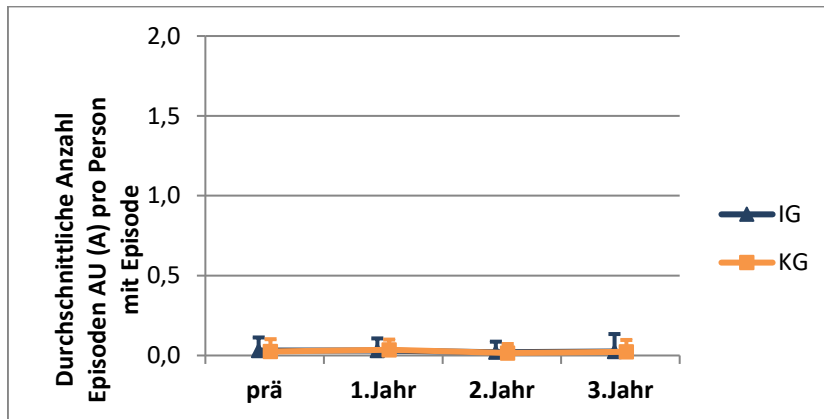


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

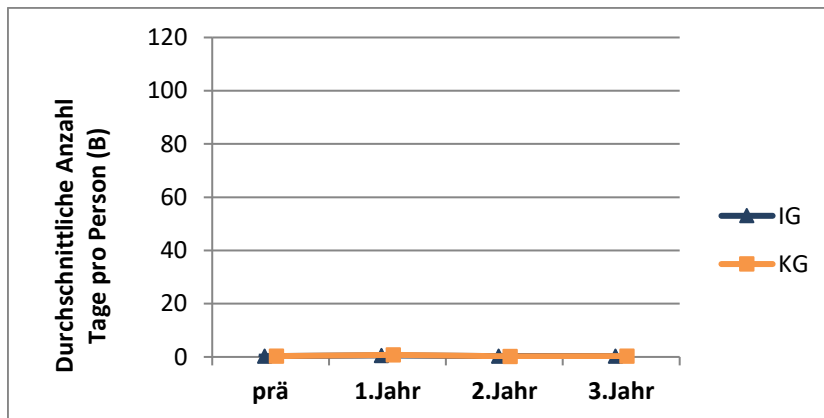


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



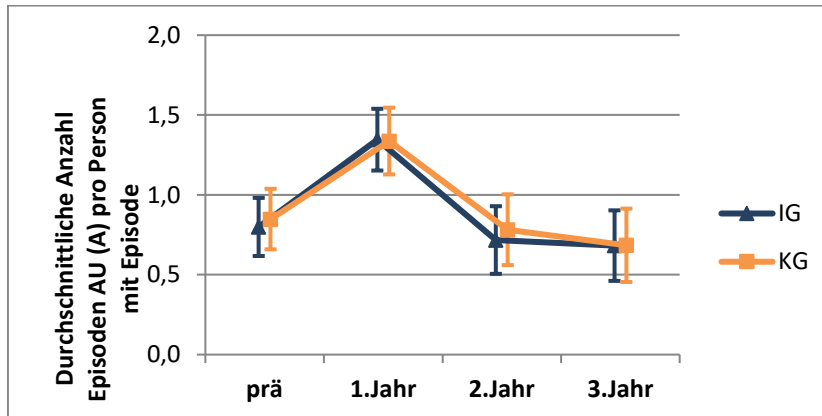
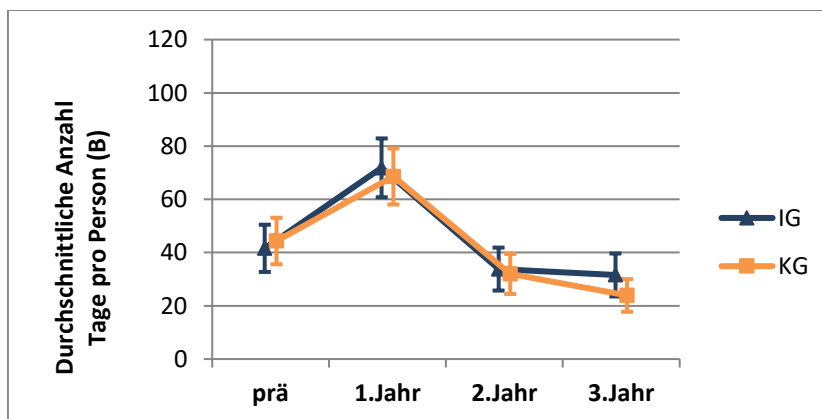
- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)**



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

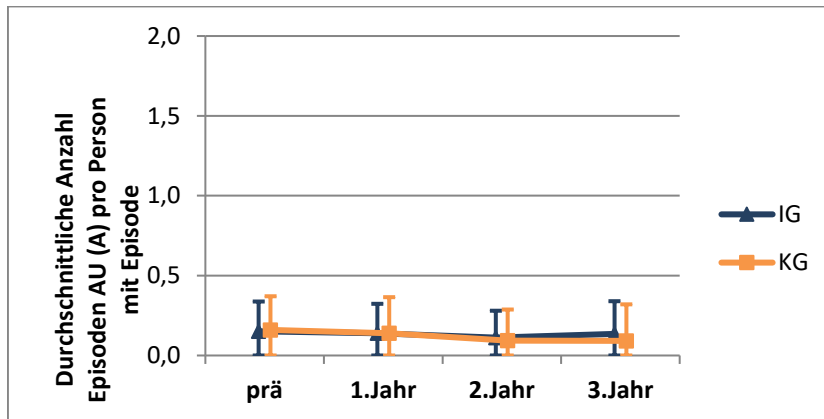
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

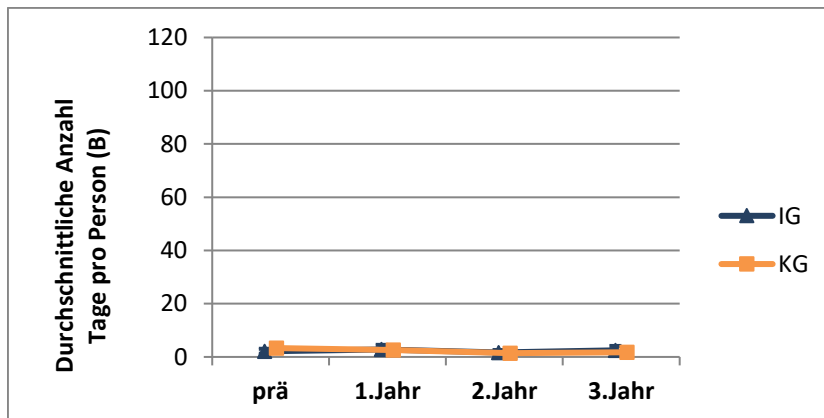
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode****- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 27,7 %; KG: 26,7 %). Auch die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar (IG: 119,7; KG: 117,5 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 aufweisen¹ (alle)	3.059	2.727
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	27,7%	26,7%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	119,7	117,5
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	1.769	1.562
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	18,1%	16,9%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	115,1	113,5
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	900	817
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	9,9%	9,7%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	118,2	115,7

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

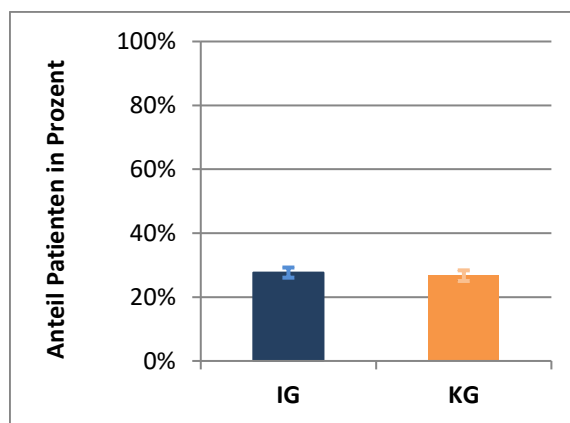
Erwachsene, klinikneue Patienten

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)

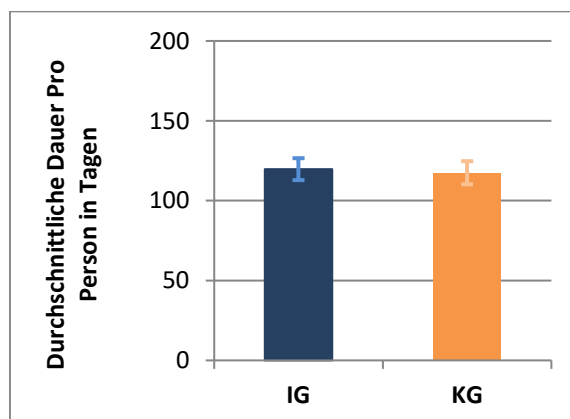


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,05 0,93...1,18	1,87 -8,18...11,91

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

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

8.2.8 Komorbidität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts-Score** bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an. Danach sank der Score auf das Niveau des Jahres vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. linikbekannte 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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung gab es zwischen IG und KG keine relevanten Unterschiede. Beide mittleren Komorbiditäts-Scores stiegen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach, blieben aber zwischen den Gruppen vergleichbar.

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

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.501	1.501	1.409	1.351	1.312	1.491	1.491	1.396	1.349	1.309
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,2	3,6	3,2	3,1	3,2	3,2	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)	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,8	4,0	3,7	3,7	3,8	3,8	4,0	3,9	3,9	3,8

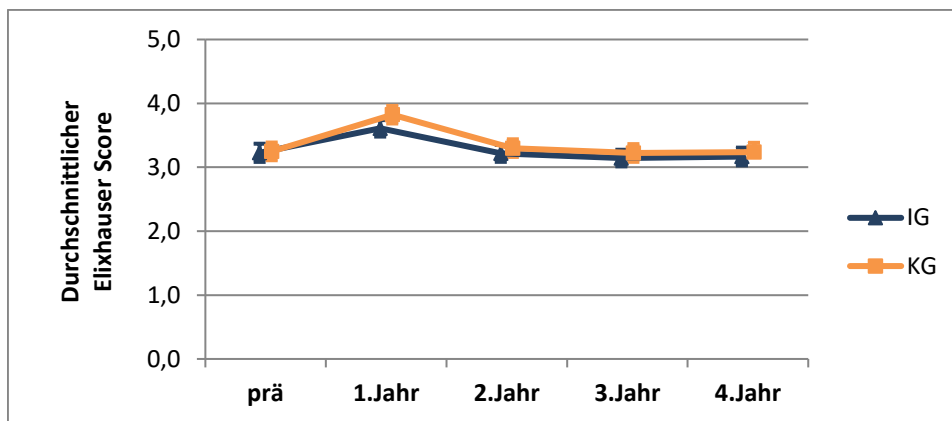
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

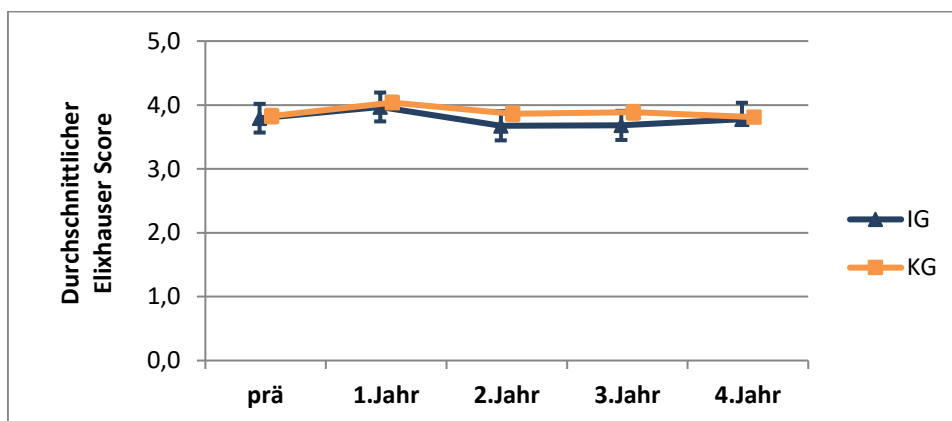


Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,19 -0,44...0,05
DID Jahr 2	-0,05 -0,29...0,20
DID Jahr 3	-0,07 -0,31...0,18
DID Jahr 4	-0,05 -0,30...0,19

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,04 -0,48...0,41
DID Jahr 2	-0,24 -0,69...0,20
DID Jahr 3	-0,26 -0,70...0,18
DID Jahr 4	-0,14 -0,58...0,30

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)	5.736	5.736	5.735	5.735
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,2	3,7	3,2	3,8

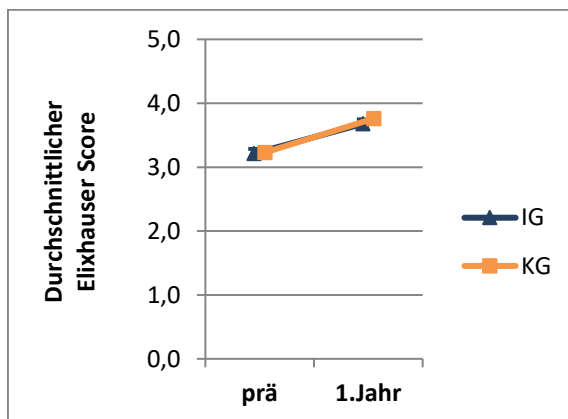
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	4.366	4.366	4.102	4.366	4.366	4.109
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,7	3,2	3,2	3,8	3,3

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

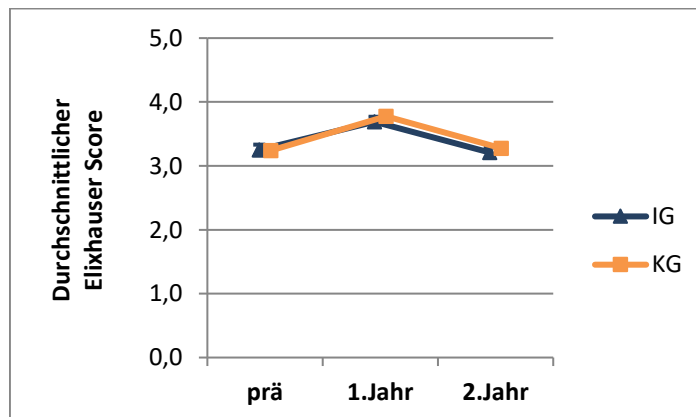


Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,09 -0,23...0,05
DID Jahr 2	-0,08 -0,22...0,06

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)	2.932	2.932	2.742	2.622	2.922	2.922	2.744	2.633
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,7	3,3	3,2	3,3	3,8	3,3	3,2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	671	671	629	606	673	673	641	615
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,8	4,0	3,6	3,6	3,8	4,0	3,8	3,8

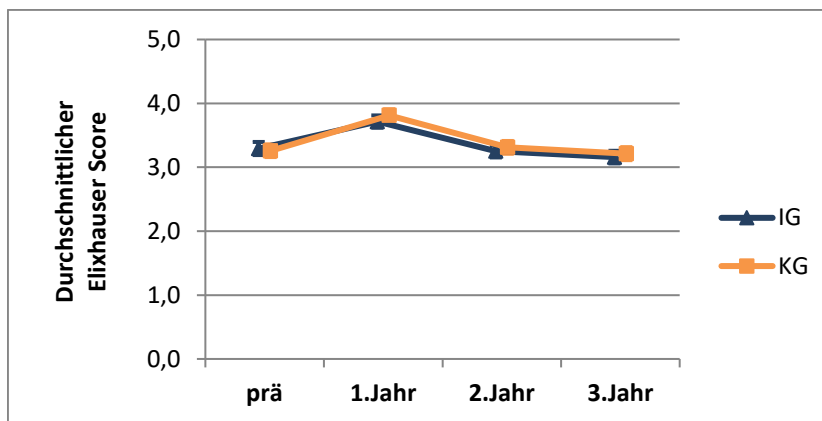
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

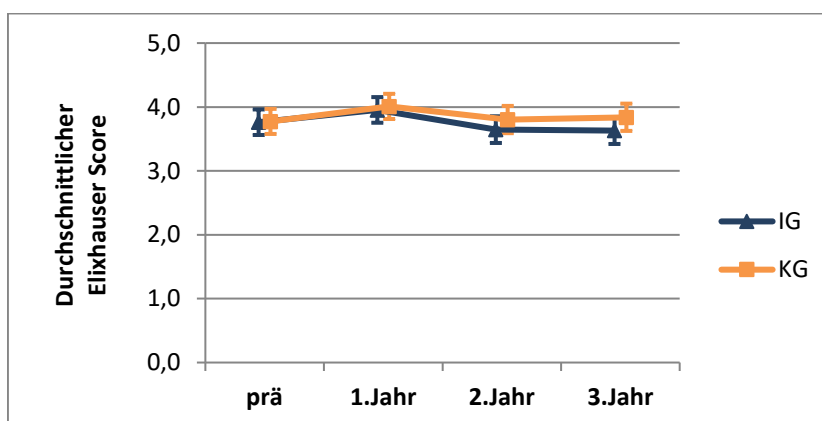


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



8.2.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 15,4 %; KG: 14,7 %) und bei den linikbekanntten Patienten in der IG etwas höher als in der KG (IG: 17,4 %; KG: 13,6 %). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die nach einem Jahr nach Referenzfall verstarben, in IG und KG vergleichbar (IG: 6,1 %; KG: 6,0 %).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war, analog zu U1 und U2, die Anzahl Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 10,0 %; KG: 9,6 %).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster der zwischen beiden Gruppen vergleichbaren Mortalität linikneuer Patienten in der IG im Vergleich zur KG für die 2-Jahres-Mortalität (IG: 13,9 %; KG: 12,9 %). Auch die 2-Jahres-Mortalität linikbekanntter Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 12,8 %; KG: 11,9 %).

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)	1.501	1.491
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	15,4 %	14,7 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	512	516
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	17,4 %	13,6 %

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

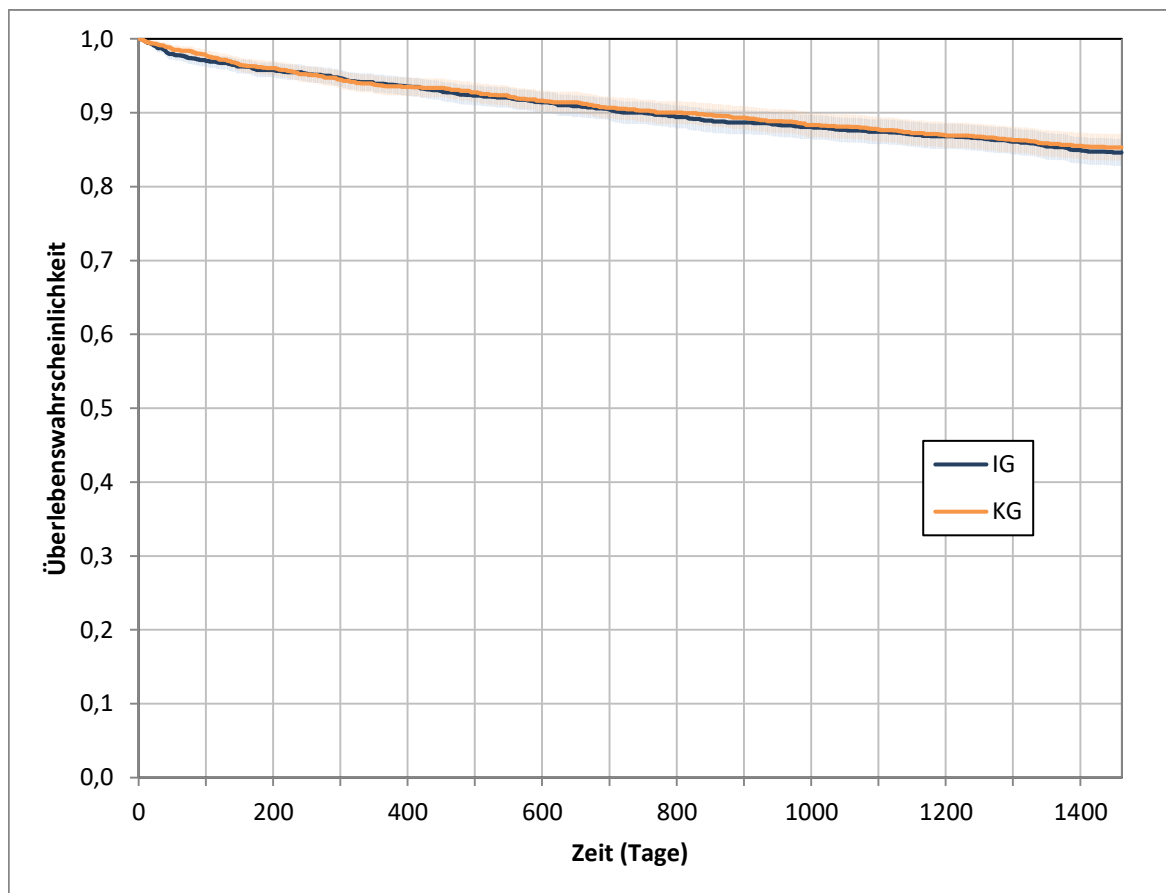
Erwachsene, klinikneue Patienten

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.

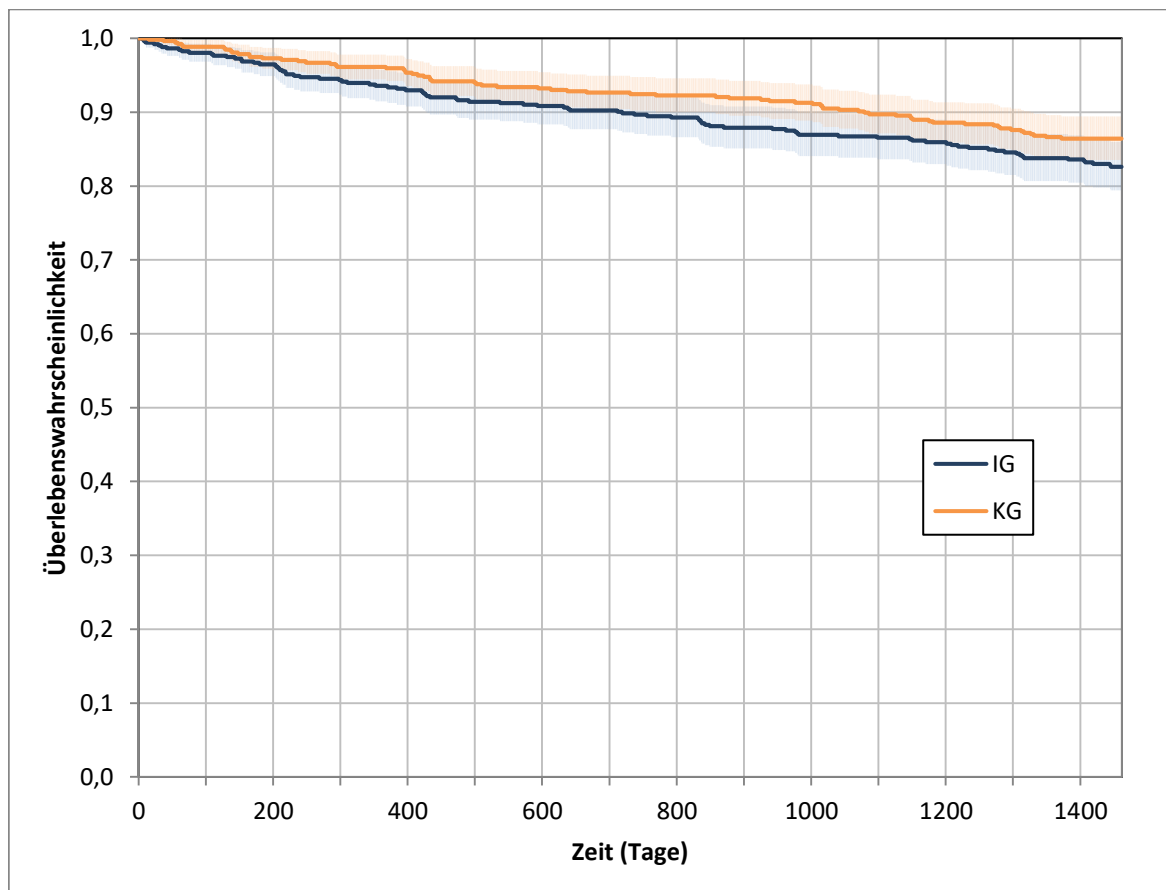
Überlebenswahrscheinlichkeit

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

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,12 0,93...1,35

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,37 1,00...1,88

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)	5.736	5.736
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	6,1 %	6,0 %

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

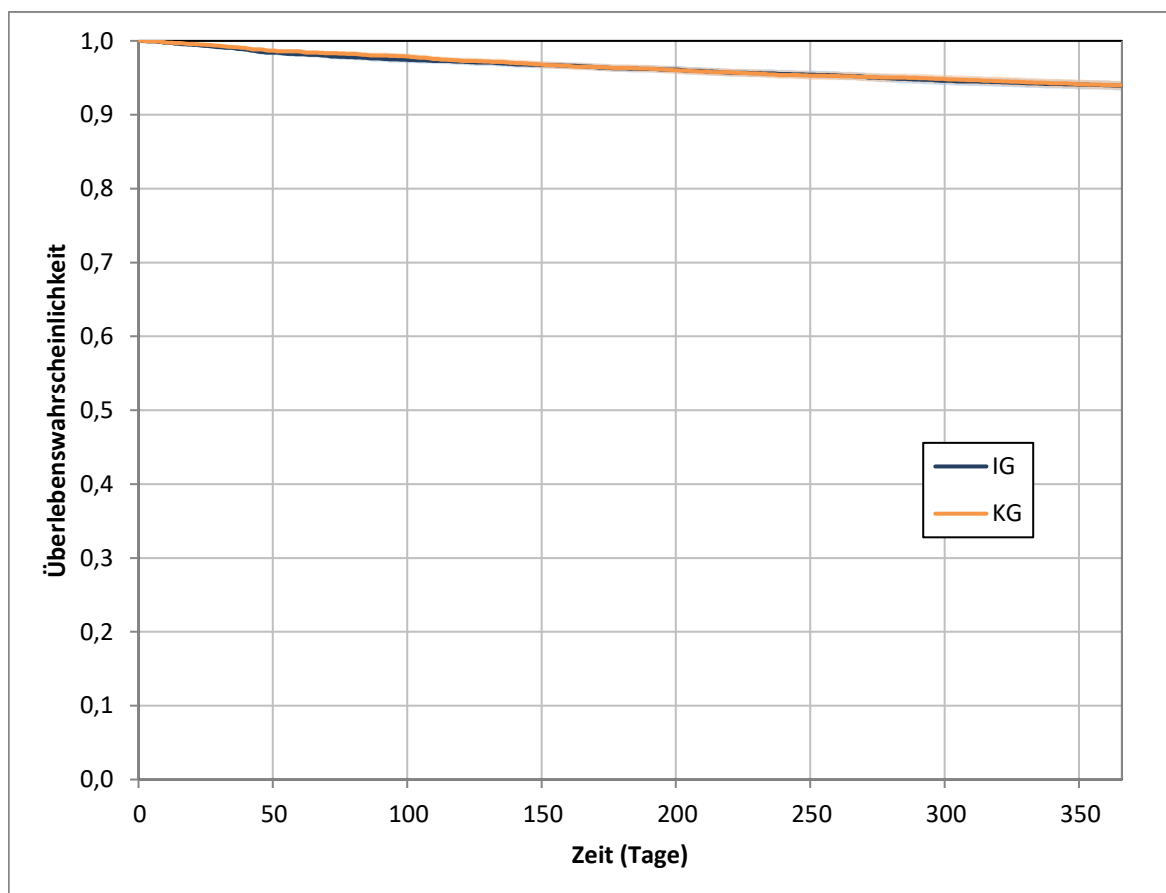
Erwachsene, klinikneue Patienten

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)	4.366	4.367
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	10,0 %	9,6 %

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

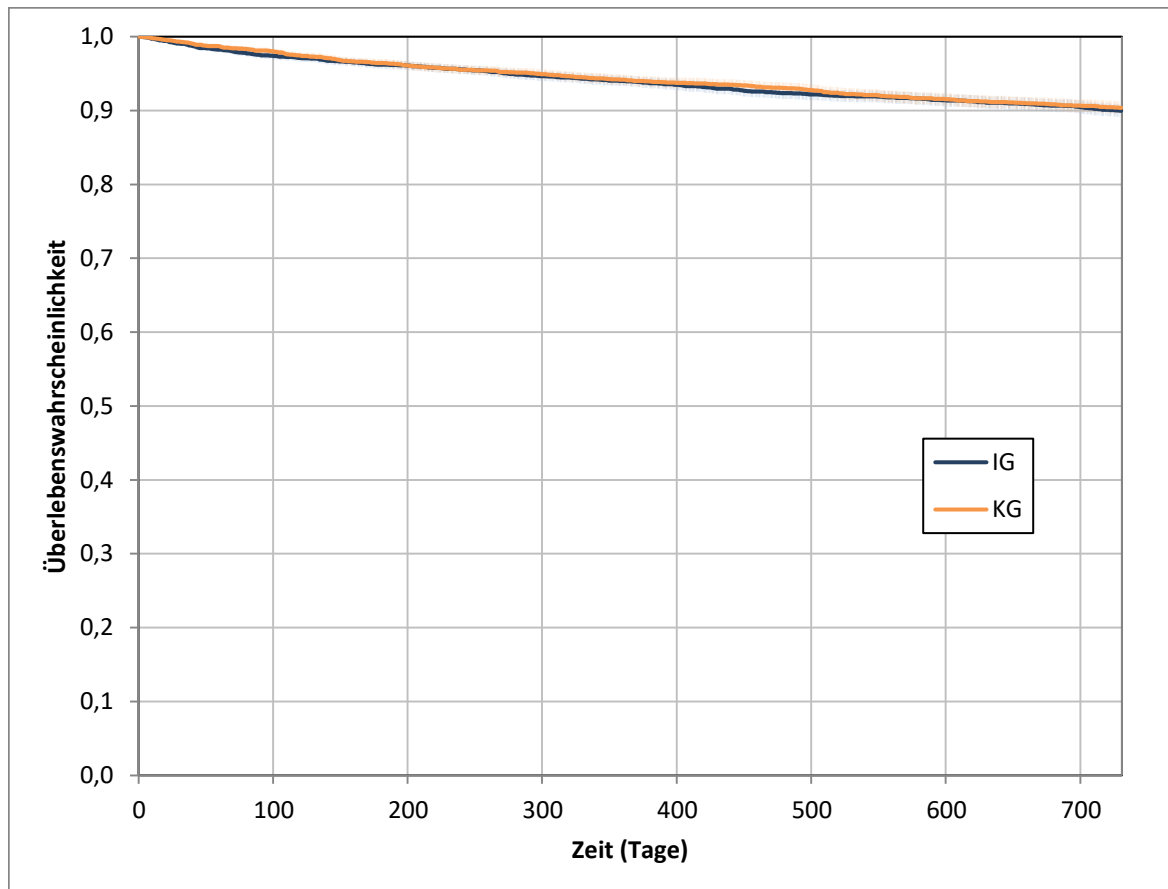


Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,10 0,96...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 56: Mortalität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	2.932	2.922
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	13,9 %	12,9 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	671	673
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	12,8 %	11,9 %

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

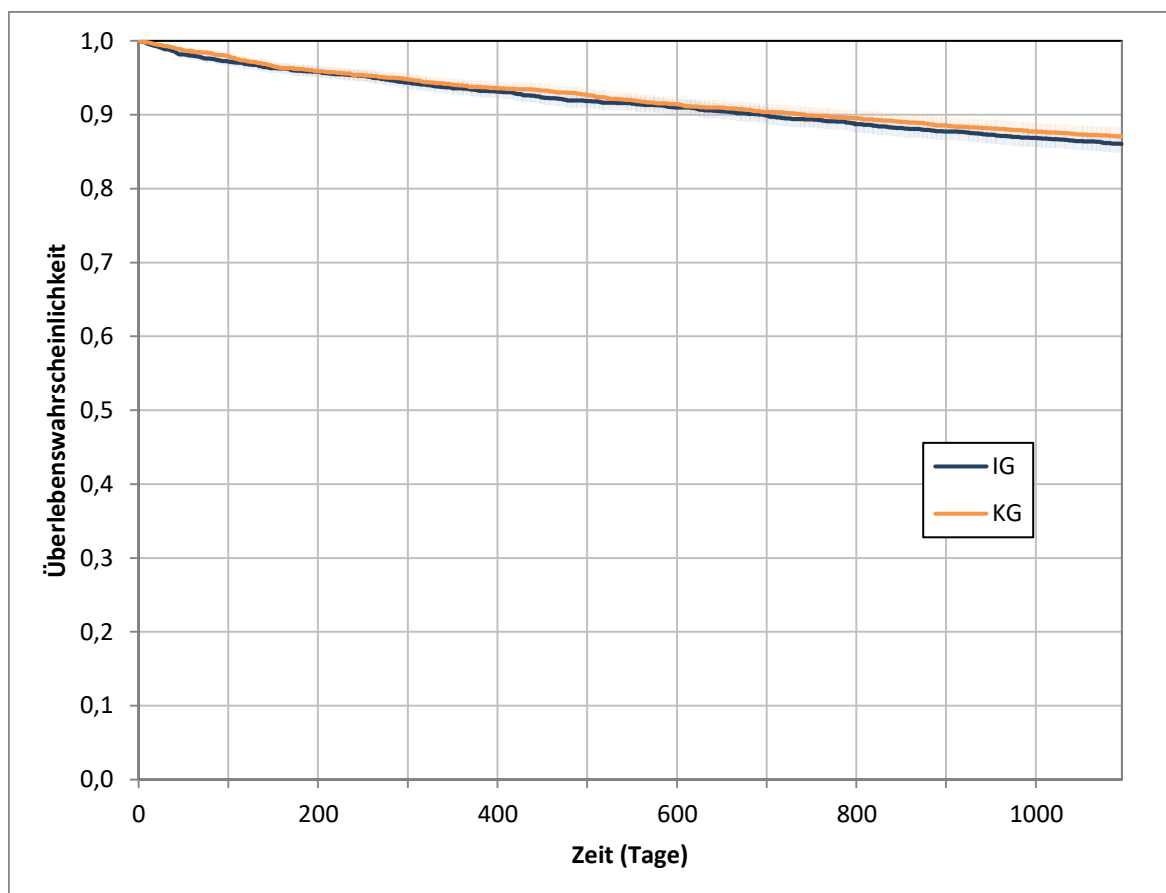
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

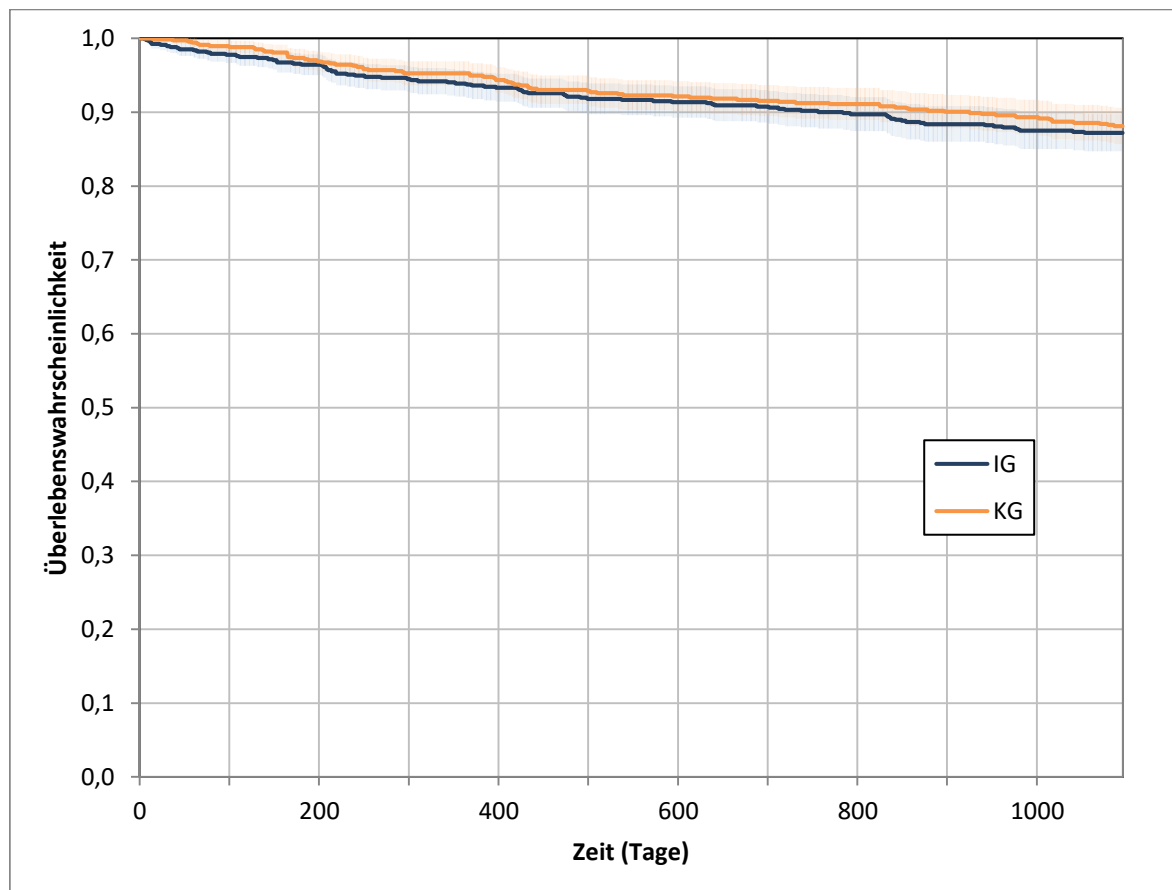


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG statistisch signifikant größer als in der KG (+6,1 %-Punkte; DiD = 1,3). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer als in der KG (+8,0 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu statistisch signifikant größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+4,5 %-Punkte; DiD = 1,7). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil etwas größer in der IG im Vergleich zur KG (+1,8 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (+1,0 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG jedoch größer als in der KG (+8,2 %-Punkte). Jedoch war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (siehe oben) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall in der IG um 2,7 %-Punkte größer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 2,2 %-Punkte größer ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen beiden Gruppen vergleichbar (-0,7 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (+4,4 %-Punkte; DiD = 1,2). Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (+2,8 %-Punkte; DiD = 1,6). Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war hingegen in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (+0,2 %-Punkte; DiD = 0,9).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG erneut größer als in der KG (+2,6 %-Punkte). Auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG größer (+6,9 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall erneut zu größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+2,3 %-Punkte). Und auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG größer (+3,1 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall in beiden Gruppen zu vergleichbaren Anteilen (-0,8 %-Punkte). Bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG größer (+3,1 %-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	1.270	1.272
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	404	442
• Jegliche depr. Episode ³	747	771
• ohne Suchterkrankung ⁵	923	872
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	38,9 %	32,8 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	11,2 %	6,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	24,5 %	25,5 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	423	446
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	105	98
• Jegliche depr. Episode ³	197	212
• ohne Suchterkrankung ⁵	208	226
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	30,5 %	22,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,6 %	3,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	25,5 %	17,3 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

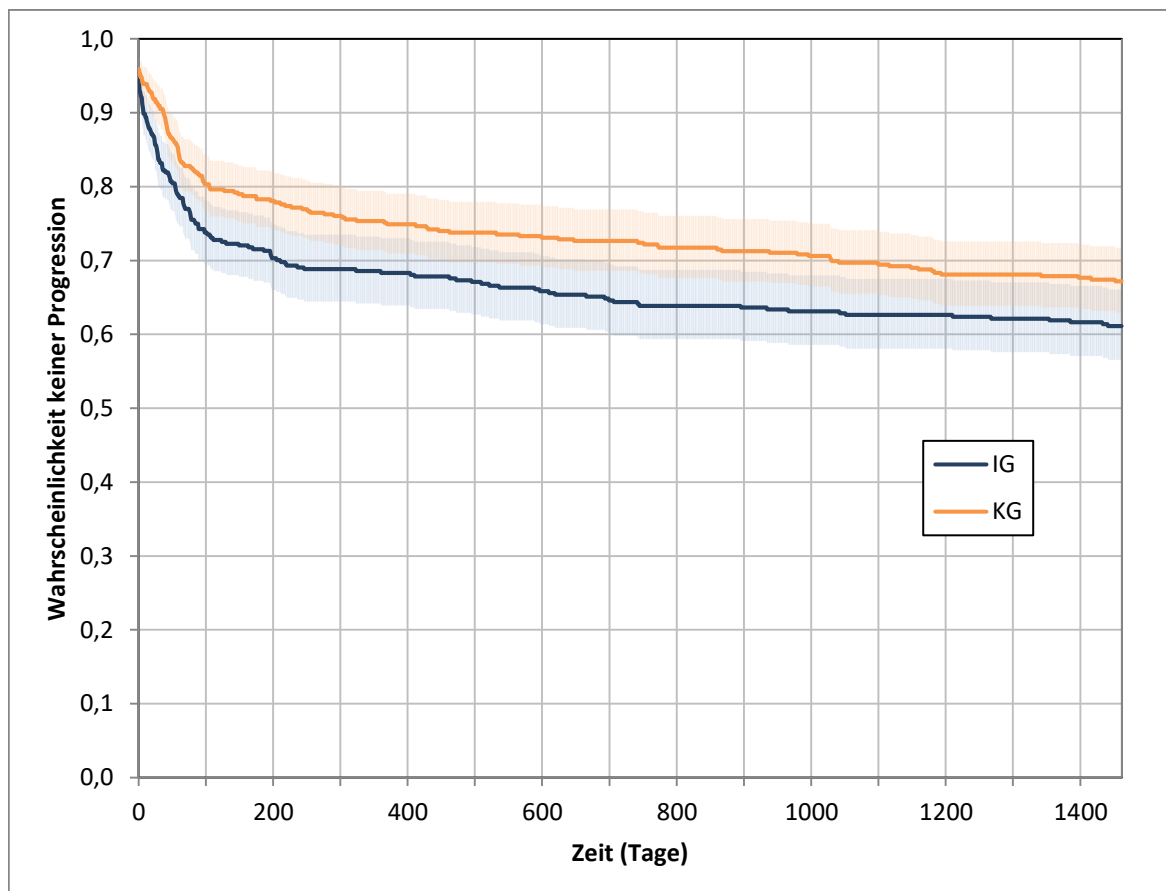
Erwachsene, klinikneue Patienten

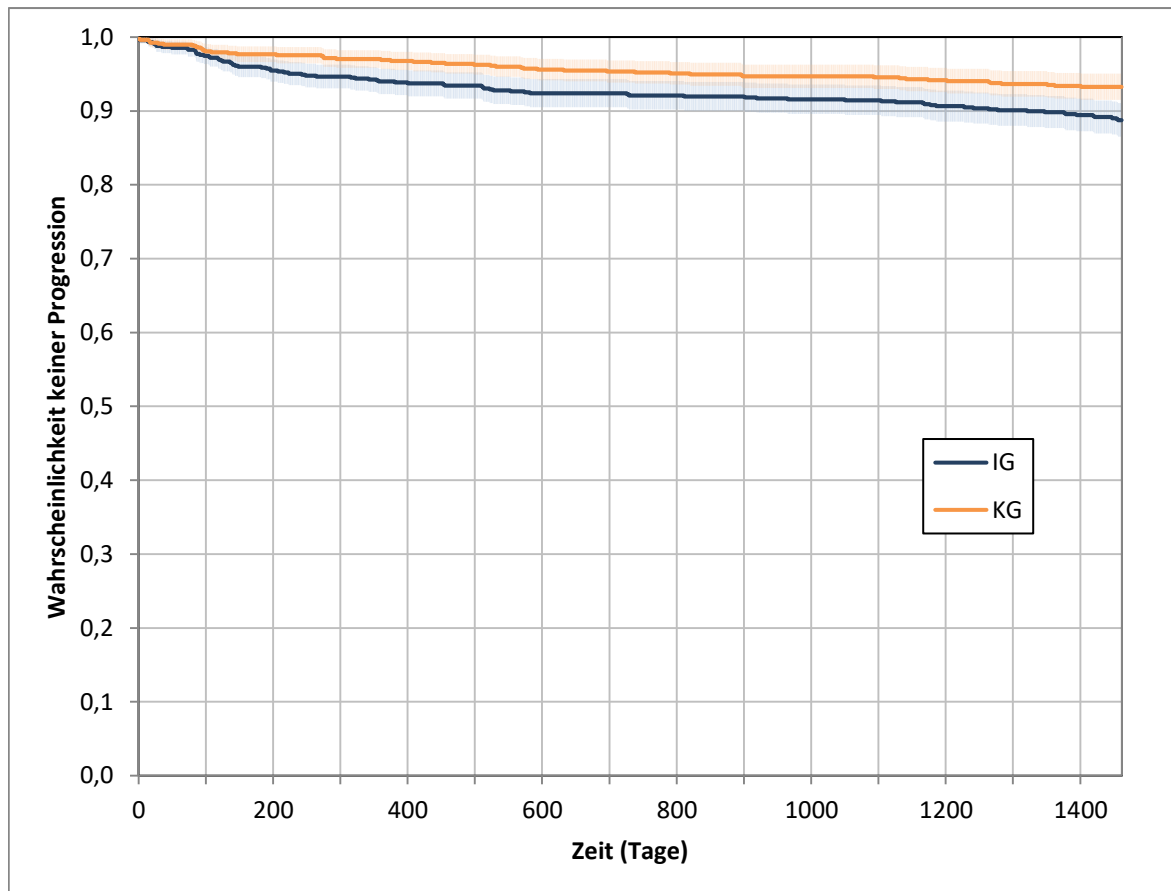
Legende für die folgenden Abbildungen:

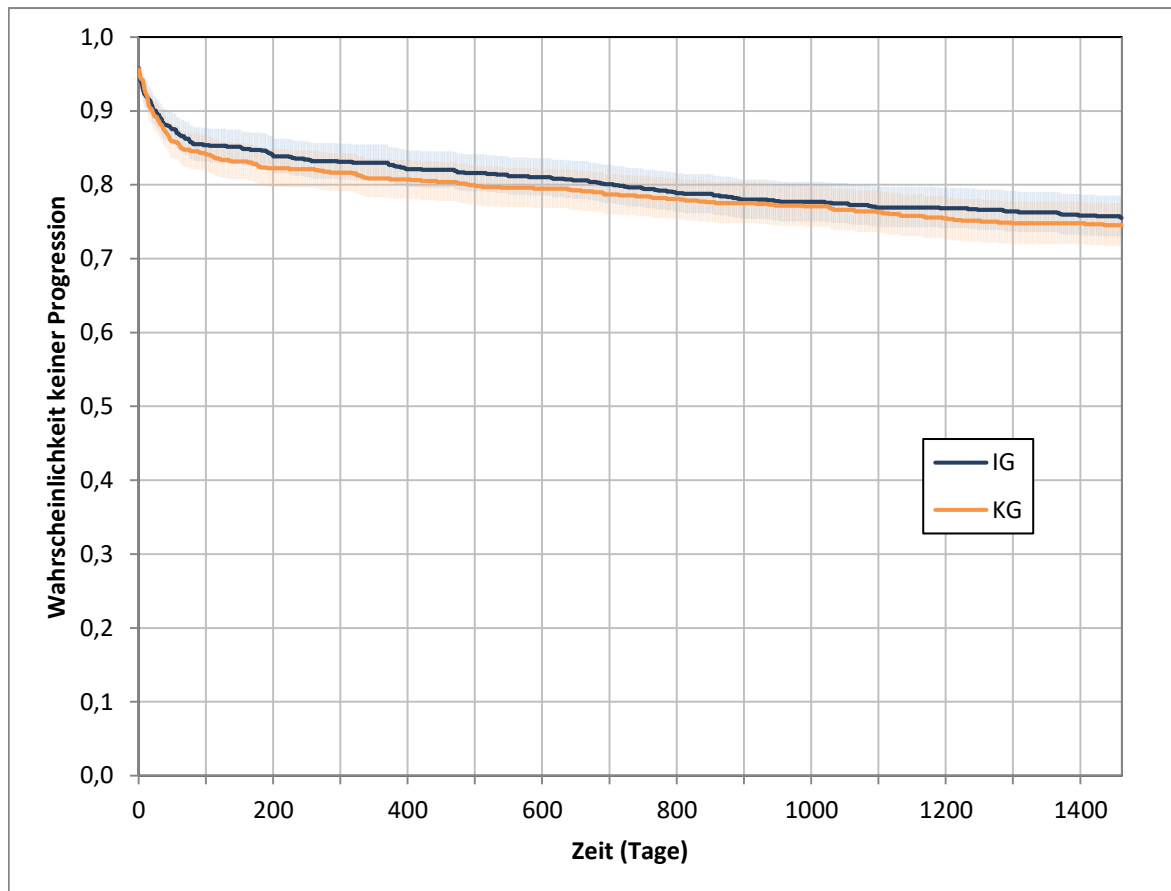
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

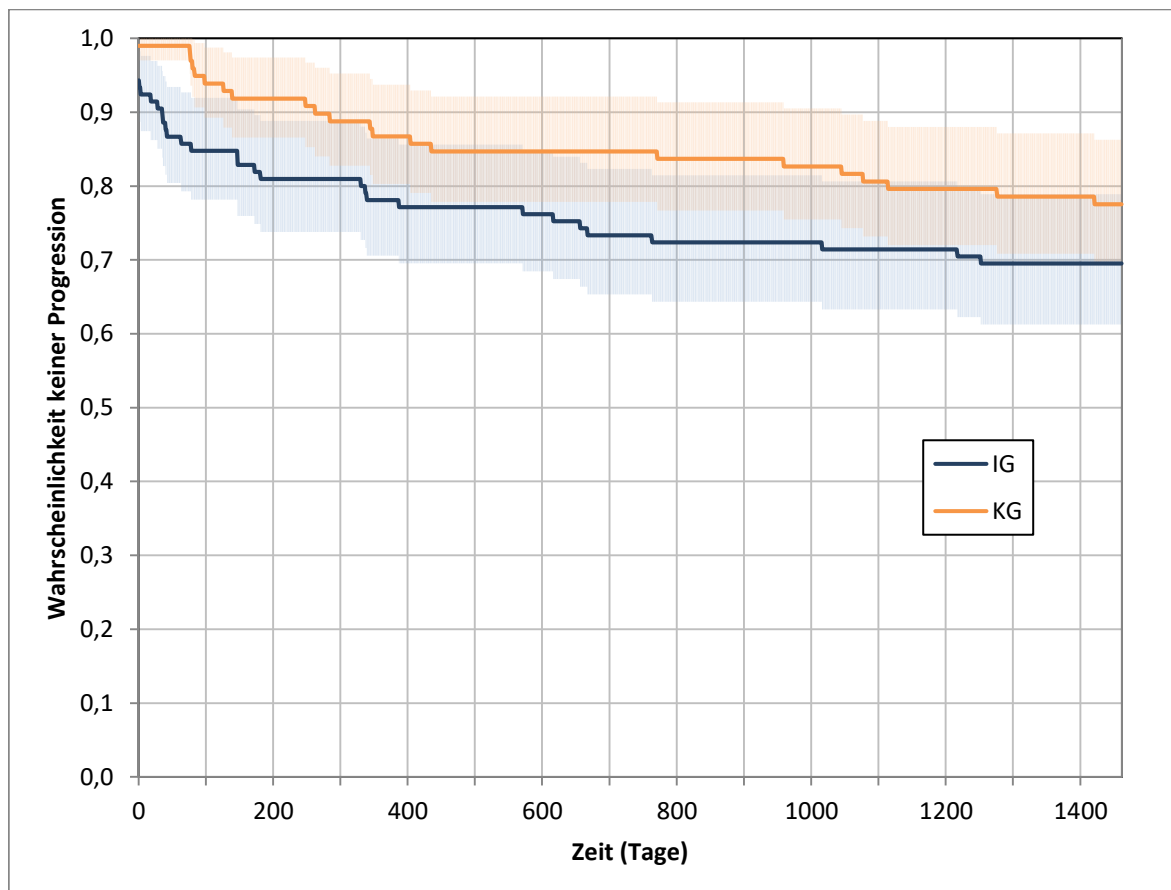
Progression C (→ Suchterkrankung)

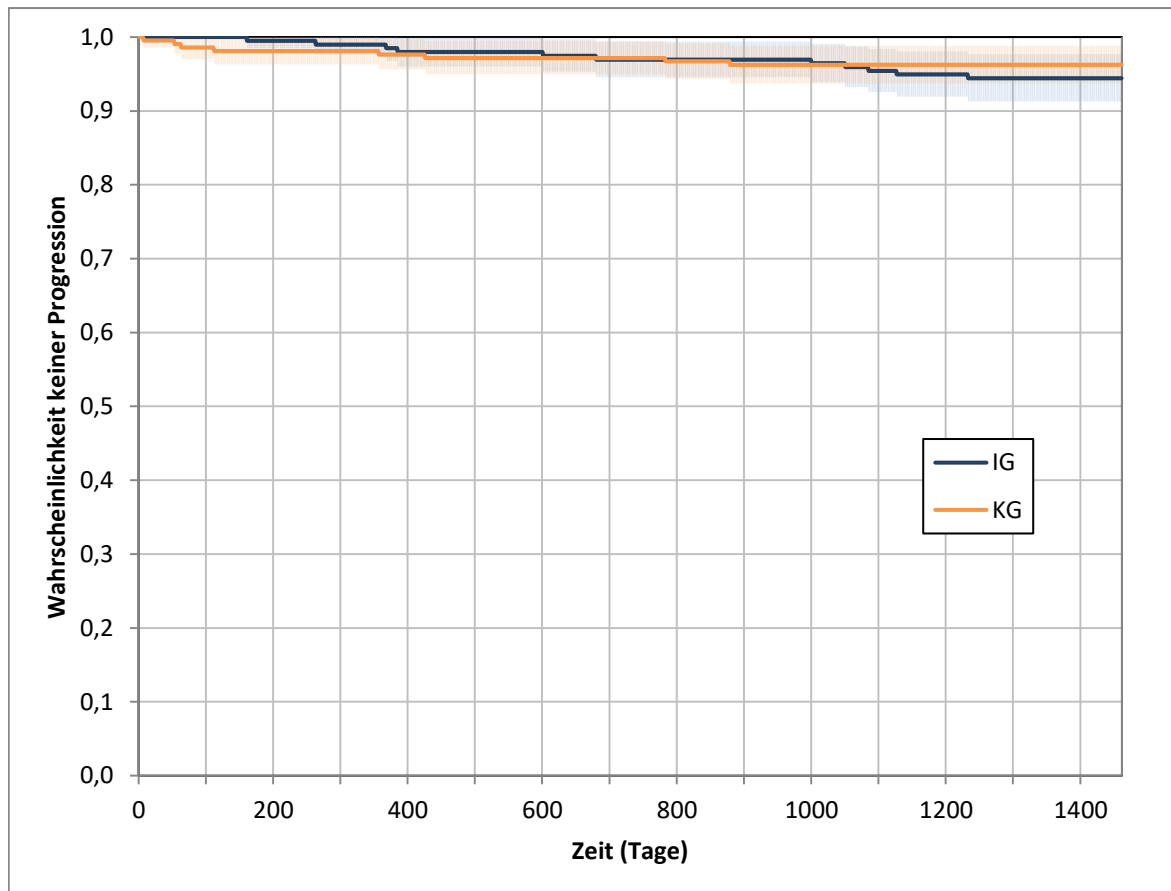
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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)

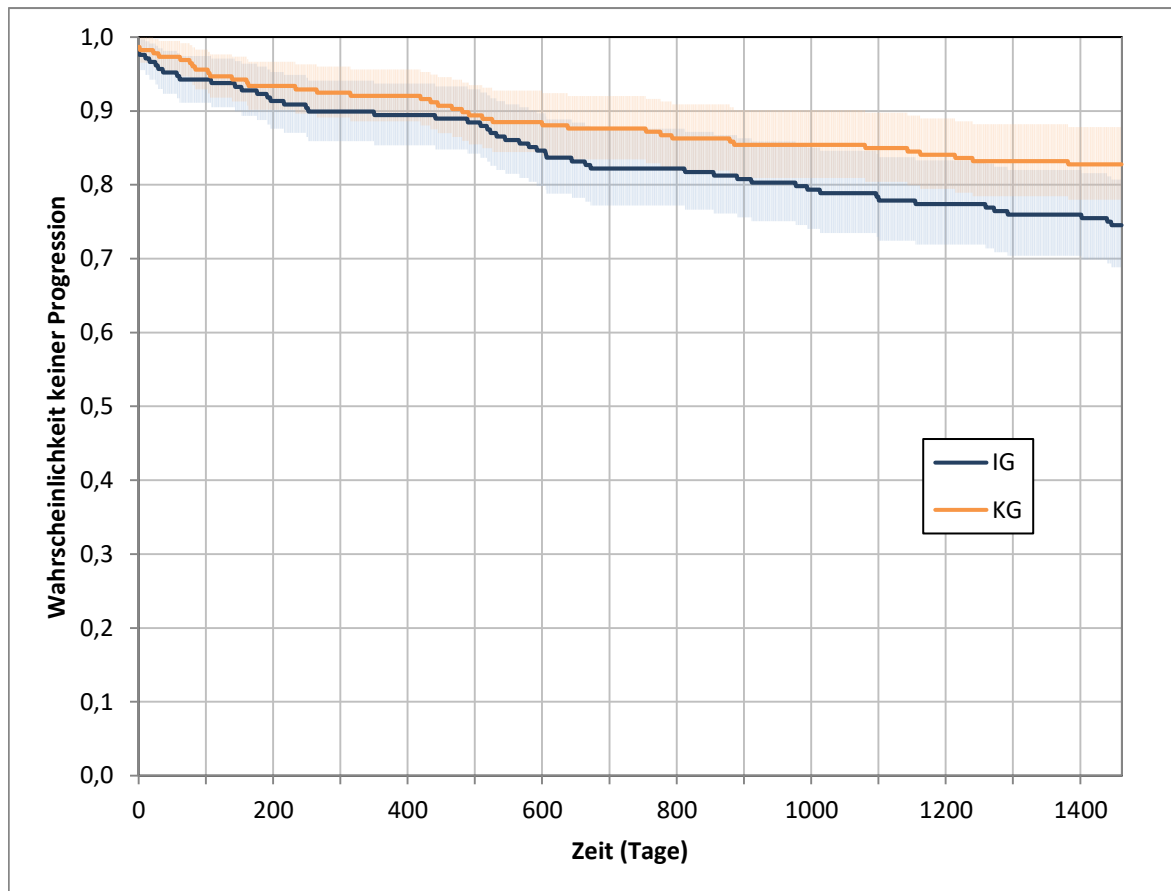
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	1,29* 1,02...1,62	1,67** 1,18...2,37	0,97 0,81...1,17

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	1,62 0,92...2,86	1,28 0,51...3,21	1,36 0,90...2,07

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	5.388	5.390
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	1.562	1.718
• Jegliche depr. Episode ³	3.097	3.201
• ohne Suchterkrankung ⁵	3.932	3.810
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	28,9 %	26,2 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,0 %	2,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	15,9 %	16,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

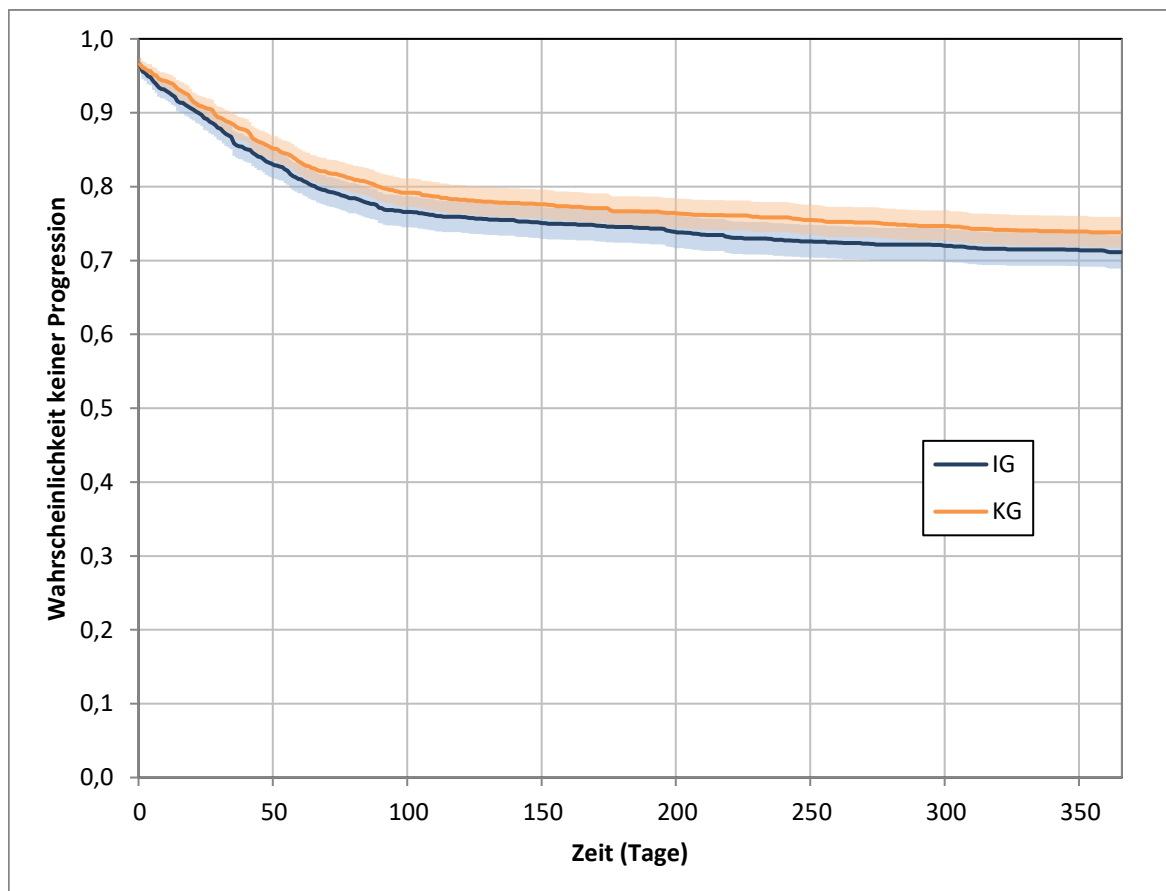
Erwachsene, klinikneue Patienten

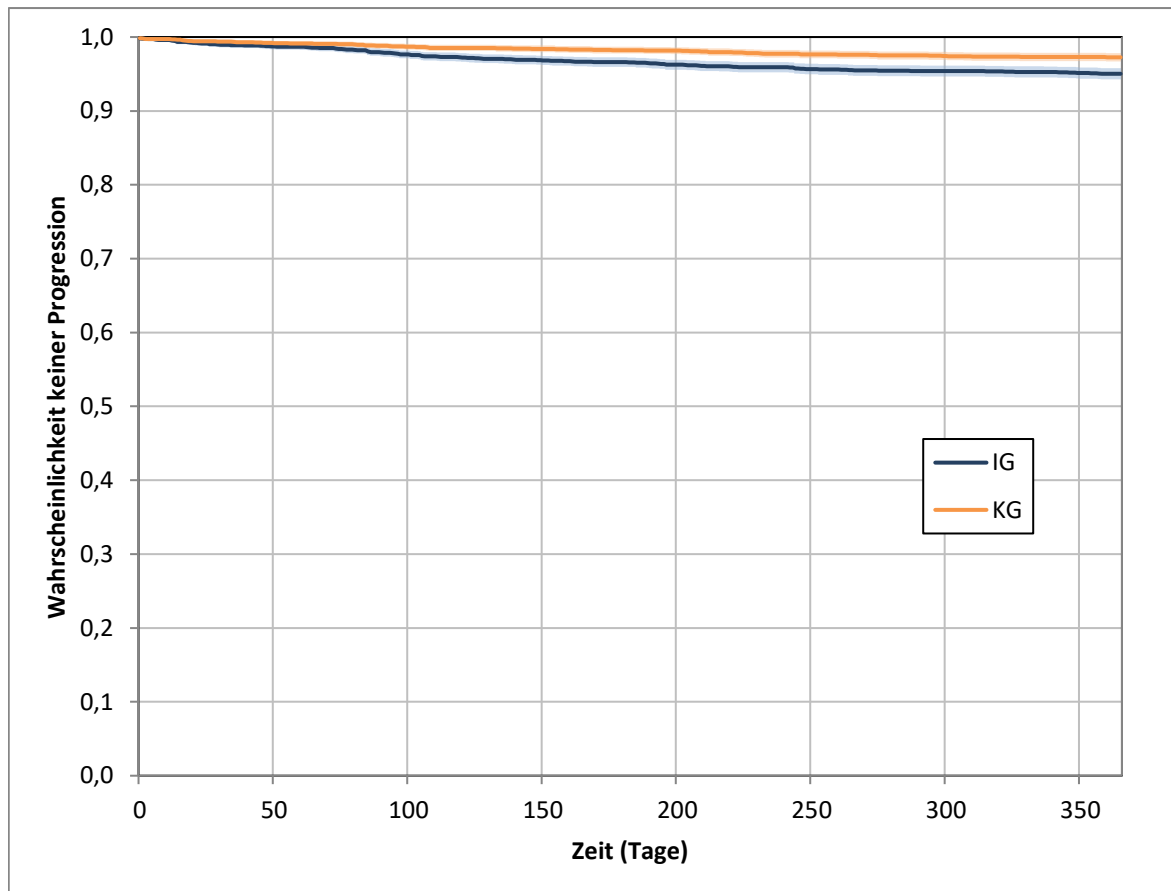
Legende für die folgenden Abbildungen:

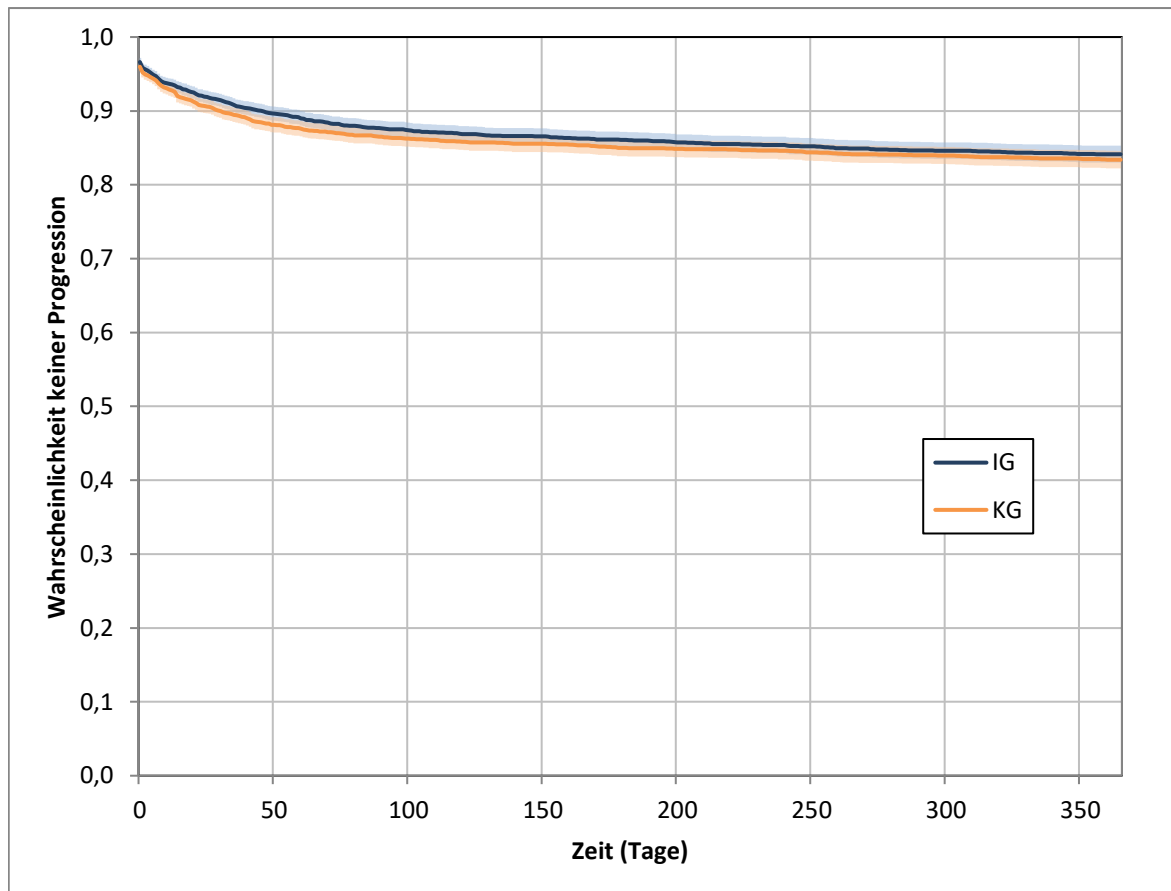
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	3.929	3.945
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	<p>1.189</p> <p>2.296</p> <p>2.859</p>	<p>1.365</p> <p>2.405</p> <p>2.769</p>
Anteil Personen mit Progression:		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	<p>32,8 %</p> <p>7,1 %</p> <p>19,3 %</p>	<p>28,4 %</p> <p>4,3 %</p> <p>19,1 %</p>

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

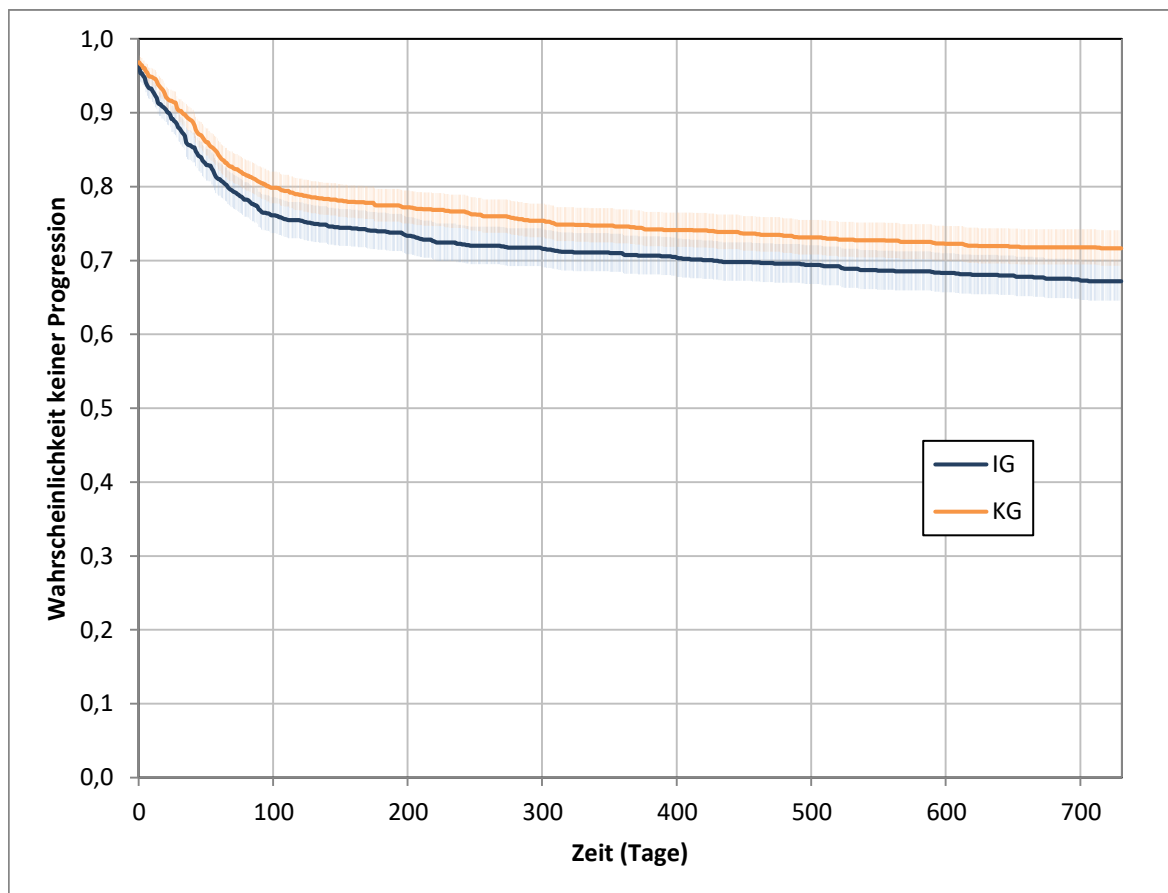
Erwachsene, klinikneue Patienten

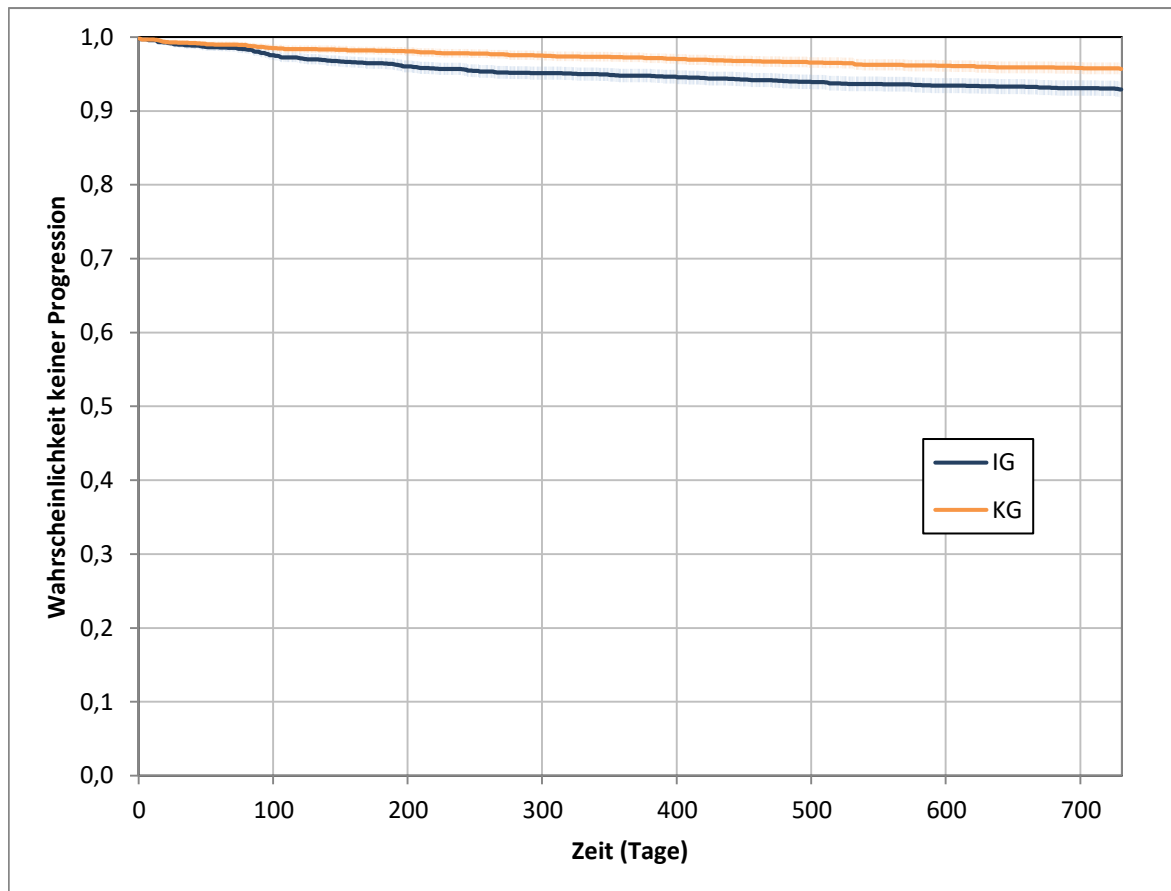
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

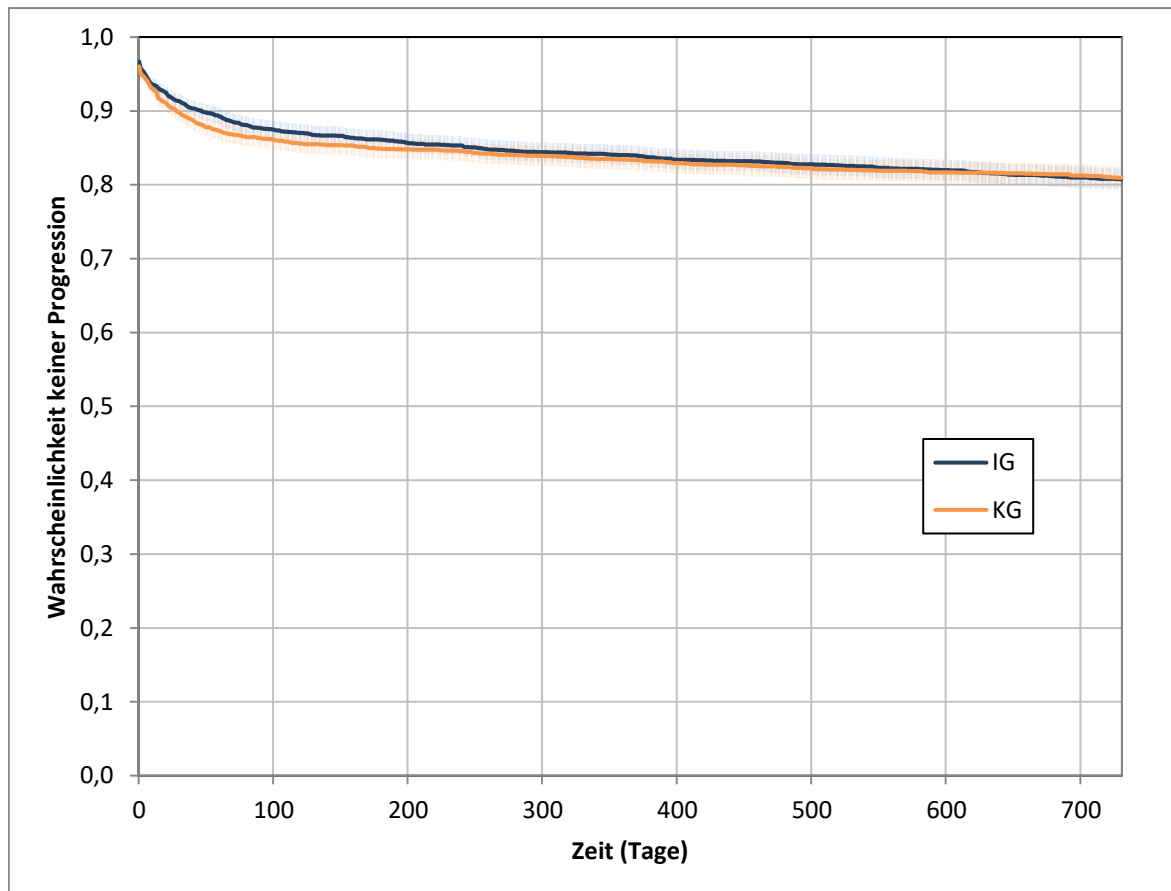
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	1,23** 1,06...1,41	1,64*** 1,28...2,10	0,88* 0,78...1,00

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	2.523	2.545
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	775 1.478 1.828	880 1.561 1.773
Anteil Personen mit Progression:		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	33,8 % 7,9 % 22,0 %	31,3 % 5,6 % 22,8 %

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	585	593
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	142	157
• Jegliche depr. Episode ³	280	308
• ohne Suchterkrankung ⁵	286	315
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	25,4 %	18,5 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,1 %	2,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	19,9 %	16,8 %

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

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

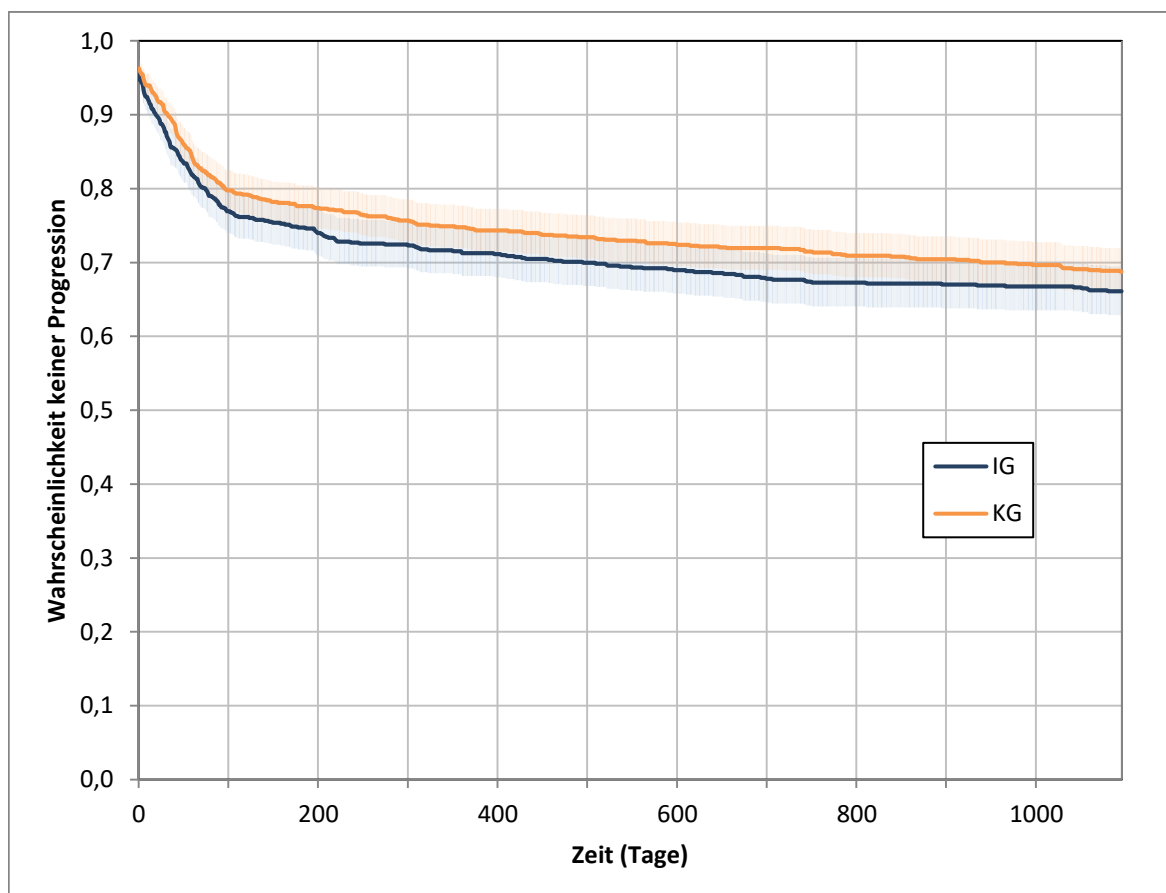
Erwachsene, klinikneue Patienten

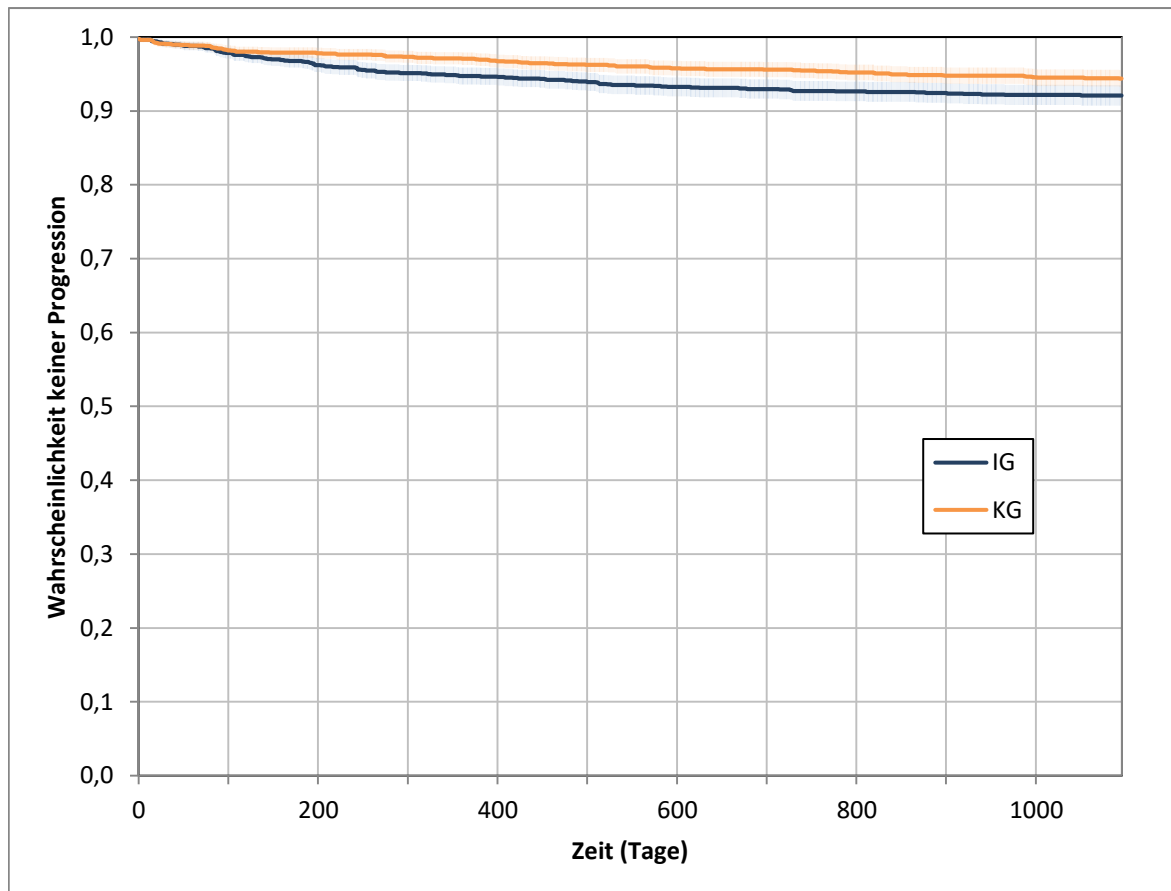
Legende für die folgenden Abbildungen:

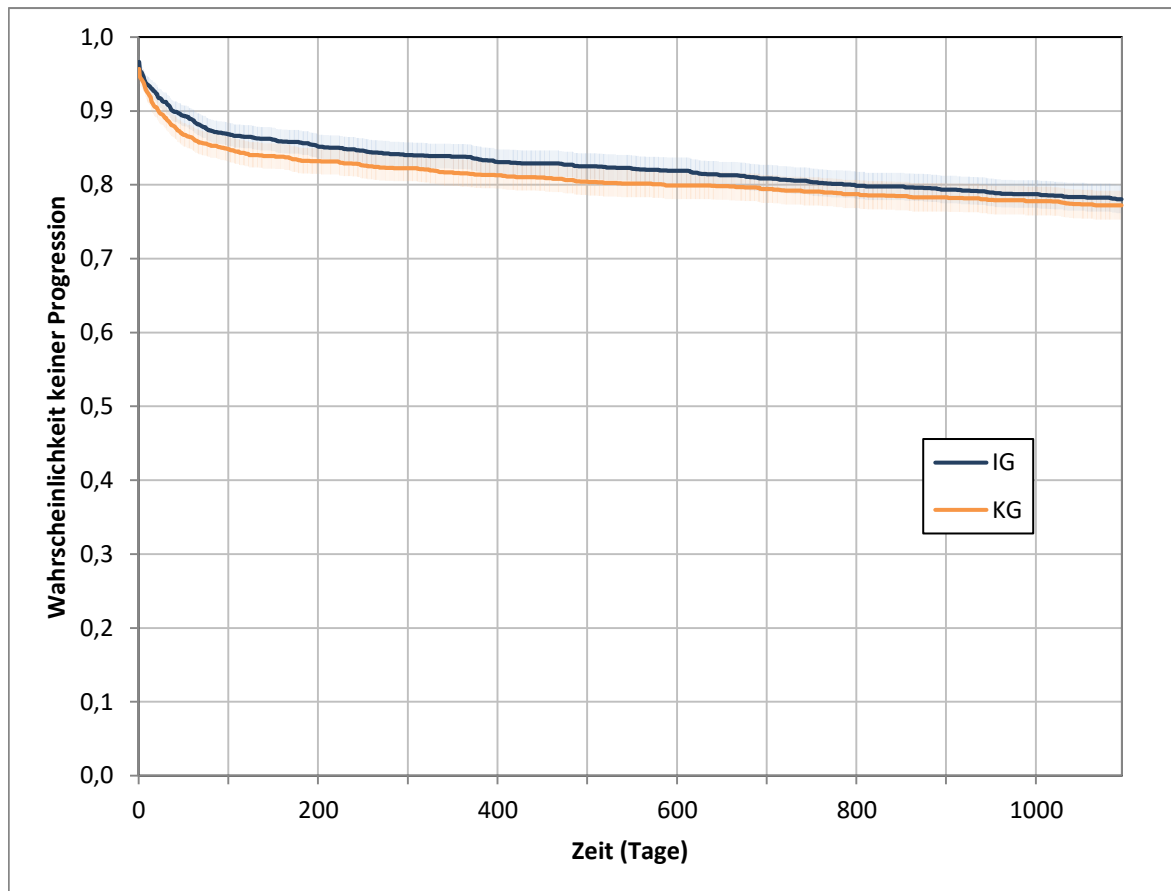
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

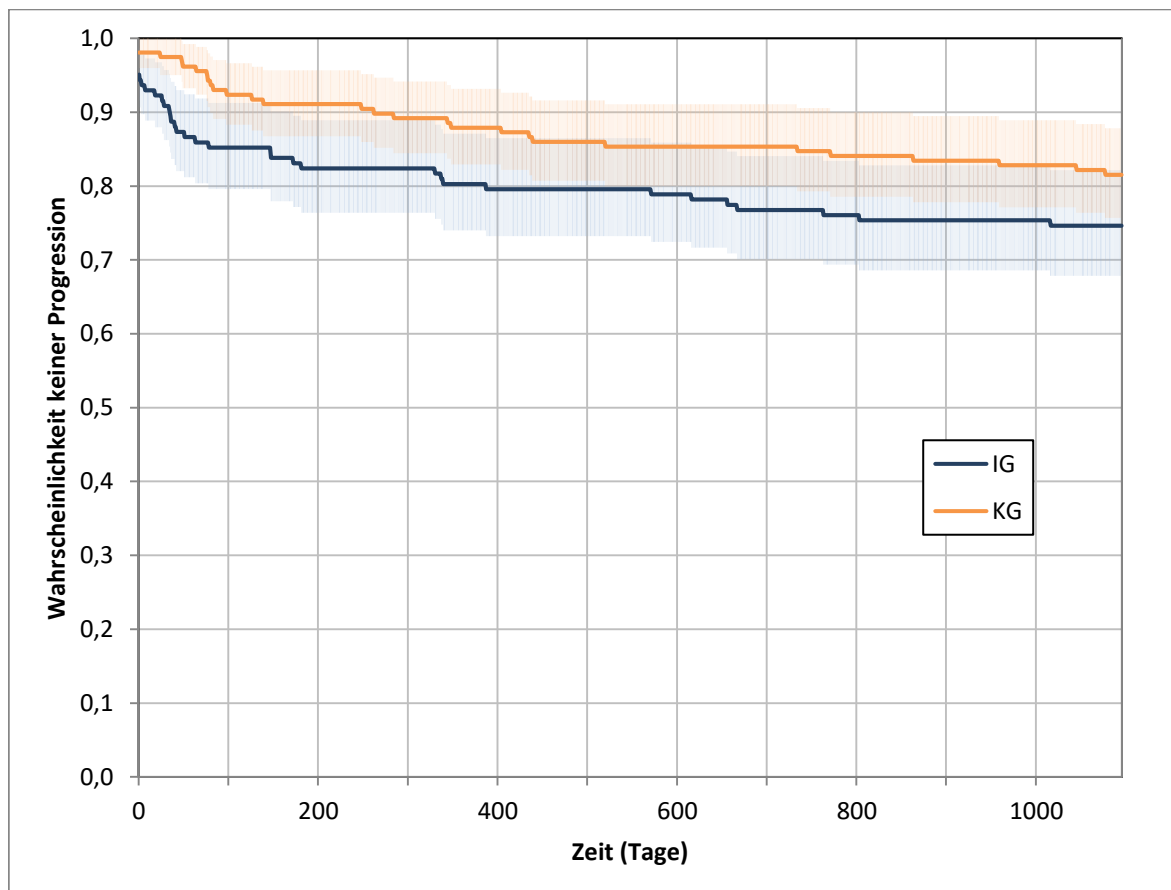
Progression C (→ Suchterkrankung)

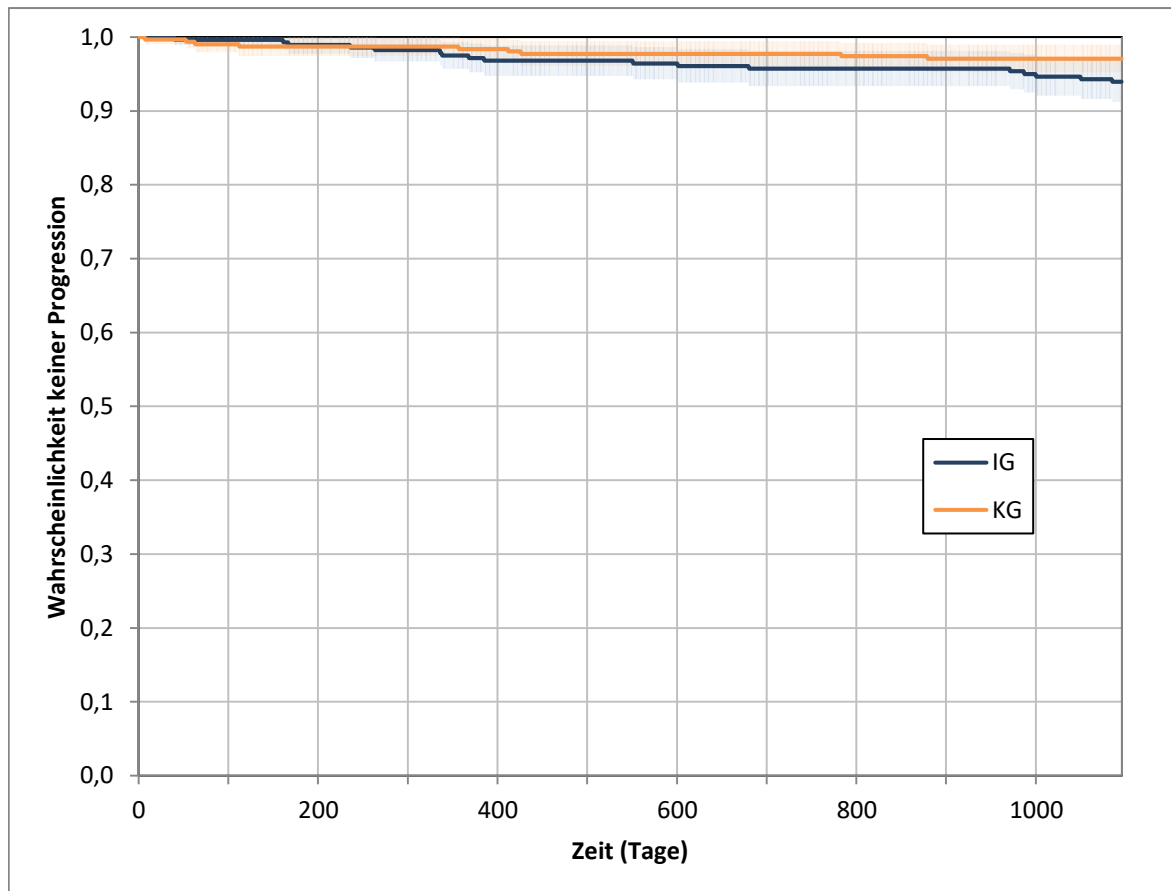
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

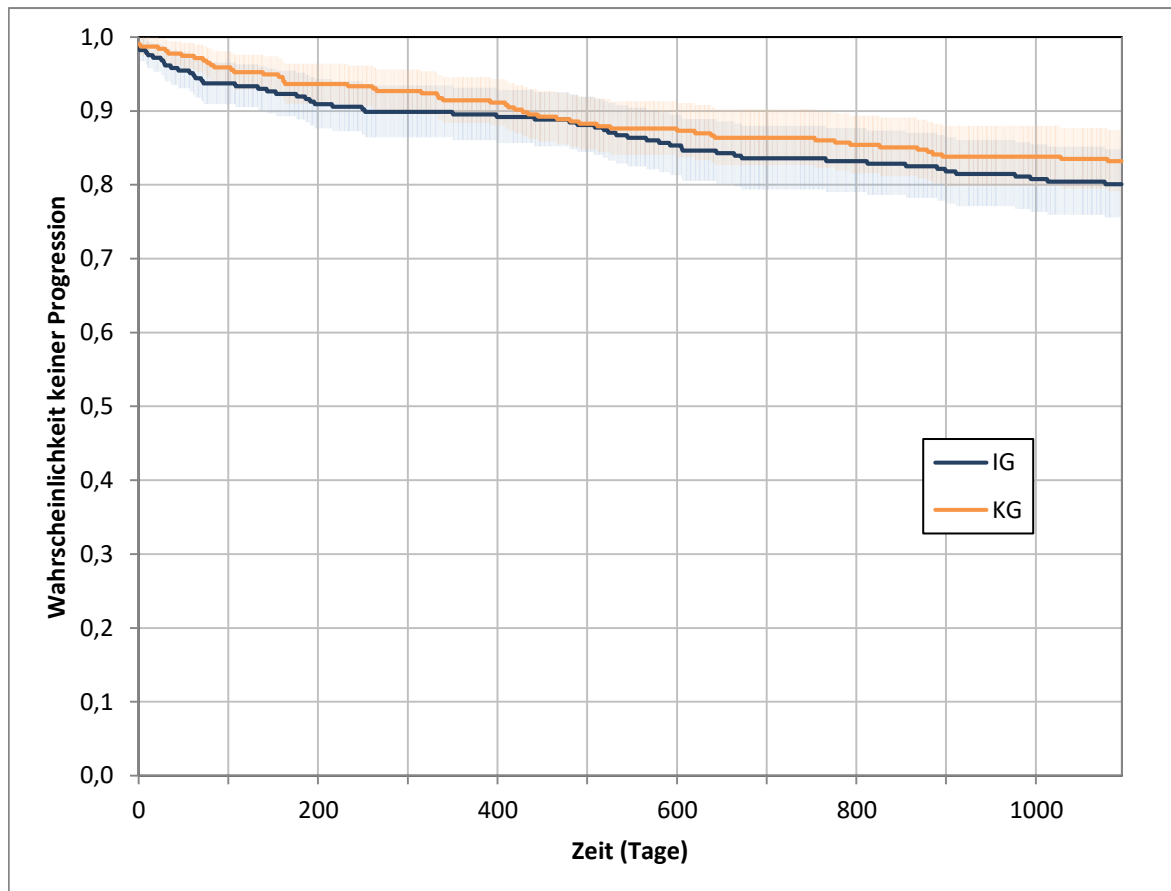
Legende für die folgenden Abbildungen:

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. (2) aufgeführte Outcomes genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** vergleichbar niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 6,7 %; KG: 7,7 %) sowie Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 2,8 %; KG: 1,9 %).

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche zwischen beiden Gruppen weitgehend vergleichbar waren (IG: 5,8 %; KG: 6,6 %). Der Anteil der Personen mit Alzheimer-Demenz und einer Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern oder Memantine war in der IG geringer als in der KG (IG: 43,8 %; KG: 51,7 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Auch der Anteil der Personen mit Demenz und keiner Antipsychotikaverordnung war in der IG geringer als in der KG (IG: 43,4 %; KG: 52,5 %). Dieser Unterschied war jedoch erneut statistisch nicht signifikant.

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: 51,6 %; KG: 51,0 %). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war gering und erneut zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 1,6 %; KG: 1,3 %).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (IG: 90,6 %; KG: 86,02 %; DiD = 1,5). Der Anteil an Erwachsenen mit Schizophrenie und einer ersten Episode sowie antipsychotischer Medikation war in der IG etwas größer als in der KG (IG: 92,5 %; KG: 89,1 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Der Anteil Erwachsener mit Schizophrenie und Langzeitmedikation mit Monitoring auf Nebenwirkungen und antipsychotischer Medikation innerhalb von sechs Monaten war weitgehend zwischen beiden Gruppen vergleichbar (IG: 23,7 %; KG: 25,0 %).

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	356 6,7 %	379 7,7 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	399 2,8 %	515 1,9 %

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

Demenz

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	770 5,8 %	755 6,6 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	203 43,8 %	180 51,7 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	392 43,4 %	413 52,5 %

¹ ICD-10: F00, F01, F02, F03 (ambulant oder stationär), inzident

² MRT – Untersuchung des Neurocranium (mit/ohne Kontrastmittel): OPS: 3-800, 3-820; EBM (gesamt): 34410

³ ICD-10: F00

⁴ ATC-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ATC-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ATC-Codes: N05A

Depression

Erstens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit akuter mindestens mittelgradiger depressiver Episode innerhalb von 90 Tagen eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt im Beobachtungszeitraum (inkl. Ereignis, das zum Einschluss im Nenner führen würde) mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Zweitens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode innerhalb von 90 Tagen eine Psychotherapie erhalten hatte.

Tabelle 65: Leitlinienadhärenz Depression, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ • Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>2117</p> <p>51,6 %</p>	<p>2364</p> <p>51,0 %</p>
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ • Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	<p>1733</p> <p>1,6 %</p>	<p>1726</p> <p>1,3 %</p>

¹ ICD-10: F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt mit F32.1, F32.2, F33.1, F33.2 innerhalb von 90 Tagen (da medikamentöse Therapie in Krankenhaus nicht ersichtlich)

² ATC Code: N06A

⁷ ICD-10: F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, ohne Personen mit Besuch einer Psychiatrischen innerhalb von 90 Tagen (da Psychotherapie PIA nicht ersichtlich)

⁸ EBM: 35200-35208, 35210-35212, 35220-35225; OPS = 9-410-9-412

Schizophrenie

Erstens wurde bezüglich der pharmakologischen Langzeitbehandlung untersucht, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie innerhalb eines Jahres eine antipsychotische Medikation erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als sechs Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Zweitens wurde die medikamentöse Langzeitbehandlung mit Antipsychotika nach einem stationären Aufenthalt untersucht. Genauer wurde geprüft, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie und einem stationären Aufenthalt innerhalb eines Jahres eine antipsychotische Medikation erhalten hat. Patienten mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als sechs Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Drittens wurde hinsichtlich des Monitorings von möglichen Nebenwirkungen einer Langzeitbehandlung untersucht, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie und einer Langzeitmedikation (\geq zwei Rezepte mit Antipsychotika innerhalb von zwölf Monaten) einmal innerhalb von sechs Monaten ein Monitoring auf Nebenwirkungen (Ruhe-EKG, Blutuntersuchung, Blutzucker-Bestimmungen) erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als sechs Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war. Zusätzlich mussten Patienten mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt innerhalb eines Nachbeobachtungszeitraumes von sechs Monaten ausgeschlossen werden, da Monitoringmaßnahmen in der PIA und medikamentöse Therapien in Krankenhaus in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich waren.

Der Anteil an Patienten mit Kombinationsbehandlung aus antipsychotischer Medikation und (Kognitiver) Verhaltenstherapie konnte mit den verfügbaren Daten nicht sicher abgebildet werden, da eine mögliche Verhaltenstherapie im Rahmen der PIA nicht ersichtlich war.

Tabelle 66: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² • Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">488</p> 90,6 %	<p style="text-align: center;">513</p> 86,0 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ • Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">321</p> 92,5 %	<p style="text-align: center;">329</p> 89,1 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ • Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p style="text-align: center;">135</p> 23,7 %	<p style="text-align: center;">120</p> 25,0 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

² ICD-10: F20, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum

³ ATC-Codes: N05A

⁴ ICD-10: F20, nur stationäre Fälle, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum

⁵ ICD-10: F20, ohne Personen mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt mit F20 im gleichen oder folgenden Quartal (da Monitoring auf Nebenwirkungen in PIA und medikamentöse Therapie in Krankenhaus nicht ersichtlich)

⁶ ≥ 2 Rezepte von Antipsychotika (ATC: N05AL05, N05AX12, N05AH05, N05AD07, N05AD06, N05AF03, N05AH02, N05AF01, N05AB02, N05AG01, N05AD01, N05AA02, N05AD03, N05AH03, N05AX13, N05AB10, N05AB03, N05AG02, N05AD05, N05AX07, N05AH04, N05AX08, N05AE03, N05AL01, N05AC02, N05AE04) innerhalb von 12 Monaten

⁷ Monitoring abgebildet über EBM: 27320 (Ruhe-EKG), 32057 (Blutuntersuchung, Blutzucker), Gewichtskontrolle lässt sich über EBM nicht abbilden

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

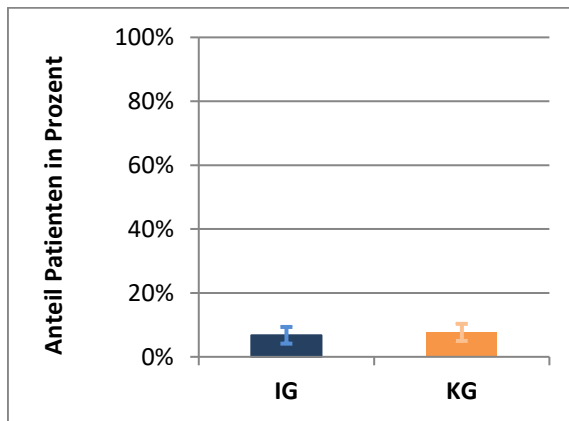
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

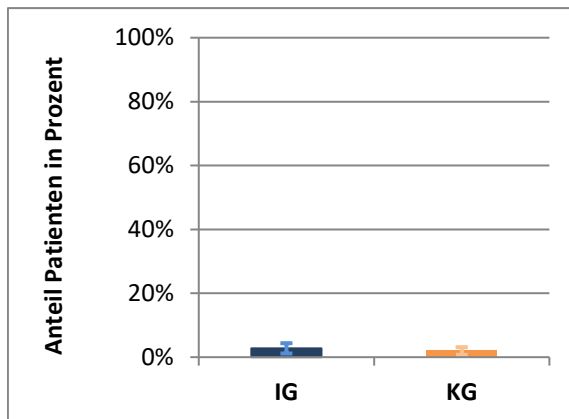
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

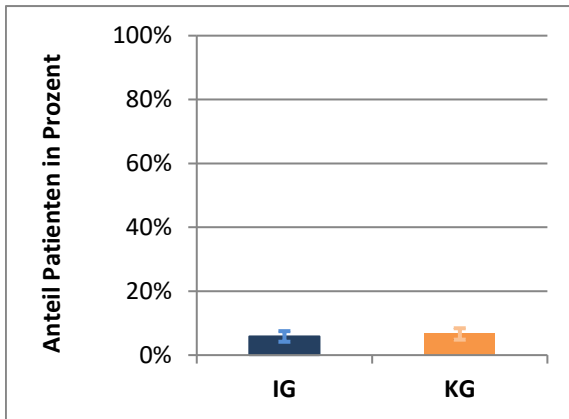
Alkoholabhängigkeit B



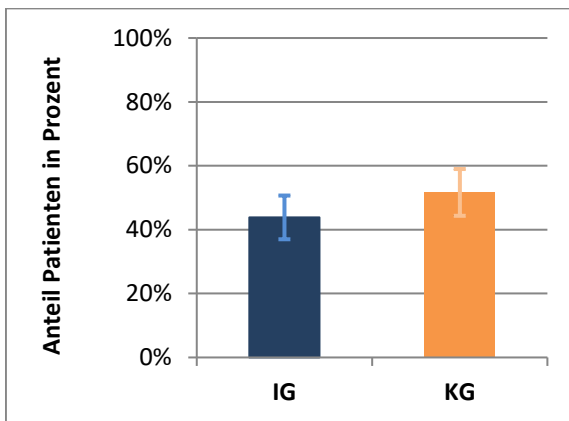
Alkoholabhängigkeit C



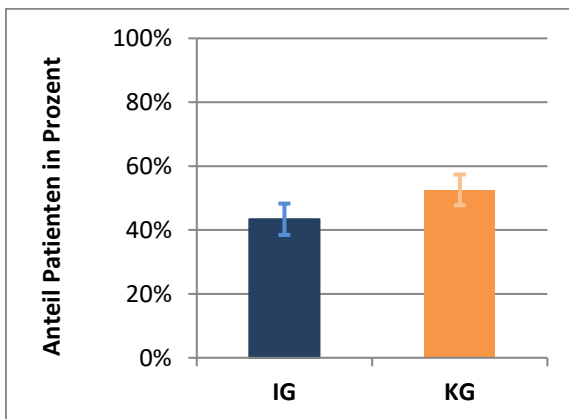
Demenz D



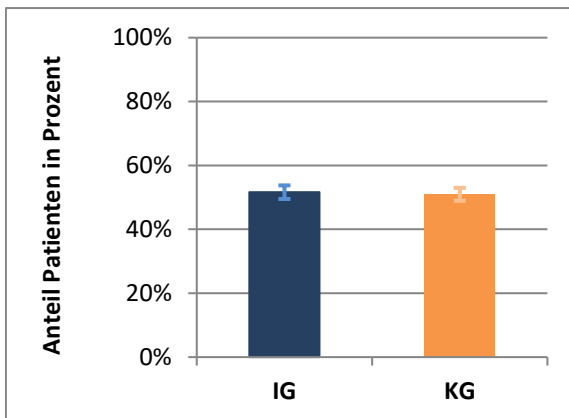
Demenz E



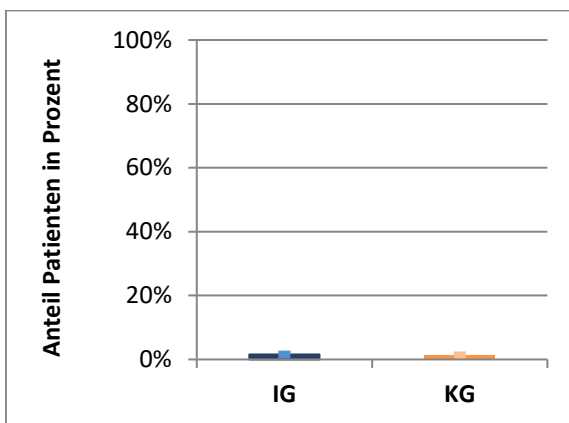
Demenz F



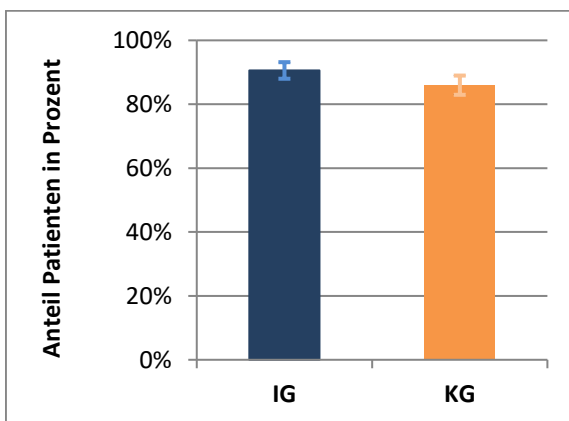
Depression G



Depression I



Schizophrenie J



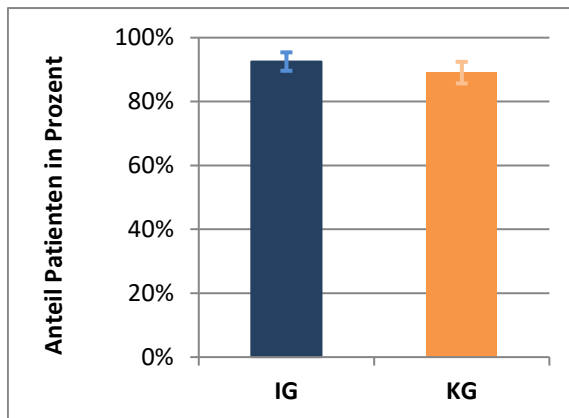
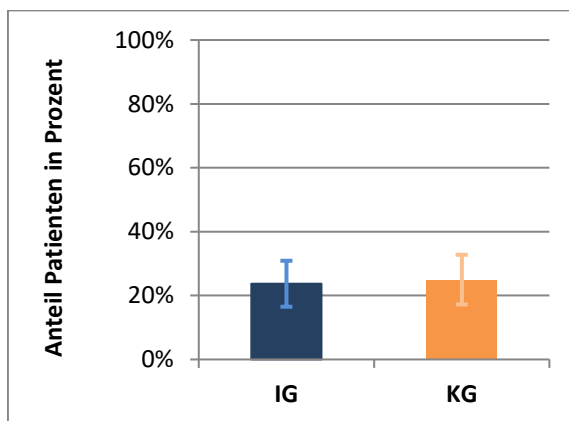
Schizophrenie K**Schizophrenie L**

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

Klinikneue Patienten

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	0,84 0,47...1,51	kf	0,96 0,62...1,48	0,98 0,63...1,52	0,88 0,65...1,18	1,00 0,89...1,13	1,13 0,64...1,98	1,52* 1,01...2,27	1,53 0,87...2,70	1,09 0,59...2,01

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05; kf = kleine Fallzahl

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

8.3 Ergebnisse Outcomes, Kinder und Jugendliche

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 analog zu den Auswertungen der Erwachsenen (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 57) hier für Kinder und Jugendliche (Alter <18 Jahre) darstellt. Einzelne Parameter, die nicht für Kinder und Jugendliche zutreffen wurden herausgenommen (siehe auch separater Methodenband).

8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall bei den linikneuen Patienten der IG größer als bei den Patienten der KG (+16,5 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch jedoch nicht signifikant. Auch in den restlichen Jahren (einschließlich dem Jahr vor Referenzfall) war der Anteil in der IG größer als in der KG. Im vierten Jahr nach Referenzfall war der Unterschied jedoch minimal. Bei den linikbekannten Patienten war kein eindeutiges Muster erkennbar. Zudem war die Fallzahl hier (n<85) gering. Auch der Vergleich des **Anteils an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** zeigte bei den linikneuen und linikbekannten Patienten kein klares Muster. Zwar war der Anstieg des Anteils bei den klinikbekannten Patienten vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in der IG wesentlich größer (+18,7 %-Punkte); dieser Vergleich war jedoch nicht statistisch signifikant und die Fallzahl der Betrachtung gering.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 2,1; KG: 0,5 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 39,4; KG: 19,1 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 6,4; 7,0 und 3,9 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 4,0; 2,2 und 2,2 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Dabei wies die IG stets mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Besonders der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = +18,7 vollstationäre Tage). Die restlichen Jahre waren nicht mehr statistisch signifikant verschieden zwischen den Gruppen im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass im ersten Jahr nach Referenzfall bei den jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG ca. 14,6 vollstationärer Behandlungstag weniger anfielen bei den älteren Patienten der IG. In der KG betrug dieser Unterschied lediglich 2,3 vollstationäre Tage (1. Jahr nach Referenzfall bei Vergleich der jüngeren mit den älteren Patienten). Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F50 (Essstörungen), F30-39 (affektive Störungen) und F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen) auf (wobei die erst- und drittgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F30-39 (affektive Störungen) und F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) aufwiesen (wobei die erst- und 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 288 im Anhang).

Bei den linikbekannten Patienten zeichneten sich analog zu den Anteilen unterschiedliche Ausgangsniveaus ab. Während Patienten der IG 10,0 vollstationär Tage im Jahr vor Referenzfall aufwiesen, hatten Patienten der KG 6,5 vollstationär Tage im selben Zeitraum. Der Anstieg der Anzahl an vollstationären Tagen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach nahm in der IG stärker zu als in der KG, sank dann aber ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall unter den Tagen der KG (prä: +3,5; 1. Jahr: +13,0; 2. Jahr: -3,1; 3. Jahr: -1,2; 4. Jahr: -0,7 vollstationäre Tage). Im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) der IG im Jahr vor Referenzfall und im ersten sowie vierten Jahr nach Referenzfall weniger vollstationäre Behandlungstage aufwiesen als die älteren der IG. In der KG hingegen war die Zahl der vollstationären Tage bei den jüngeren stets geringer als bei den älteren. Die Fallzahlen waren jedoch in dieser

Untersuchung gering. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F50 (Essstörungen) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung), F50 (Essstörungen) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 288 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG etwas geringer als in der KG (-1,9 teilstationäre Tage). Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gab es nicht. Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten stiegen die teilstationären Tage in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant stärker an als in der KG (DiD = +10,1 teilstationäre Tage). Die Anzahl teilstationärer Tage war in den weiteren patientenindividuellen Jahren weitgehend vergleichbar. Auch der Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG stärker als in der KG (IG: +59,1 %-Punkte; KG: +49,8 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG größer als in der KG (IG: +22,4 %; KG: +19,4 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG und KG eine stärkere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +28,1; KG: +20,2 vollstationäre Tage). Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +13,6; KG: +10,5 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster des Verlaufs zum **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** analog zu U1 und U2 mit einem größeren Anstieg des Anteils in der IG vom

Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Auch im weiteren Verlauf blieben die Anteile in der IG größer als in der KG (prä: +3,1; 1. Jahr: +11,9; 2. Jahr: +2,5 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall an und war in der IG stets größer (prä: +1,3; 1. Jahr: +3,0; 2. Jahr: +0,5 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch erneut nicht.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine statistisch signifikant größere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (DiD = +6,9 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG, blieb aber in der IG über der Anzahl der vollstationären Tage der KG (+4,5 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei auch hier die teilstationären Tage der IG höher ausfielen als in der KG (prä: +1,0, 1. Jahr: +3,3; 2. Jahr: +0,6 teilstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den linikneuen Patienten erneut stärker anstieg als in der KG und auch im restlichen Verlauf in der IG größer als in der KG ausfiel (prä: +2,5; 1. Jahr: +12,4; 2. Jahr: +3,0; 3. Jahr: +3,4 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets größer als in der KG mit einem stärkeren Anstieg zum Jahr nach Referenzfall (prä: +4,2; 1. Jahr: +16,0; 2. Jahr: +1,3; 3. Jahr: +7,1 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker an als in der KG und war ansonsten weitgehend vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten ein größerer Anstieg des Anteils für die IG vs. KG vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall zu beobachten. In den folgenden beiden Jahren fielen die Anteile in der IG unter denen der KG (prä: -0,1; 1. Jahr: +14,0; 2. Jahr: -2,2; 3. Jahr: -2,9 %-Punkte).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster zu U1, U2 und U3. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG erneut größer als in der KG (IG: +14,4 vollstationäre Tage; KG: +10,8 vollstationäre Tage). Auch in den weiten patientenindividuellen Jahren waren die vollstationären Behandlungstage in der IG größer als in der KG. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein größerer Anstieg vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG beim Vergleich des Jahres vor und des nach Referenzfall (IG: +24,1; KG: +9,4 vollstationäre Tage). Bei der Betrachtung der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** nahmen die Tage sowohl bei den linikneuen als auch den linikbekannten Patienten vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in der IG stärker zu als in der KG

(Klinikneu = IG: +14,4; KG: +10,8 teilstationäre Tage; Klinikbekannt = IG: +20,9; KG: +16,4 teilstationäre Tage) und waren in den restlichen Jahren zwischen den Gruppen weitgehend vergleichbar.

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)	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,8 %	72,9 %	16,1 %	11,9 %	7,6 %	3,3 %	52,9 %	9,9 %	9,9 %	7,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	26,3 %	5,9 %	4,2 %	0,8 %	0,8 %	25,6 %	9,1 %	0,0 %	0,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	6,8 %	80,5 %	20,3 %	13,6 %	7,6 %	3,3 %	60,3 %	14,9 %	9,9 %	7,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,0 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,0 %	3,3 %	1,7 %	0,0 %	1,7 %	0,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	0,0 %	3,4 %	2,5 %	2,5 %	1,7 %	3,3 %	3,3 %	1,7 %	1,7 %	2,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,1	39,4	6,4	7,0	3,9	0,5	19,1	4,0	2,2	2,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	12,1	3,0	1,6	0,6	0,0	14,1	3,4	0,0	0,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,1	51,6	9,4	8,6	4,5	0,5	33,2	7,4	2,2	2,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,0	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

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

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	17,9 %	52,4 %	8,3 %	11,9 %	8,3 %	11,0 %	45,1 %	8,5 %	7,3 %	11,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	6,0 %	39,3 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	6,1 %	20,7 %	3,7 %	4,9 %	3,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	22,6 %	77,4 %	9,5 %	11,9 %	8,3 %	17,1 %	58,5 %	9,8 %	9,8 %	13,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,2 %	1,2 %	1,2 %	0,0 %	1,2 %	3,7 %	1,2 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	3,6 %	6,0 %	2,4 %	2,4 %	0,0 %	2,4 %	4,9 %	1,2 %	0,0 %	3,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	10,0	26,5	1,5	4,0	3,1	6,5	13,5	4,6	5,2	3,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	3,6	23,1	0,3	0,0	0,0	3,5	12,8	0,4	0,6	1,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	13,6	49,6	1,8	4,0	3,1	10,0	26,4	5,0	5,9	5,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	1,6	0,0	1,1	0,0	0,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1

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

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

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

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

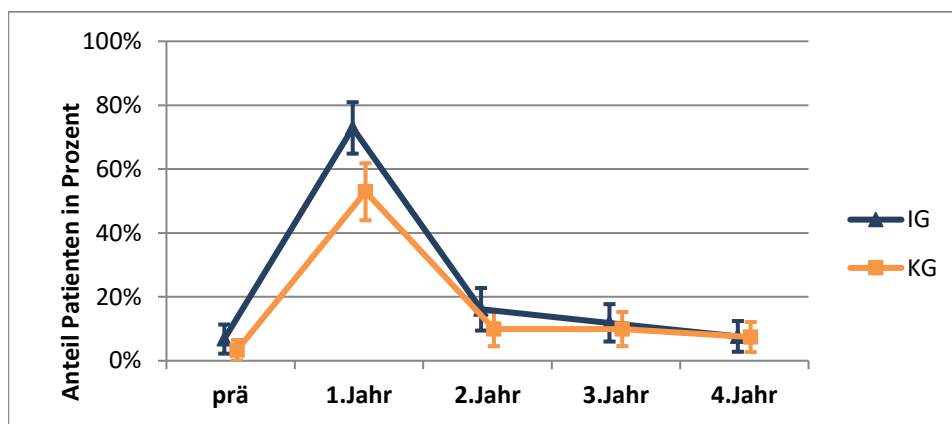
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

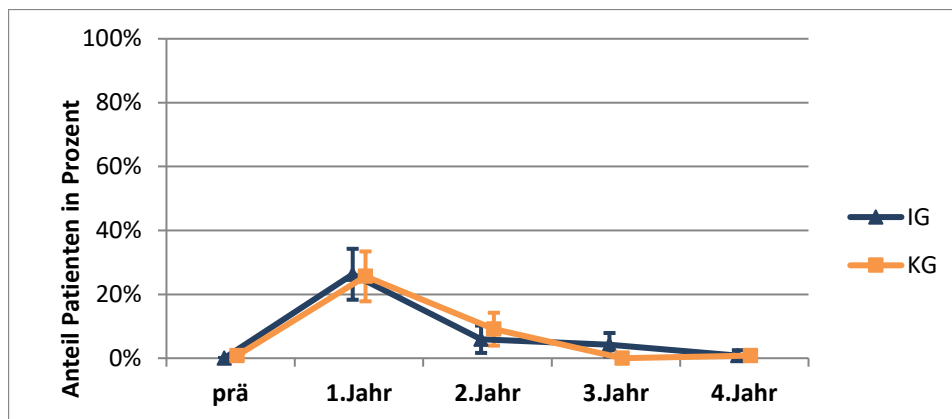
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

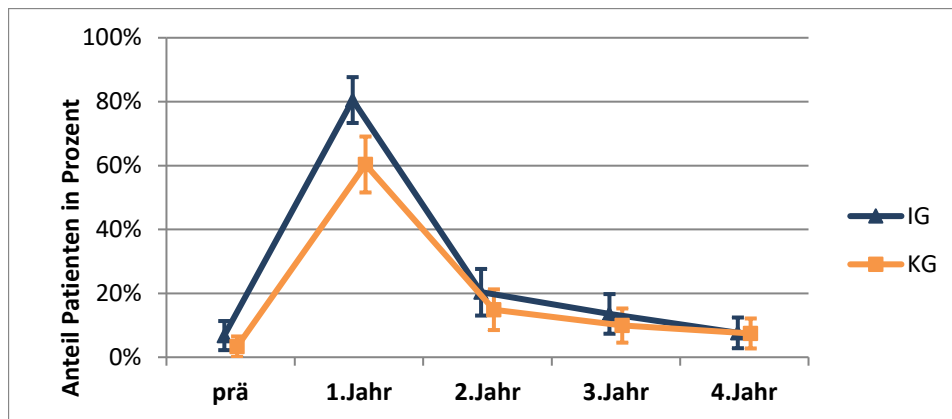
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



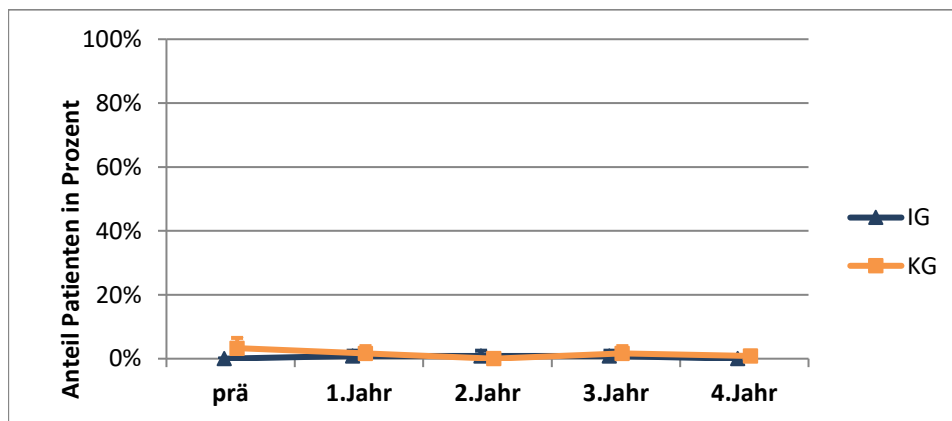
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



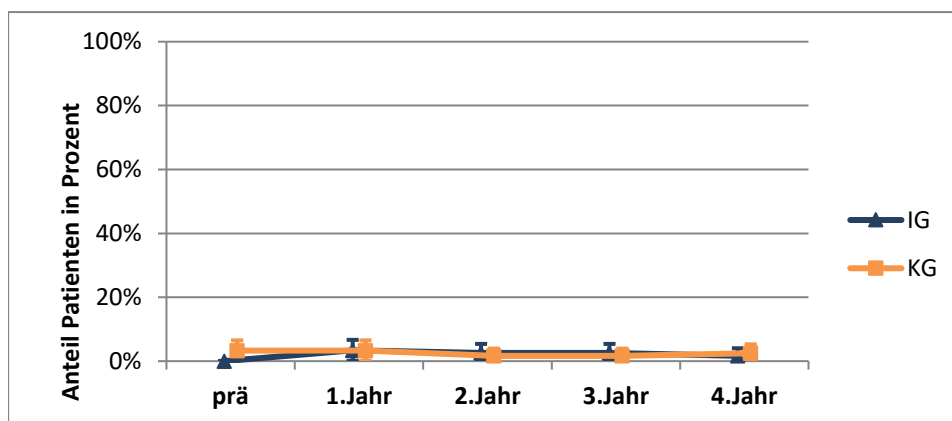
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

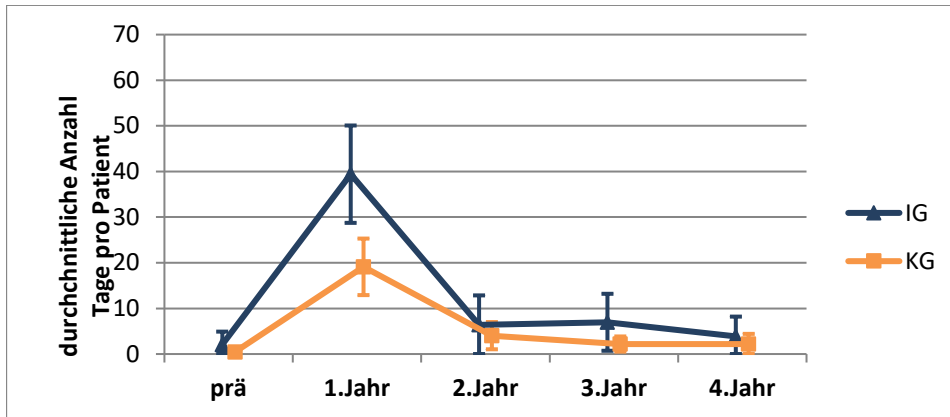


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

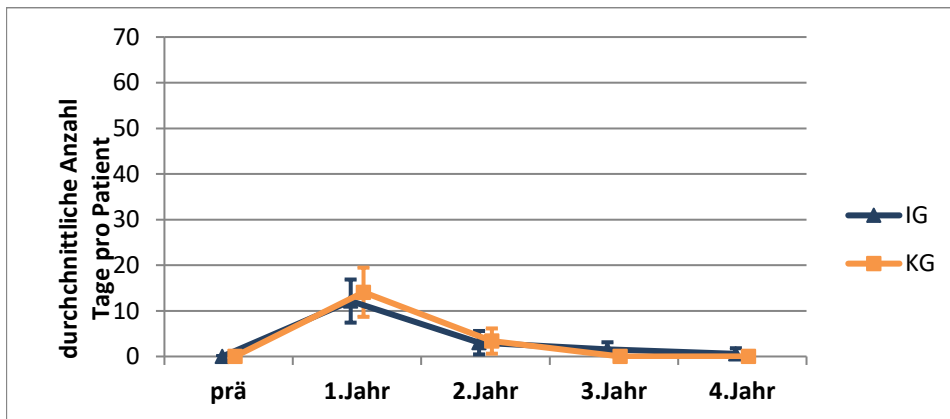


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

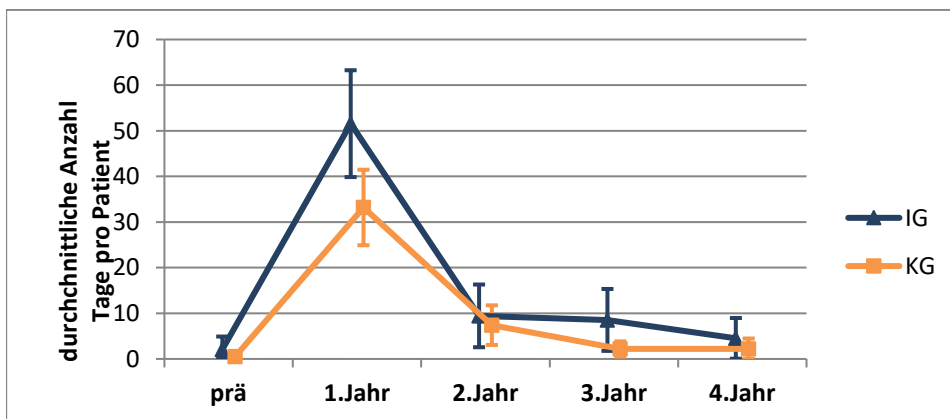
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



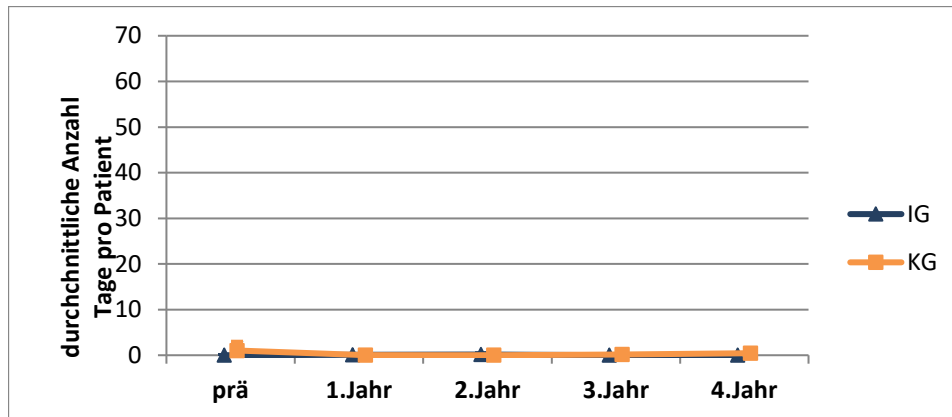
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



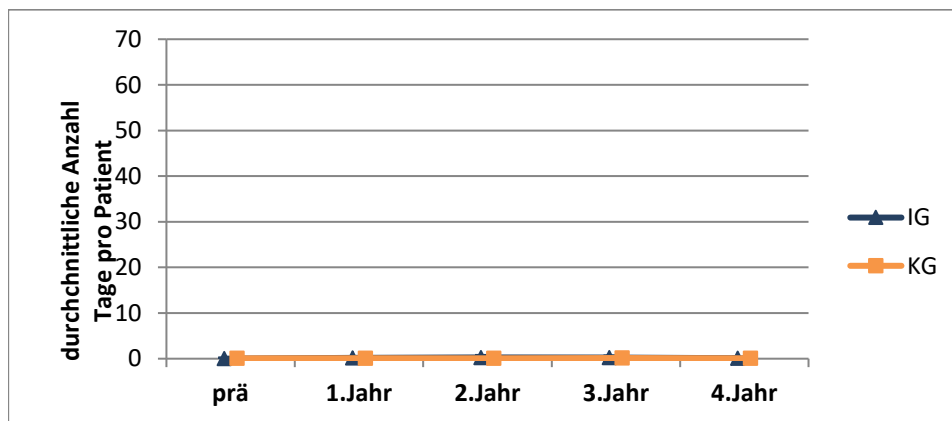
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



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



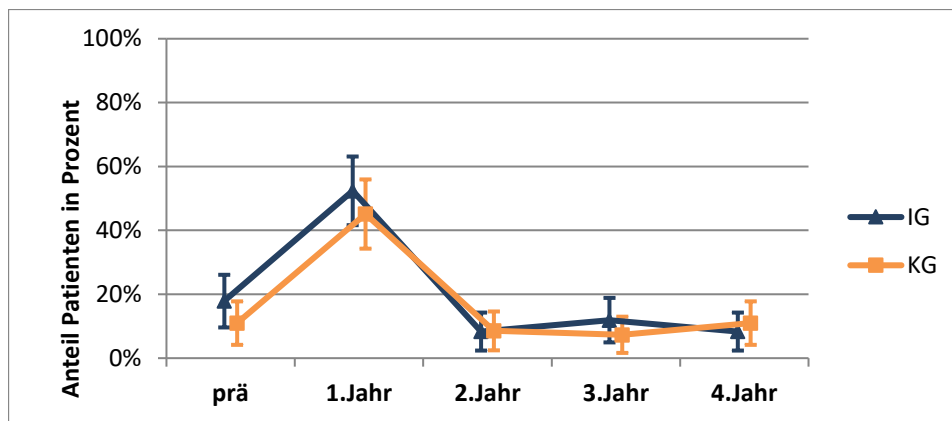
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

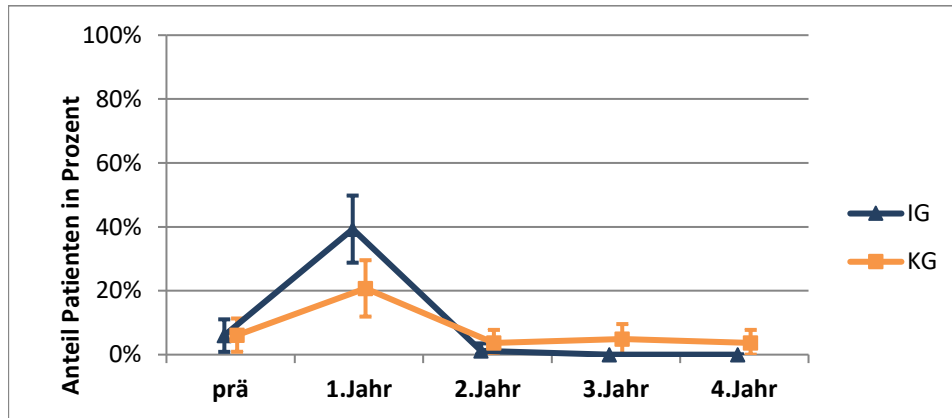
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

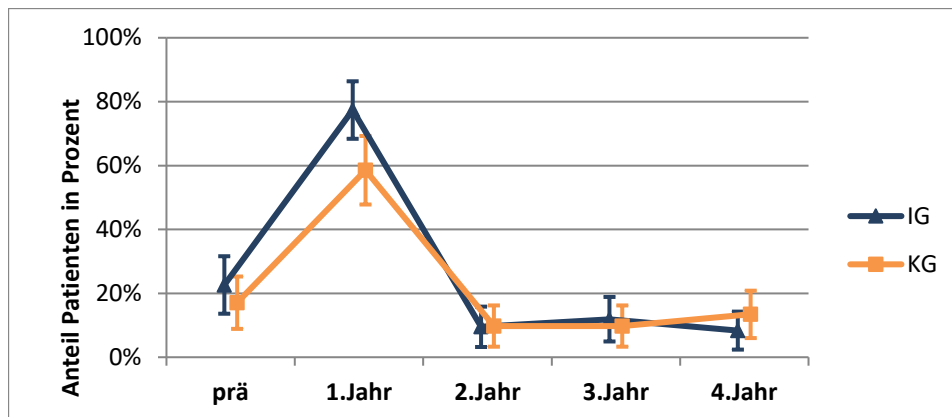
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



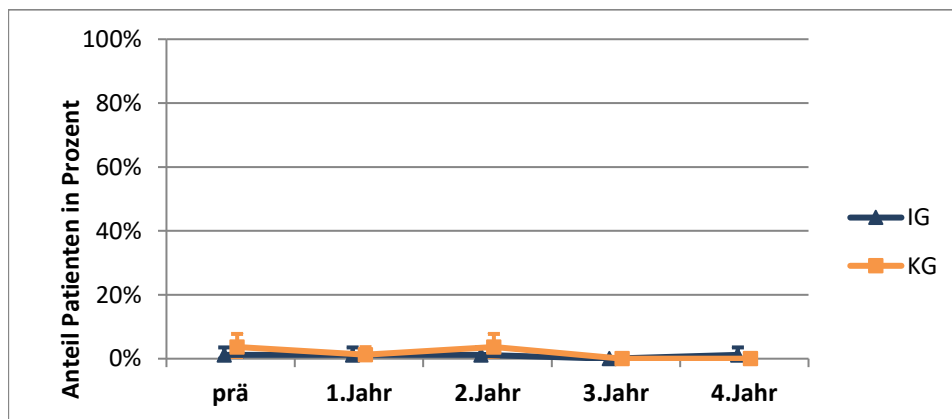
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



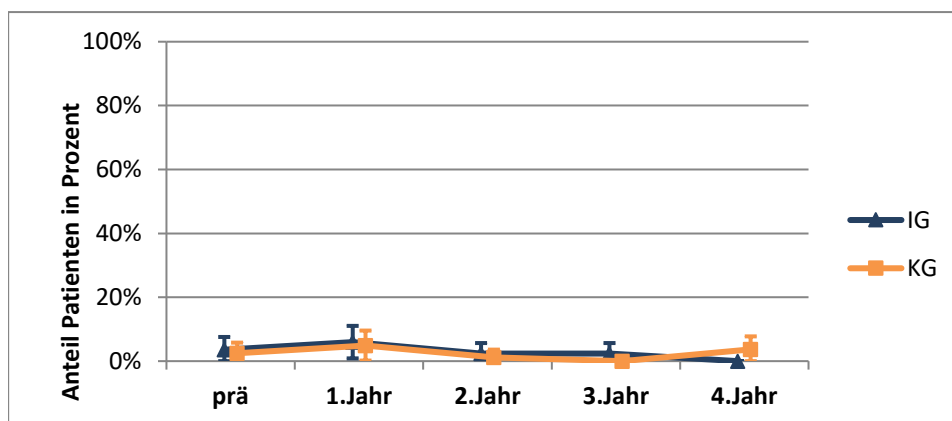
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

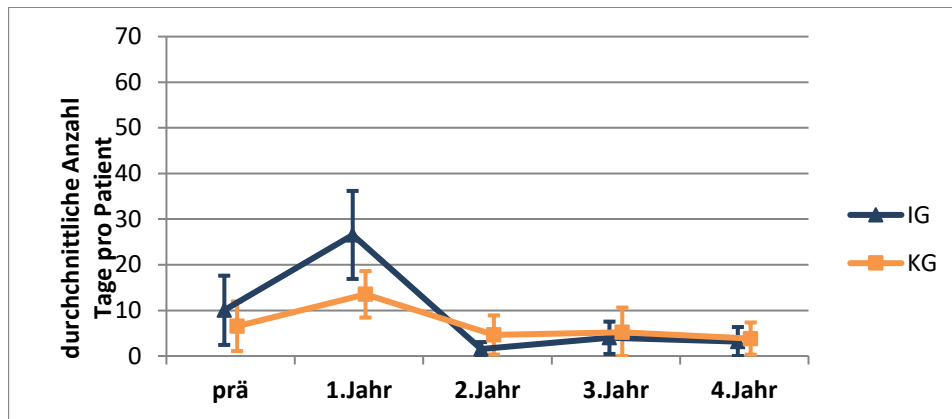


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

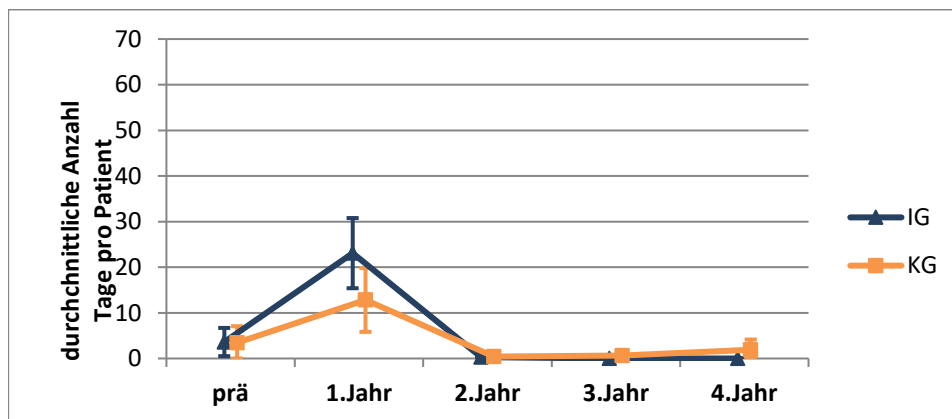


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

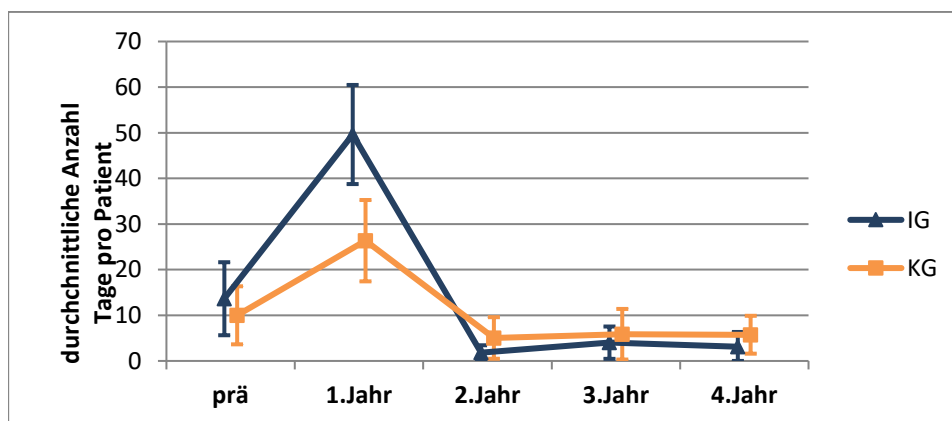
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



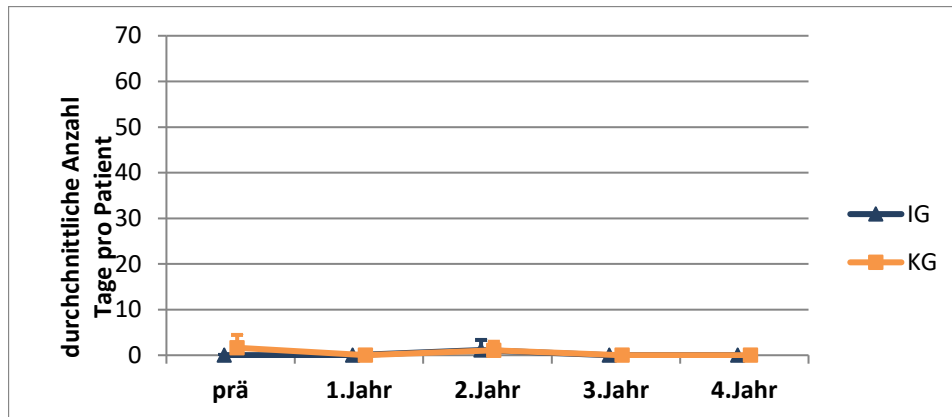
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



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

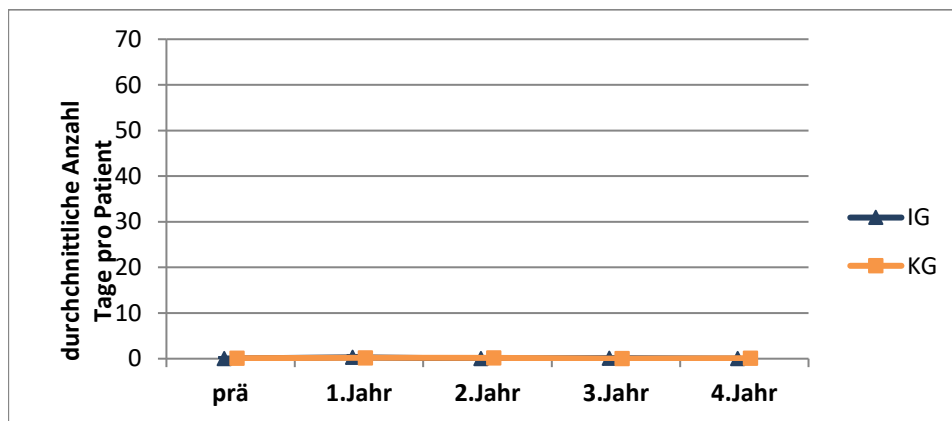


Tabelle 69: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,13 0,28...4,49	>100 0,00...INF	18,72*** 8,42...29,02	-1,91 -7,15...3,34
DID Jahr 2	0,81 0,19...3,56	>100 0,00...INF	0,80 -9,50...11,11	-0,32 -5,57...4,92
DID Jahr 3	0,56 0,13...2,51	>100 0,00...INF	3,18 -7,13...13,48	1,63 -3,62...6,87
DID Jahr 4	0,47 0,10...2,29	>100 0,00...INF	0,10 -10,20...10,41	0,62 -4,63...5,86
DID Jahr 1-4	—	—	5,70 -2,93...14,33	0,00 -4,34...4,35

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,74 0,24...2,26	2,58 0,60...11,13	9,51 -1,05...20,07	10,12** 2,75...17,50
DID Jahr 2	0,54 0,13...2,28	0,33 0,02...4,47	-6,59 -17,14...3,97	-0,26 -7,63...7,11
DID Jahr 3	0,97 0,24...3,99	0,00 0,00...INF	-4,73 -15,29...5,83	-0,75 -8,13...6,62
DID Jahr 4	0,40 0,10...1,63	0,00 0,00...INF	-4,20 -14,76...6,36	-2,05 -9,42...5,33
DID Jahr 1-4	—	—	-1,50 -10,15...7,15	1,77 -4,53...8,06

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 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)	504	504	504	504
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	6,9 %	66,1 %	3,4 %	53,2 %
	1,8 %	24,2 %	0,6 %	20,0 %
	8,5 %	76,0 %	3,4 %	60,3 %
	0,2 %	1,4 %	1,0 %	1,2 %
	2,6 %	5,0 %	3,4 %	5,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,3	29,4	1,1	21,3
	1,1	14,8	0,2	10,8
	2,4	44,1	1,3	32,0
	0,0	0,3	0,3	0,1
	0,1	0,2	0,1	0,2

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

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

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

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

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

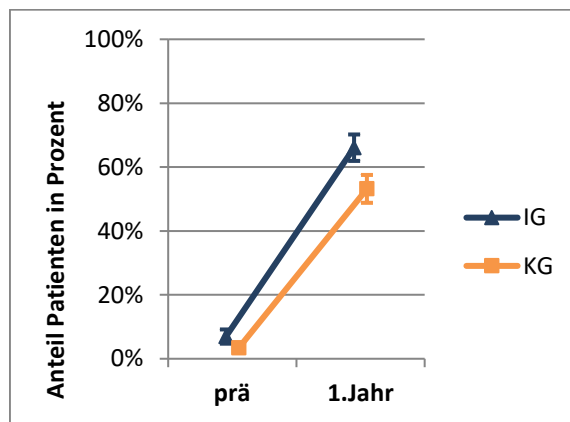
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

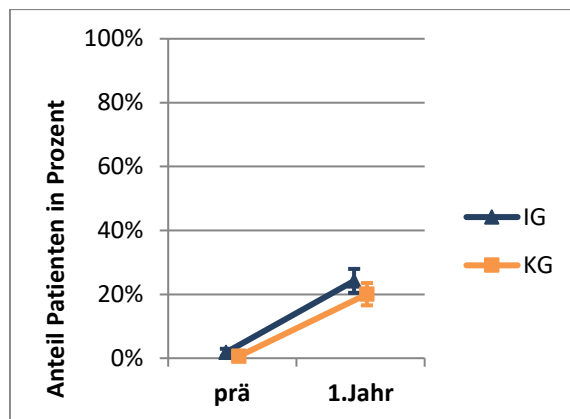
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

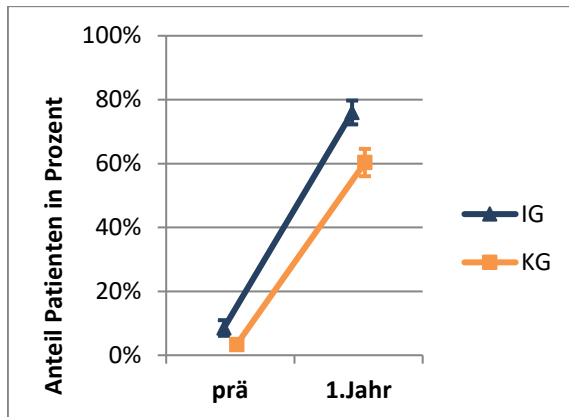
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



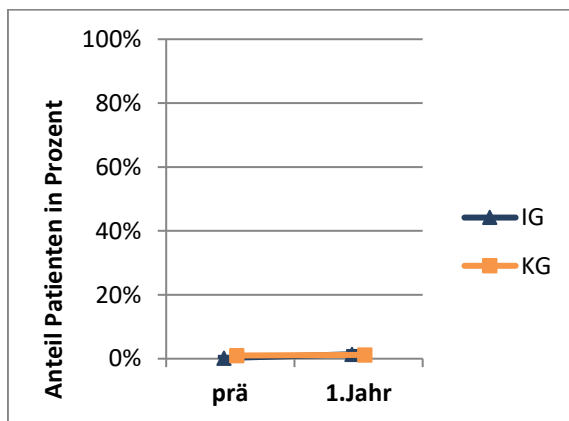
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



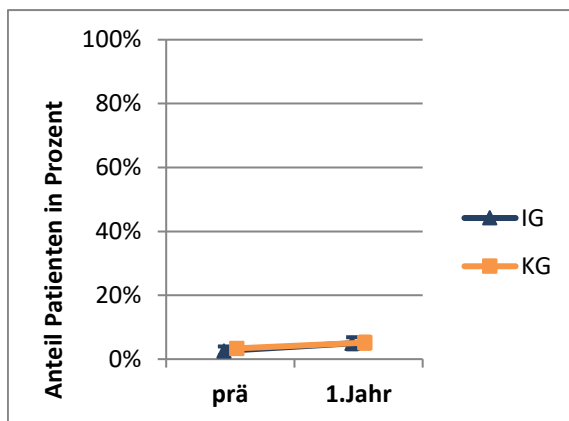
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

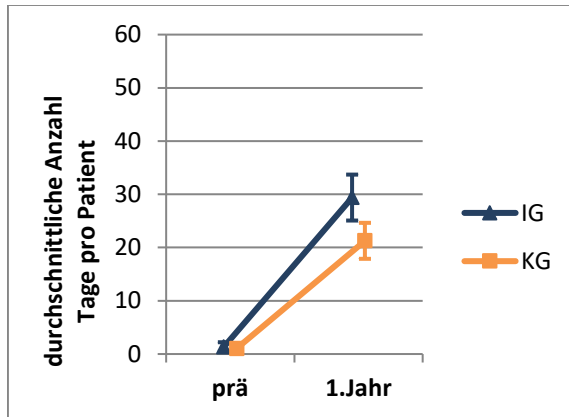


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

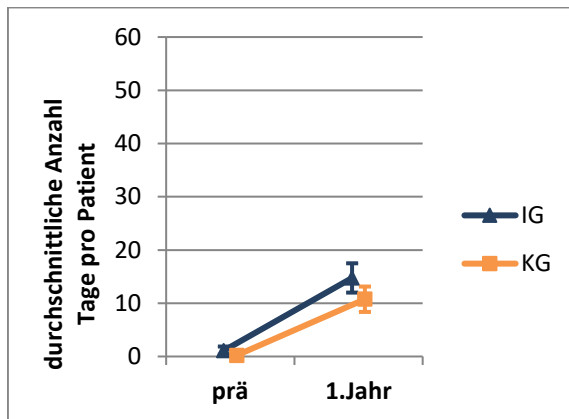


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

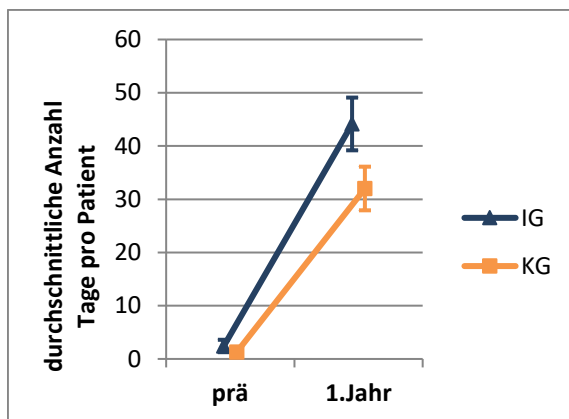
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



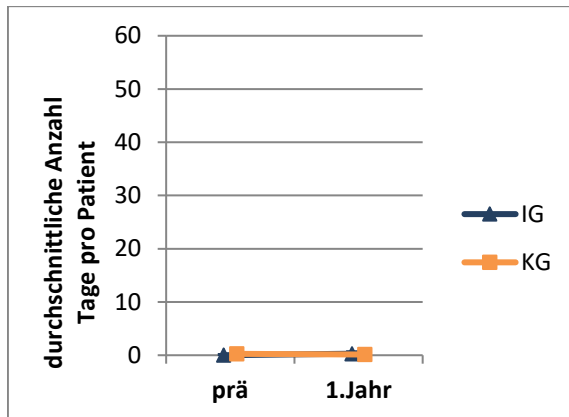
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



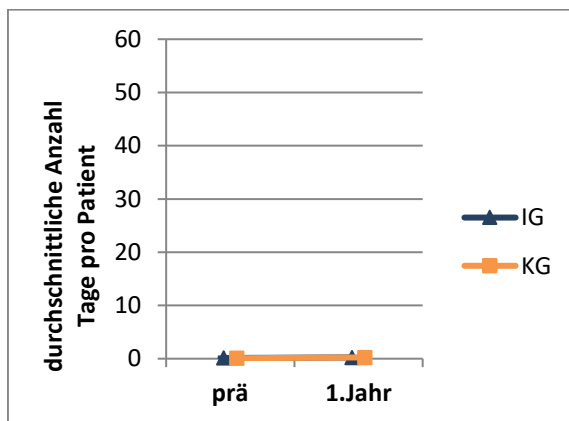
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



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

Tabelle 71: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	390	390	390	389	389	389
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,7 %	65,1 %	14,6 %	3,6 %	53,2 %	12,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	2,1 %	23,8 %	5,9 %	0,8 %	20,8 %	5,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	8,5 %	74,6 %	18,2 %	3,6 %	60,7 %	15,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,3 %	1,3 %	2,3 %	1,3 %	1,5 %	2,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	2,6 %	3,6 %	2,8 %	4,1 %	4,9 %	3,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,5	27,9	9,0	1,3	20,9	4,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,3	14,3	3,1	0,3	11,0	2,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,8	42,3	12,0	1,6	31,9	7,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,3	0,4	0,3	0,2	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2

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

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

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

Abbildung 38: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

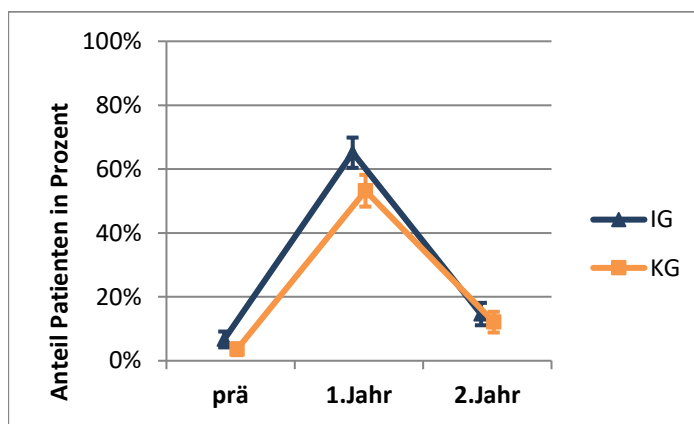
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

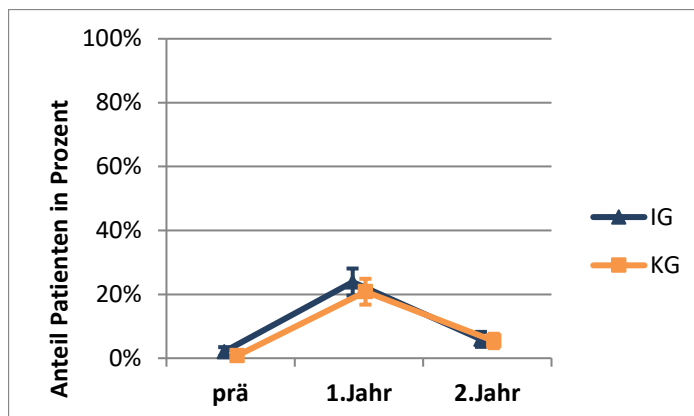
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

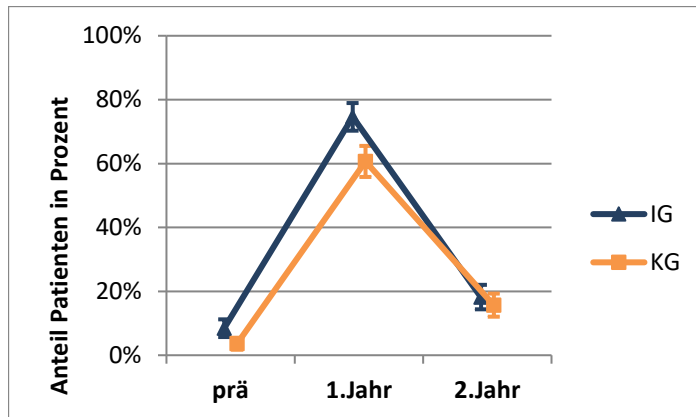
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



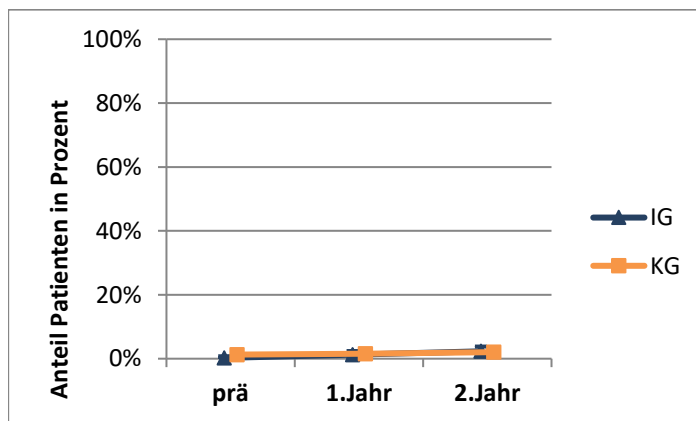
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



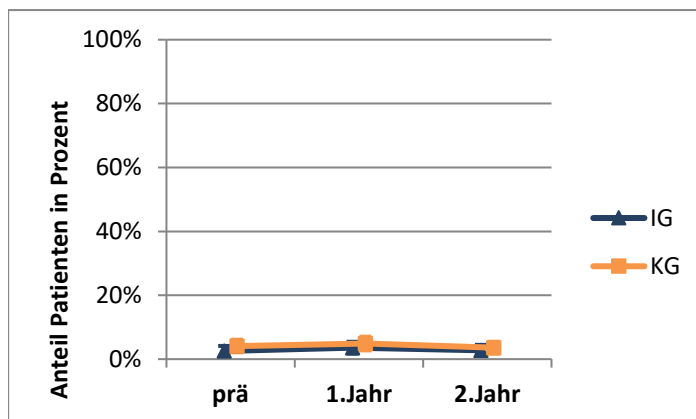
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

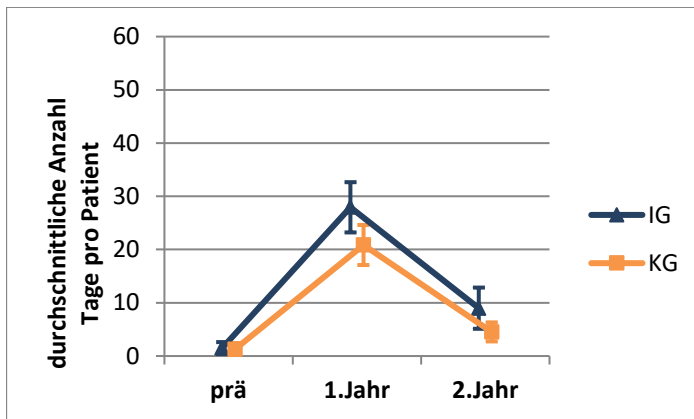


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

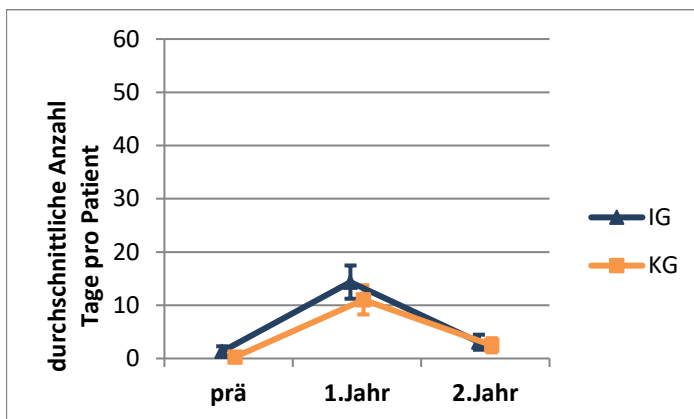


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

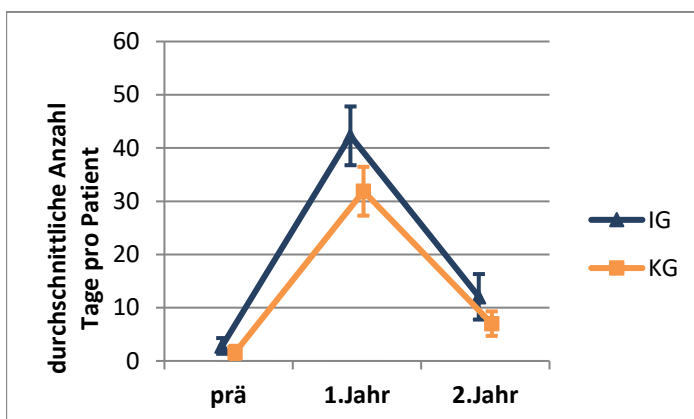
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



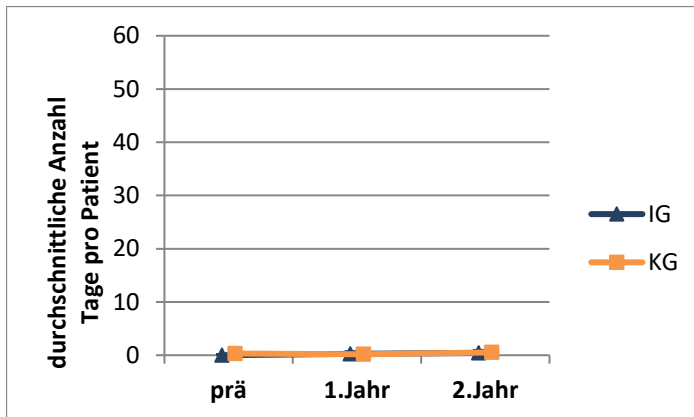
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

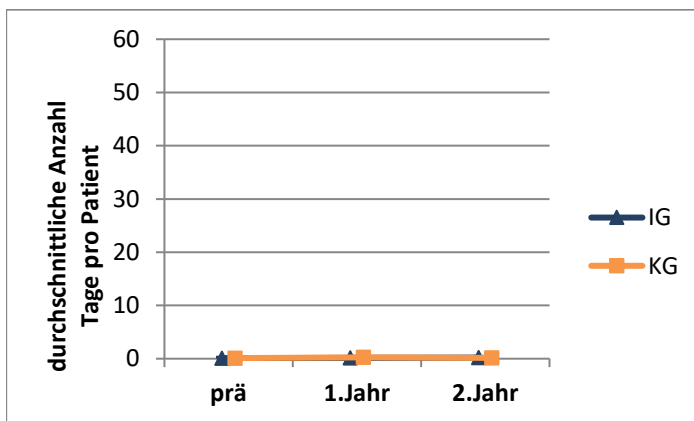


Tabelle 72: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,83 0,39...1,78	0,44 0,11...1,74	6,87* 0,79...12,95	2,29 -1,55...6,12
DID Jahr 2	0,62 0,28...1,40	0,41 0,09...1,76	4,25 -1,84...10,33	-0,46 -4,30...3,37

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 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)	252	252	252	252	258	258	258	258
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,0 %	67,1 %	14,3 %	11,9 %	3,5 %	54,7 %	11,2 %	8,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	1,2 %	25,8 %	6,3 %	3,2 %	0,8 %	20,2 %	7,4 %	1,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,1 %	75,8 %	18,3 %	13,9 %	3,5 %	60,9 %	16,3 %	9,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,0 %	0,8 %	2,4 %	3,6 %	1,9 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	1,6 %	3,2 %	3,2 %	4,0 %	3,9 %	4,7 %	4,3 %	2,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,3	30,9	8,0	6,5	1,0	20,5	4,8	2,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,6	15,0	3,0	1,3	0,3	11,1	3,6	0,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,9	45,9	10,9	7,9	1,3	31,6	8,4	2,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,2	0,5	1,0	0,5	0,3	0,4	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1

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

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	139	139	139	139	137	137	137	137
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	12,9 %	56,8 %	10,8 %	11,5 %	8,8 %	40,9 %	9,5 %	4,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	4,3 %	43,9 %	1,4 %	0,0 %	4,4 %	29,9 %	3,6 %	2,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	16,5 %	81,3 %	12,2 %	11,5 %	12,4 %	61,3 %	10,9 %	5,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,4 %	1,4 %	0,7 %	0,7 %	2,2 %	1,5 %	2,9 %	0,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	2,9 %	6,5 %	3,6 %	2,2 %	3,6 %	4,4 %	2,2 %	1,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	6,9	31,1	3,6	5,4	5,6	15,0	4,3	3,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,2	23,2	0,9	0,0	2,5	18,9	1,4	0,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	9,2	54,2	4,5	5,4	8,1	33,9	5,8	3,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,7	0,0	0,7	0,0	1,0	0,7	1,0	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,0	0,4	0,3	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1

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

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

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

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

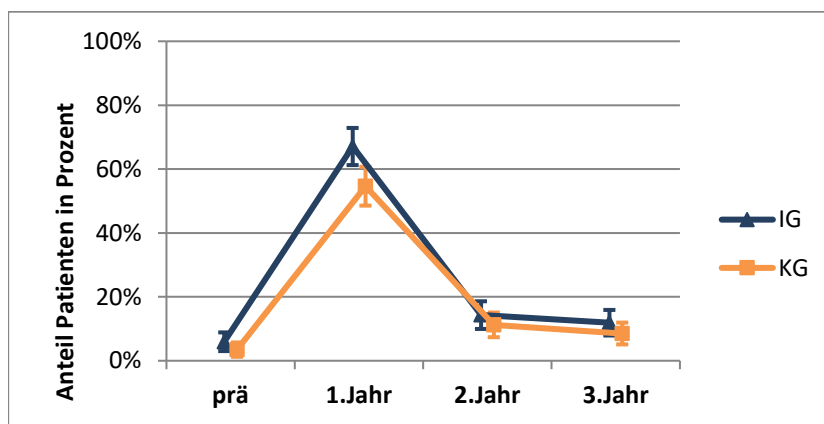
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

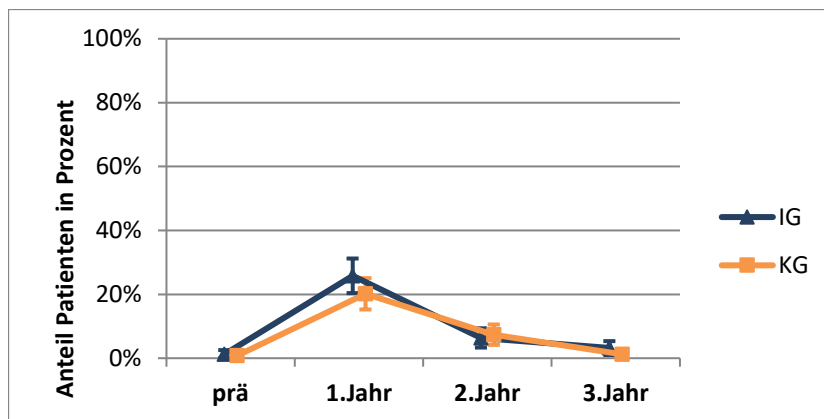
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

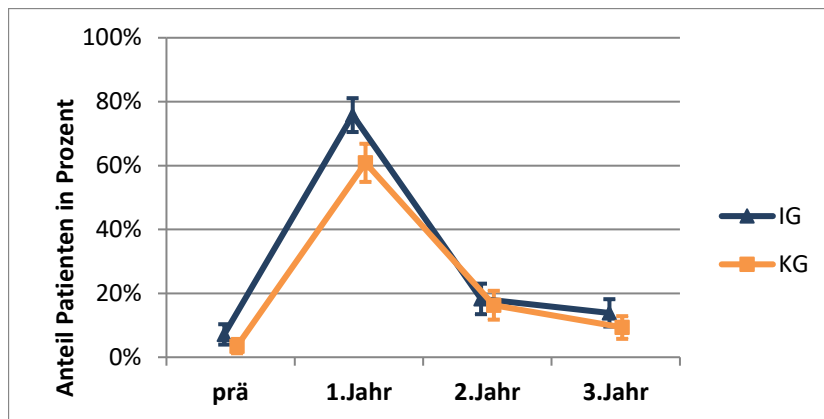
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



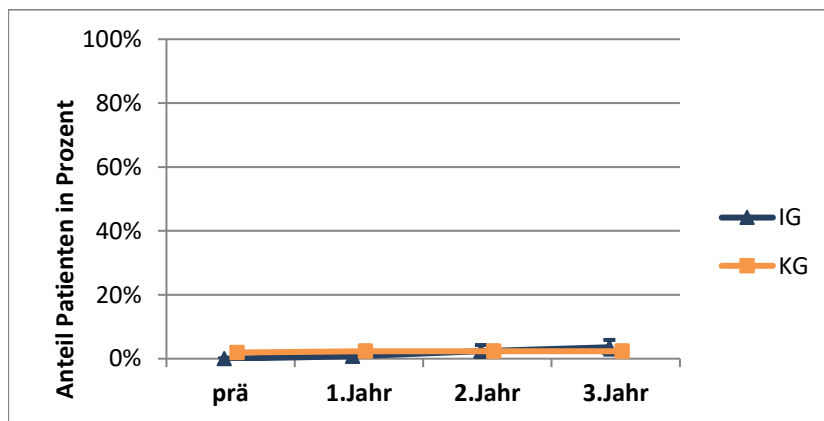
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



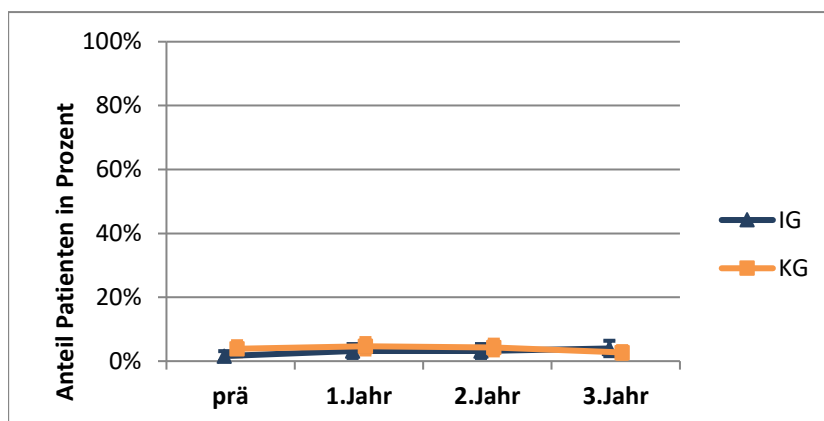
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

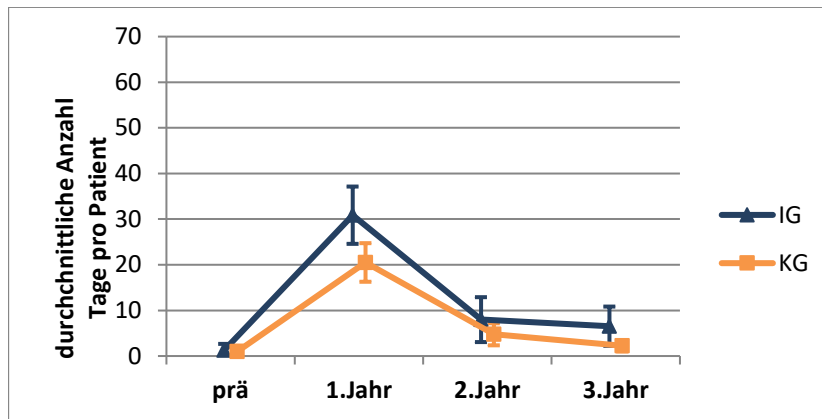


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

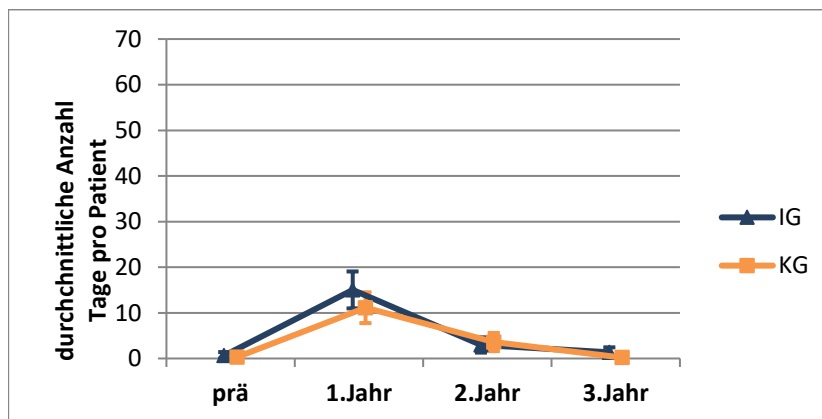


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

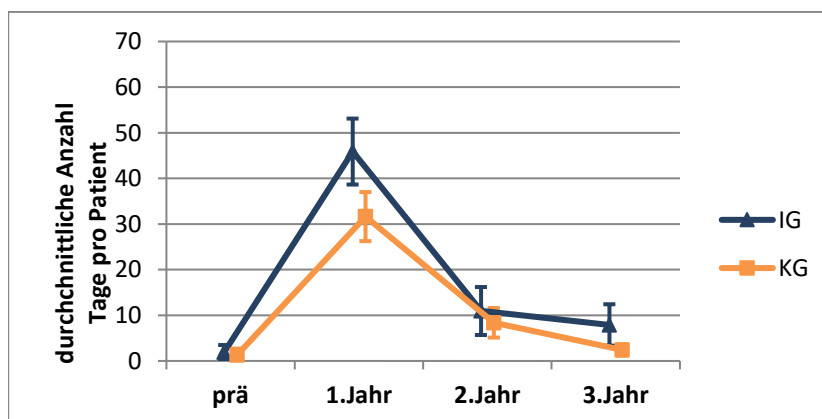
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



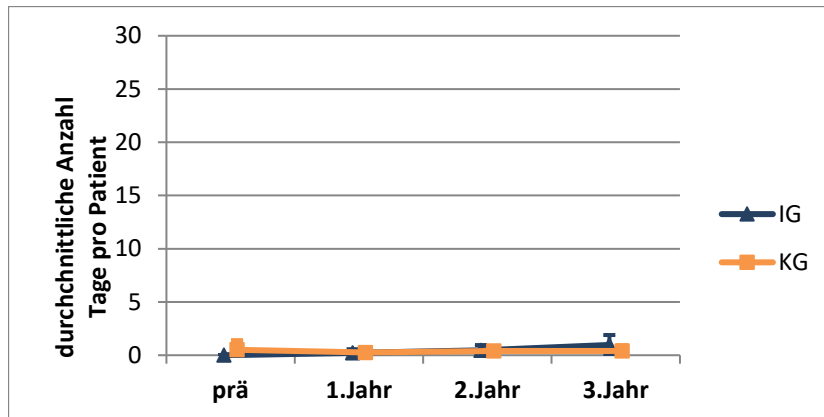
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



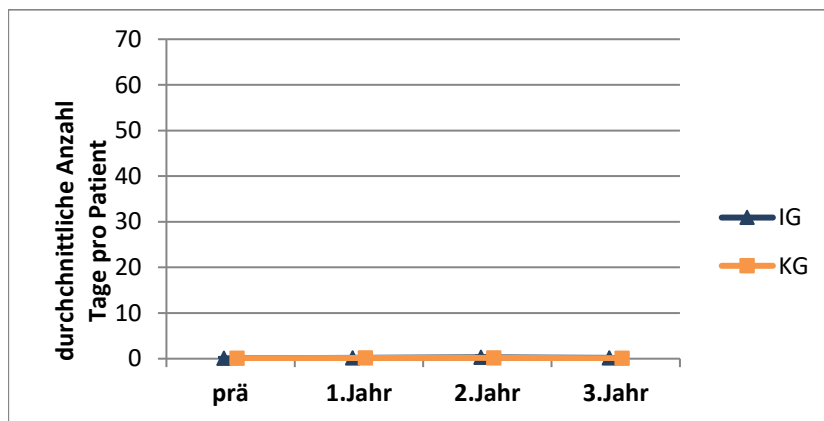
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

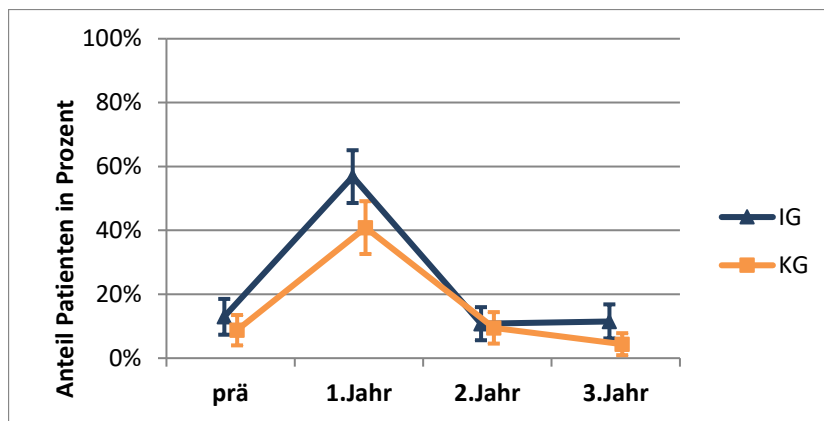
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

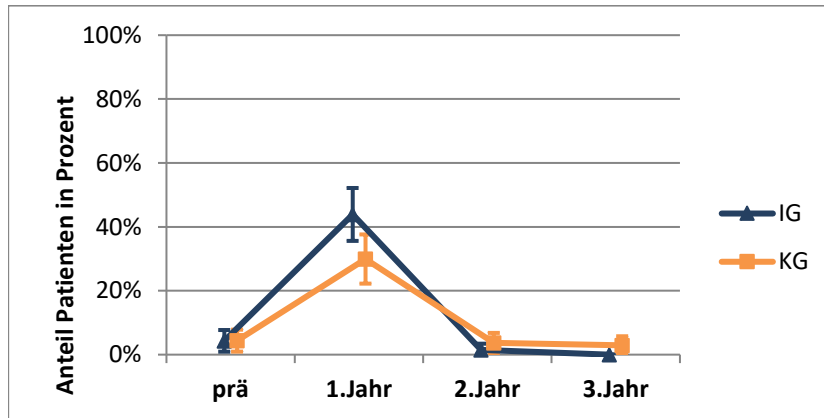
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

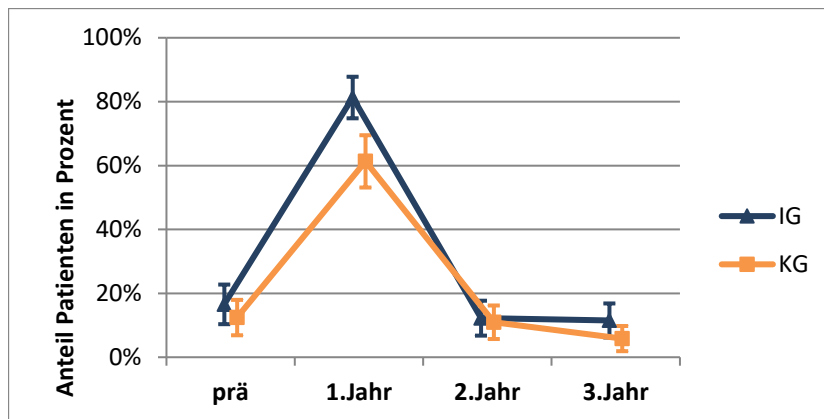
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



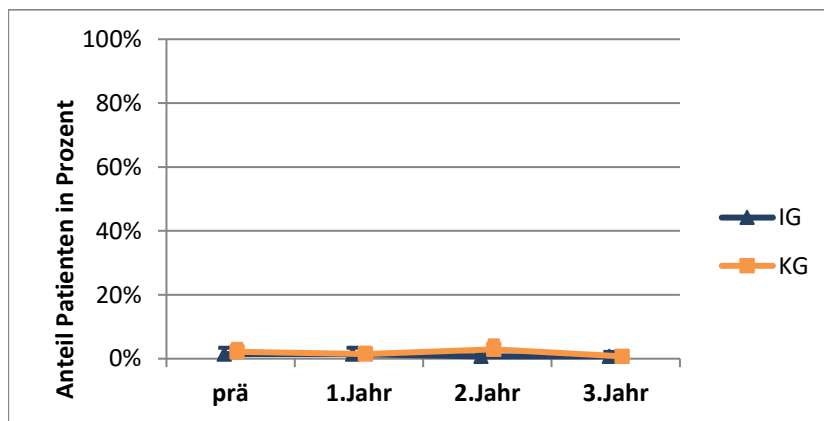
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



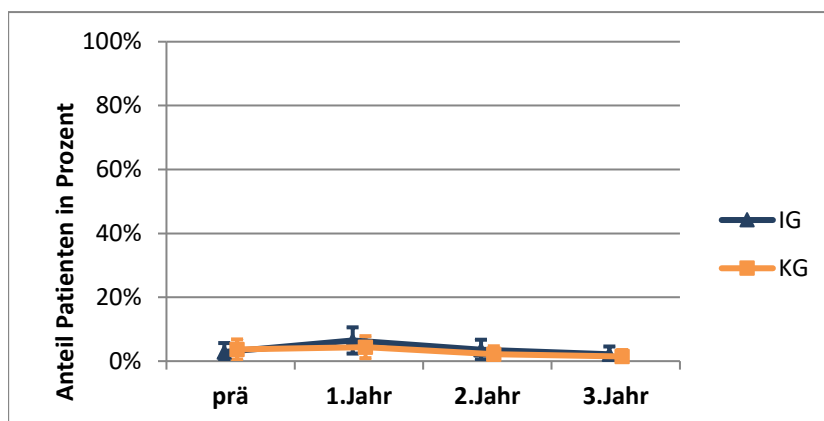
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

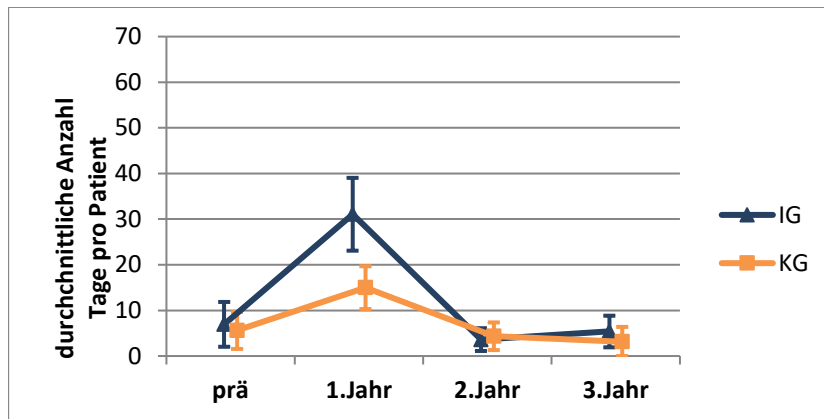


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

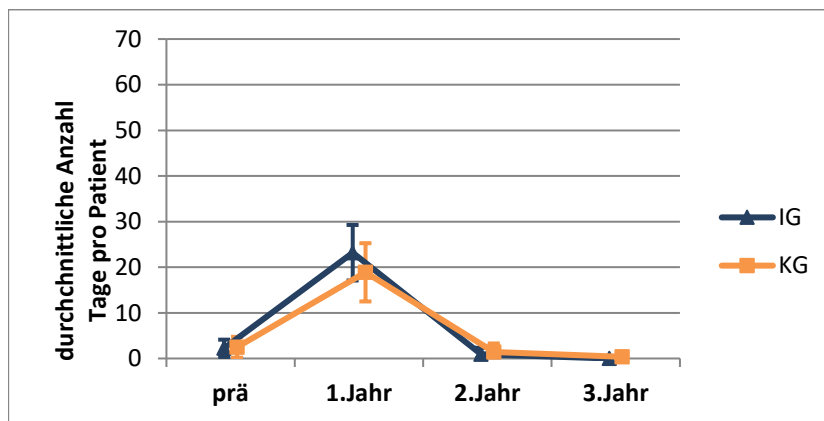


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

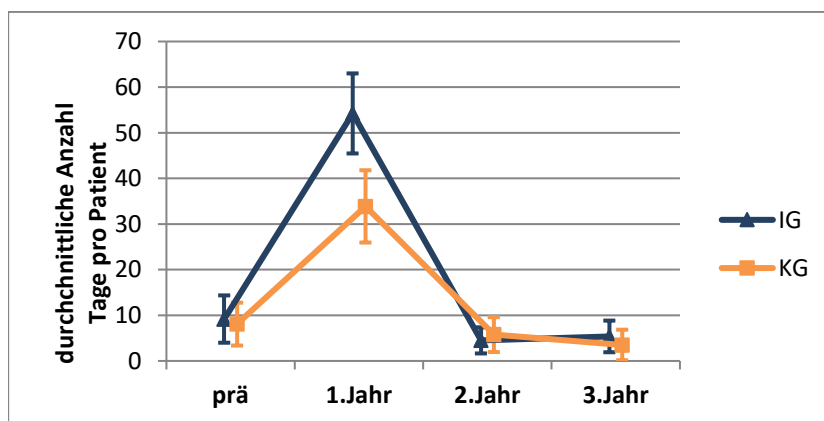
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



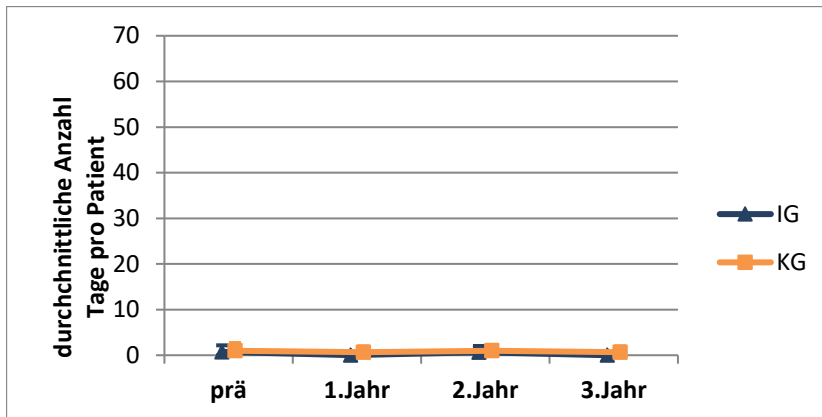
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



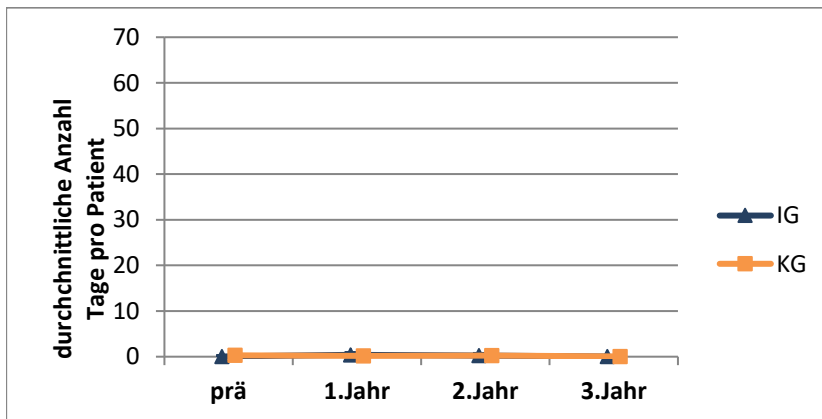
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



8.3.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten über die Beobachtungszeit zwischen IG und KG vergleichbare durchschnittliche **PIA**-Kontakte (prä: +0,0; 1. Jahr: +0,0; 2. Jahr: +0,5; 3. Jahr: -0,3; 4. Jahr: -0,5 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich für Patienten der IG und KG vergleichbare Verläufe mit jedoch stets geringerer PIA-Inanspruchnahme in der IG (prä: -1,0; 1. Jahr: -0,8; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: -1,2; 4. Jahr: -1,3 PIA-Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren nicht ersichtlich.

Bei der ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war in der IG im Jahr vor Referenzfall noch eine geringere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich; diese Inanspruchnahme erhöhte sich zum Jahr nach Referenzfall auf über den Wert der KG und blieb in den kommenden Jahren in der IG stets größer als in der KG (prä: -2,2; 1. Jahr: +2,7; 2. Jahr: +2,9; 3. Jahr: +3,3; 4. Jahr: +3,5 Kontakte). Dieser größere Anstieg war für das zweite bis vierte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD: 2. Jahr = +5,1 Kontakte; 3. Jahr = +5,5 Kontakte; 4. Jahr = +5,7 Kontakte). Auch bei den linikbekannten Patienten war der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker als in der KG. Die Anzahl der Kontakte war hier jedoch bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG größer als in der KG (prä: +1,1; 1. Jahr: +5,3; 2. Jahr: +4,6; 3. Jahr: +4,7; 4. Jahr: +2,0 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zwischen IG und KG vergleichbar starker Anstieg der Kontakte in der **PIA** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +3,0 Kontakte; KG: +3,2 Kontakte). Dies ist analog zur Beobachtung in U1.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas stärker als in der KG (IG: +5,8 Kontakte; KG: +5,1 Kontakte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein zwischen beiden Gruppen vergleichbarer Verlauf der **PIA**-Kontakte über alle betrachteten patientenindividuellen Jahre hinweg.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U1 und U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an, sank danach wieder leicht und war in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall stets größer als in der KG (prä: -0,6; 1. Jahr: +1,0; 2. Jahr: +2,4 ambulante Kontakte). Der stärkere Anstieg der Kontakte in der IG zum zweiten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = 3,0 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 linikneuer Patienten waren stets zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich auch vergleichbare Verläufe, jedoch lag hier die Anzahl der **PIA**-Kontakte in der IG stets etwas unter denen der KG (prä: -0,5; 1. Jahr: -0,4; 2. Jahr: -0,8; 3. Jahr: -1,0 **PIA**-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten stiegen, analog zu den vorherigen Untersuchungen, in der IG etwas mehr als in der KG (prä: +0,3; 1. Jahr: +1,1; 2. Jahr: +1,5; 3. Jahr: +0,6 Kontakte). Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein stärkerer Anstieg der Kontakte in der IG im Vergleich zur KG in allen Jahren nach Referenzfall (prä: -0,2; 1. Jahr: +5,6; 2. Jahr: +5,2; 3. Jahr: +4,2 Kontakte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 74: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	118	118	118	115	115	120	121	117	119	115
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	2,3	1,5	0,8	0,8	0,2	2,3	0,9	1,1	1,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	6,4	13,8	12,4	10,5	8,1	8,6	11,0	9,5	7,2	4,7
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	4,1	4,8	4,0	4,1	4,2	4,9	5,9	4,9	4,0	3,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,4	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,6	0,4	0,2	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,4	0,9	0,4	0,5	0,0	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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)	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	83	84	81	81	80	82	81	80	79	79
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	2,1	0,9	0,5	0,2	1,2	2,9	1,5	1,7	1,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	7,6	12,9	12,3	10,4	8,2	6,5	7,6	7,7	5,7	6,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	4,5	5,9	5,7	4,4	3,8	5,1	5,8	4,9	5,1	4,1

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

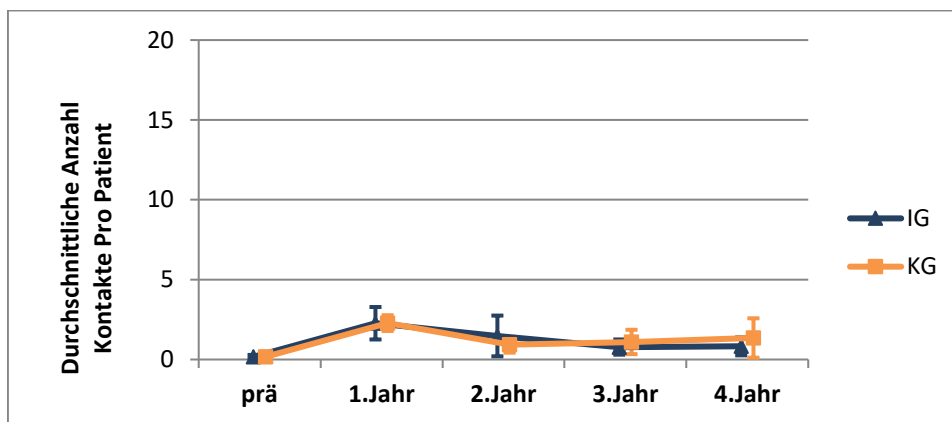
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

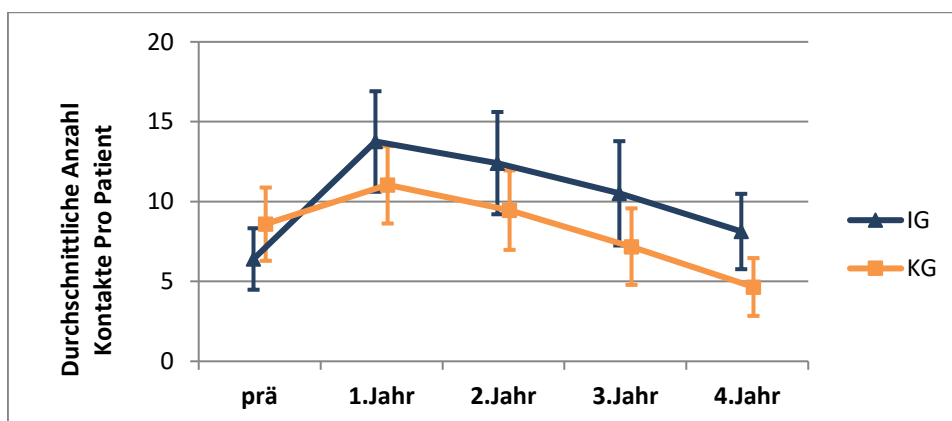
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

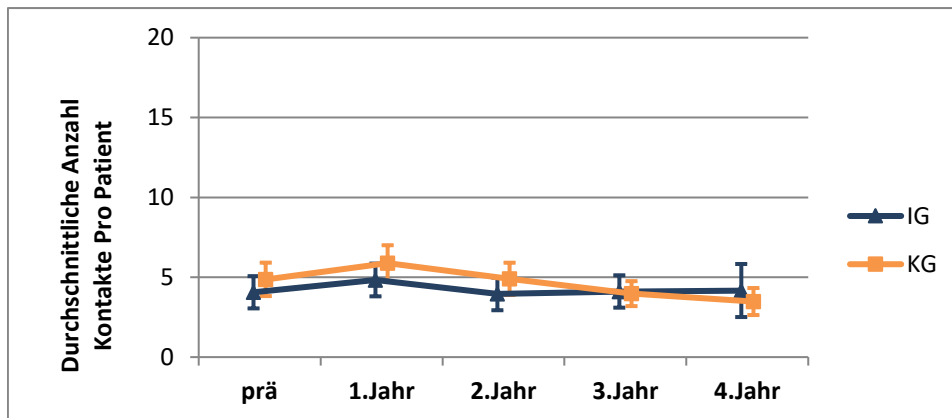
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

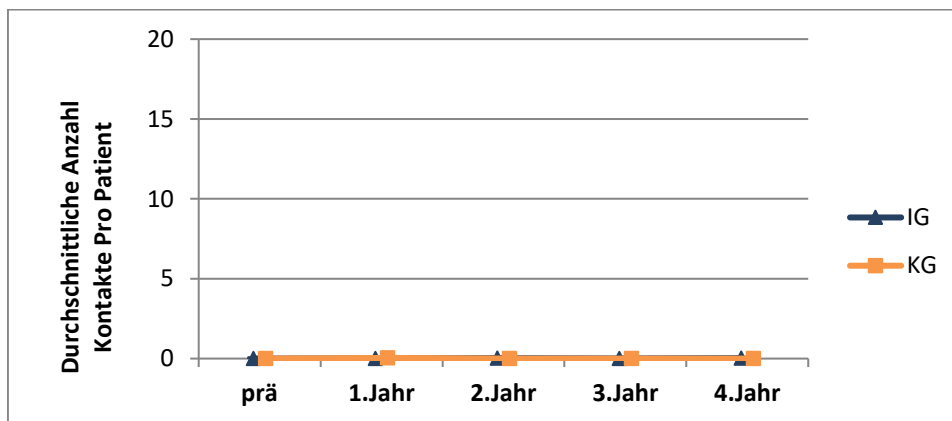


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

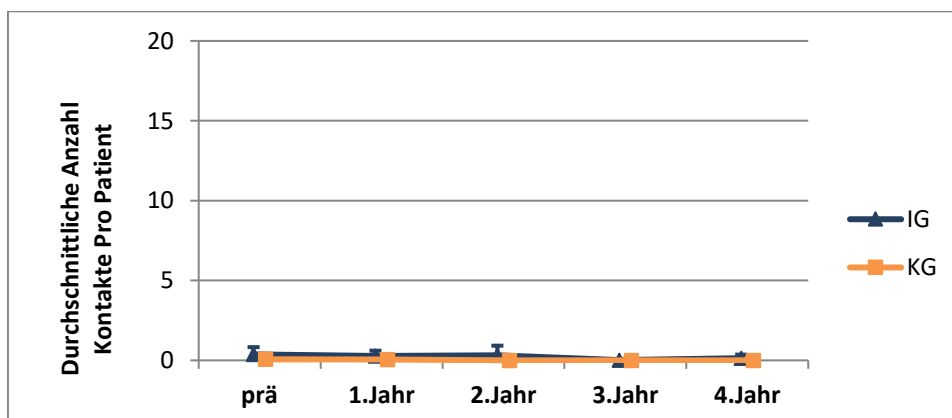


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

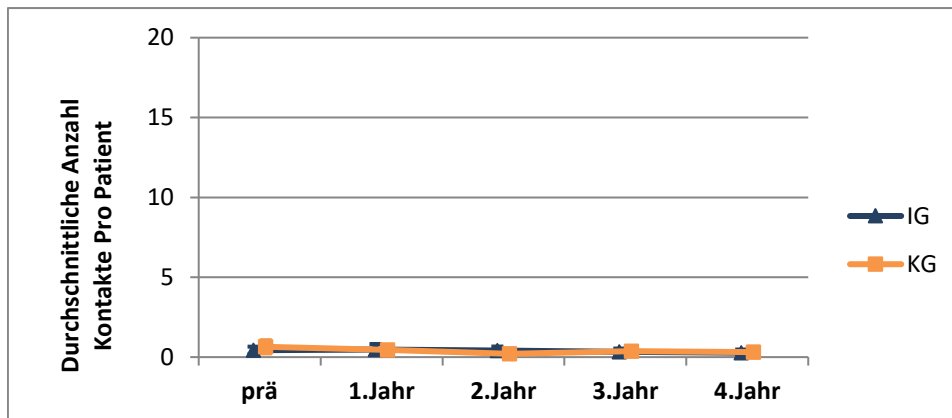
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

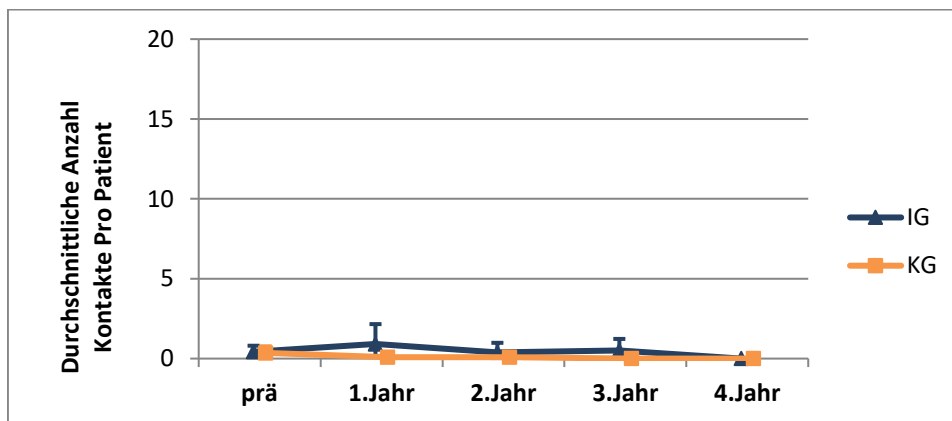


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

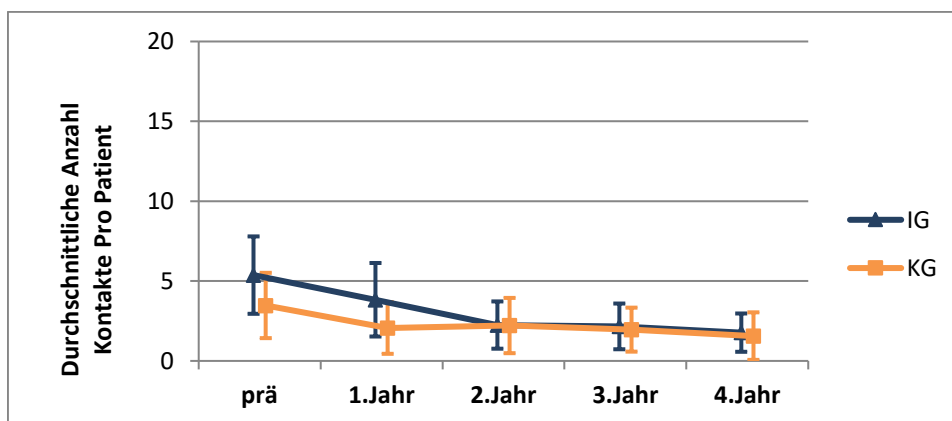


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



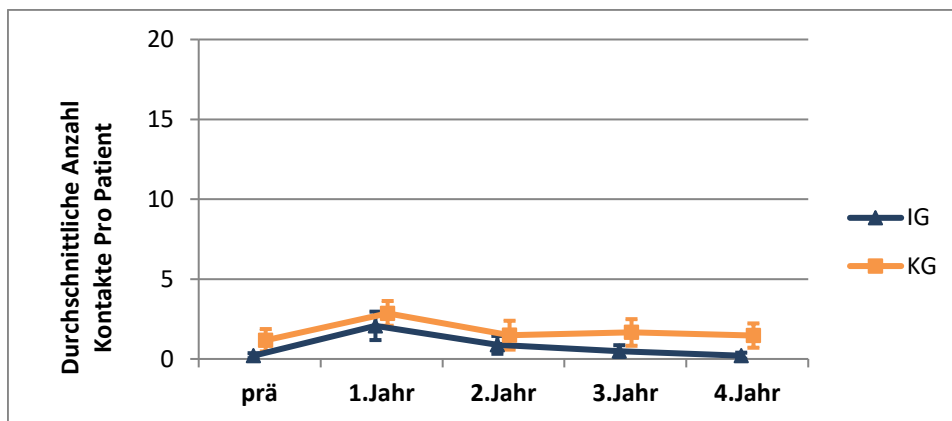
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

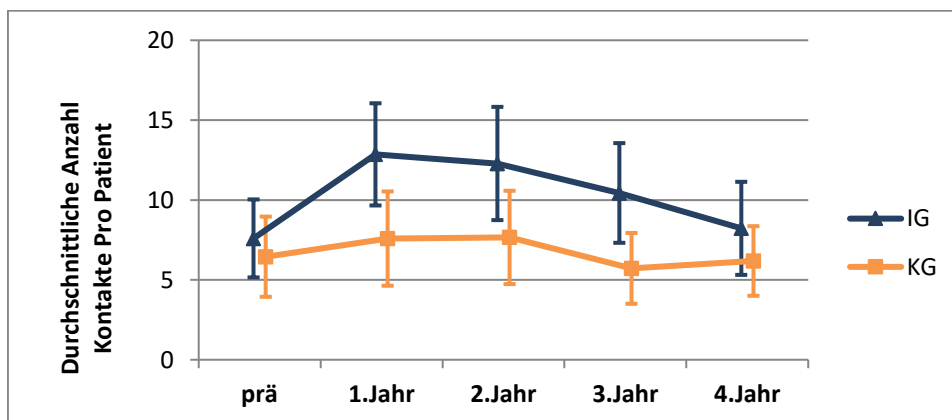
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

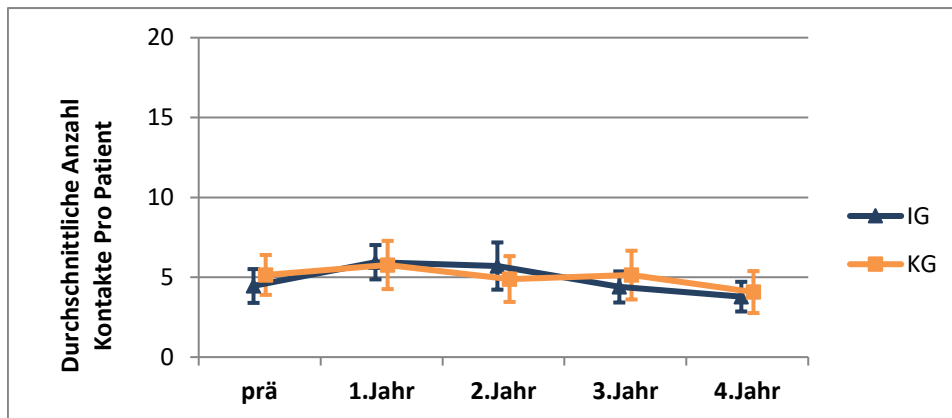
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

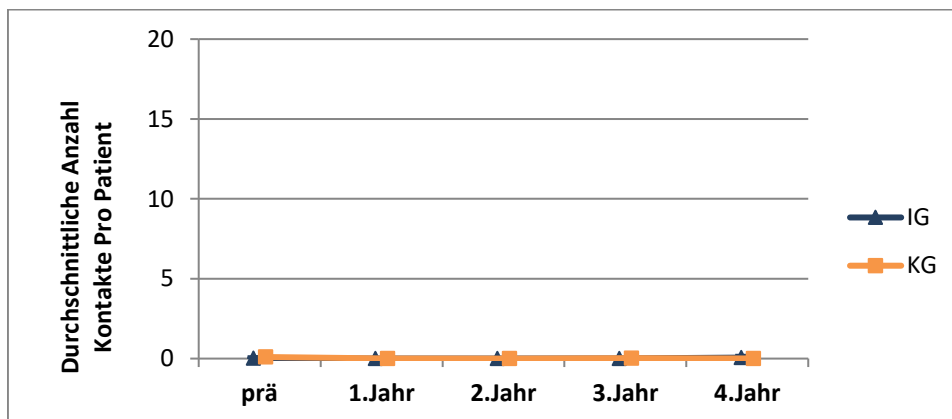


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

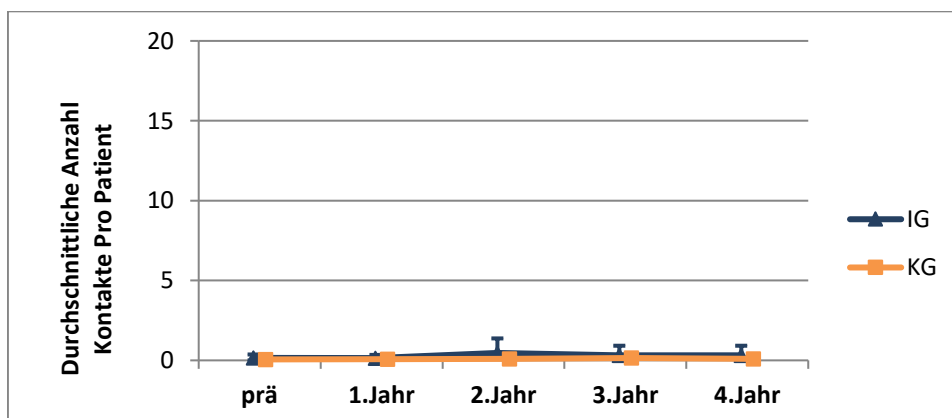


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

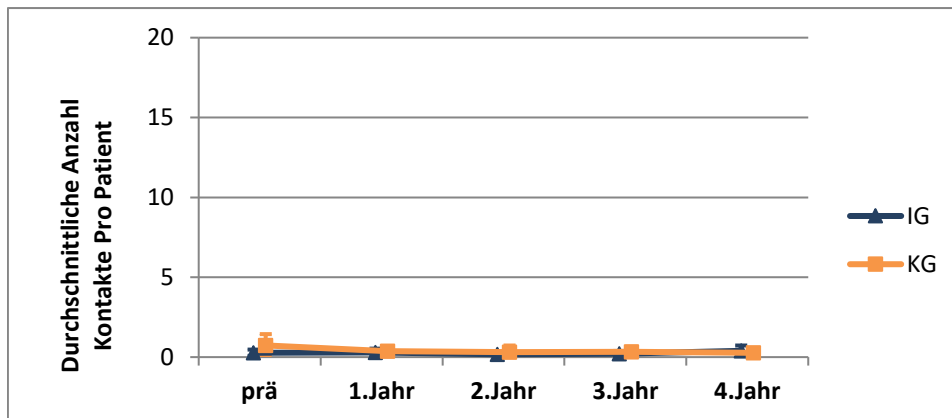
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

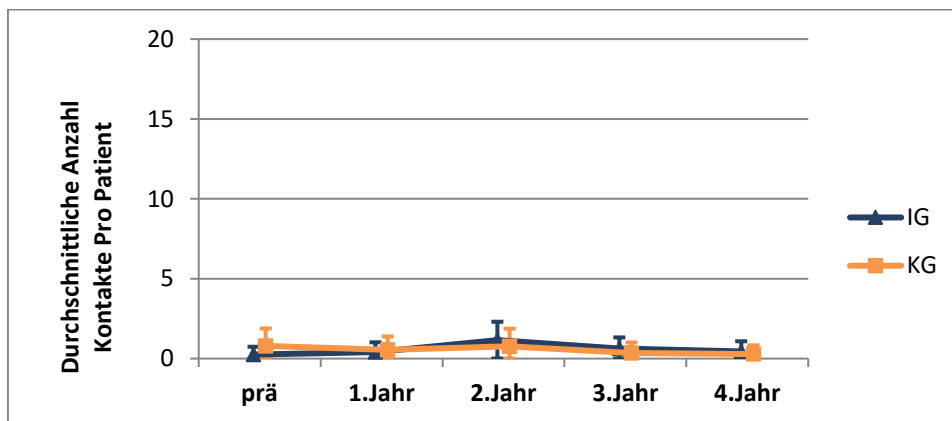


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

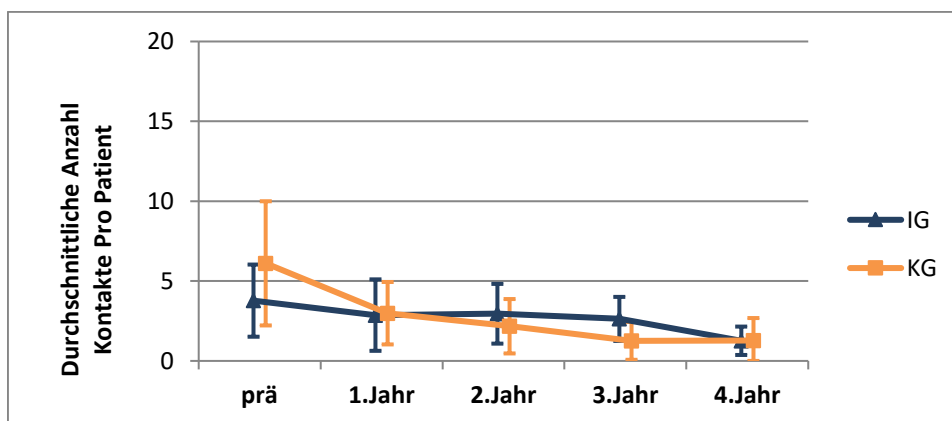


Tabelle 75: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen , Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,01 -1,54...1,52	4,89 -0,19...9,98	-0,25 -2,39...1,90
DID Jahr 2	0,55 -0,98...2,08	5,12* 0,04...10,21	-0,14 -2,28...2,01
DID Jahr 3	-0,32 -1,85...1,22	5,51* 0,43...10,60	0,94 -1,20...3,09
DID Jahr 4	-0,52 -2,05...1,01	5,65* 0,57...10,74	1,50 -0,65...3,64

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,19 -1,12...1,50	4,13 -1,51...9,77	0,87 -1,66...3,39
DID Jahr 2	0,36 -0,95...1,67	3,48 -2,16...9,12	1,51 -1,01...4,03
DID Jahr 3	-0,21 -1,52...1,10	3,58 -2,06...9,22	-0,05 -2,57...2,47
DID Jahr 4	-0,29 -1,60...1,02	0,90 -4,74...6,54	0,41 -2,11...2,93

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

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

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

Tabelle 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)	504	504	504	504
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	504	504	504	504
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	493	502	496	503
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	3,2	0,2	3,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	7,4	13,2	7,8	12,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	3,8	5,1	4,3	5,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,2	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,4	0,5	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,6	0,8	0,4	0,5
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	3,7	3,5	3,9	2,8

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 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:

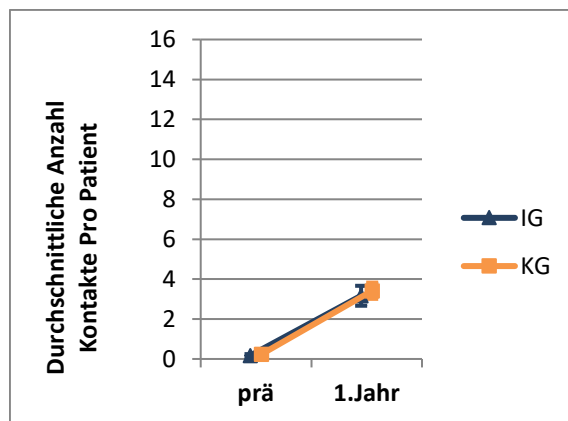
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

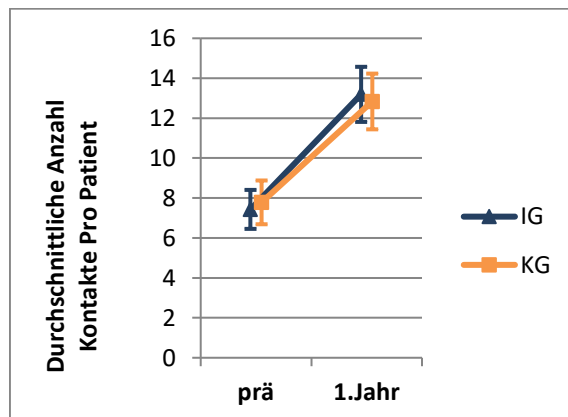
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

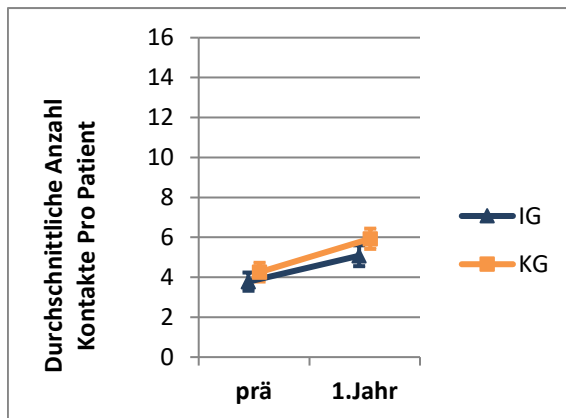
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

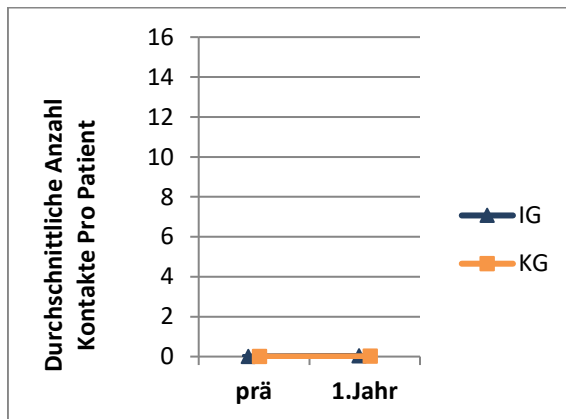


- bei anderen Vertragsärzten (E)

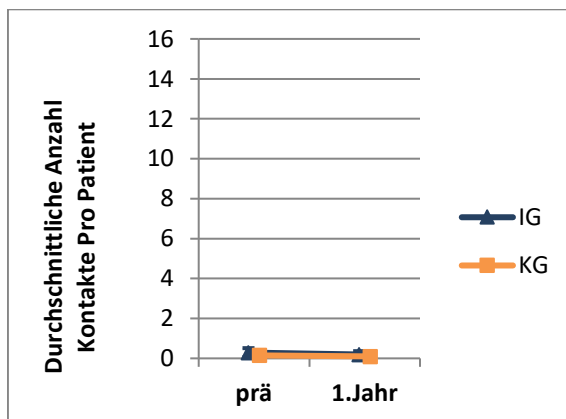


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

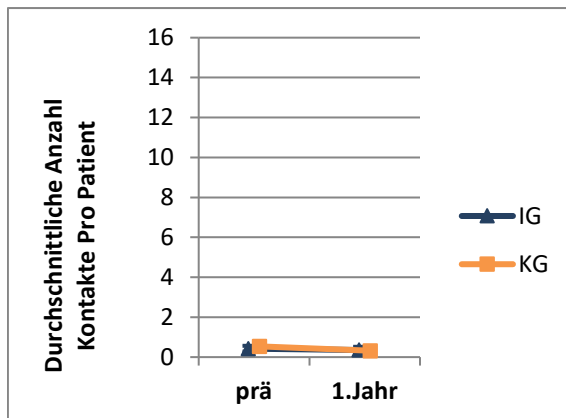
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

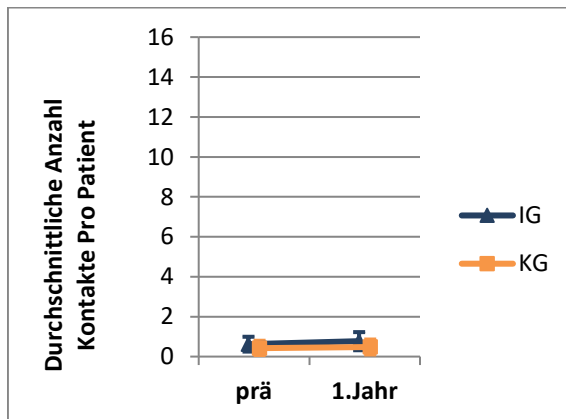


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

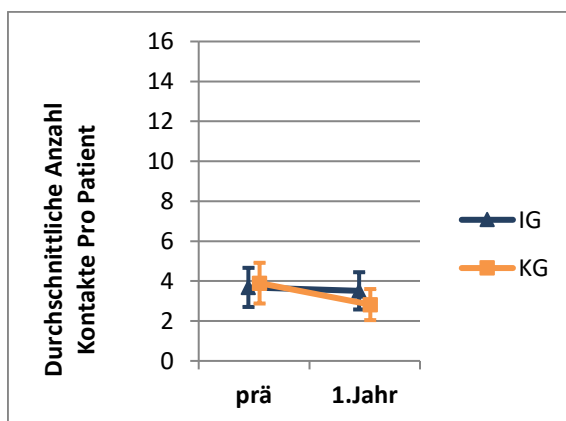


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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)	390	390	390	389	389	389
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	390	390	390	389	389	389
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	383	389	385	383	389	380
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	3,3	1,3	0,3	3,3	1,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	7,3	13,0	11,5	7,9	12,0	9,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	3,9	5,0	4,2	4,4	6,1	4,8
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)	0,4	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,4	0,3	0,6	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,7	0,9	0,8	0,3	0,3	0,4

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

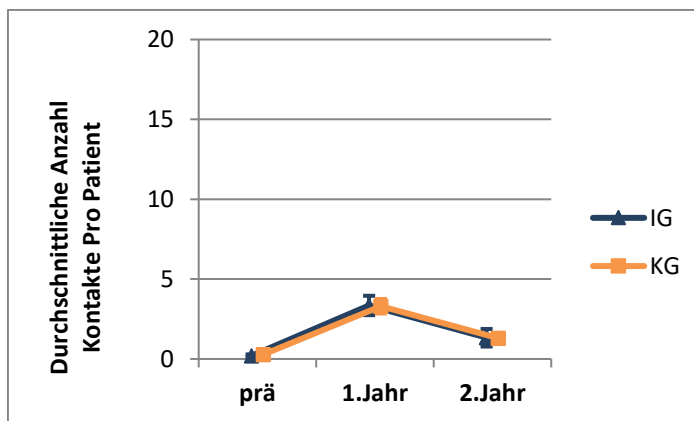
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

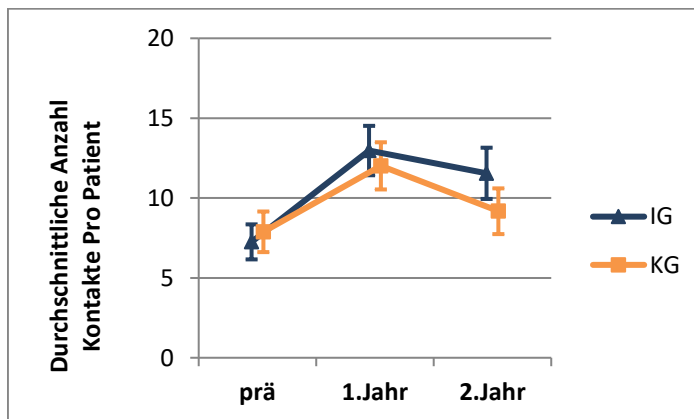
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

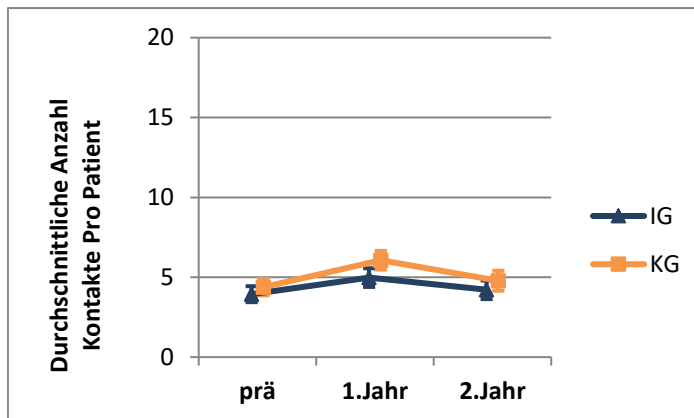
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

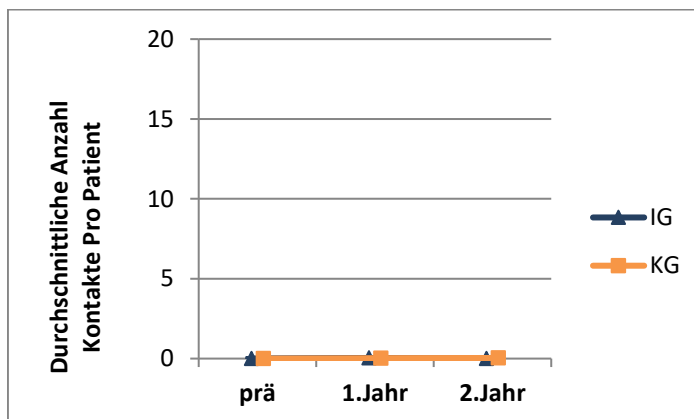


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

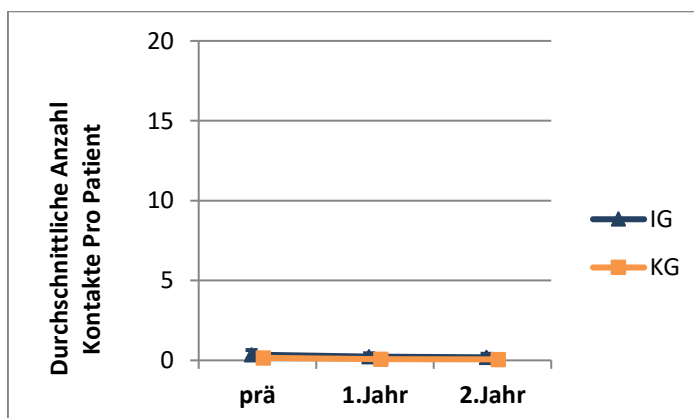


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

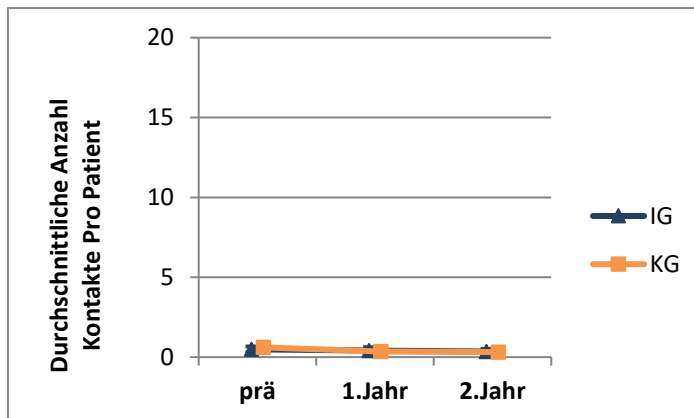
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

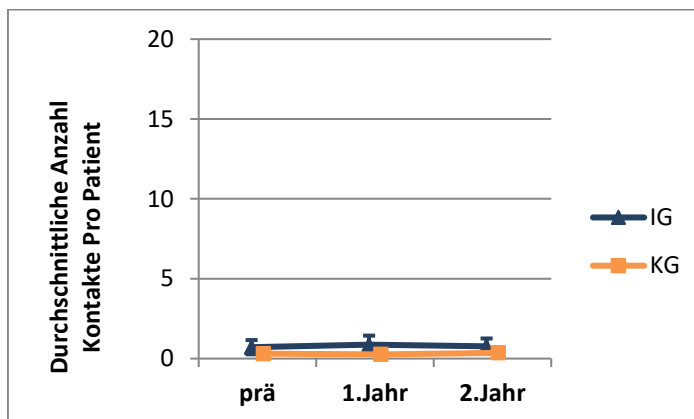


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

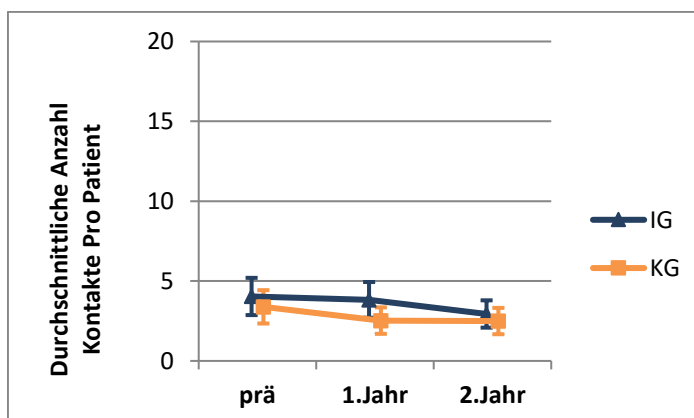


Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,13 -0,69...0,95	1,59 -1,19...4,36	-0,65 -1,78...0,49
DID Jahr 2	0,11 -0,71...0,93	3,00* 0,23...5,78	-0,12 -1,26...1,01

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)	252	252	252	252	258	258	258	258
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	252	252	252	252	258	258	258	258
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	249	252	251	241	255	258	252	251
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	2,9	1,4	0,8	0,3	2,9	1,1	1,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	7,5	13,4	11,2	9,1	7,2	12,3	9,7	8,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	3,9	5,0	4,0	4,0	4,5	6,2	4,8	4,2
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	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,4	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,3	0,2	0,2	0,7	0,4	0,3	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,7	0,9	0,7	0,3	0,3	0,1	0,2	0,0

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	139	139	139	139	137	137	137	137
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	139	139	139	139	137	137	137	137
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	137	138	136	134	137	136	131	132
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	2,5	0,8	0,5	0,8	2,9	1,6	1,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	6,8	13,2	12,4	10,7	7,0	7,5	7,1	6,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	5,2	5,7	5,9	4,3	5,2	6,1	5,0	5,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

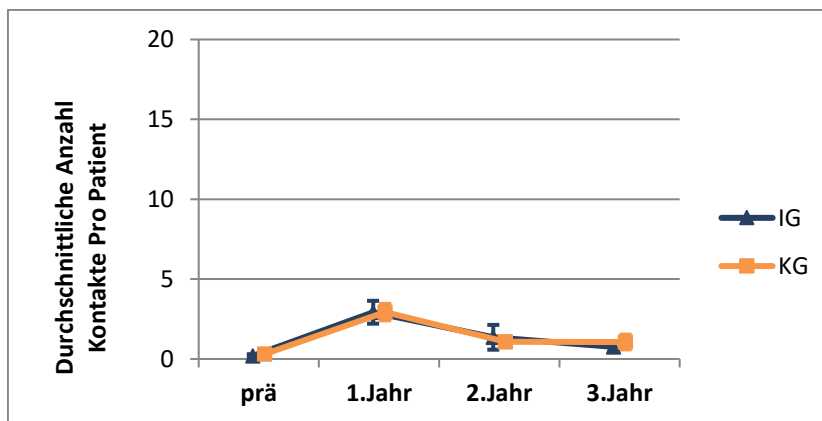
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

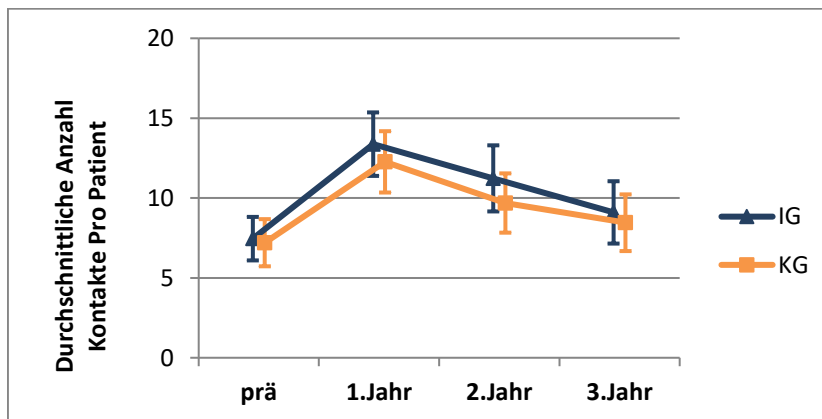
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

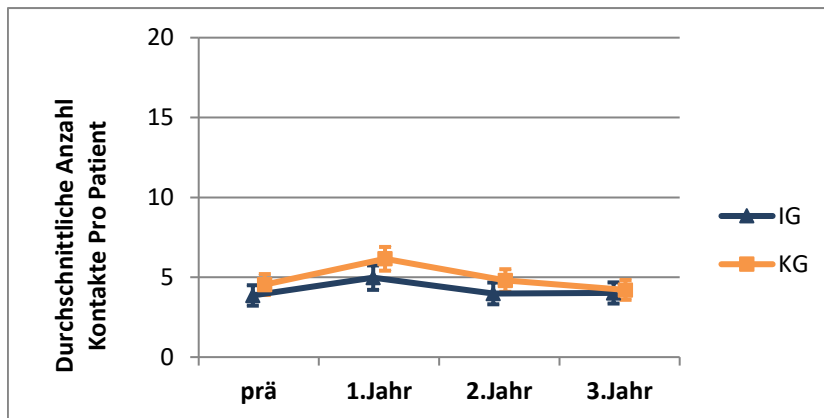
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

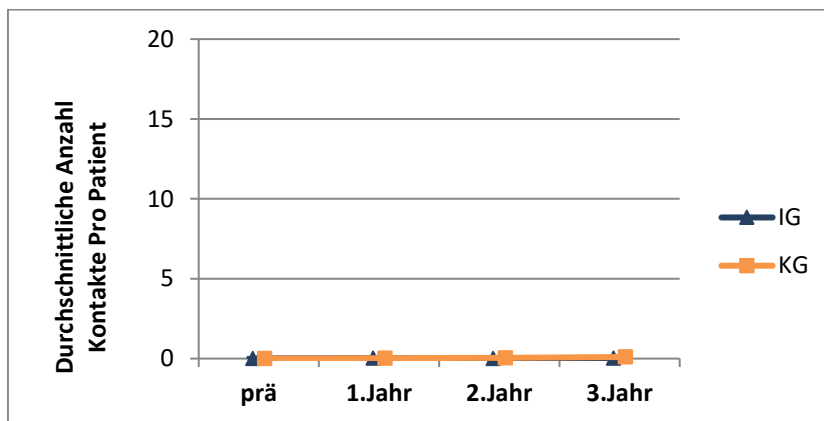


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

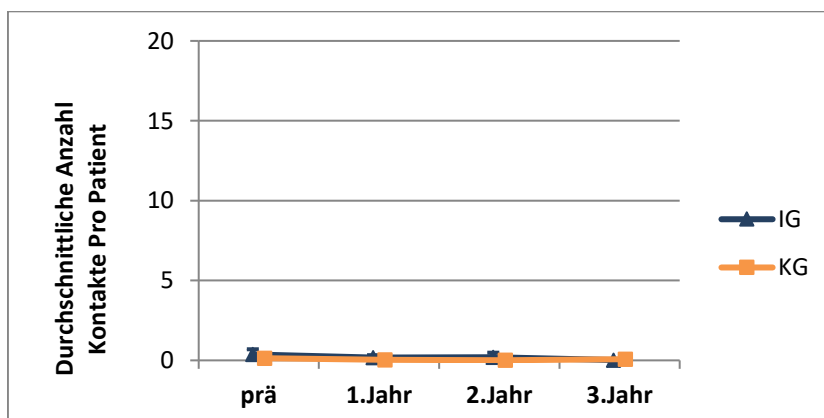


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

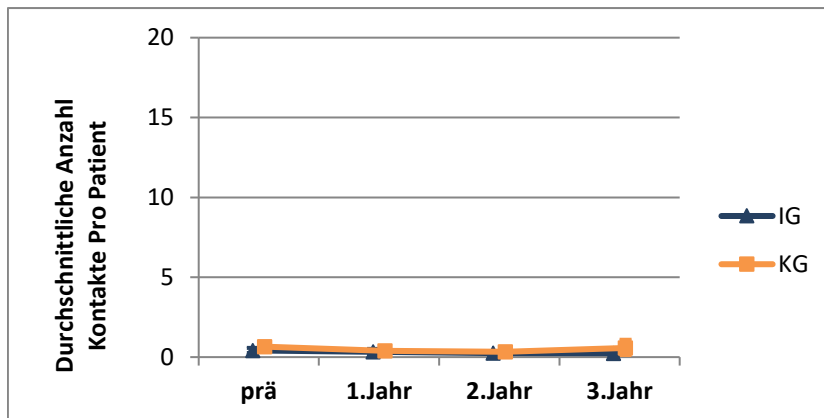
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

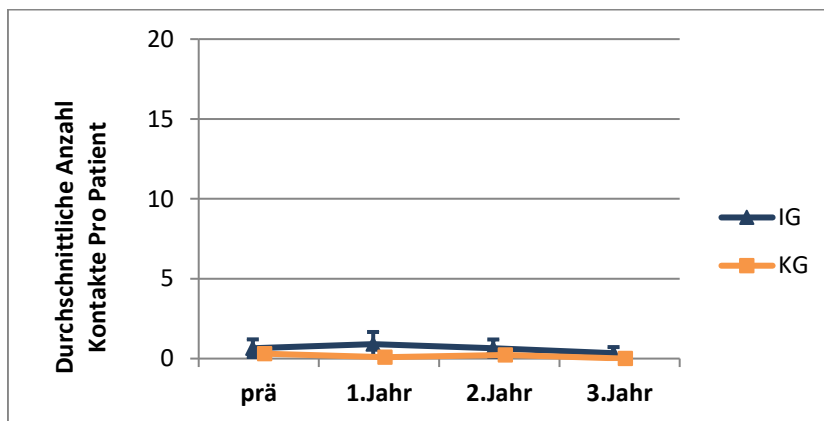


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

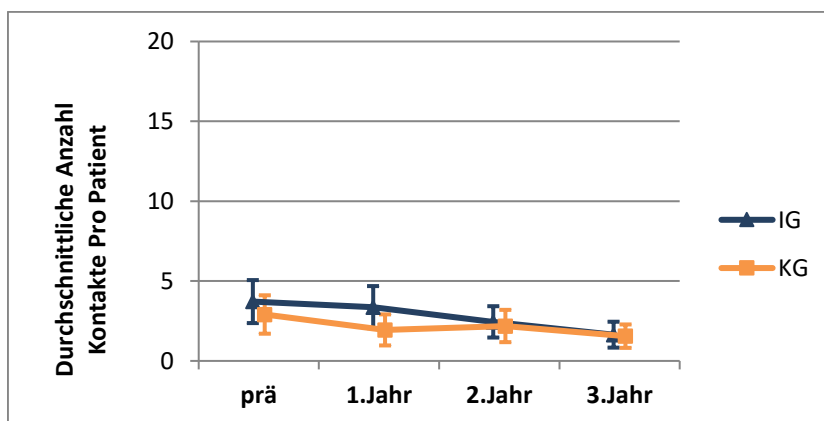


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



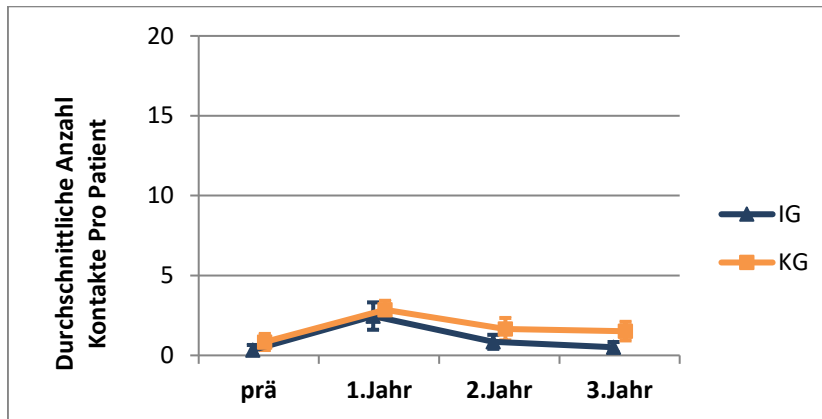
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

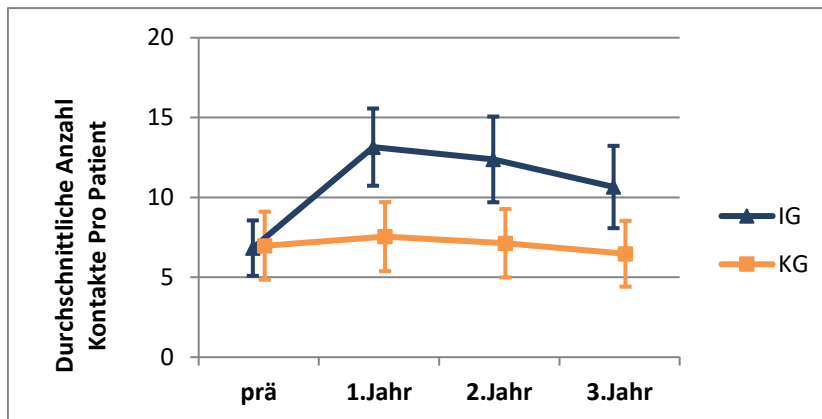
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

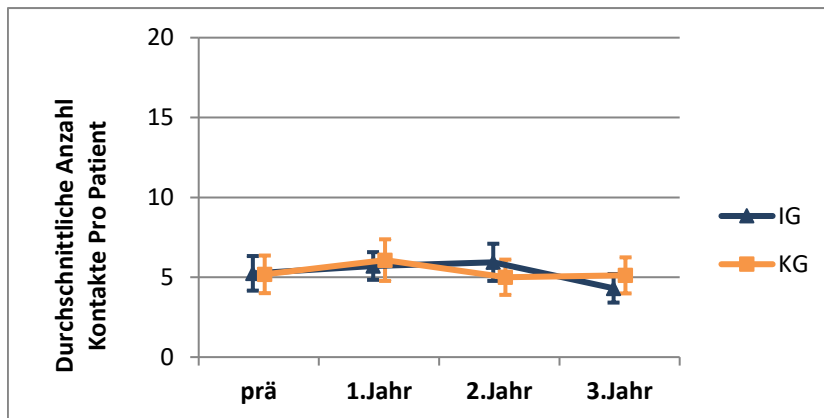
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

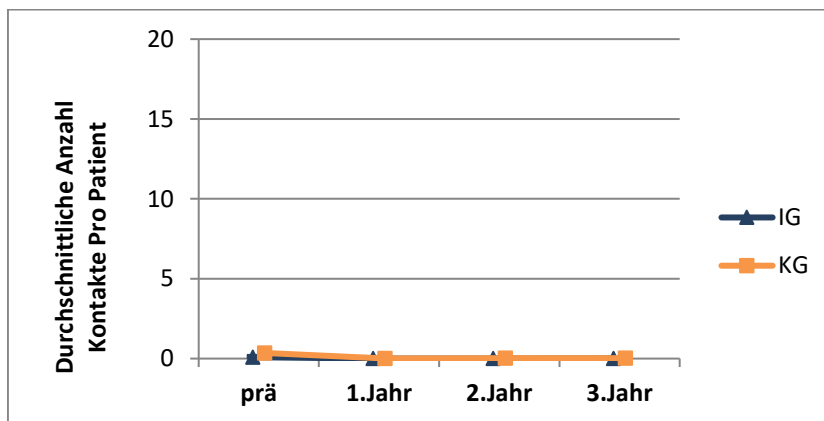


- bei anderen Vertragsärzten (E)

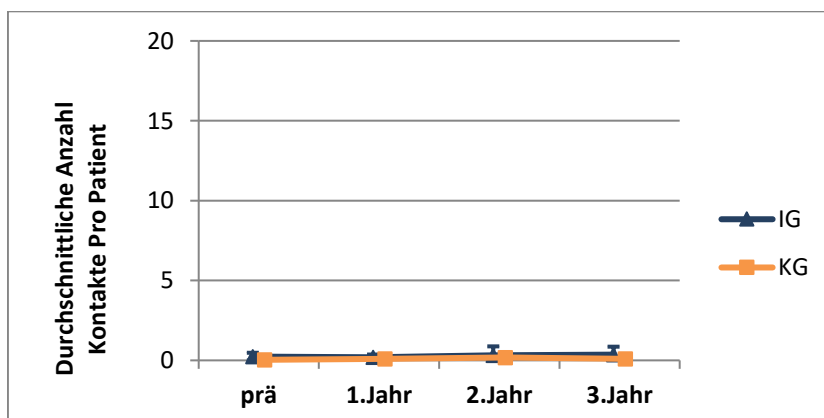


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

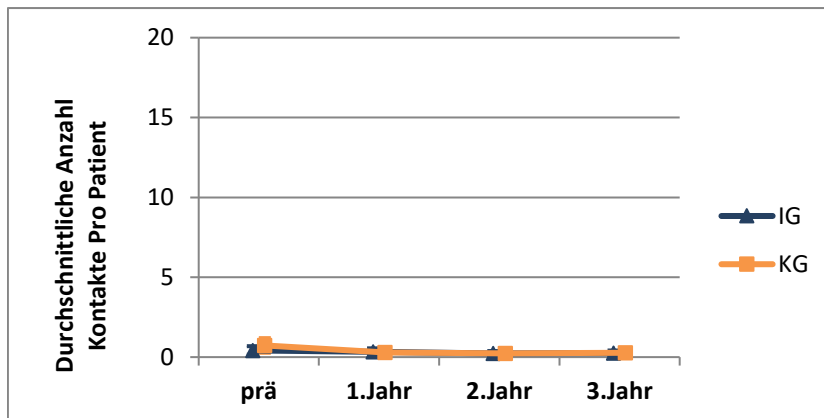
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

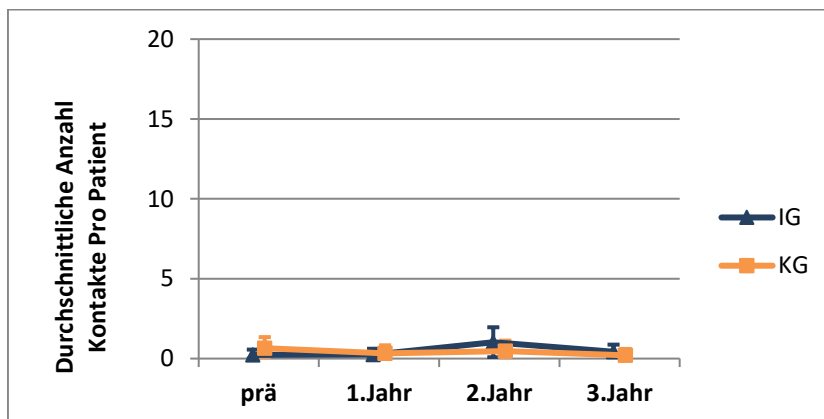


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

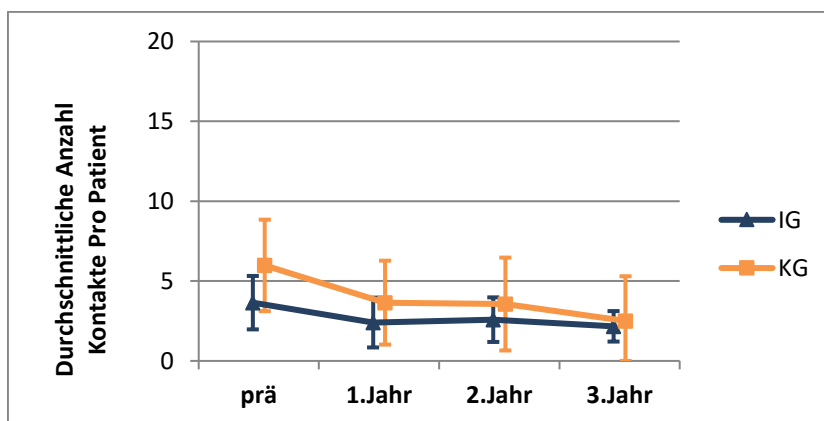


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



8.3.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergab sich für linikneue Patienten der IG bei der Betrachtung von 7 Tagen eine statistisch signifikant geringere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im ersten Jahr nach Referenzfall verglichen mit der KG (IG: 28,9 %; KG: 52,1 %; Gruppenschätzer = 0,4). Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Numerisch wies die IG jedoch stets eine größere Kontinuität als die KG für das erste Jahr nach Referenzfall auf (7 Tage: +15,5; 30 Tage: +11,6; 90 Tage: +8,7 %-Punkte). Zu beachten ist, dass außerhalb des ersten Jahres nach Referenzfall (erstes patientenindividuelle Jahr) die Fallzahlen, die betrachtet werden konnten, sowohl bei den klinikneuen als auch klinikbekannten Patienten sehr gering waren.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein geringerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: -8,4 %-Punkte; 30 Tage: -3,2 %-Punkte; 90 Tage: -5,0 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im ersten Jahr nach Referenzfall bei der Betrachtung von 7 Tagen in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: 38,4 %; KG: 48,2 %; Gruppenschätzer = 0,7).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor im ersten Jahr nach Referenzfall für linikneue Patienten in der IG geringer als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil (erstes Jahr nach Referenzfall, psychiatrischer Sektor) in der IG stets größer als in der KG (7 Tage: +7,2 %-Punkte; 30 Tage: +8,2 %-Punkte; 90 Tage: +6,2 %-Punkte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	121	33	17	12	94	22	12	13
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,6 %	21,2 %	11,8 %	25,0 %	14,9 %	13,6 %	16,7 %	30,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,4 %	9,1 %	5,9 %	8,3 %	30,9 %	13,6 %	8,3 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	18,2 %	18,2 %	17,6 %	58,3 %	26,6 %	40,9 %	50,0 %	30,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	2,5 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %	7,4 %	4,5 %	8,3 %	15,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,7 %	15,2 %	23,5 %	0,0 %	16,0 %	22,7 %	16,7 %	15,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	25,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,9 %	42,4 %	41,2 %	33,3 %	52,1 %	45,5 %	33,3 %	46,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	59,5 %	45,5 %	52,9 %	33,3 %	34,0 %	36,4 %	33,3 %	30,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	117	31	17	10	90	20	12	12
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,2 %	32,3 %	29,4 %	40,0 %	22,2 %	30,0 %	25,0 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	37,6 %	22,6 %	35,3 %	40,0 %	40,0 %	40,0 %	16,7 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,3 %	41,9 %	70,6 %	60,0 %	55,6 %	80,0 %	66,7 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	17,1 %	29,0 %	11,8 %	30,0 %	22,2 %	15,0 %	25,0 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	27,4 %	25,8 %	29,4 %	20,0 %	33,3 %	30,0 %	16,7 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	6,5 %	5,9 %	20,0 %	5,6 %	20,0 %	8,3 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,2 %	64,5 %	70,6 %	70,0 %	70,0 %	70,0 %	50,0 %	50,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,5 %	19,4 %	11,8 %	10,0 %	12,2 %	5,0 %	16,7 %	8,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	103	26	16	<10	81	19	12	<10
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,4 %	46,2 %	37,5 %	25,0 %	32,1 %	42,1 %	33,3 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	46,6 %	38,5 %	56,3 %	62,5 %	48,1 %	42,1 %	16,7 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,7 %	84,6 %	93,8 %	62,5 %	82,7 %	94,7 %	83,3 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	43,7 %	57,7 %	25,0 %	62,5 %	46,9 %	21,1 %	41,7 %	44,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	36,9 %	38,5 %	50,0 %	37,5 %	42,0 %	31,6 %	25,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,7 %	11,5 %	12,5 %	12,5 %	9,9 %	15,8 %	33,3 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,8 %	76,9 %	93,8 %	62,5 %	76,5 %	78,9 %	58,3 %	55,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,9 %	0,0 %	0,0 %	12,5 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	79	<10	11	11	59	13	13	15
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,9 %	12,5 %	18,2 %	9,1 %	10,2 %	15,4 %	15,4 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,5 %	12,5 %	27,3 %	45,5 %	11,9 %	0,0 %	0,0 %	6,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	16,5 %	37,5 %	36,4 %	18,2 %	32,2 %	23,1 %	23,1 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	1,3 %	12,5 %	9,1 %	9,1 %	3,4 %	0,0 %	7,7 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,5 %	0,0 %	0,0 %	18,2 %	8,5 %	15,4 %	23,1 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	0,0 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %	23,1 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,3 %	25,0 %	45,5 %	63,6 %	28,8 %	30,8 %	38,5 %	53,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	49,4 %	37,5 %	36,4 %	27,3 %	49,2 %	53,8 %	15,4 %	33,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	76	<10	11	11	59	<10	11	12
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	31,6 %	12,5 %	18,2 %	9,1 %	32,2 %	22,2 %	36,4 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,9 %	50,0 %	45,5 %	54,5 %	22,0 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,6 %	62,5 %	72,7 %	45,5 %	55,9 %	55,6 %	45,5 %	58,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,8 %	25,0 %	36,4 %	36,4 %	18,6 %	0,0 %	18,2 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	30,3 %	0,0 %	9,1 %	36,4 %	22,0 %	33,3 %	36,4 %	41,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,9 %	0,0 %	0,0 %	27,3 %	1,7 %	0,0 %	18,2 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,8 %	62,5 %	54,5 %	63,6 %	54,2 %	55,6 %	54,5 %	75,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,1 %	12,5 %	27,3 %	9,1 %	20,3 %	22,2 %	18,2 %	8,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	71	<10	11	10	57	<10	<10	10
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,0 %	12,5 %	18,2 %	30,0 %	40,4 %	42,9 %	44,4 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,8 %	50,0 %	72,7 %	60,0 %	28,1 %	0,0 %	0,0 %	30,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,9 %	75,0 %	72,7 %	60,0 %	70,2 %	71,4 %	66,7 %	70,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,9 %	25,0 %	45,5 %	50,0 %	45,6 %	14,3 %	22,2 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	35,2 %	25,0 %	18,2 %	30,0 %	26,3 %	42,9 %	33,3 %	30,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,9 %	12,5 %	0,0 %	40,0 %	8,8 %	0,0 %	11,1 %	20,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,8 %	75,0 %	81,8 %	80,0 %	63,2 %	85,7 %	44,4 %	70,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	0,0 %	9,1 %	10,0 %	3,5 %	0,0 %	11,1 %	10,0 %

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

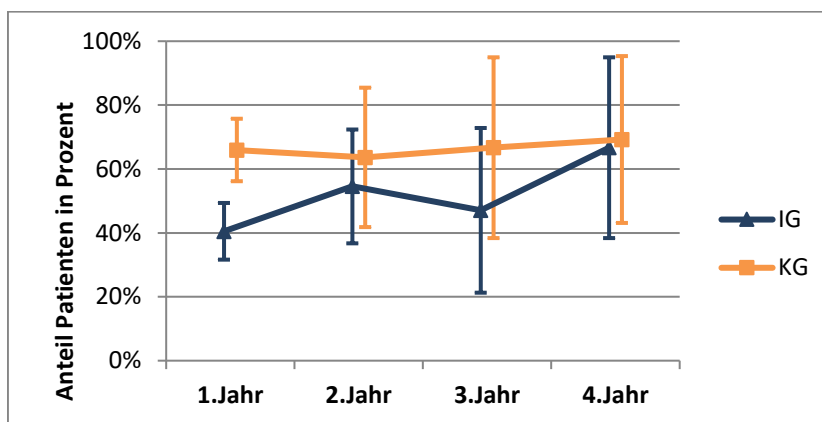
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

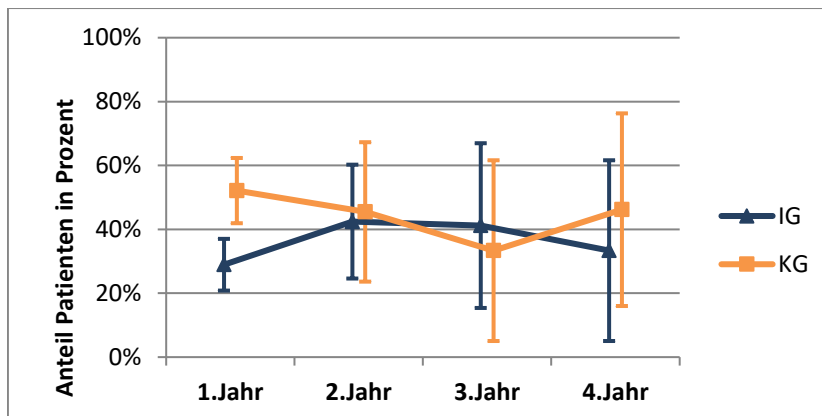
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



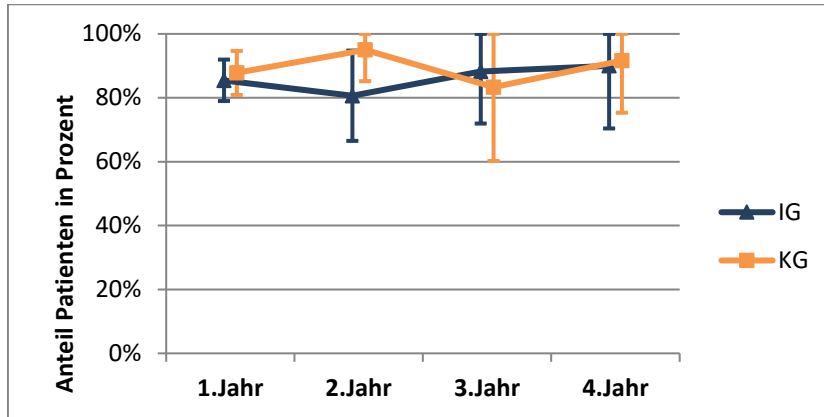
- Alle (psychiatrischer Sektor)



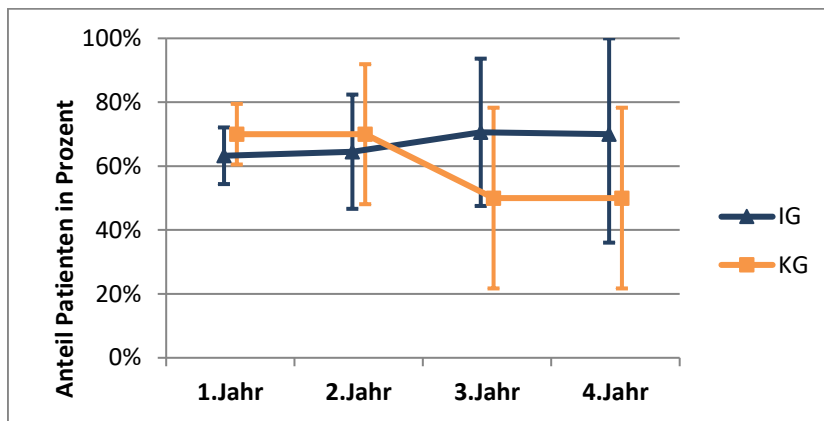
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



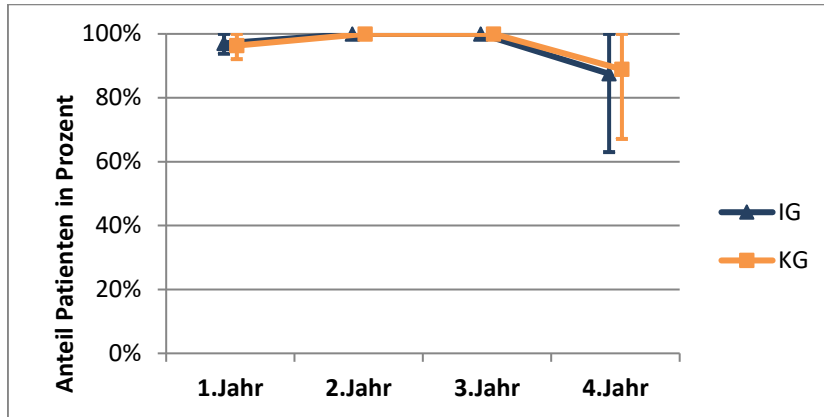
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



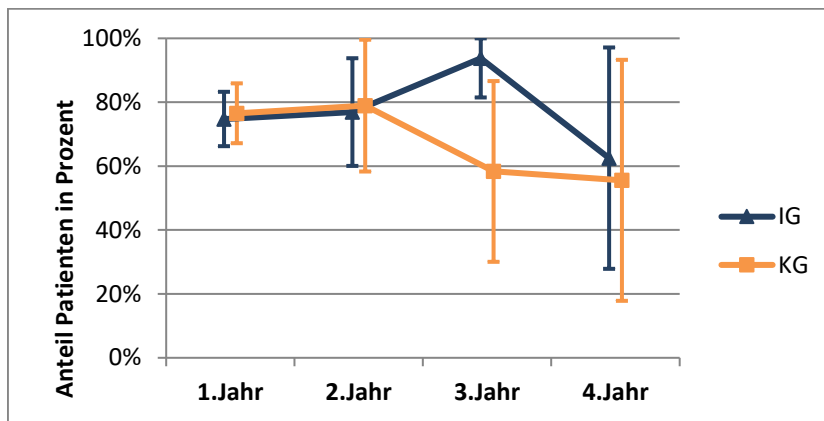
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

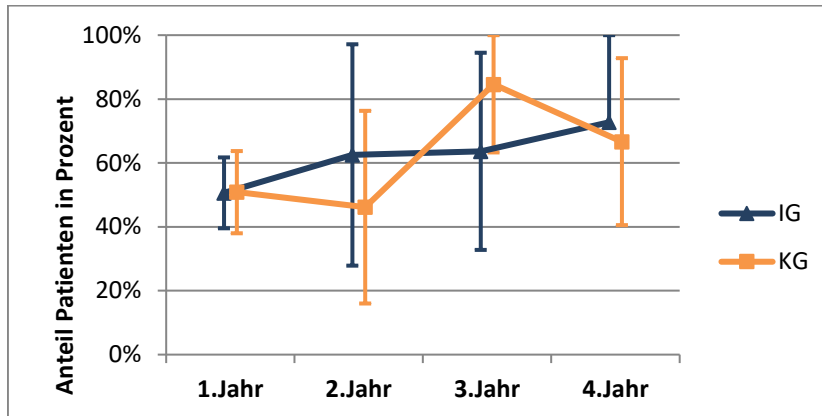
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

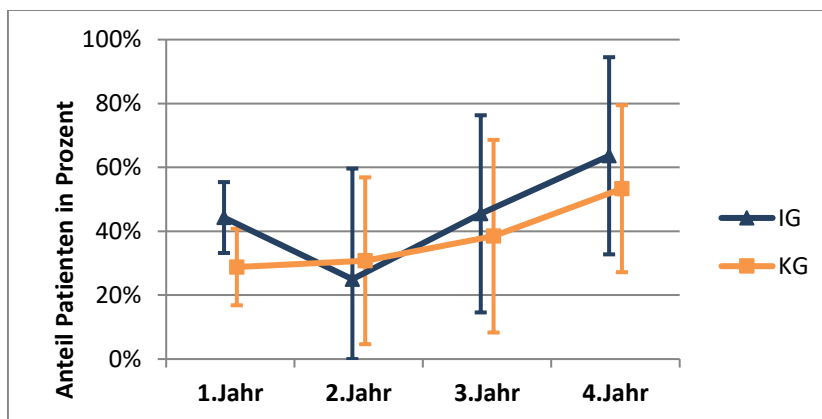
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



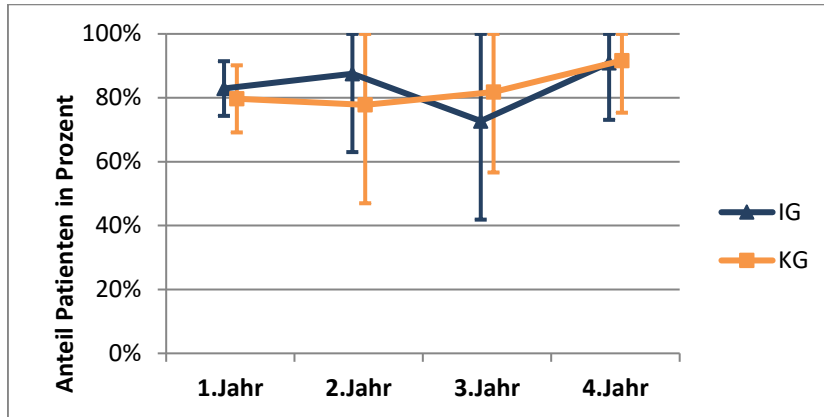
- Alle (psychiatrischer Sektor)



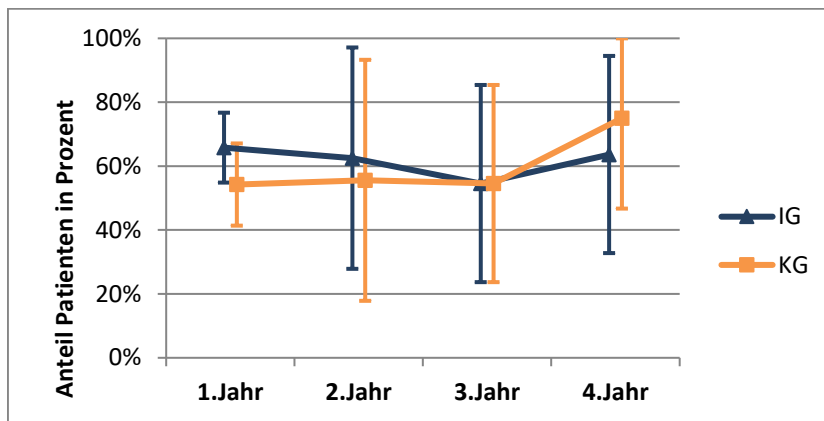
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



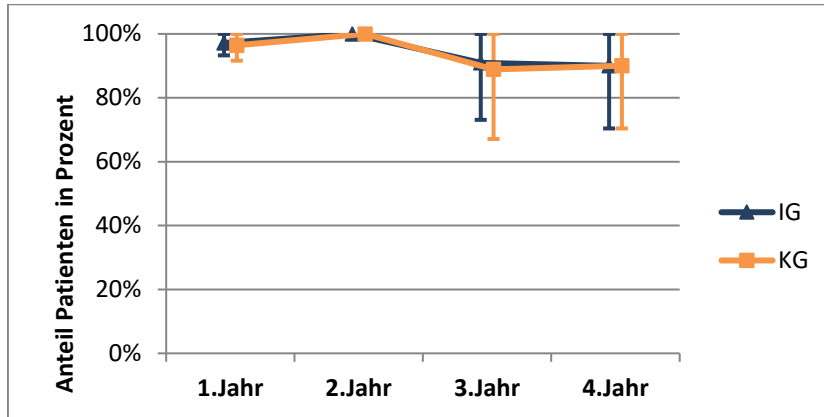
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

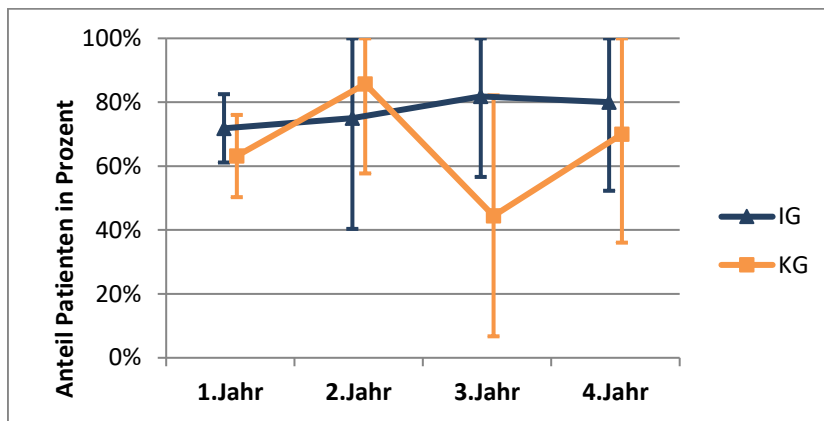


Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,38** 0,21...0,67	0,78 0,43...1,43	0,96 0,48...1,93
Gruppe Jahr 2	0,97 0,31...3,02	0,71 0,18...2,78	0,67 0,12...3,74
Gruppe Jahr 3	1,41 0,30...6,67	2,42 0,51...11,44	10,25 0,94...112,36
Gruppe Jahr 4	0,76 0,12...4,70	2,97 0,39...22,77	1,42 0,16...12,24

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	2,07 0,97...4,39	1,68 0,81...3,51	1,68 0,76...3,70
Gruppe Jahr 2	0,69 0,07...6,92	2,77 0,19...39,89	0,33 0,01...12,21
Gruppe Jahr 3	1,36 0,04...44,04	0,64 0,03...15,28	4,23 0,09...193,02
Gruppe Jahr 4	0,60 0,06...5,93	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF

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

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

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

Tabelle 82: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	504	429
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	12,7 %	15,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,7 %	18,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	19,2 %	24,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	5,0 %	6,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,7 %	21,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,4 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,9 %	47,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	48,2 %	38,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	467	388
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	21,4 %	24,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,3 %	34,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,8 %	54,6 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	21,6 %	20,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	32,1 %	36,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	8,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,4 %	69,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,3 %	11,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	416	338
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	25,5 %	36,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	47,6 %	42,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,8 %	84,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	43,5 %	49,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	39,7 %	43,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,9 %	15,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,7 %	80,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	1,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

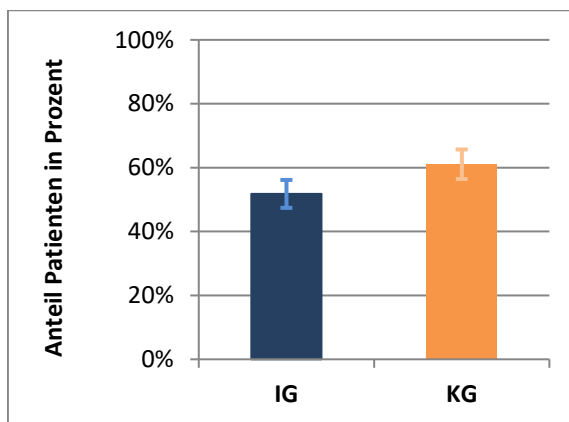
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

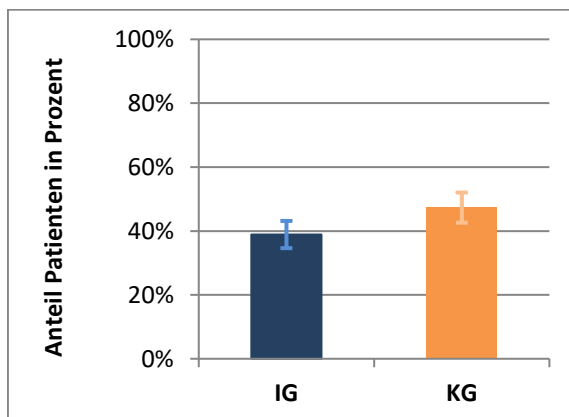
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

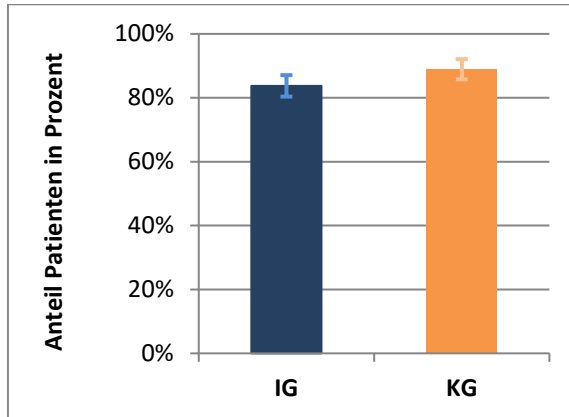
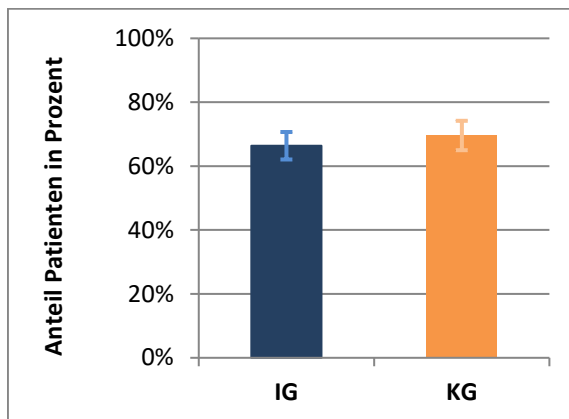
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

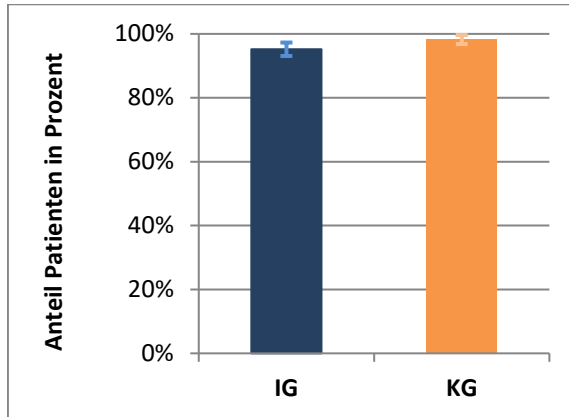
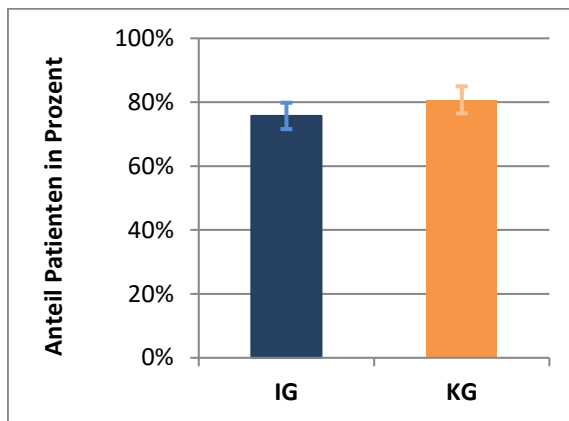
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**Kontakt innerhalb von 30 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**Kontakt innerhalb von 90 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

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

Tabelle 83: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche,(U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	383	109	330	84
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,9 %	21,1 %	14,5 %	13,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,3 %	13,8 %	21,2 %	15,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	18,5 %	24,8 %	23,6 %	28,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	4,4 %	11,0 %	6,1 %	10,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,4 %	16,5 %	20,3 %	17,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,3 %	5,5 %	1,5 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,4 %	44,0 %	48,2 %	39,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	49,1 %	40,4 %	39,1 %	38,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	357	93	298	77
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,5 %	31,2 %	24,5 %	27,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,9 %	29,0 %	35,6 %	33,8 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,0 %	53,8 %	55,4 %	57,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	21,6 %	31,2 %	20,5 %	23,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	31,9 %	31,2 %	33,6 %	23,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	11,8 %	6,7 %	20,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,5 %	64,5 %	69,5 %	63,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,0 %	12,9 %	10,4 %	13,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	320	75	263	64
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	26,9 %	42,7 %	36,1 %	34,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	46,3 %	42,7 %	44,9 %	45,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,6 %	81,3 %	83,7 %	68,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	44,1 %	56,0 %	48,7 %	40,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	39,4 %	44,0 %	41,1 %	29,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,6 %	17,3 %	14,4 %	23,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,9 %	80,0 %	81,0 %	75,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	2,7 %	1,5 %	9,4 %

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 46: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)
Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

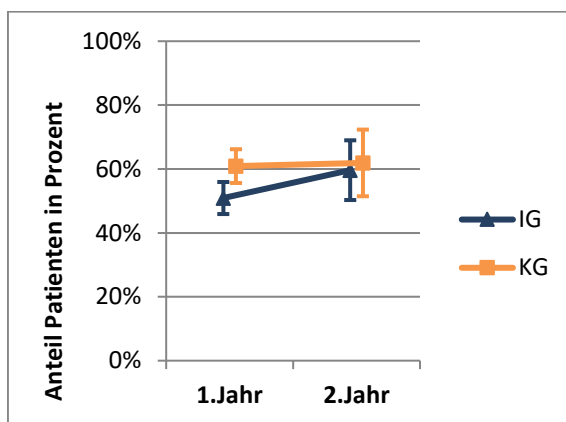
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

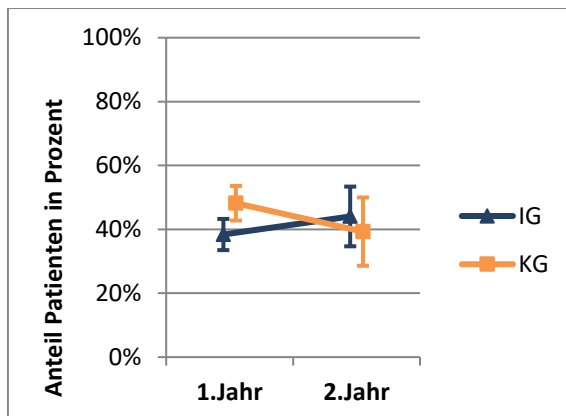
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



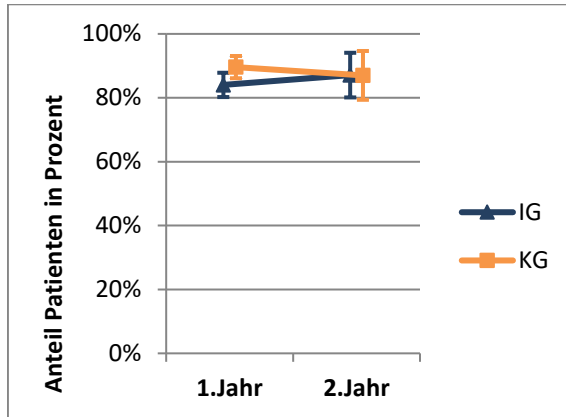
- Alle (psychiatrischer Sektor)



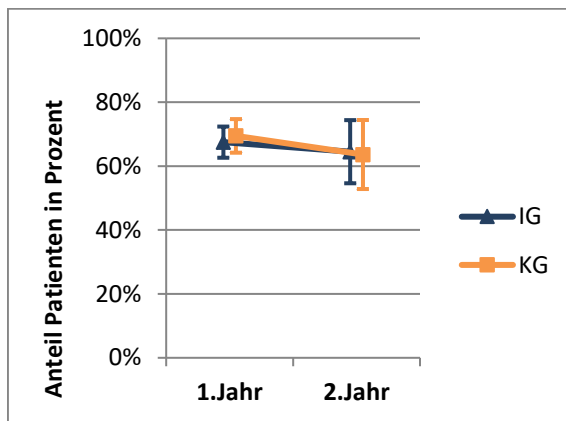
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



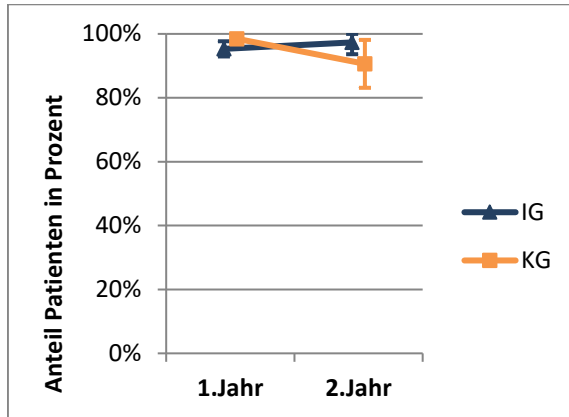
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

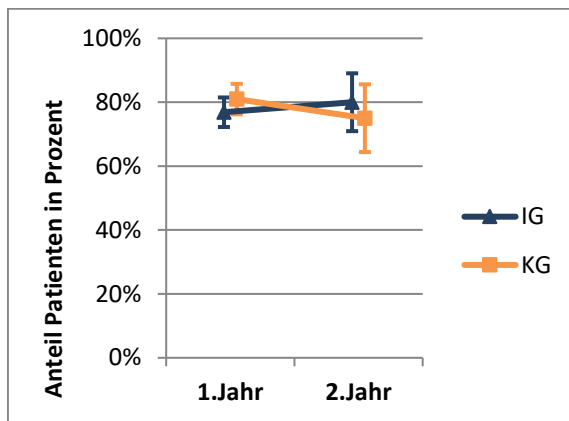


Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,68* 0,50...0,92	0,94 0,67...1,32	0,82 0,54...1,24
Gruppe Jahr 2	1,09 0,60...1,98	0,98 0,51...1,87	1,21 0,53...2,76

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

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

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

Tabelle 85: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	249	73	47	216	51	29
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,6 %	17,8 %	10,6 %	13,4 %	13,7 %	20,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,4 %	12,3 %	12,8 %	22,7 %	15,7 %	3,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	19,7 %	23,3 %	19,1 %	23,1 %	27,5 %	27,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	4,4 %	12,3 %	2,1 %	6,0 %	3,9 %	6,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,9 %	12,3 %	21,3 %	21,3 %	23,5 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,4 %	4,1 %	4,3 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,1 %	37,0 %	40,4 %	49,5 %	43,1 %	27,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,2 %	45,2 %	46,8 %	38,0 %	43,1 %	51,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	235	65	38	200	46	27
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	20,9 %	29,2 %	18,4 %	21,0 %	26,1 %	25,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	34,9 %	27,7 %	34,2 %	37,0 %	34,8 %	18,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,5 %	50,8 %	57,9 %	52,5 %	52,2 %	59,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	19,1 %	33,8 %	13,2 %	20,0 %	13,0 %	18,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	30,2 %	23,1 %	31,6 %	33,0 %	32,6 %	18,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,8 %	9,2 %	21,1 %	7,0 %	15,2 %	14,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,4 %	61,5 %	60,5 %	68,5 %	65,2 %	48,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,7 %	13,8 %	13,2 %	11,0 %	17,4 %	18,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	211	53	28	178	44	24
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,6 %	41,5 %	35,7 %	31,5 %	31,8 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	45,0 %	41,5 %	42,9 %	46,1 %	40,9 %	20,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,5 %	83,0 %	89,3 %	80,9 %	70,5 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	40,8 %	56,6 %	35,7 %	47,2 %	38,6 %	41,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	37,0 %	35,8 %	39,3 %	43,8 %	36,4 %	29,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,9 %	15,1 %	21,4 %	11,8 %	20,5 %	29,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,4 %	75,5 %	82,1 %	80,3 %	72,7 %	54,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,2 %	1,9 %	3,6 %	2,2 %	9,1 %	4,2 %

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

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	139	26	18	99	20	13
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	17,3 %	19,2 %	11,1 %	13,1 %	20,0 %	15,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,5 %	11,5 %	27,8 %	17,2 %	10,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	15,1 %	38,5 %	33,3 %	34,3 %	30,0 %	23,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	2,9 %	3,8 %	5,6 %	2,0 %	0,0 %	7,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,3 %	11,5 %	5,6 %	11,1 %	15,0 %	23,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	23,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,6 %	34,6 %	38,9 %	37,4 %	40,0 %	38,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	48,9 %	42,3 %	38,9 %	41,4 %	45,0 %	15,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	133	21	17	98	16	11
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,8 %	28,6 %	11,8 %	33,7 %	37,5 %	36,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,6 %	38,1 %	41,2 %	26,5 %	12,5 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	45,9 %	61,9 %	64,7 %	62,2 %	62,5 %	45,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	17,3 %	28,6 %	29,4 %	22,4 %	0,0 %	18,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	30,1 %	19,0 %	17,6 %	23,5 %	37,5 %	36,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,8 %	14,3 %	0,0 %	6,1 %	0,0 %	18,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,4 %	57,1 %	52,9 %	60,2 %	62,5 %	54,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	19,0 %	23,5 %	18,4 %	18,8 %	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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	122	18	17	91	14	<10
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	38,5 %	27,8 %	23,5 %	39,6 %	57,1 %	44,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,2 %	44,4 %	70,6 %	34,1 %	14,3 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,7 %	77,8 %	76,5 %	76,9 %	85,7 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,6 %	33,3 %	35,3 %	48,4 %	28,6 %	22,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	36,9 %	33,3 %	29,4 %	29,7 %	42,9 %	33,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,4 %	33,3 %	0,0 %	13,2 %	14,3 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,4 %	72,2 %	88,2 %	69,2 %	85,7 %	44,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	0,0 %	5,9 %	3,3 %	0,0 %	11,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Abbildung 47: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

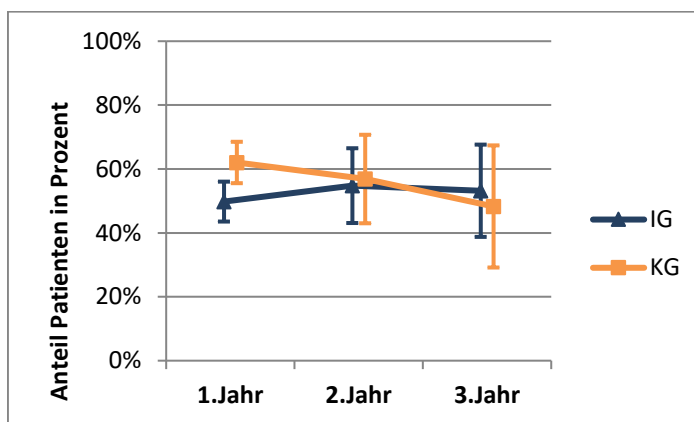
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

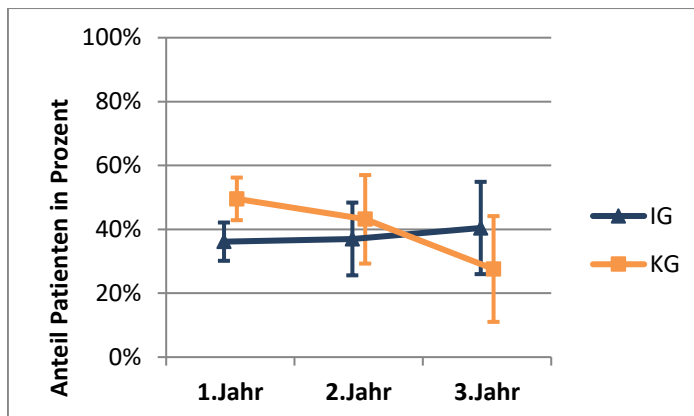
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



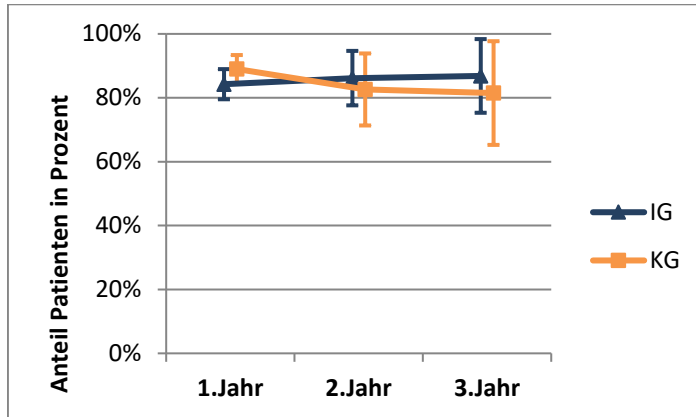
- Alle (psychiatrischer Sektor)



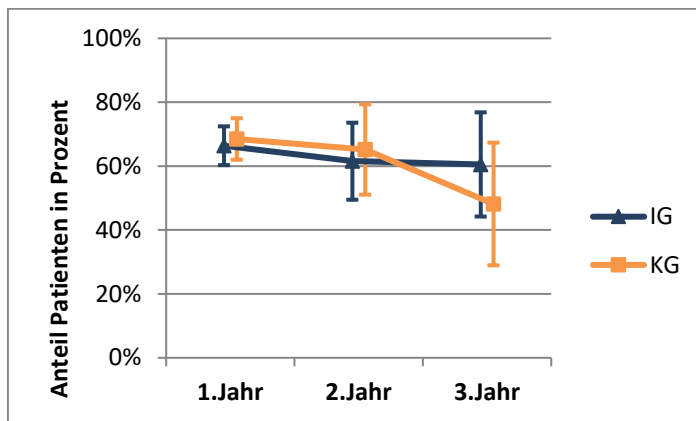
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



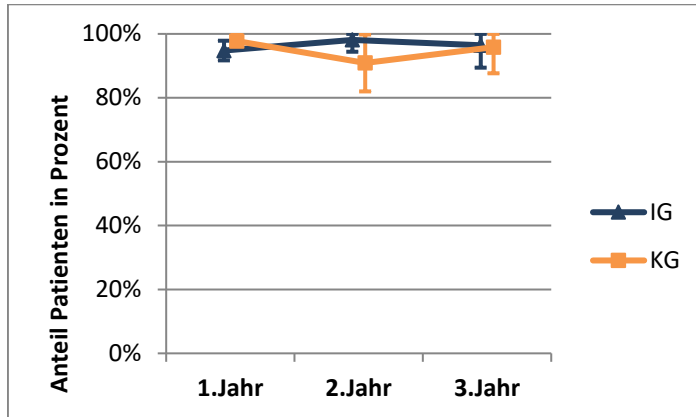
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



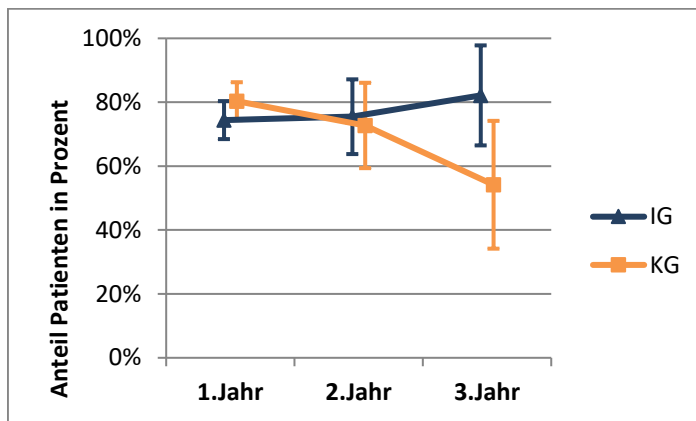
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



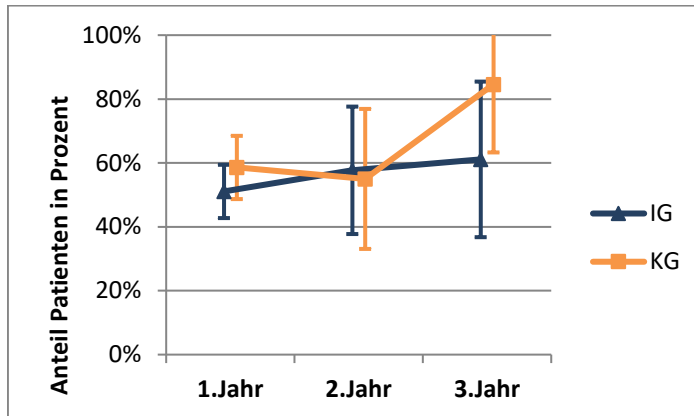
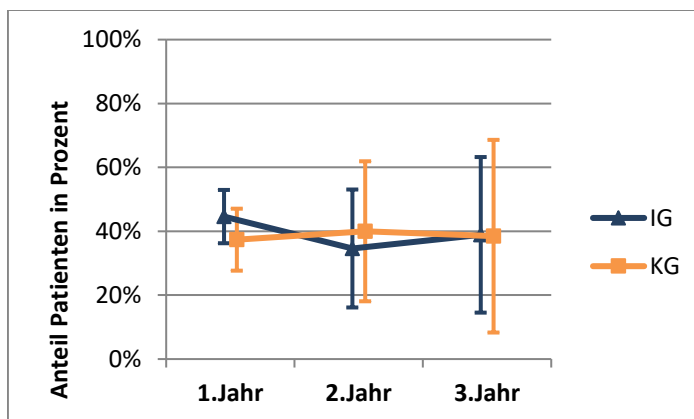
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

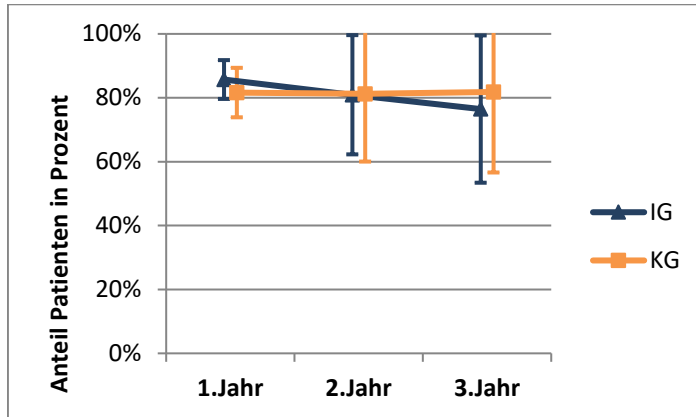
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

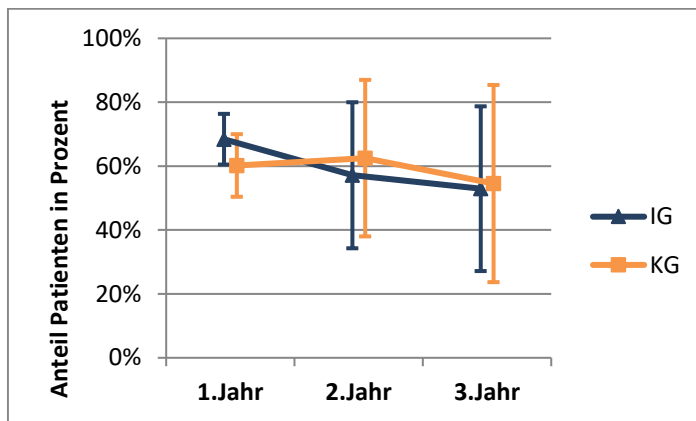
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



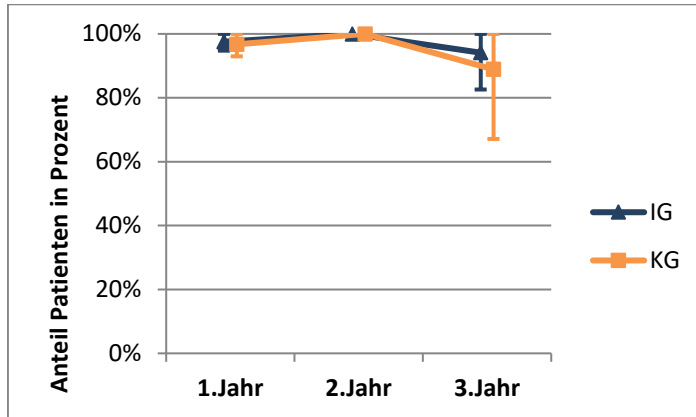
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



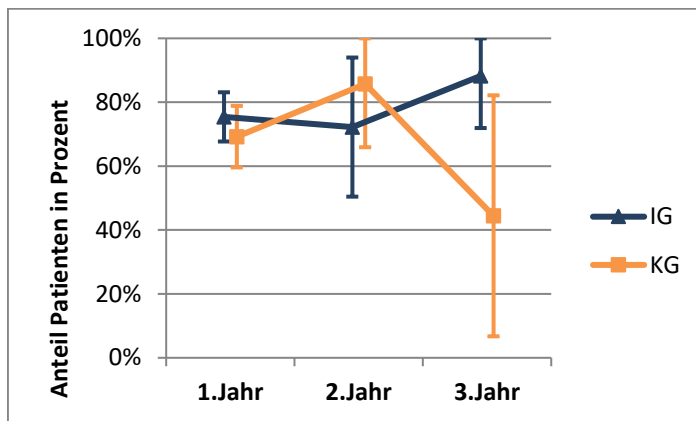
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



8.3.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

8.3.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 86: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	118	118	118	115	115	120	121	117	119	115
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%	3,4%	2,5%	0,8%	2,5%	1,7%	3,3%	2,5%	0,0%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	1,7%	0,8%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	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)	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	83	84	81	81	80	82	81	80	79	79
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)	6,0%	3,6%	1,2%	4,8%	3,6%	1,2%	6,1%	1,2%	1,2%	2,4%
• Vier (B)	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	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%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

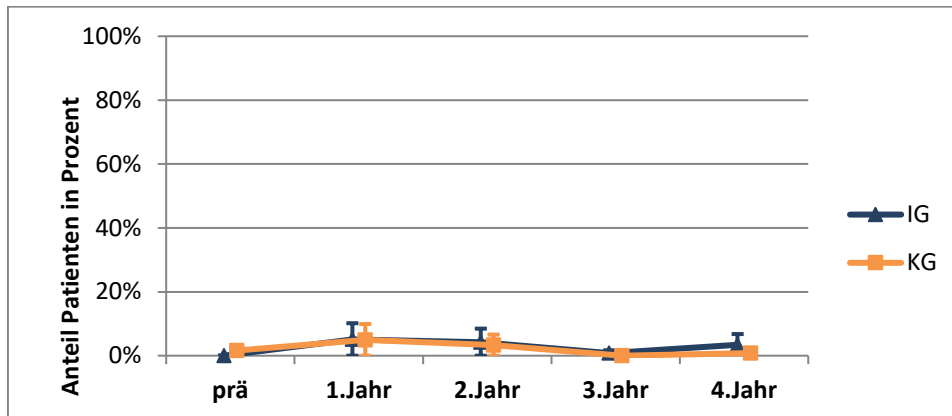
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

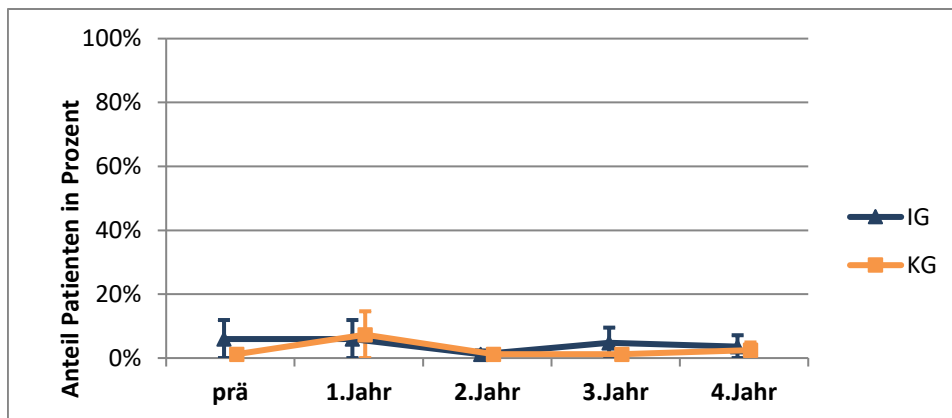


Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Fallzahl zur Berechnung zu klein.

Klinikbekannte Patienten

Fallzahl zur Berechnung zu klein.

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

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

Tabelle 88: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	504	504	504	504
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	493	502	496	503
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	1,2%	4,2%	1,0%	3,4%
• Vier (B)	0,0%	1,0%	0,6%	0,8%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%

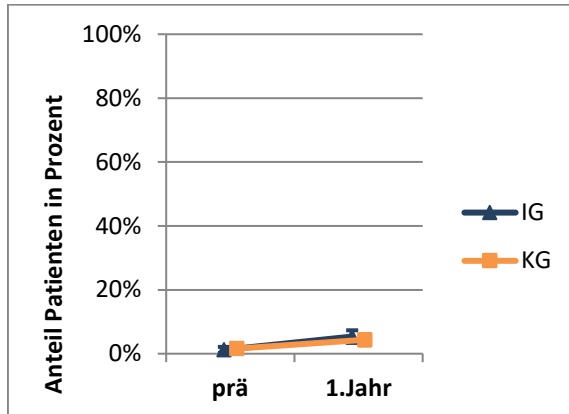
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 49: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

Tabelle 89: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	390	390	390	389	389	389
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	383	389	385	383	389	380
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei						
• Drei (A)	1,3%	3,3%	2,8%	1,0%	3,3%	2,6%
• Vier (B)	0,0%	0,8%	0,5%	0,5%	0,8%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%	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.

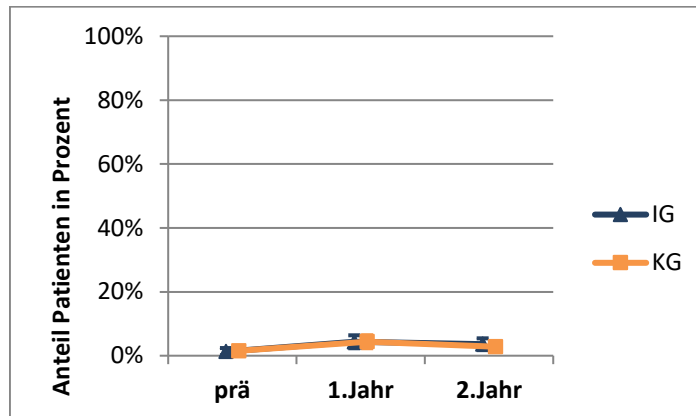


Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Fallzahl zur Berechnung zu klein.

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

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

Tabelle 91: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	252	252	252	252	258	258	258	258
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	249	252	251	241	255	258	252	251
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	1,2%	3,2%	2,4%	2,0%	1,6%	3,5%	3,1%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	0,4%	0,8%	0,4%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%

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)	139	139	139	139	137	137	137	137
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	137	138	136	134	137	136	131	132
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)	5,0%	2,9%	2,9%	3,6%	2,9%	3,6%	0,7%	1,5%
• Vier (B)	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

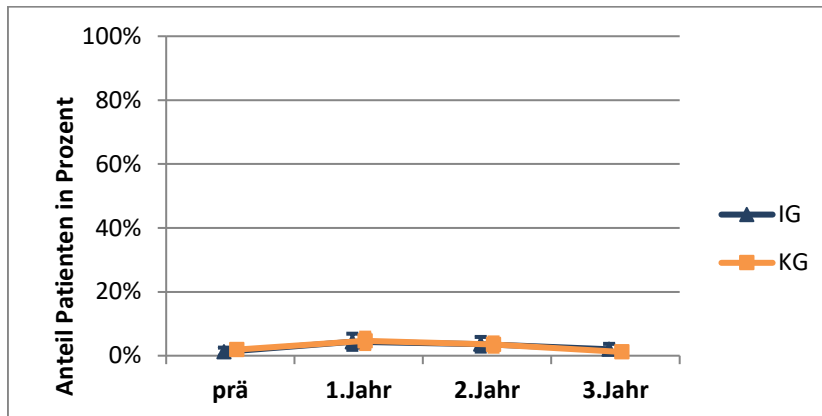
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 51: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

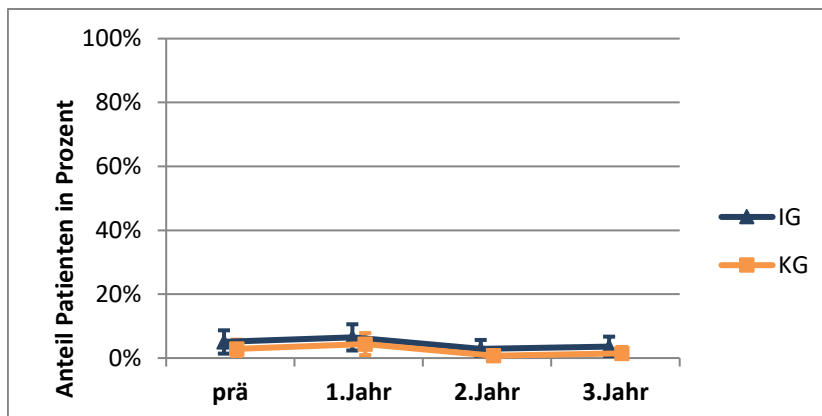
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.3.6 Arbeitsunfähigkeit

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

8.3.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: 23,6 %; KG: 32,6 %; Gruppenschätzer = 0,6). Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war in der IG um fast 21 Tage größer (IG: 128,0 Tage; KG 107,1 Tage). Dieser Vergleich war jedoch statistisch nicht signifikant.

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

Tabelle 92: Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	331	273
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	23,6%	32,6%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	128,0	107,1
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	67	45
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	6,9%	5,9%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	125,2	111,2
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	10	<10
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	1,2%	1,1%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	131,0	77,0

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

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

Abbildung 52: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

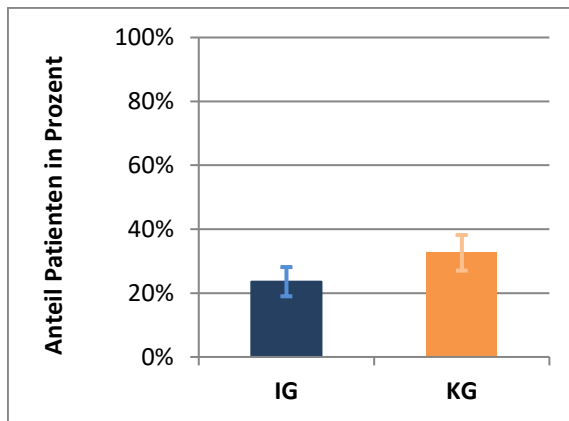
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

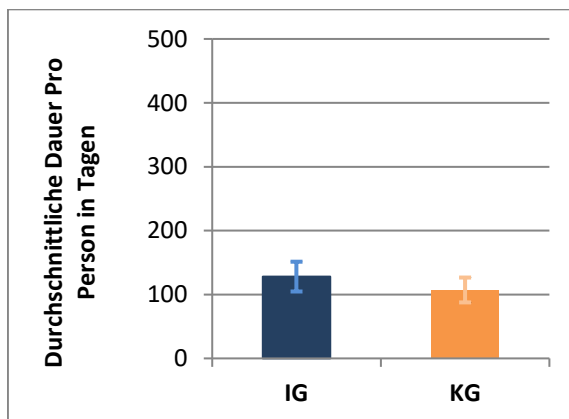


Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,62* 0,43...0,90	23,45 -7,22...54,13

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

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

8.3.8 Komorbidität

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

8.3.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1, U2, U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) sowie bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) und den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (U4) starb weder in der IG noch der KG eine Person im jeweiligen Betrachtungszeitraum.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Anzahl der Verstorbenen sehr gering und numerisch zwischen beiden Gruppen vergleichbar.

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)	118	121
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	0,0 %	0,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	84	82
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	0,0 %	0,0 %

Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

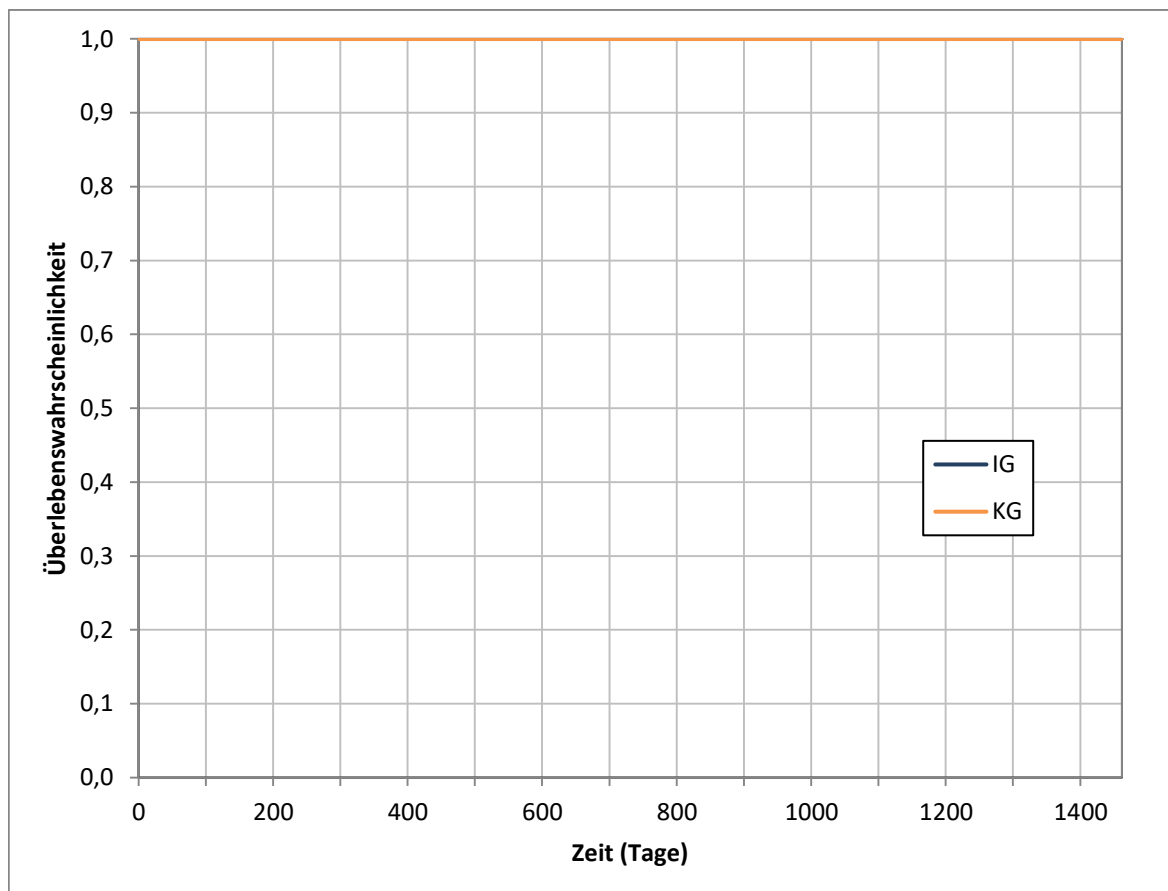
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

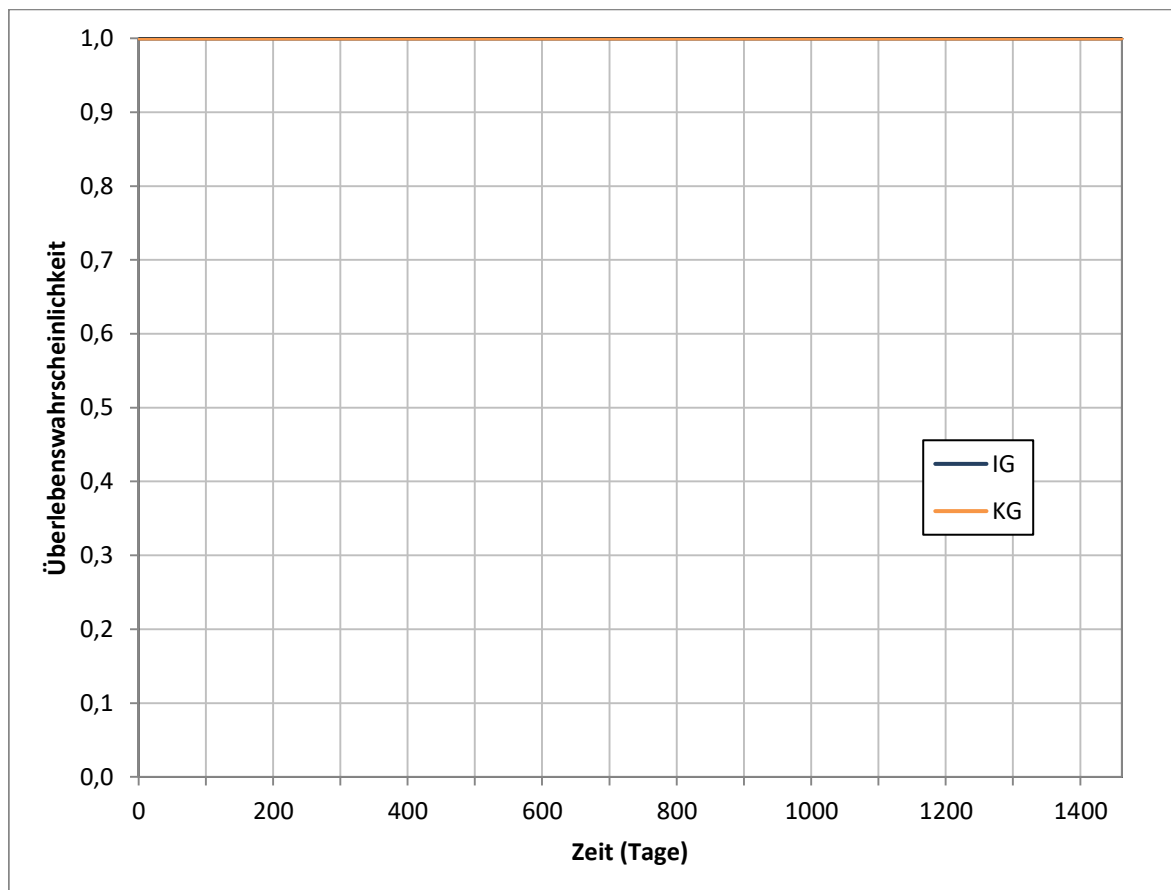
Überlebenswahrscheinlichkeit

Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05; kf = kleine Fallzahl

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05; kf = kleine Fallzahl

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

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

Tabelle 96: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	504	504
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	0,0 %

Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

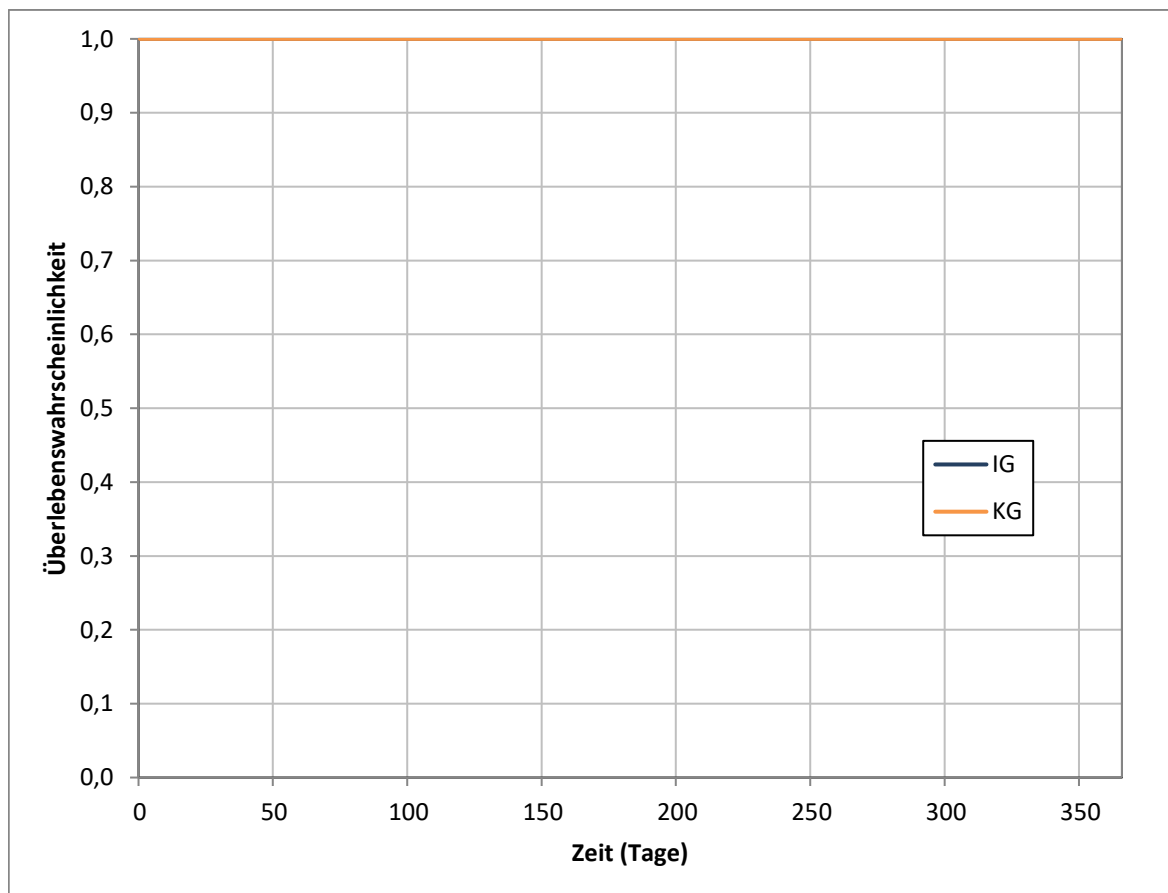
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



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

Tabelle 97: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	390	389
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	0,5 %

Abbildung 55: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

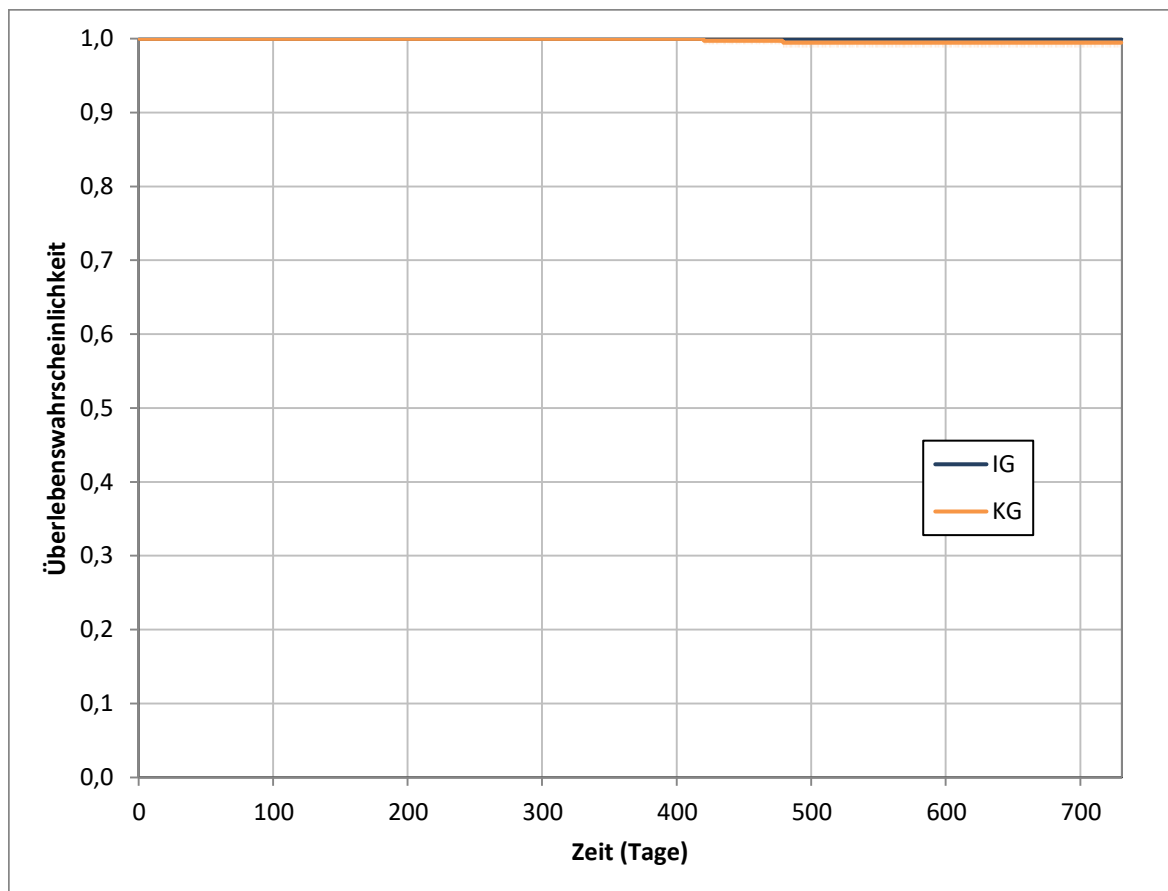


Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05; kf = kleine Fallzahl

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

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

Tabelle 99: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	252	258
<ul style="list-style-type: none"> 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)	139	137
<ul style="list-style-type: none"> 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

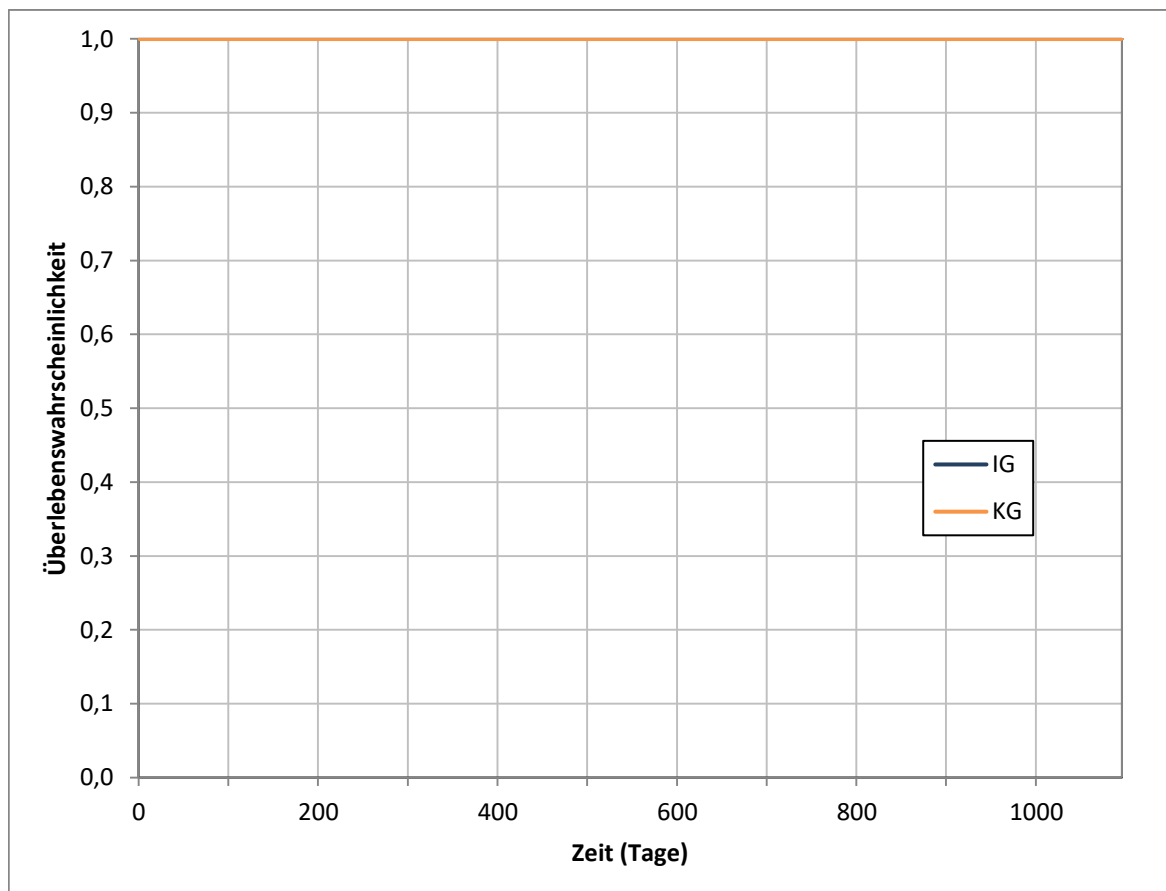
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

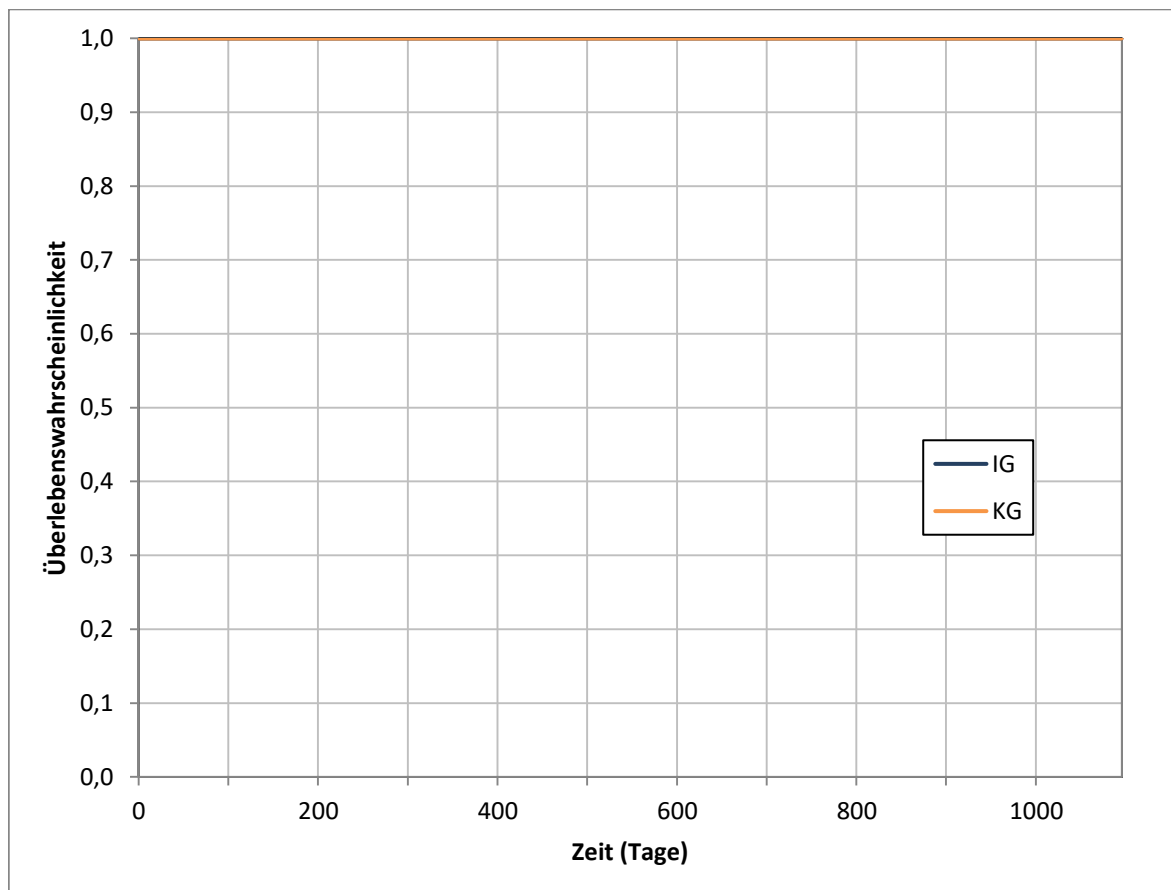


Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

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 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG etwas größer als in der KG (+2,8 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-6,8 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu etwas größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+1,8 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil etwas größer (+3,9 %-Punkte). Beide Unterschiede waren erneut statistisch nicht signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (-0,7 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG etwas größer als in der KG (+2,3 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.

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

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen in der IG etwas größer als in der KG (+1,6 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar (+0,2 %-Punkte). Auch das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar (-0,5 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG erneut geringer als in der KG (-5,2 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-4,8 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue und linikbekannte Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung wie Patienten der KG (linikneu: +0,4 %-Punkte; klinikbekannt: -0,8 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas geringeren Anteilen als die Patienten der KG (-2,7 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG etwas größer (+3,9 %-Punkte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 100: Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	118	121
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	65	64
• Jegliche depr. Episode ³	70	76
• ohne Suchterkrankung ⁵	116	117
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	21,5 %	18,8 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,7 %	3,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	18,1 %	18,8 %

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
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	84	82
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	40	34
• Jegliche depr. Episode ³	49	46
• ohne Suchterkrankung ⁵	77	75
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	5,0 %	11,8 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,1 %	2,2 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	13,0 %	10,7 %

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 57: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung

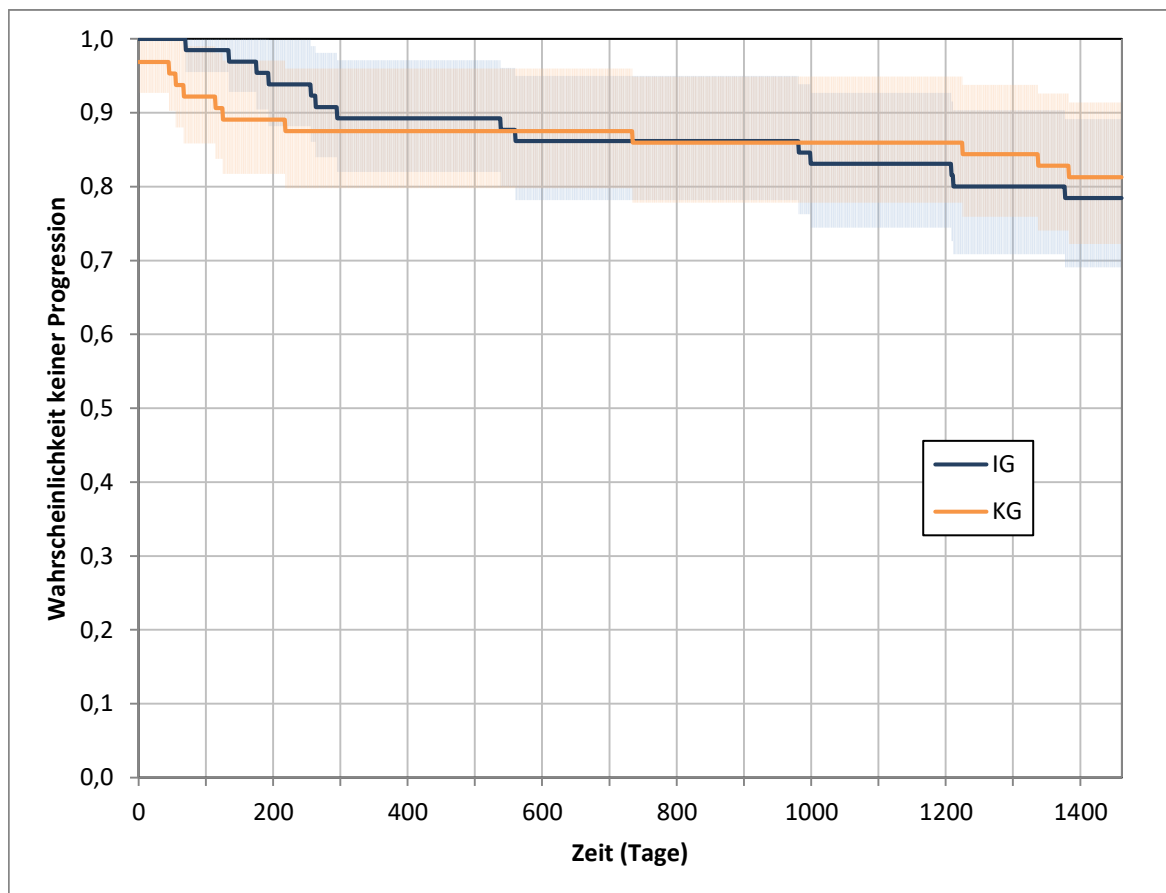
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

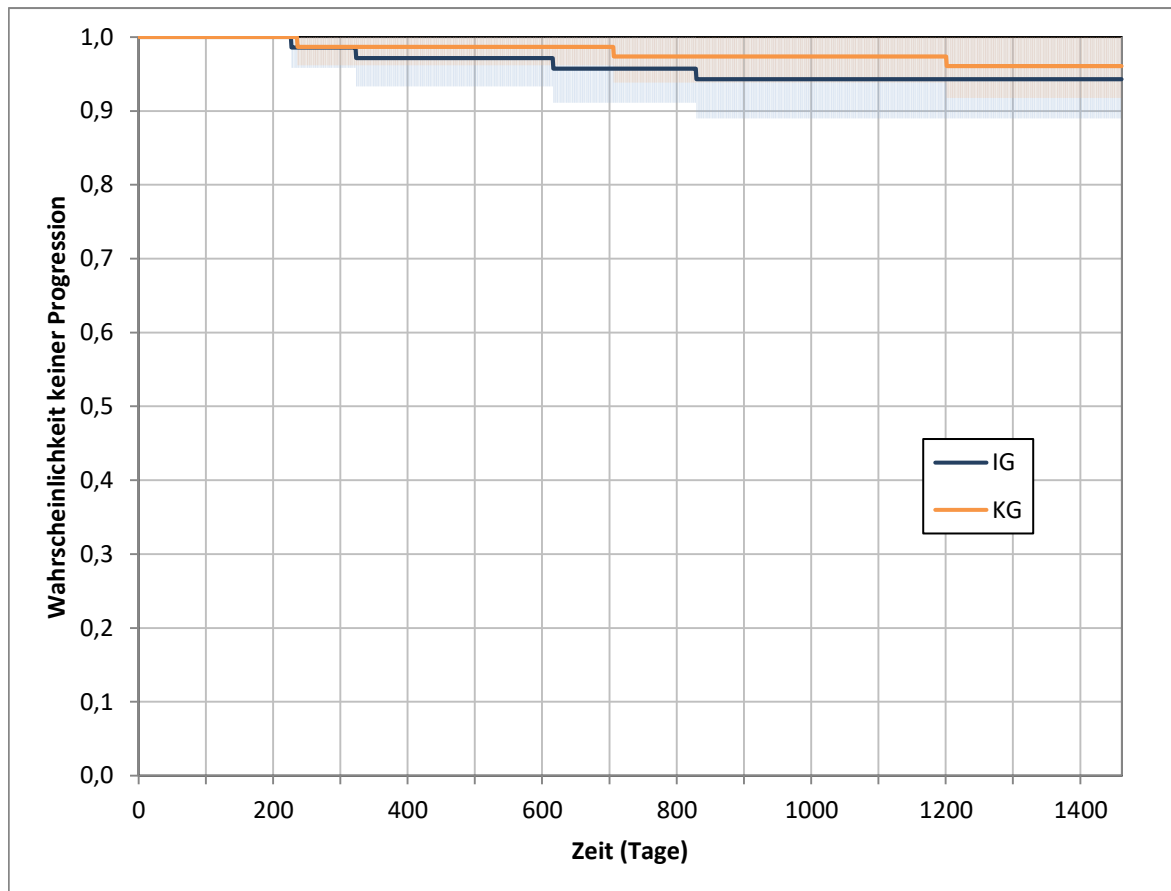
Legende für die folgenden Abbildungen:

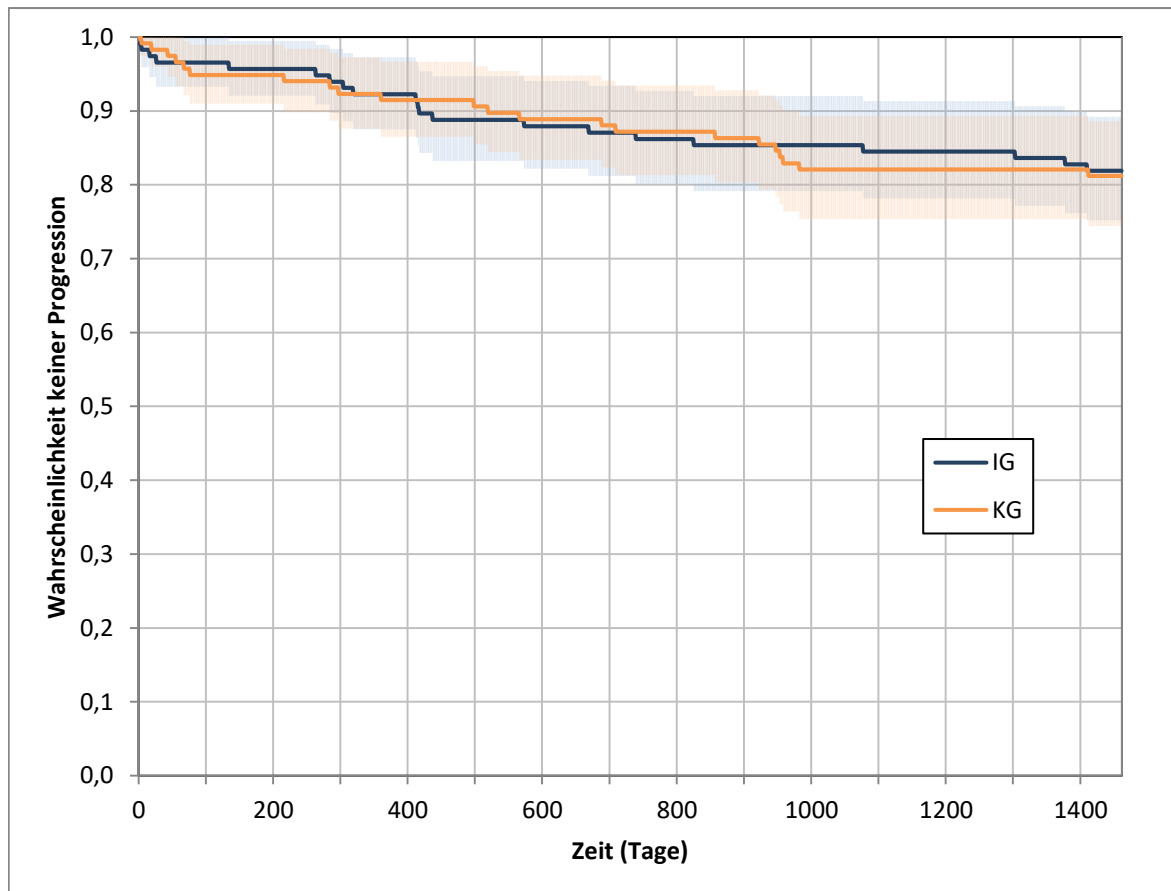
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

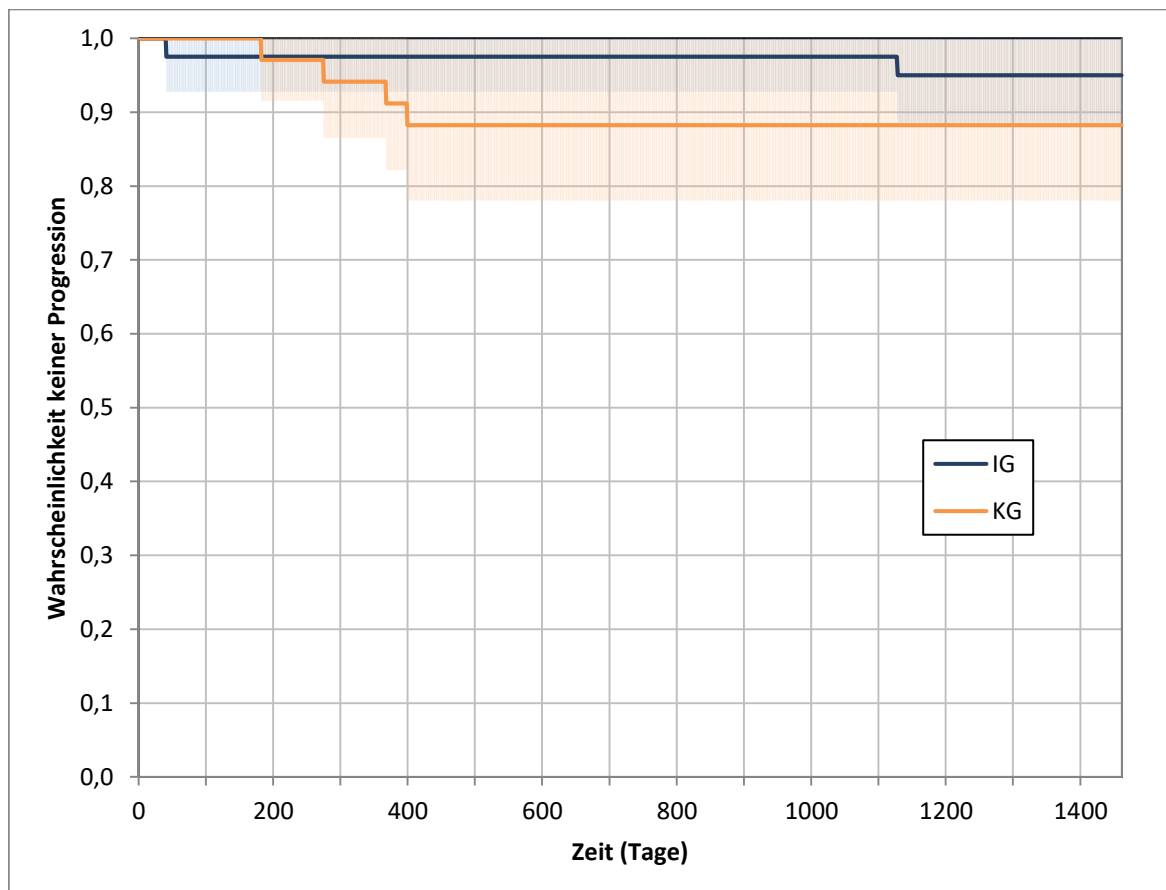
Progression C (→ Suchterkrankung)

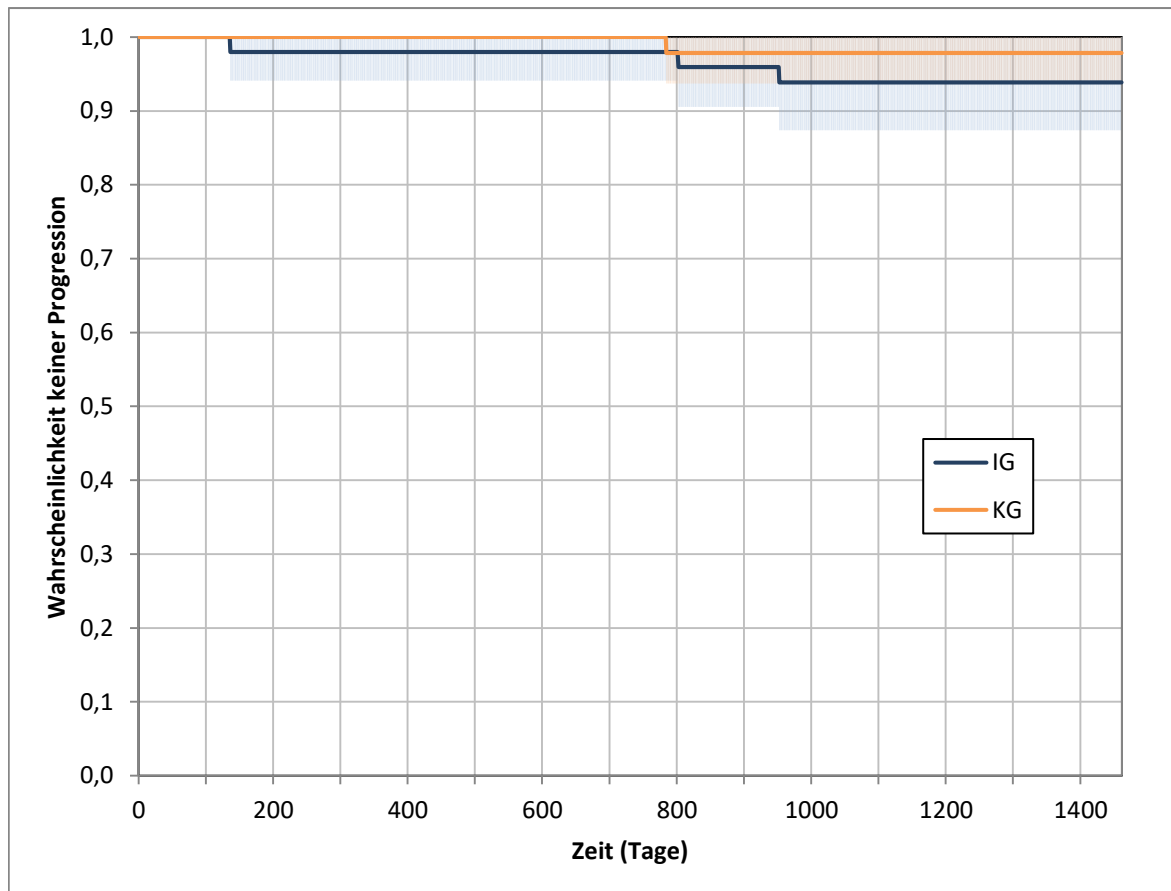
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

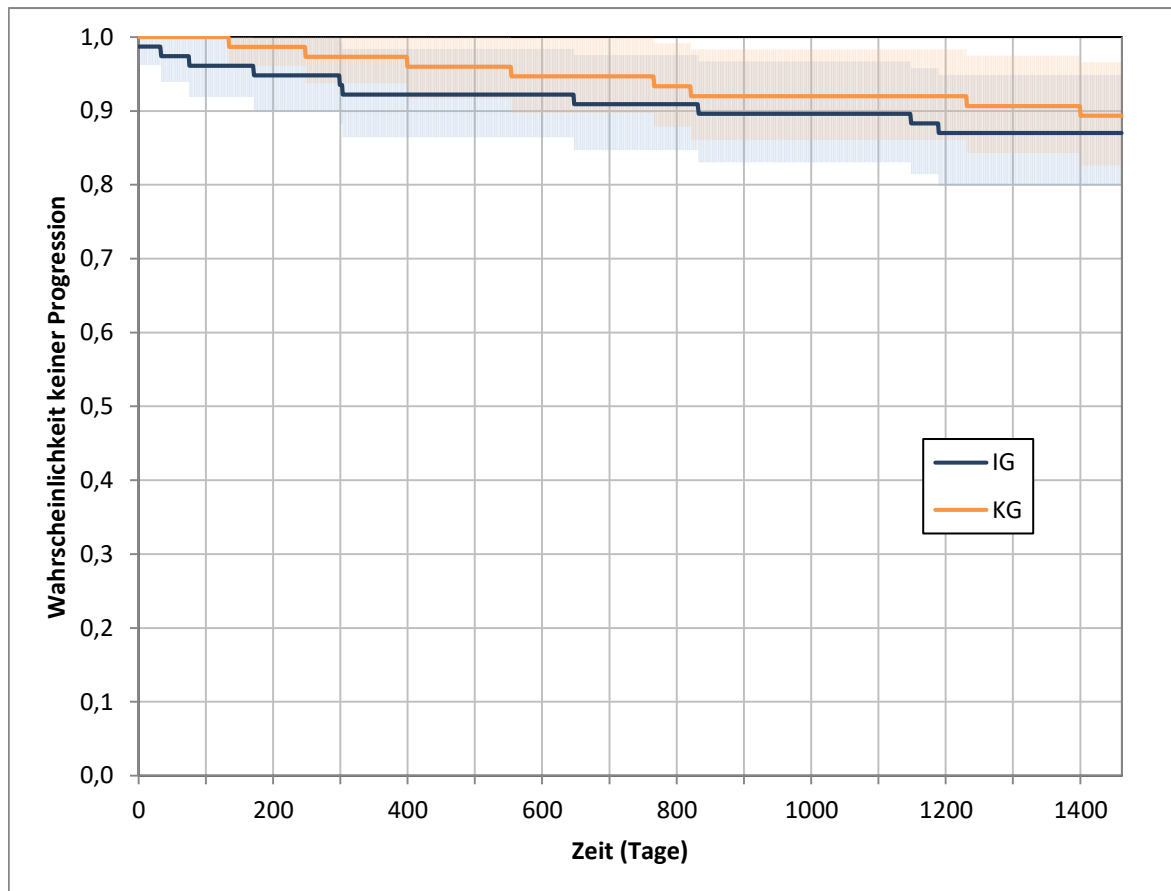
Progression C (→ Suchterkrankung)

Tabelle 101: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,25 0,56...2,76	2,14 0,45...10,11	0,97 0,52...1,81

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,22 0,04...1,20	2,96 0,27...33,20	1,17 0,44...3,07

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

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

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

Tabelle 102: Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1 Jahr	1 Jahr
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	504	504
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	264	257
• Jegliche depr. Episode ³	288	297
• ohne Suchterkrankung ⁵	487	492
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	11,4 %	12,8 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,8 %	2,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	8,0 %	7,7 %

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 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

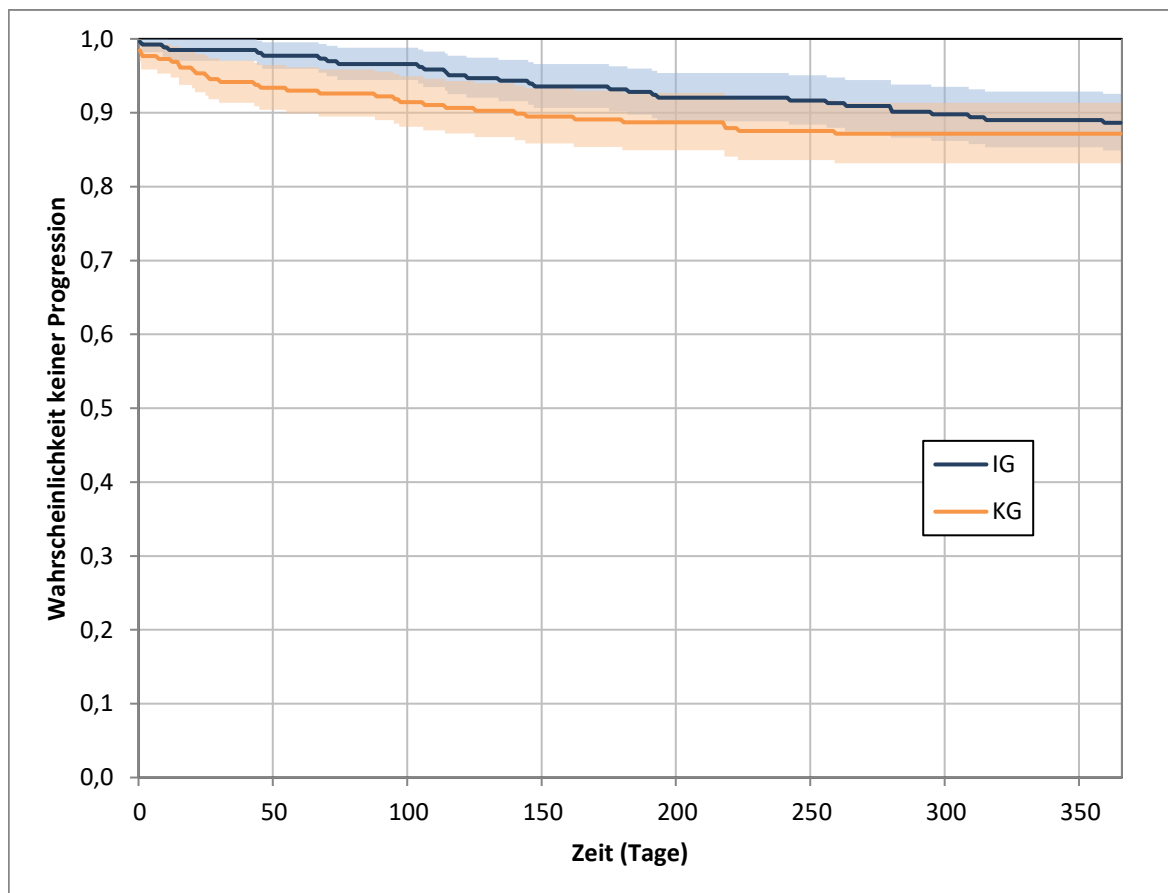
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

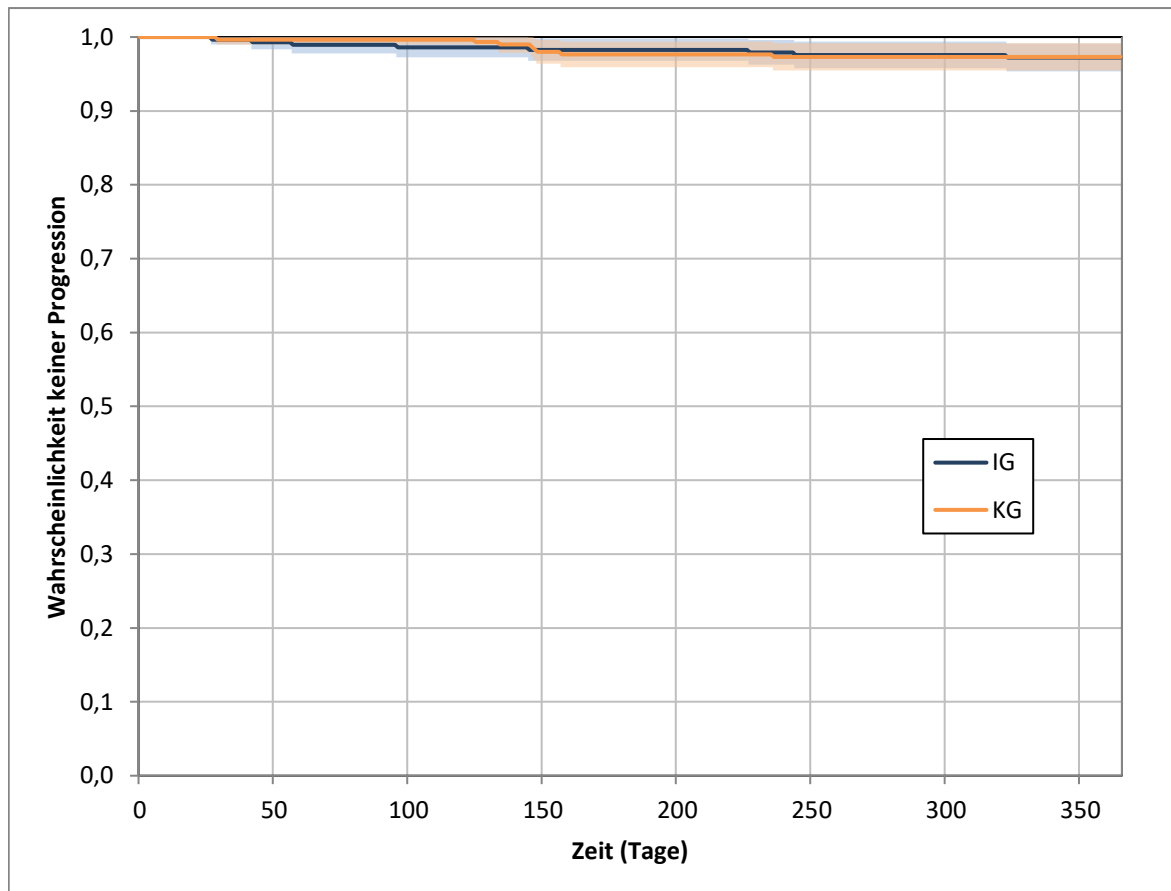
Legende für die folgenden Abbildungen:

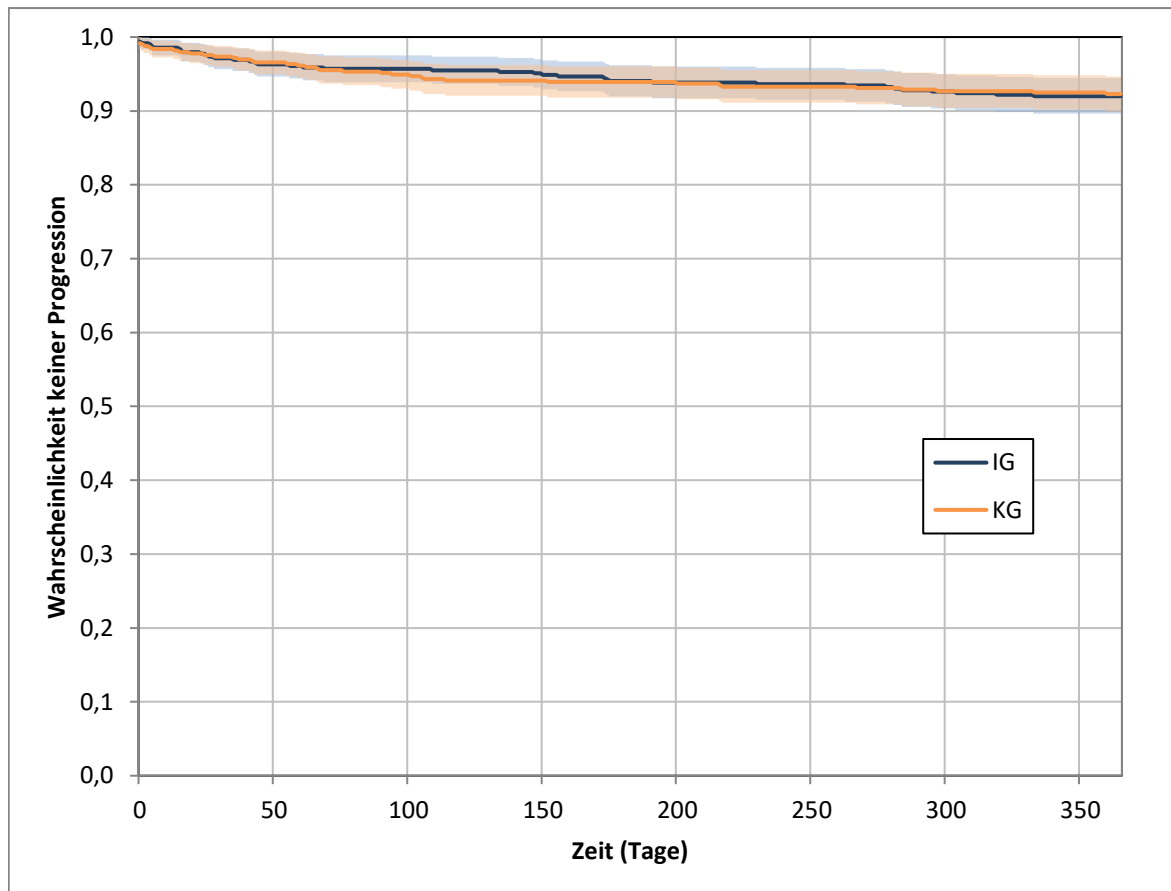
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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	390	387
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	205	200
• Jegliche depr. Episode ³	224	234
• ohne Suchterkrankung ⁵	376	377
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	15,6 %	14,0 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,0 %	3,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	12,5 %	13,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Abbildung 59: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

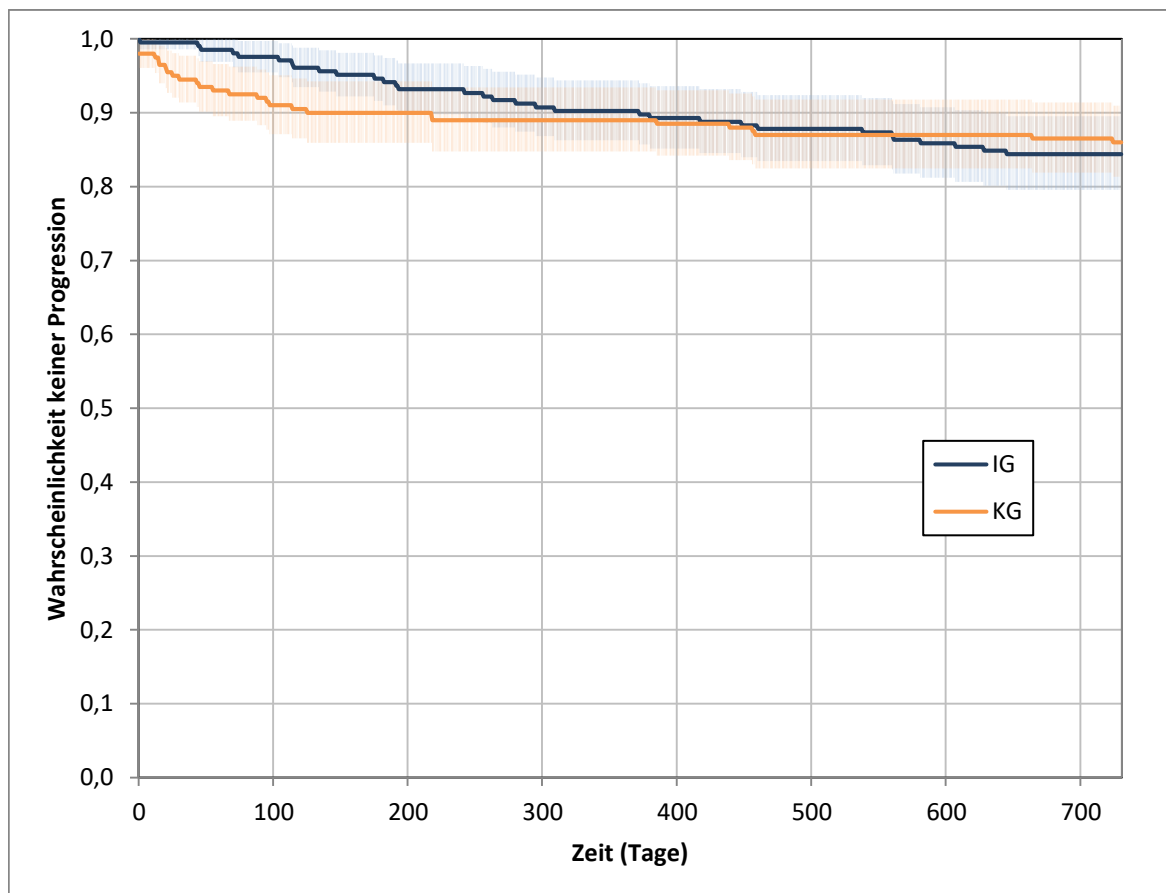
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

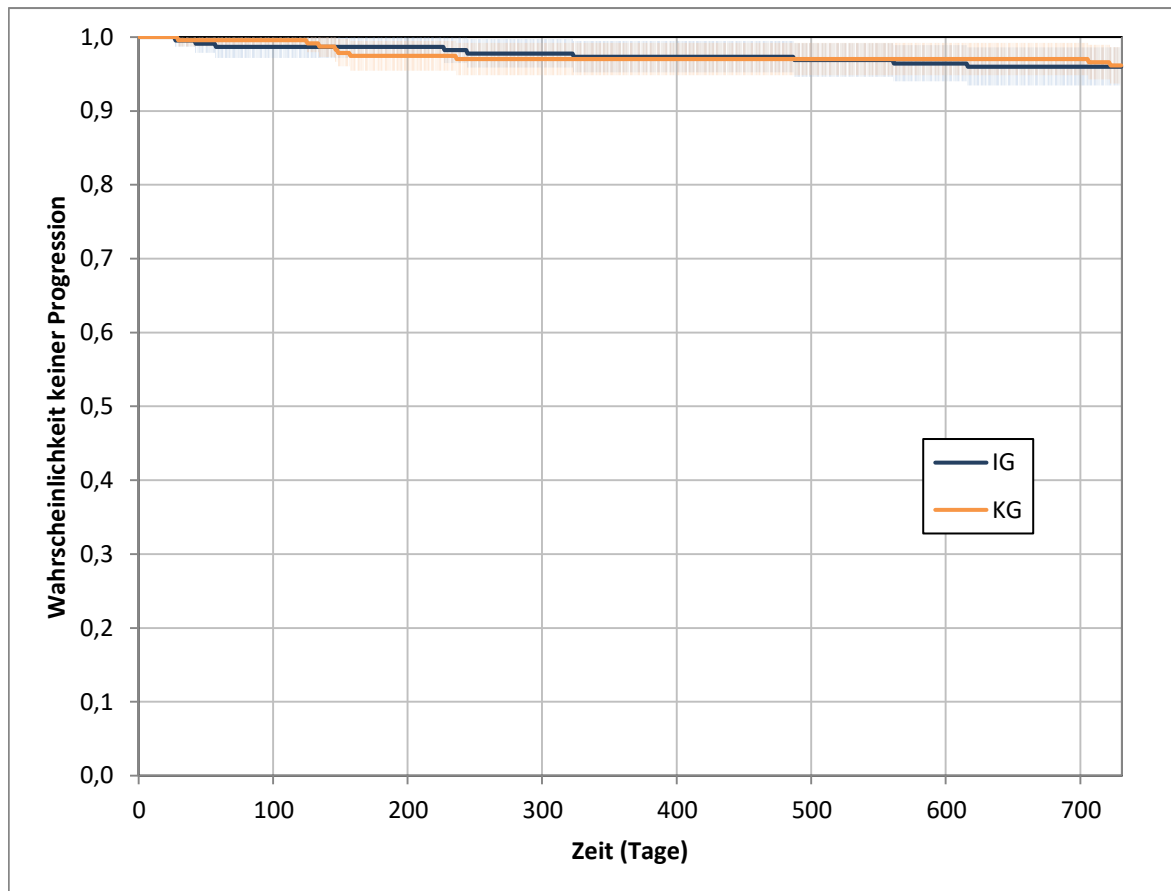
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

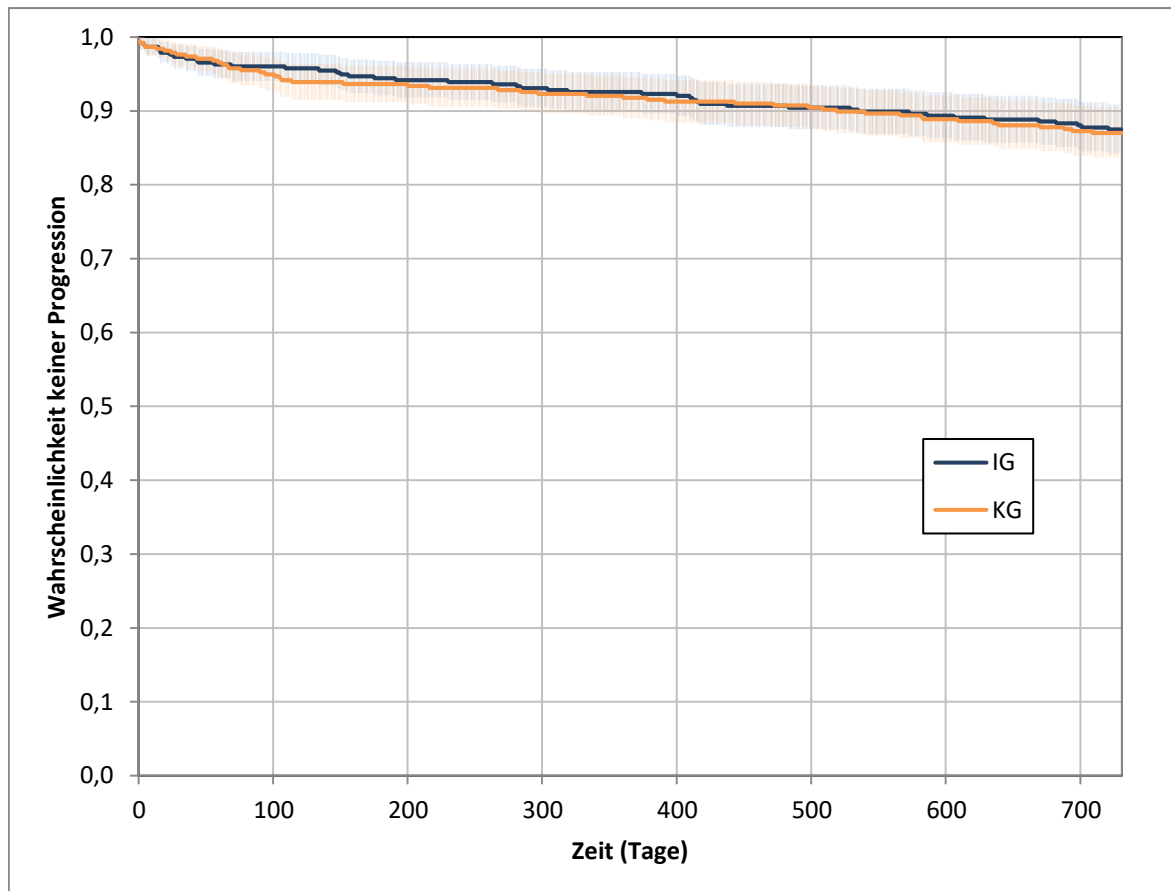
Progression C (→ Suchterkrankung)

Tabelle 104: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,06 0,63...1,79	1,38 0,53...3,60	0,86 0,57...1,29

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

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

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

Tabelle 105: Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	252	258
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	133 148 241	138 161 249
Anteil Personen mit Progression:		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	16,5 % 5,4 % 16,2 %	21,7 % 5,0 % 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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	139	137
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	65	53
• Jegliche depr. Episode ³	81	66
• ohne Suchterkrankung ⁵	129	129
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	4,6 %	9,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,7 %	4,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	10,1 %	6,2 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung

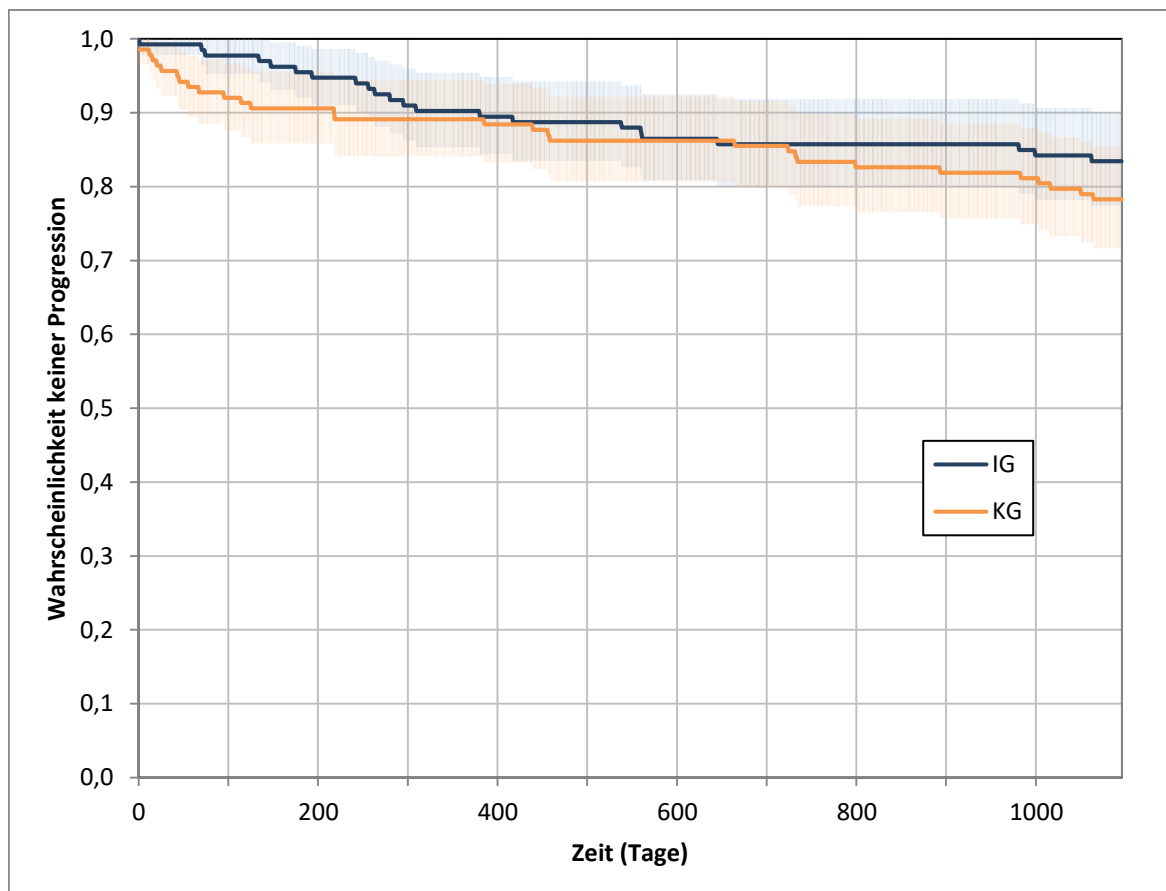
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

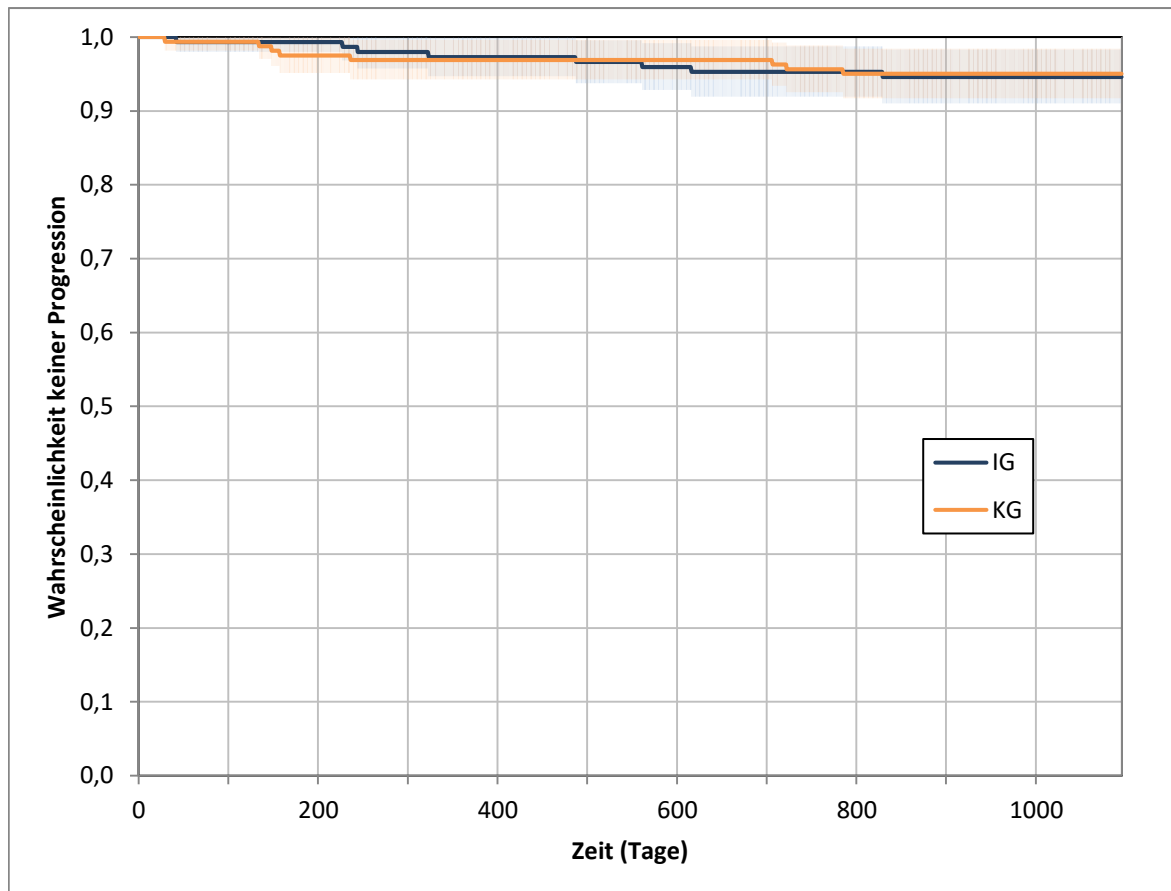
Legende für die folgenden Abbildungen:

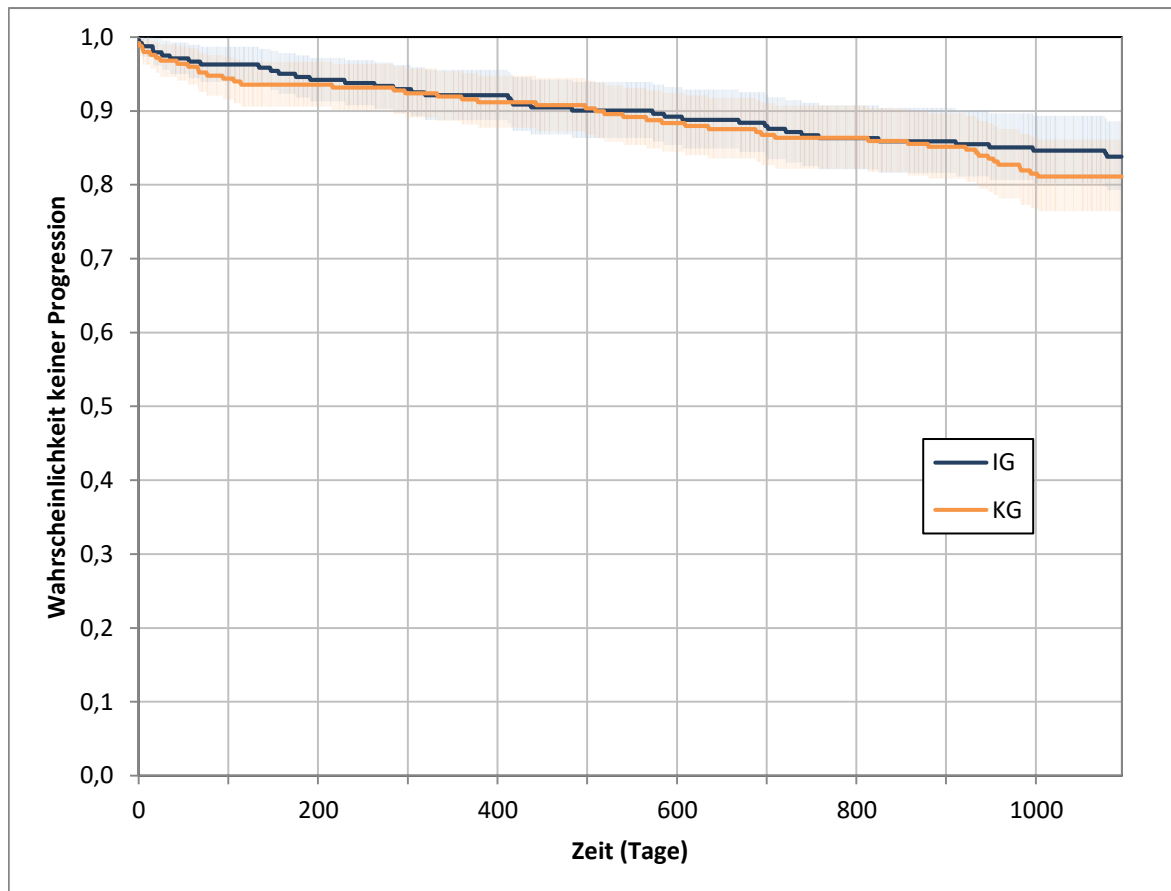
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

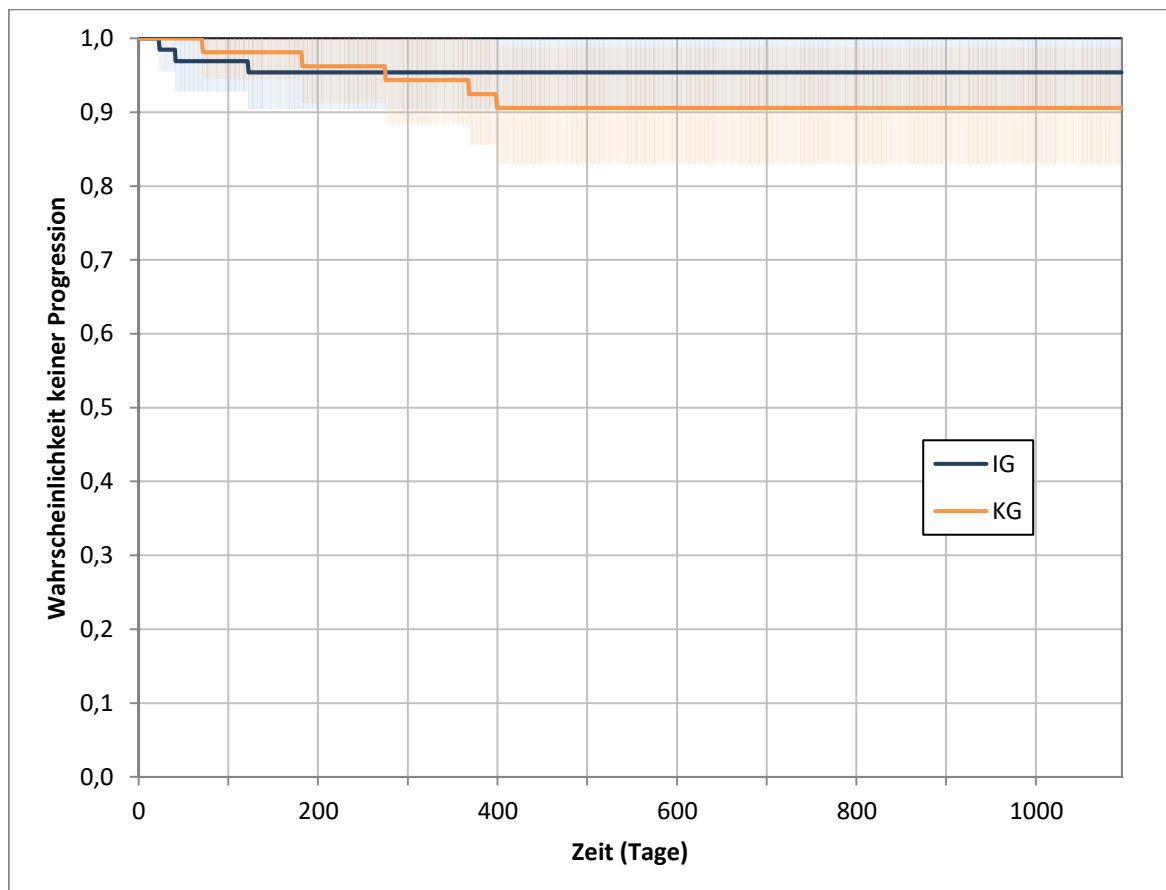
Progression C (→ Suchterkrankung)

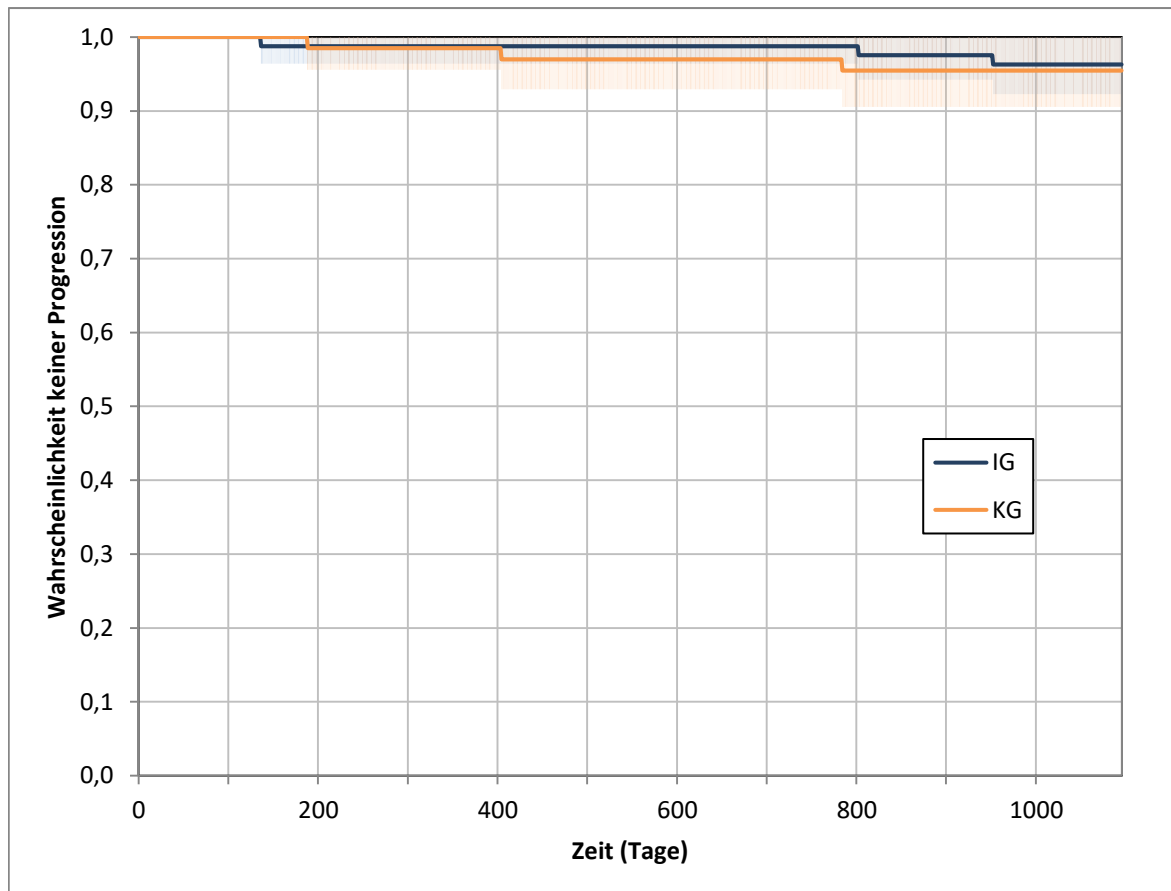
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

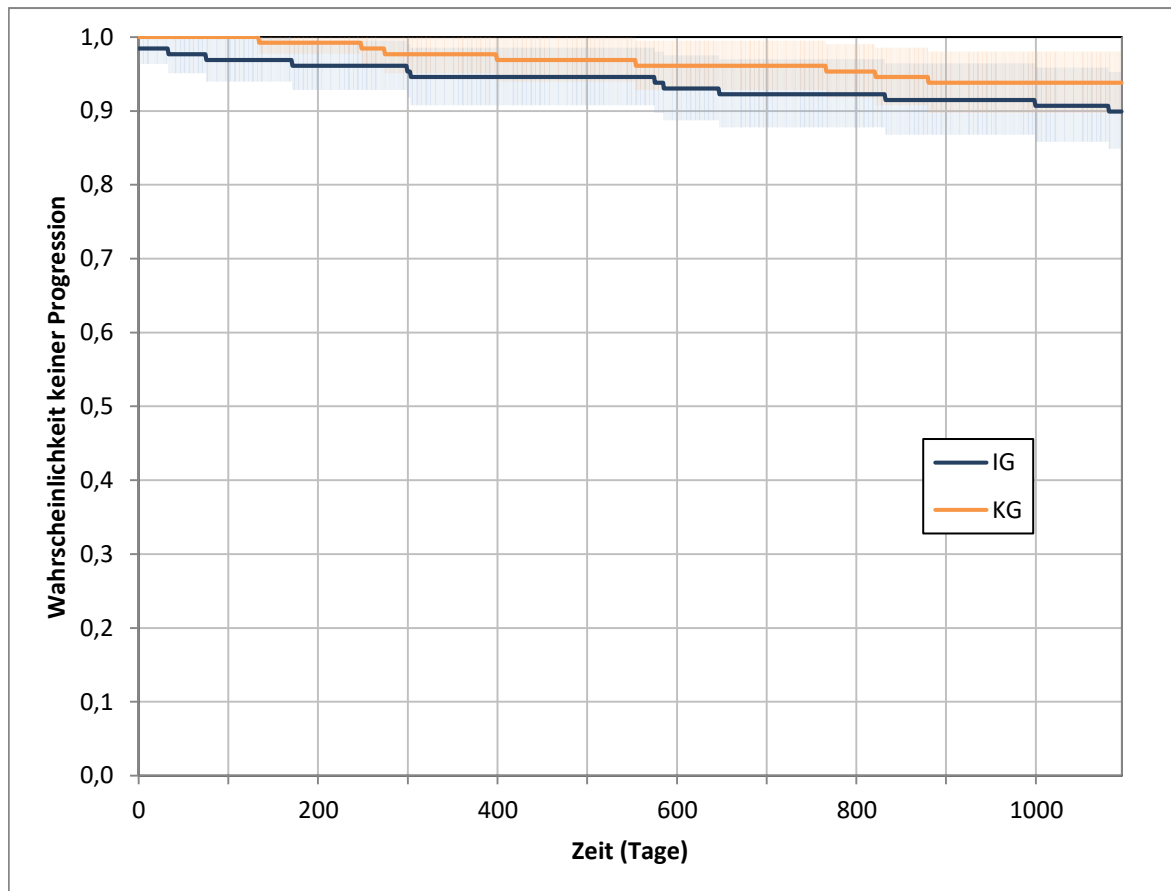
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Erwachsene

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war im Präzeitraum für beide Gruppen eine Strukturgleichheit in dem Sinne gegeben, dass sich keine Unterschiede in der Zahl der in den einzelnen Settings bzw. ihrer Kombinationen behandelten Patienten ergab. Im Referenzfall wurden signifikant mehr Patienten der IG im vollstationären Setting, jedoch signifikant weniger Patienten in der Tagesklinik behandelt. In dem sich an den Referenzfall anschließenden einjährigen Nachbeobachtungszeitraum kehrte sich das Verhältnis der Tagesklinik-Patienten zwischen IG und KG jedoch herum; so waren es nun signifikant mehr Patienten in der IG, die in der Tagesklinik behandelt wurden. Auch tagesklinisch und in der PIA waren es mehr Patienten in der IG. In den übrigen Settings ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, allerdings eine Tendenz zu weniger PIA-Patienten in der IG. Während es in den Folgejahren weiterhin weniger PIA-Patienten in der IG gab, gab es gleichzeitig auch mehr Patienten, die keinen Fall aufwiesen. Die übrigen Settings waren in der Verteilung zwischen IG und KG ähnlich. (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 61).

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich, von einem leicht höheren Anteil von vollstationär, tagesklinisch sowie in der PIA im Präzeitraum behandelten Patienten der IG, zwischen IG und KG in keinem der untersuchten Zeiträume signifikante Unterschiede in der Anzahl der in den jeweiligen Settings behandelten Patienten (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 62).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich im Präzeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG. Im Referenzfall lag der Anteil vollstationär behandelten Patienten in der IG signifikant über dem der KG. Der Anteil der PIA-Patienten lag in der IG unter dem der KG. In der IG gab es ebenfalls weniger Patienten der Tagesklinik im Referenzfall. Der Anteil derjenigen, die im Anschluss an den Referenzfall keine weitere Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen hatten, war in IG geringer. In der IG größer hingegen war der Anteil derjenigen, die ausschließlich teilstationär behandelt wurden. Der Anteil der PIA war in der IG kleiner. Höher in der IG war hingegen der Anteil der Patienten, die vollstationär, in der Tagesklinik und in der PIA behandelt wurden (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 63).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war ein nahezu identisches Muster wie in U2 beobachtbar (vgl. Tabelle 109 und Abbildung 64).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich ein vergleichbares Muster zu U2 und U3 (vgl. Tabelle 110 und Abbildung 65).

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich zwischen IG und KG in keinem der untersuchten Nachbeobachtungszeiträume signifikante Unterschiede in der Anzahl der in den jeweiligen Settings behandelten Patienten (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 66).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Settings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für die gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr im Zeitverlauf erhoben.

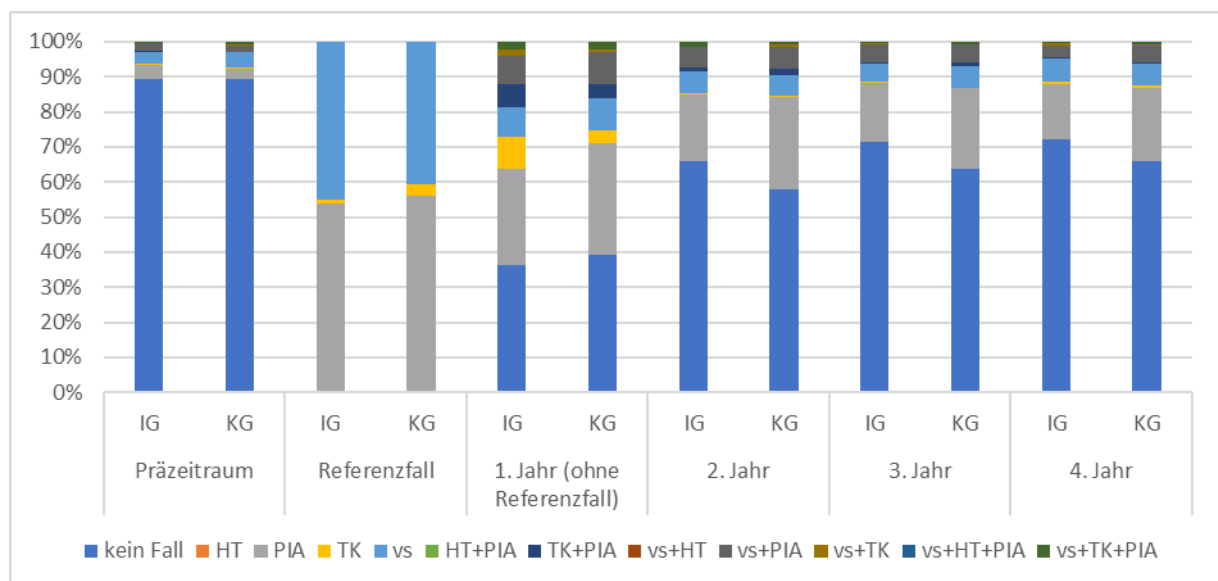
Klinikneue Patienten

Tabelle 106: Verteilung der Settings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,99				35	33	>0,99	19	<10	0,644	<10	10	>0,99	<10	<10	>0,99
vs+HT+PIA		<10	>0,99							<10	<10	>0,99		<10	>0,99	<10	<10	>0,99
vs+TK	<10	<10	>0,99		676		27	14	0,373	<10	<10	0,540	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99
vs+PIA	30	27	>0,99		18		118	133	>0,99	80	89	>0,99	66	69	>0,99	47	62	>0,99
vs+HT					807					<10		>0,99	<10		>0,99			
TK+PIA	<10	<10	>0,99				101	61	0,015	17	26	>0,99	<10	14	>0,99	<10	<10	>0,99
HT+PIA							<10		>0,99									
vs	53	62	>0,99	676	606	0,050	127	138	>0,99	87	82	>0,99	69	82	>0,99	85	82	>0,99
TK	<10	<10	>0,99	18	51	<0,001	137	55	<0,001	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	10	<10	>0,99
PIA	61	46	>0,99	807	833	0,526	410	472	0,072	269	366	<0,001	226	311	<0,001	208	271	0,016
HT					<10	0,997							<10		>0,99	<10		>0,99
kein Fall	1.341	1.331	>0,99				545	585	0,534	927	809	<0,001	963	858	<0,001	945	865	0,013
Gesamt	1.501	1.491	>0,99	1.491	1.501	<0,001	1.501	1.491	<0,001	1.409	1.396	<0,001	1.351	1.349	0,007	1.312	1.309	0,404

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 61: Verteilung der Settings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

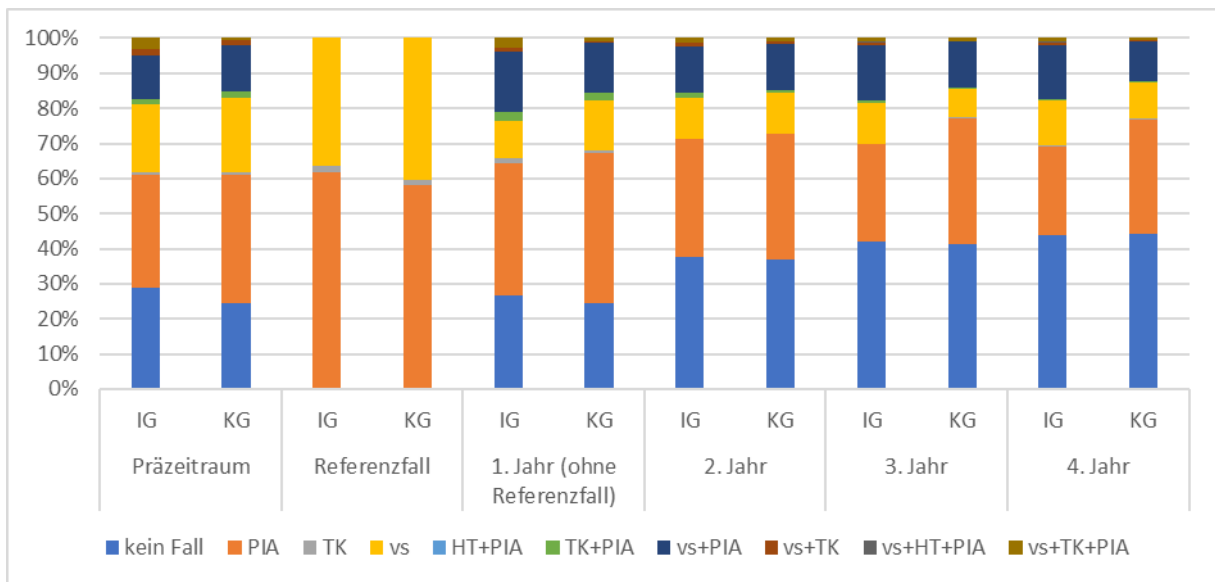
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 107: Verteilung der Settings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	16	<10	0,017				14	<10	0,310	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA							<10	>0,999		<10	>0,999		<10	>0,999		<10	>0,999	
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	>0,999		<10	<10	>0,999
vs+PIA	64	67	>0,999				88	73	>0,999	64	66	>0,999	72	63	>0,999	68	53	0,957
vs+HT																		
TK+PIA	<10	<10	>0,999				12	11	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA										<10	>0,999							
vs	99	110	>0,999	186	208	0,847	55	74	0,748	55	57	>0,999	54	38	0,525	56	47	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	10	<10	0,986	<10	<10	>0,999	<10	>0,999		<10	>0,999		<10	<10	>0,999
PIA	165	188	>0,999	316	299	0,847	193	222	0,748	160	178	>0,999	128	172	0,091	113	150	0,256
HT																		
kein Fall	147	127	>0,999				137	126	>0,999	181	183	>0,999	193	197	>0,999	194	205	>0,999
Gesamt	512	516	0,305	512	516	0,847	512	516	0,310	479	496	>0,999	460	478	0,343	444	463	>0,999

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 62: Verteilung der Settings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

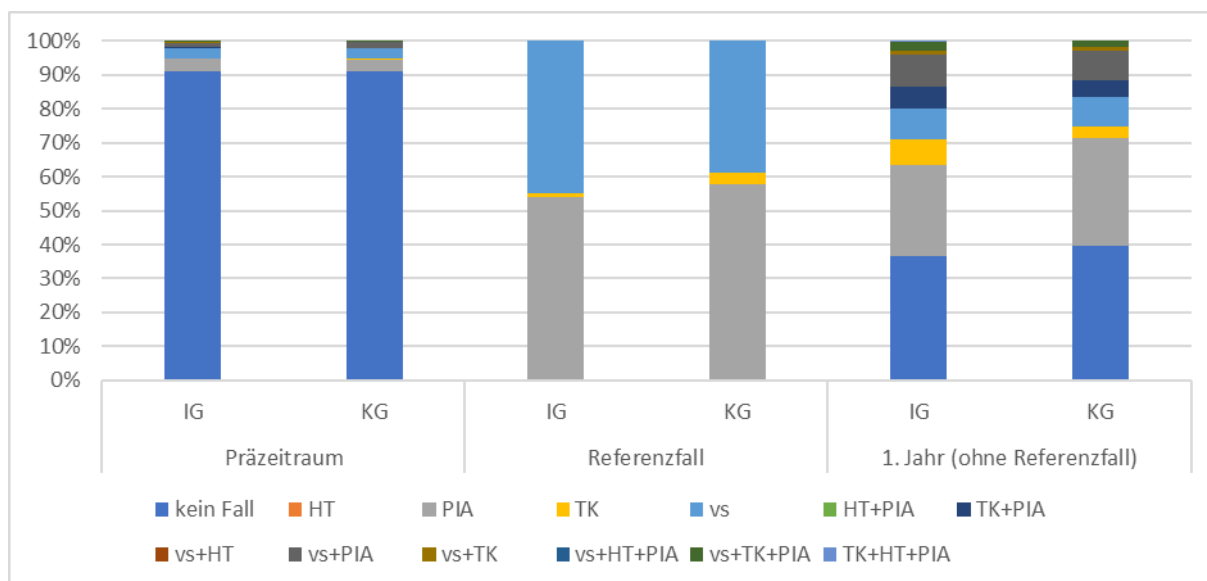
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Settings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr erhoben.

Tabelle 108: Verteilung der Settings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	13	12	>0,999				159	106	0,011
vs+HT+PIA		<10	>0,999					<10	>0,999
TK+HT+PIA							<10		>0,999
vs+TK	10	<10	>0,999				72	48	0,278
vs+PIA	72	92	>0,999				543	510	>0,999
vs+HT								<10	>0,999
TK+PIA	17	11	>0,999				355	270	0,006
HT+PIA							<10		>0,999
vs	183	178	>0,999	2.567	2.225	<0,001	524	506	>0,999
TK	<10	13	>0,999	81	206	<0,001	431	199	<0,001
PIA	208	197	>0,999	3.088	3.301	<0,001	1.555	1.820	<0,001
HT		<10	>0,999		<10	0,496	<10		>0,999
kein Fall	5.228	5.225	>0,999		<10	>0,999	2.094	2.275	0,006
Gesamt	5.736	5.736	>0,999	5.736	5.736	<0,001	5.736	5.736	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 63: Verteilung der Settings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

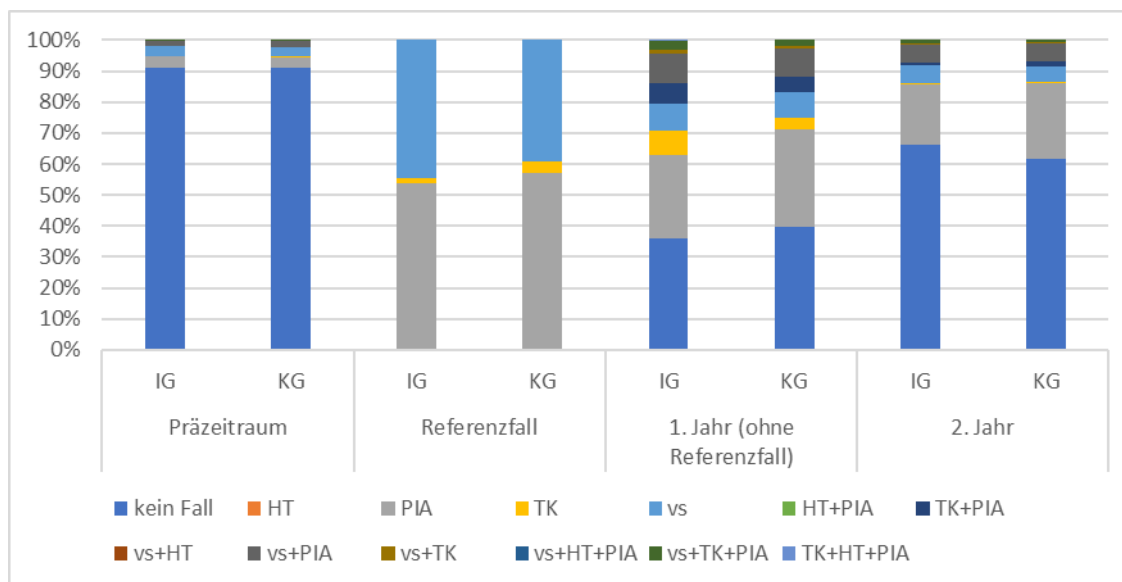
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 109: Verteilung der Settings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	<10	10	>0,999				130	83	0,011	39	24	0,604
vs+HT+PIA		<10	>0,999					<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT+PIA							<10		>0,999			
vs+TK	<10	<10	>0,999				55	42	>0,999	13	16	>0,999
vs+PIA	59	78	>0,999				422	385	>0,999	239	242	>0,999
vs+HT										<10	<10	>0,999
TK+PIA	13	<10	>0,999				292	214	0,004	44	56	>0,999
HT+PIA							<10		>0,999			
vs	140	133	>0,999	1.948	1.709	<0,001	380	376	>0,999	231	208	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	64	164	<0,001	330	154	<0,001	17	15	>0,999
PIA	155	143	>0,999	2.354	2.490	0,011	1.185	1.383	<0,001	801	1.018	<0,001
HT		<10	>0,999		<10	0,496	<10		>0,999			
kein Fall	3.981	3.979	>0,999		<10	>0,999	1.569	1.729	0,004	2.716	2.526	<0,001
Gesamt	4.366	4.367	>0,999	4.366	4.367	<0,001	4.366	4.367	<0,001	4.102	4.109	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 64: Verteilung der Settings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

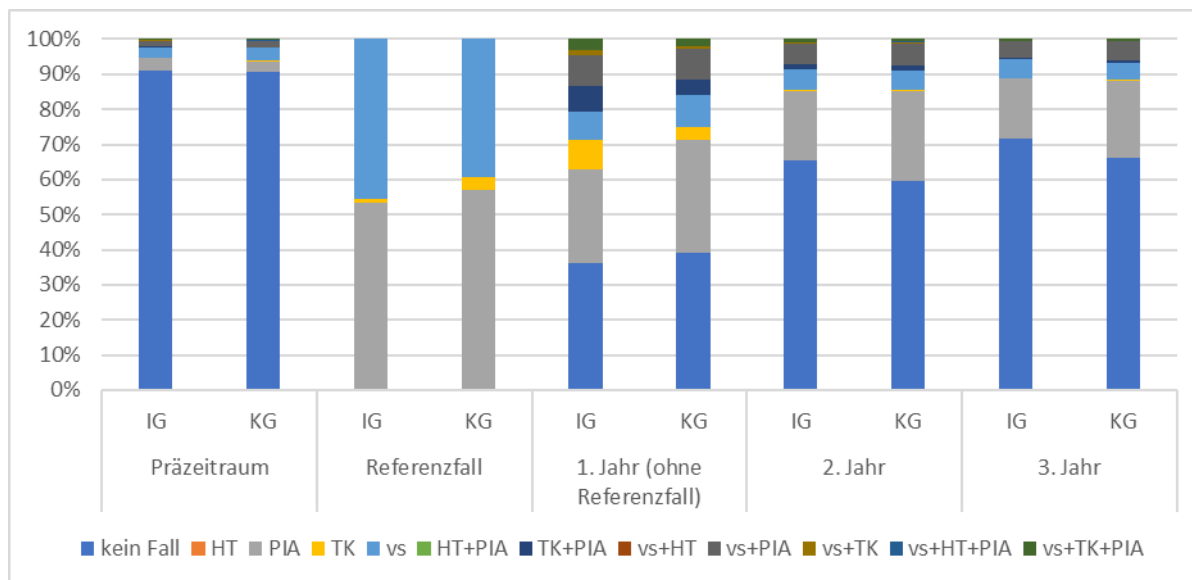
Klinikneue Patienten

Tabelle 110: Verteilung der Settings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	<10	10	>0,99				88	59	0,143	29	18	>0,99	14	12	>0,99
vs+HT+PIA		<10	>0,99							<10	<10	>0,99		<10	>0,99
vs+TK	<10	<10	>0,99				43	24	0,153	<10	13	>0,99	<10	<10	>0,99
vs+PIA	48	53	>0,99				262	249	>0,99	160	173	>0,99	116	140	>0,99
vs+HT										<10		>0,99	<10		>0,99
TK+PIA	<10	<10	>0,99				210	135	<0,001	34	38	>0,99	15	17	>0,99
HT+PIA							<10		>0,99						
vs	87	100	>0,99	1.334	1.154	<0,001	243	267	>0,99	161	152	>0,99	137	133	>0,99
TK	<10	<10	>0,99	35	98	<0,001	237	109	<0,001	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99
PIA	109	95	>0,99	1.563	1.668	0,008	785	937	<0,001	548	701	<0,001	446	584	<0,001
HT					<10	0,478	<10		>0,99				<10		>0,99
kein Fall	2.667	2.645	>0,99				1.062	1.142	0,153	1.792	1.639	<0,001	1.878	1.739	<0,001
Gesamt	2.932	2.922	>0,99	2.932	2.922	<0,001	2.932	2.922	<0,001	2.742	2.744	0,001	2.622	2.633	0,003

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 65: Verteilung der Settings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

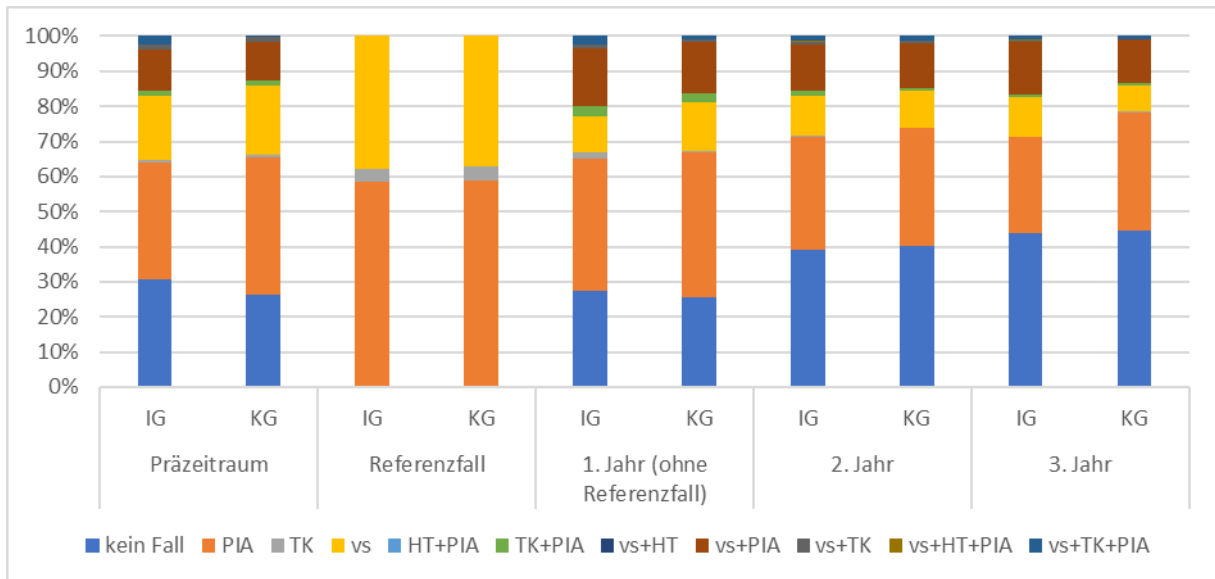
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 111: Verteilung der Settings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	16	<10	0,020				15	<10	0,696	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+HT+PIA	<10		>0,999					<10	>0,999	<10		>0,999	<10		>0,999
vs+TK	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10		>0,999
vs+PIA	79	75	>0,999				111	99	>0,999	84	82	>0,999	90	76	>0,999
vs+HT							<10		>0,999						
TK+PIA	<10	<10	>0,999				19	18	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
HT+PIA										<10		>0,999			
vs	122	133	>0,999	255	251	>0,999	69	93	0,566	72	69	>0,999	68	46	0,285
TK	<10	<10	>0,999	24	27	>0,999	12	<10	0,696	<10		>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	223	263	0,238	392	395	>0,999	251	276	>0,999	203	216	>0,999	167	206	0,285
kein Fall	207	178	0,593				185	173	>0,999	246	257	>0,999	265	275	>0,999
Gesamt	671	673	0,188	671	673	>0,999	671	673	0,389	629	641	>0,999	606	615	0,640

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 66: Verteilung der Settings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Kinder und Jugendliche**Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)**

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war im Präzeitraum für beide Gruppen eine Strukturgleichheit in dem Sinne gegeben, dass sich keine Unterschiede in der Zahl der in den einzelnen Settings bzw. ihrer Kombinationen behandelten Patienten ergab. Im Referenzfall wurden signifikant mehr Patienten der IG im voll- sowie teilstationären Setting, jedoch signifikant weniger Patienten in der PIA behandelt. In den darauffolgenden Zeiträumen ließ sich kein Unterschied zwischen IG und KG erkennen. (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 61).

Bei den linikbekanntem Patienten ergaben sich im Referenzfall mehr Tagesklinikpatienten und weniger PIA-Patienten in der IG. In den übrigen Zeiträumen waren die Verteilungen gleich (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 62).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich im Präzeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG. Im Referenzfall lag der Anteil vollstationär behandelte Patienten in der IG signifikant über dem der KG. Der Anteil der PIA-Patienten lag in der IG unter dem der KG. In der IG gab es ebenfalls mehr Patienten der Tagesklinik im Referenzfall. Der Anteil derjenigen, die im Anschluss an den Referenzfall keiner weiteren Krankenhausbehandlung bedurften war in IG geringer. Der Anteil der PIA war in der IG ebenfalls kleiner (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 63).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war ein nahezu identisches Muster wie in U2 beobachtbar, wobei sich im zweiten Nachbeobachtungsjahr keine Unterschiede zwischen IG und KG feststellen ließen (vgl. Tabelle 109 und Abbildung 64).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich ein vergleichbares Muster zu U2 und U3 (vgl. Tabelle 110 und Abbildung 65).

Bei den linikbekanntem Patienten ergaben sich zwischen IG und KG im Referenzfall mehr voll- und teilstationär behandelte Kinder und Jugendliche sowie einen geringen Anteil an PIA-Patienten in der IG. Dieser geringere Anteil blieb auch über die Nachbeobachtungszeit erhalten. Dem gegenüber stand

aber auch ein geringer Teil in der IG, der keinen weiteren Fall aufwies (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 66).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Settings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für die gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr im Zeitverlauf erhoben.

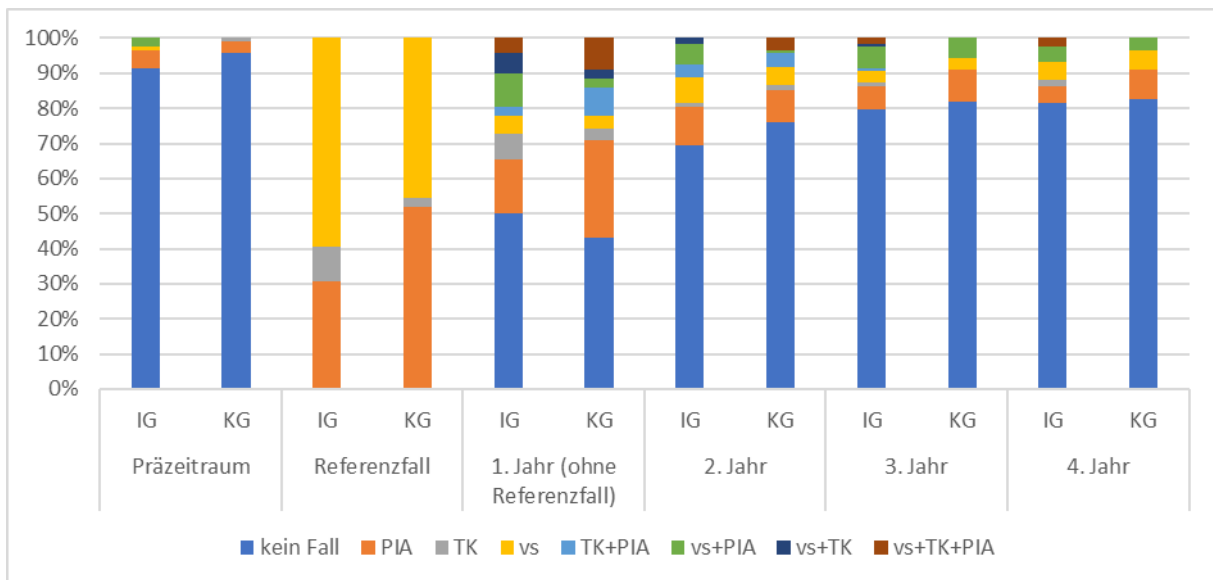
Klinikneue Patienten

Tabelle 112: Verteilung der Settings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr			
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	
vs+TK+PIA							<10	11	>0,99		<10	0,958	<10		>0,99	<10		>0,99	
vs+TK							<10	<10	>0,99	<10	>0,99	<10	>0,99	<10	>0,99	<10	>0,99	<10	>0,99
vs+PIA	<10		>0,99				11	<10	0,337	<10	<10	0,599	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	
TK+PIA							<10	10	0,576	<10	<10	>0,99	<10		>0,99				
vs	<10		>0,99	70	55	0,058	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	
TK		<10	>0,99	12	<10	0,058	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10		>0,99	<10		>0,99	
PIA	<10	<10	>0,99	36	63	0,003	18	34	0,196	13	11	>0,99	<10	11	>0,99	<10	10	>0,99	
kein Fall	108	116	>0,99				59	52	>0,99	82	92	>0,99	94	99	>0,99	96	100	>0,99	
Gesamt	118	121	>0,99	118	121	0,003	118	121	0,053	118	121	0,741	118	121	>0,99	118	121	>0,99	

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 67: Verteilung der Settings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

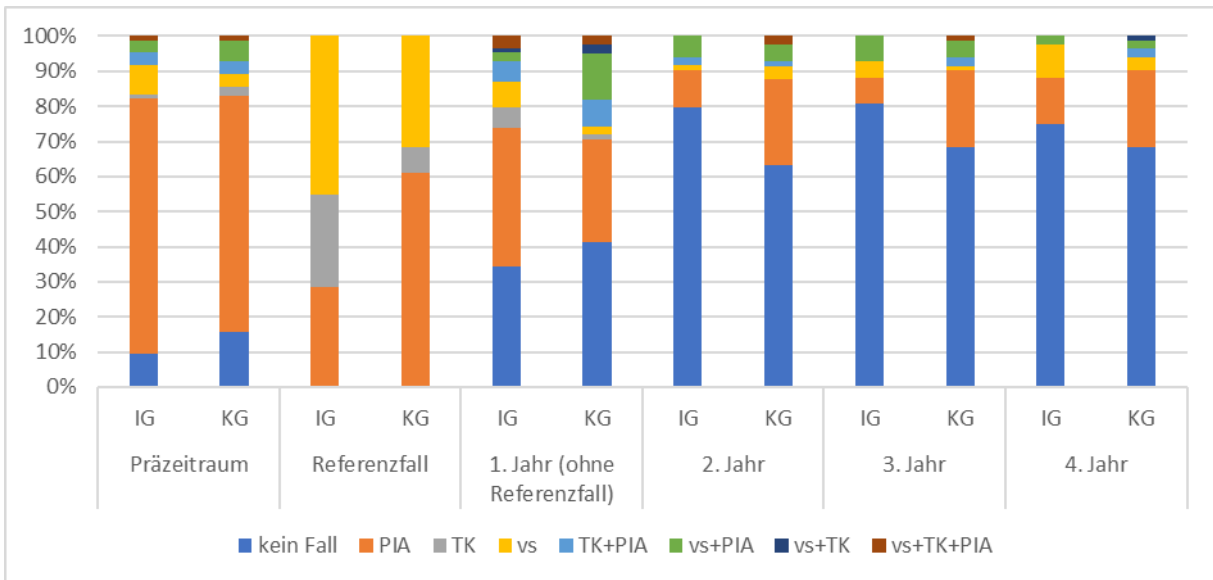
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 113: Verteilung der Settings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,99				<10	<10	>0,99		<10	>0,99		<10	>0,99			
vs+TK							<10	<10	>0,99								<10	>0,99
vs+PIA	<10	<10	>0,99				<10	11	0,166	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99
TK+PIA	<10	<10	>0,99				<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99		<10	>0,99		<10	>0,99
vs	<10	<10	>0,99	38	26	0,103	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99
TK	<10	<10	>0,99	22	<10	0,005	<10	<10	>0,99									
PIA	61	55	>0,99	24	50	<0,001	33	24	>0,99	<10	20	0,213	<10	18	0,089	11	18	>0,99
kein Fall	<10	13	>0,99				29	34	>0,99	67	52	0,213	68	56	0,448	63	56	>0,99
Gesamt	84	82	>0,99	84	82	<0,001	84	82	0,518	84	82	0,456	84	82	0,183	84	82	>0,99

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 68: Verteilung der Settings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

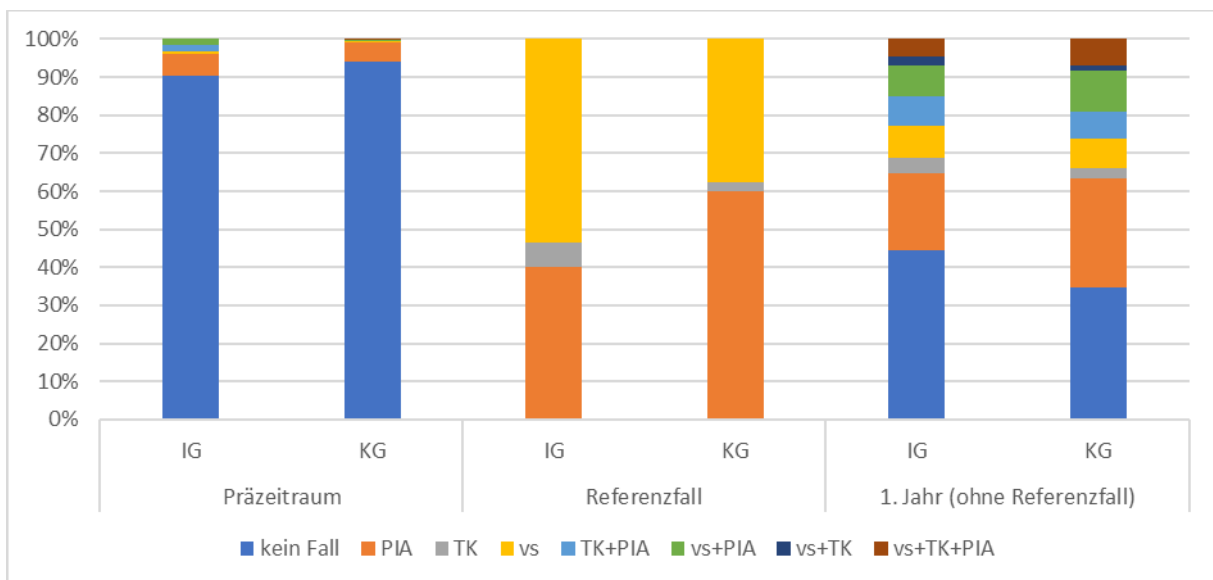
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Settings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr erhoben.

Tabelle 114: Verteilung der Settings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA		<10	>0,99				23	35	0,821
vs+TK							12	<10	>0,99
vs+PIA	<10	<10	0,380				41	54	0,979
TK+PIA	<10	<10	0,183				39	36	>0,99
vs	<10	<10	>0,99	269	190	<0,001	42	39	>0,99
TK		<10	>0,99	33	11	0,001	21	14	>0,99
PIA	28	25	>0,99	202	303	<0,001	102	145	0,017
kein Fall	456	474	0,270				224	174	0,014
Gesamt	504	504	0,149	504	504	<0,001	504	504	0,027

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 69: Verteilung der Settings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

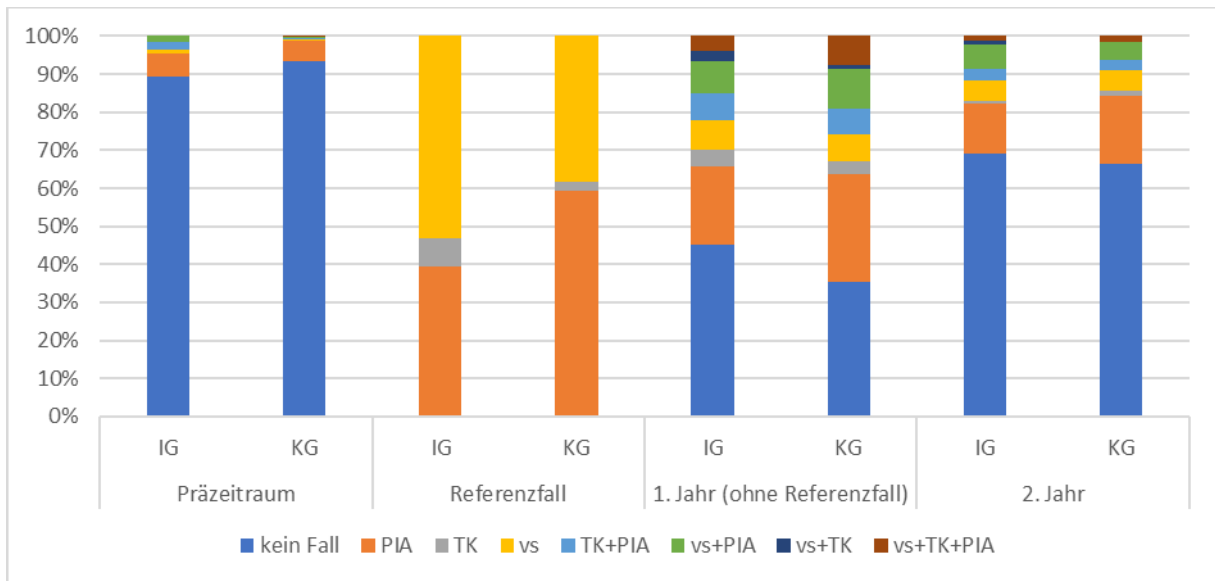
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 115: Verteilung der Settings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA		<10	>0,99				15	29	0,256	<10	<10	>0,99
vs+TK							11	<10	>0,99	<10		>0,99
vs+PIA	<10	<10	0,648				33	40	>0,99	25	18	>0,99
TK+PIA	<10	<10	0,322				27	27	>0,99	11	11	>0,99
vs	<10	<10	>0,99	207	149	<0,001	30	27	>0,99	21	21	>0,99
TK		<10	>0,99	29	<10	0,002	17	13	>0,99	<10	<10	>0,99
PIA	23	21	>0,99	154	231	<0,001	81	111	0,111	51	70	0,653
kein Fall	349	363	0,452				176	137	0,054	270	258	>0,99
Gesamt	390	389	0,322	390	389	<0,001	390	389	0,111	390	389	>0,99

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 70: Verteilung der Settings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

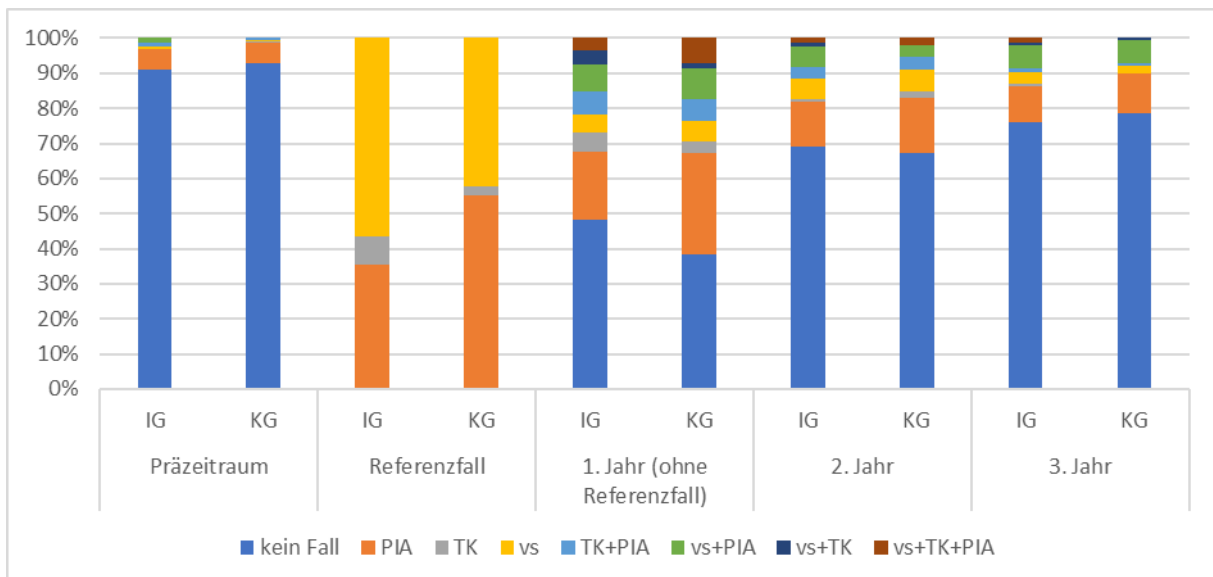
Klinikneue Patienten

Tabelle 116: Verteilung der Settings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA							<10	18	0,772	<10	<10	>0,99	<10		>0,99
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK							10	<10	0,808	<10		>0,99	<10	<10	>0,99
vs+PIA	<10		>0,99				19	23	>0,99	15	<10	>0,99	17	17	>0,99
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	>0,99				17	16	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99
TK+HT															
HT+PIA															
vs	<10	<10	>0,99	142	109	0,004	13	15	>0,99	15	16	>0,99	<10	<10	>0,99
TK		<10	>0,99	21	<10	0,010	14	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10		>0,99
PIA	15	15	>0,99	89	142	<0,001	48	75	0,099	32	40	>0,99	25	29	>0,99
HT															
kein Fall	229	240	>0,99				122	99	0,200	174	174	>0,99	192	203	>0,99
Gesamt	252	258	>0,99	252	258	<0,001	252	258	0,200	252	258	>0,99	252	258	>0,99

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 71: Verteilung der Settings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

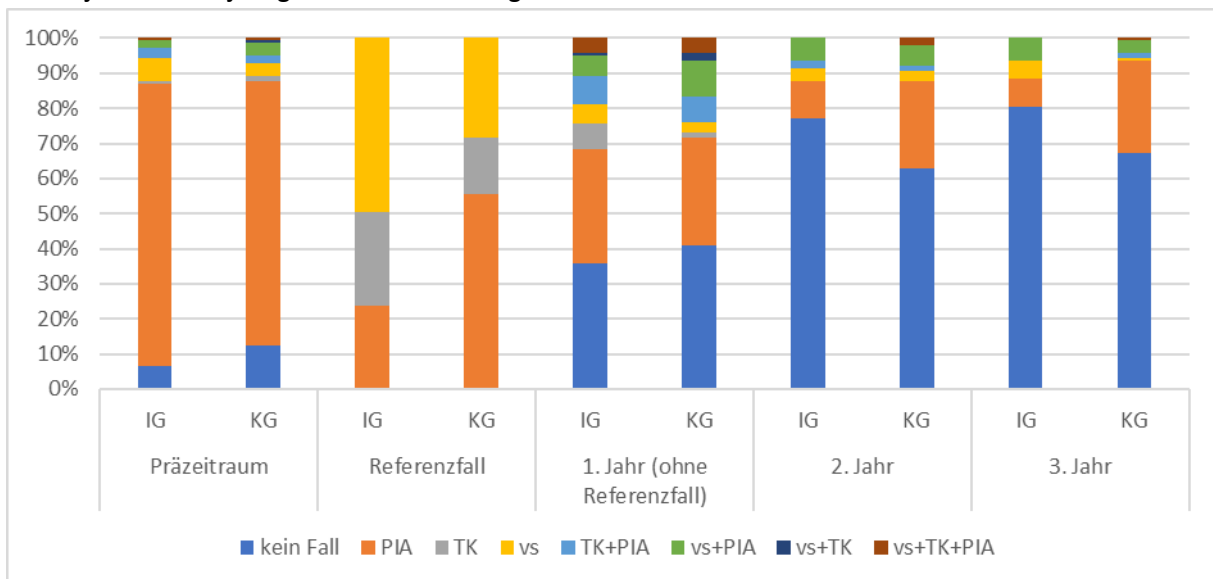
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 117: Verteilung der Settings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,99				<10	<10	>0,99		<10	0,962		<10	>0,99
vs+TK		<10	>0,99				<10	<10	>0,99						
vs+PIA	<10	<10	>0,99				<10	14	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99
TK+PIA	<10	<10	>0,99				11	10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99
vs	<10	<10	>0,99	69	39	0,001	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	0,305
TK	<10	<10	>0,99	37	22	0,046	10	<10	0,372						
PIA	112	103	>0,99	33	76	<0,001	45	42	>0,99	15	34	0,027	11	36	<0,001
kein Fall	<10	17	>0,99				50	56	>0,99	107	86	0,088	112	92	0,082
Gesamt	139	137	>0,99	139	137	<0,001	139	137	>0,99	139	137	0,116	139	137	0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 72: Verteilung der Settings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

U1: Die unterschiedliche Intensität der Behandlung klinikneuer Patienten hinsichtlich Therapieeinheiten im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting, sowie die durchschnittliche Anzahl an PIA Kontakten werden in Tabelle 118 bis Tabelle 119 dargestellt. Die entsprechenden Darstellungen für die klinikbekannten Patienten finden sich in Tabelle 120 bis Tabelle 121.

Die Intensität der Behandlungen lässt sich über die als OPS-Schlüssel dokumentierten Therapieeinheiten abschätzen. Hierzu wurden für jeden Patienten die Therapieeinheiten je Setting 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

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 einjährigen Nachbeobachtungszeitraum erfasst.

Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Setting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)			
	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
N	1501	1491	1501	1491	1501	1491	1501	1491	1501	1491	1501	1491
N mit Fall	92	104	16	24	676	606	18	51	307	318	300	163
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,2	0,1	0,2	0,7	1,1	0,0	0,3	0,8	1,0	0,8	0,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	0,6	0,3	0,2	5,1	2,9	0,1	0,6	2,3	2,5	3,0	1,9
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1			0,1	0,1			0,0	0,1		0,0
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,2			1,7	0,5			0,5	0,5	0,0	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	0,0	0,0		0,1		0,0	0,2	0,1	0,1	0,2

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)			
	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
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	0,0	0,0		0,1		0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe												
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege												
Gesamt	1,9	1,2	0,4	0,4	7,6	4,8	0,2	0,9	3,9	4,4	3,9	3,0

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 119: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1.501	1.491	1.501	1.491	1.501	1.491
N mit Fall	99	87	807	833	665	699
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,4	0,3	2,1	1,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,2	0,7	0,8	1,6	2,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,1	0,5	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,1	0,5	0,5
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,3	0,3	1,1	1,0	3,7	3,5
Gesamt	0,3	0,4	1,2	1,2	4,2	4,0
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,739		0,179		0,451	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,726		0,630		0,569	

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Setting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)			
	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
N	512	516	512	516	512	516	512	516	512	516	512	516
N mit Fall	188	188	37	24	186	208	10	9	163	154	39	20
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,4	1,3	0,4	0,3	0,4	0,8	0,1	0,2	1,0	0,7	0,2	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,9	3,5	1,1	0,8	3,1	1,7	0,3	0,4	4,2	2,6	1,1	0,9
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,3	0,0		0,1	0,1			0,2	0,2		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,0	1,3	0,0		1,4	0,4			2,4	1,1		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1		0,0		0,1		0,0		0,1	0,0	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,1		0,0		0,1		0,0		0,0	0,0	0,0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe												
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege												
Gesamt	8,8	6,6	1,4	1,2	5,0	3,3	0,4	0,6	7,8	4,8	1,3	1,1

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 121: 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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	512	516	512	516	512	516
N mit Fall	251	258	316	299	307	311
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,0	0,9	0,8	0,5	3,0	2,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,6	1,5	0,8	0,9	2,3	2,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,3	0,2	0,1	0,6	0,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,4	0,3	0,2	0,1	0,7	0,4
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,6	2,5	1,6	1,4	5,3	4,6
Gesamt	3,0	2,7	1,7	1,5	6,0	5,1
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,231		0,198		0,071	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,666		0,168		0,187	

Kinder und Jugendliche

U1: Die unterschiedliche Intensität der Behandlung klinikneuer Patienten hinsichtlich Therapieeinheiten im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting, sowie die durchschnittliche Anzahl an PIA Kontakten werden in Tabelle 122 bis Tabelle 123 dargestellt. Die entsprechenden Darstellungen für die klinikbekannten Patienten finden sich in Tabelle 124 bis Tabelle 125.

Klinikneue Patienten

Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Setting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)			
	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
N	118	121	118	121	118	121	118	121	118	121	118	121
N mit Fall	4	0	0	1	70	55	12	3	29	21	24	28
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,8			0,1	10,4	5,4	4,1	1,2	7,4	4,5	4,9	10,0
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4				9,4	4,6	3,5	1,2	6,2	3,5	3,9	6,8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1				11,3	7,4			5,4	0,5		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0				7,4	2,7			2,2	0,0		
Gesamt	3,3			0,1	38,5	20,1	7,6	2,3	21,2	8,6	8,7	16,8

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	118	121	118	121	118	121
N mit Fall	8	4	36	63	37	58
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,2	0,4	0,8	1,5	1,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,2	0,5	0,9	2,0	1,6
Gesamt	0,2	0,2	0,5	0,9	2,0	1,6
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung					0,350	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,892		0,002		0,477	

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 124: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Setting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)			
	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
N	84	82	84	82	84	82	84	82	84	82	84	82
N mit Fall	11	9	5	6	38	26	22	6	12	17	14	11
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	6,9	4,5	1,7	3,1	12,9	3,8	10,1	3,6	4,3	3,7	3,2	5,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	5,3	5,1	2,3	1,2	13,1	1,9	9,2	3,6	4,3	2,1	3,1	3,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	1,5			2,0	2,2			1,0	1,5		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	0,7			0,8	0,2			0,6	1,2		
Gesamt	13,6	11,8	4,1	4,3	28,8	8,1	19,3	7,3	10,2	8,4	6,3	8,4

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 125: 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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	84	82	84	82	84	82
N mit Fall	67	60	24	50	43	43
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,5	0,4	0,2	0,1	0,8	0,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,8	2,3	0,5	1,0	1,6	2,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	2,7	0,7	1,1	2,3	2,4
Gesamt	2,4	2,7	0,7	1,1	2,4	2,5
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,320		0,320		0,411	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,662		0,053		0,946	

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen direkten psychiatrischen Versorgungskosten setzen sich aus den Kosten für voll- und teilstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlungen, PIA-Behandlungen, Behandlungen in Sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrische Behandlungen in Hochschulambulanzen, psychiatrische Behandlungen im vertragsärztlichen Bereich, Psychopharmaka sowie Heilmittel mit psychiatrischer Indikation zusammen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 126, Tabelle 128) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.571,84 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 1.520,91 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.321,50 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.473,17 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.797,41 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.330,26 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.345,75 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 127, Tabelle 129) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7.387,65 € mehr Kosten als die KG mit 5.700,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 11.023,13 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.999,10 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 337,03 € nicht signifikant ($p = 0,150$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 4.565,56 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.892,06 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 130) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.198,33 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 1.189,95 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.450,29 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.680,57 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 131, Tabelle 132) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen

Kosten von 1.242,14 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 1.267,60 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.425,91 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.597,87 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.853,50 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 3.091,55 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.613,42 €.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 133) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.318,37 € leicht geringere Kosten als die KG mit 1.346,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 10.266,74 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.378,38 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2.857,32 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.378,90 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 134) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 6.468,87 € höhere Kosten als die KG mit 5.041,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 11.019,20 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.599,27 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.760,77 €. In der KG sanken die Kosten auf 4.604,05 €.

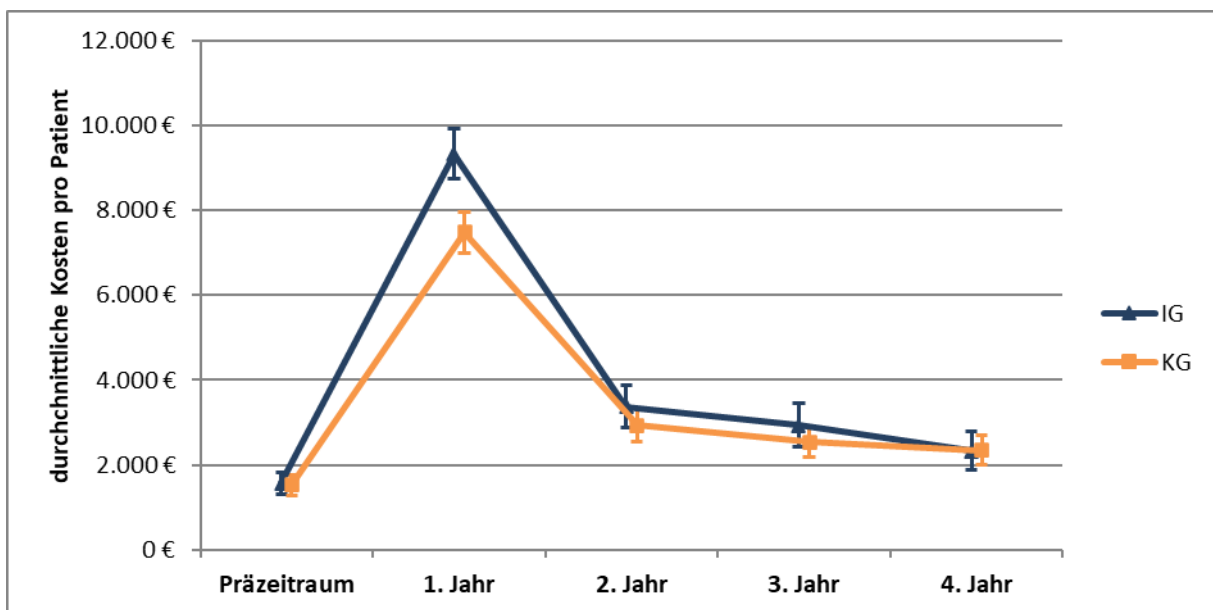
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 126: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	1360	1501	1290	1211	1130	1351	1491	1255	1195	1122
Mittelwert	1.571,84 €	9.321,50 €	3.376,65 €	2.939,18 €	2.330,26 €	1.520,91 €	7.473,17 €	2.932,45 €	2.541,46 €	2.345,75 €
Standardabweichung	5.017 €	11.667 €	9.728 €	9.396 €	8.296 €	4.735 €	9.588 €	7.516 €	6.854 €	6.424 €
Minimum	0 €	42 €	0 €	0 €	0 €	0 €	145 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	51 €	1.222 €	120 €	68 €	44 €	39 €	958 €	83 €	50 €	33 €
Median	254 €	5.992 €	565 €	464 €	309 €	207 €	3.555 €	573 €	444 €	318 €
75%-Perzentil	1.077 €	12.504 €	1.701 €	1.264 €	1.022 €	854 €	10.832 €	1.522 €	1.294 €	1.116 €
Maximum	109.844 €	115.576 €	122.925 €	127.239 €	181.084 €	71.600 €	84.797 €	87.196 €	94.835 €	90.416 €

Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 127: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	504	512	458	435	412	508	516	457	449	421
Mittelwert	7.387,65 €	11.023,13 €	6.494,95 €	7.283,14 €	5.538,70 €	5.700,66 €	8.999,10 €	5.036,86 €	4.928,09 €	4.257,43 €
Standardabweichung	14.744 €	17.912 €	14.409 €	15.567 €	11.068 €	9.096 €	12.707 €	9.240 €	10.836 €	10.691 €
Minimum	0 €	31 €	0 €	0 €	0 €	0 €	176 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	484 €	1.245 €	387 €	323 €	181 €	516 €	1.095 €	438 €	317 €	165 €
Median	2.050 €	5.323 €	1.291 €	1.188 €	928 €	1.620 €	3.640 €	1.130 €	1.125 €	945 €
75%-Perzentil	8.296 €	13.331 €	6.195 €	8.013 €	4.096 €	7.929 €	12.095 €	5.212 €	4.211 €	2.402 €
Maximum	170.910 €	183.331 €	182.829 €	127.256 €	74.355 €	76.036 €	80.040 €	70.090 €	123.266 €	122.017 €

Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

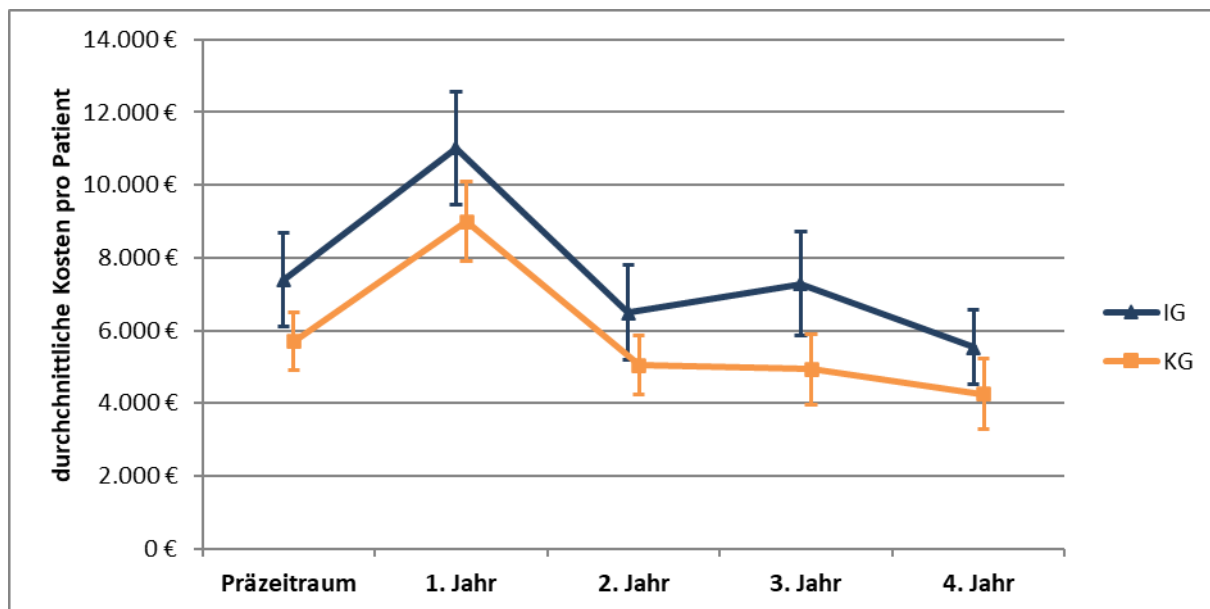


Tabelle 128: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.520,91 €	<0,001	1.520,91 €	<0,001	-1.166,01 €	0,013
IG (vs. KG)	50,93 €	0,775	50,93 €	0,775	119,36 €	0,429
Post (vs. Prä)	2.398,87 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	654,69 €	0,017				
1. Jahr (vs. Prä)			5.952,25 €	<0,001	7.033,12 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.411,54 €	<0,001	2.461,27 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			1.020,55 €	<0,001	2.058,75 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			824,83 €	<0,001	1.843,90 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			1.797,41 €	<0,001	1.746,69 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			393,27 €	0,252	340,88 €	0,309
IG x Jahr 3 (DiD)			346,78 €	0,310	296,41 €	0,371
IG x Jahr 4 (DiD)			-66,41 €	0,836	-112,27 €	0,717
Alter (30-47 J. vs. U30)					-217,14 €	0,442
Alter (48-64 J. vs. U30)					176,80 €	0,561
Alter (Ü64 vs. U30)					264,13 €	0,436
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					211,08 €	0,310
F 00 (Demenz)					209,41 €	0,674
F 01 (Vaskuläre Demenz)					21,87 €	0,970
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					3.835,95 €	<0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-40,89 €	0,904
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-384,10 €	0,192
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					490,08 €	0,063
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6.399,78 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					895,09 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					496,72 €	0,060
F 45 (Somatoforme Störungen)					-681,49 €	0,008
F 40-48 (ohne F43 und F45)					995,85 €	0,328
F 50 (Essstörungen)					1.454,85 €	0,225
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.113,88 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					265,00 €	0,620
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					536,38 €	0,572
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					437,41 €	0,721
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.522,44 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.264,26 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.459,04 €	0,008
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					125,91 €	0,743
R ²		0,018		0,087		0,165
Intercept	1.520,91 €	<0,001	1.520,91 €	<0,001	-1.166,01 €	0,013
IG (vs. KG)	50,93 €	0,775	50,93 €	0,775	119,36 €	0,429
Post (vs. Prä)	2.398,87 €	<0,001				

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 129: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.700,66 €	<0,001	5.700,66 €	<0,001	2.320,73 €	0,180
IG (vs. KG)	1.686,99 €	0,027	1.686,99 €	0,028	1.489,12 €	0,011
Post (vs. Prä)	171,66 €	0,676				
IG x Post (DiD)	126,36 €	0,866				
1. Jahr (vs. Prä)			3.298,44 €	<0,001	5.376,78 €	0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-663,80 €	0,150	1.343,74 €	0,401
3. Jahr (vs. Prä)			-772,57 €	0,137	1.178,59 €	0,469
4. Jahr (vs. Prä)			-1.443,24 €	0,012	475,22 €	0,770
IG x Jahr 1 (DiD)			337,03 €	0,719	685,64 €	0,470
IG x Jahr 2 (DiD)			-228,90 €	0,791	106,84 €	0,896
IG x Jahr 3 (DiD)			668,05 €	0,484	962,02 €	0,292
IG x Jahr 4 (DiD)			-405,72 €	0,671	-140,90 €	0,873
Alter (30-47 J. vs. U30)					504,65 €	0,576
Alter (48-64 J. vs. U30)					811,11 €	0,403
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.465,12 €	0,112
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					709,01 €	0,219
F 00 (Demenz)					-908,41 €	0,160
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-838,29 €	0,268
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-437,11 €	0,582
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-969,50 €	0,212
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.495,74 €	0,537
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-414,73 €	0,546
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.446,24 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					44,71 €	0,940
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-315,17 €	0,705
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1.083,34 €	0,149
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1.674,84 €	0,185
F 50 (Essstörungen)					6.702,73 €	0,184
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.862,76 €	0,210
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.398,68 €	0,404
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3.799,93 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-4.014,59 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					12.306,97 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.824,69 €	0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-344,09 €	0,558
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3.229,28 €	0,051
R ²		0,005		0,023		0,119

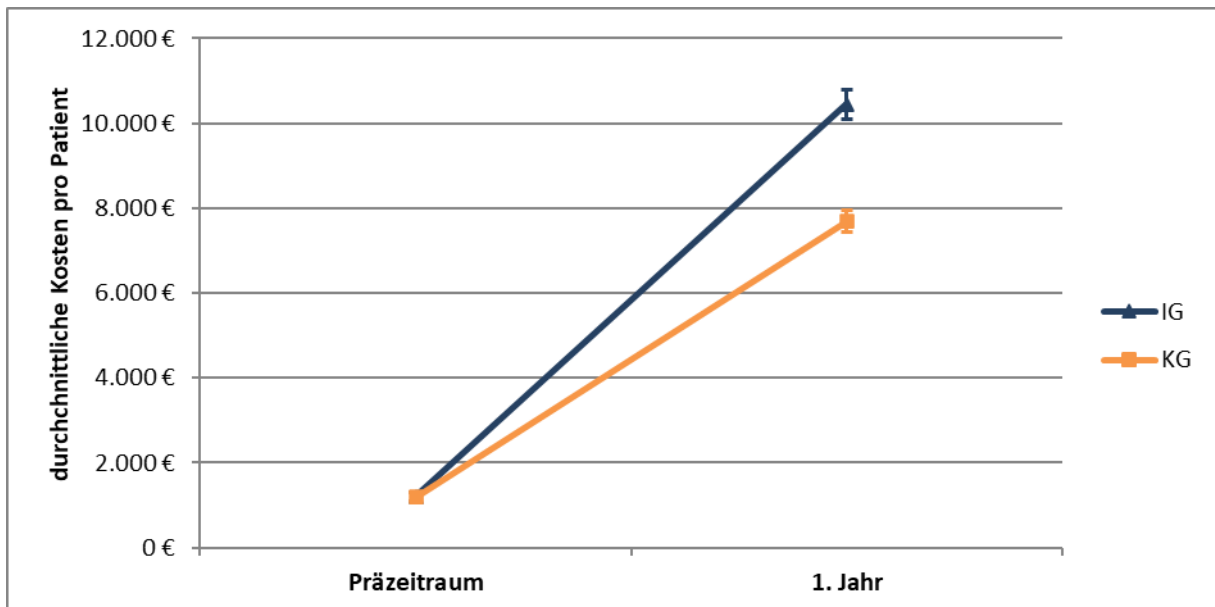
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 130: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	5152	5736	5177	5736
Mittelwert	1.198,33 €	10.450,29 €	1.189,95 €	7.680,57 €
Standardabweichung	3.922 €	13.683 €	4.206 €	10.012 €
Minimum	0 €	16,67 €	0 €	145,00 €
25%-Perzentil	46,82 €	1.277,09 €	39,61 €	883,76 €
Median	223 €	6.483 €	178 €	3.593 €
75%-Perzentil	766 €	13.550 €	630 €	11.307 €
Maximum	109.844 €	147.176 €	85.251 €	97.792 €

Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 131: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	3936	4366	3698	3932	4367	3649
Mittelwert	1.242,14 €	10.425,91 €	3.091,55 €	1.267,60 €	7.597,87 €	2.613,42 €
Standardabweichung	4.070 €	13.549 €	8.794 €	4.569 €	9.797 €	7.110 €
Minimum	0 €	16,67 €	0 €	0 €	145,00 €	0 €
25%-Perzentil	47,10 €	1.277,26 €	95,26 €	38,90 €	897,85 €	73,08 €
Median	229,75 €	6.509,61 €	500,62 €	182,35 €	3.622,42 €	497,45 €
75%-Perzentil	805,02 €	13.523,16 €	1.569,77 €	660,51 €	11.227,29 €	1.288,83 €
Maximum	109.843,97 €	133.960,12 €	122.924,80 €	85.251,11 €	97.071,81 €	109.395,77 €

Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

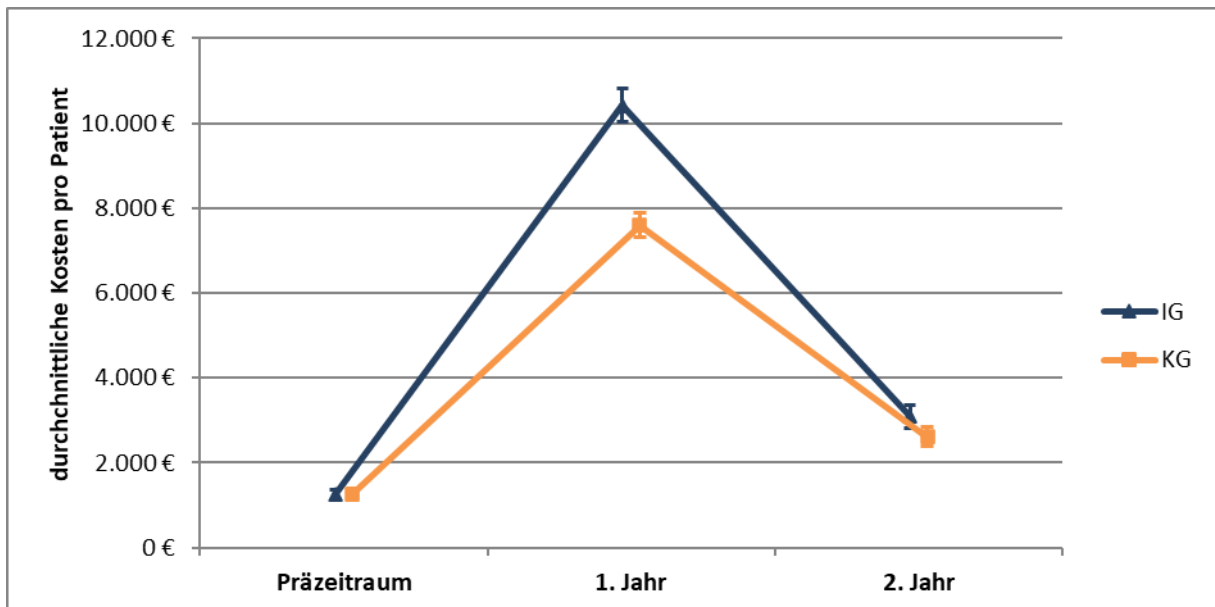


Tabelle 132: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.267,60 €	<0,001	1.267,60 €	<0,001	-1.657,69 €	<0,001
IG (vs. KG)	-25,45 €	0,783	-25,45 €	0,783	-17,53 €	0,831
Post (vs. Prä)	3.913,91 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	1.717,01 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			6.330,28 €	<0,001	7.198,12 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.345,82 €	<0,001	2.181,83 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2.853,50 €	<0,001	2.888,46 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			503,59 €	0,006	528,26 €	0,003
Alter (30-47 J. vs. U30)					77,43 €	0,680
Alter (48-64 J. vs. U30)					440,68 €	0,019
Alter (Ü64 vs. U30)					412,27 €	0,054
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					38,53 €	0,757
F 00 (Demenz)					382,17 €	0,171
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-369,50 €	0,262
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.994,40 €	0,004
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-98,26 €	0,682
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-171,02 €	0,461
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					241,00 €	0,154
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6.627,62 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.662,85 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					465,18 €	0,025
F 45 (Somatoforme Störungen)					-497,53 €	0,010
F 40-48 (ohne F43 und F45)					374,08 €	0,317
F 50 (Essstörungen)					2.778,37 €	0,018
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.610,23 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					441,27 €	0,299
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					631,44 €	0,398
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-284,54 €	0,612
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.356,21 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.062,23 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.600,50 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					94,60 €	0,535
R ²		0,065		0,140		0,211

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

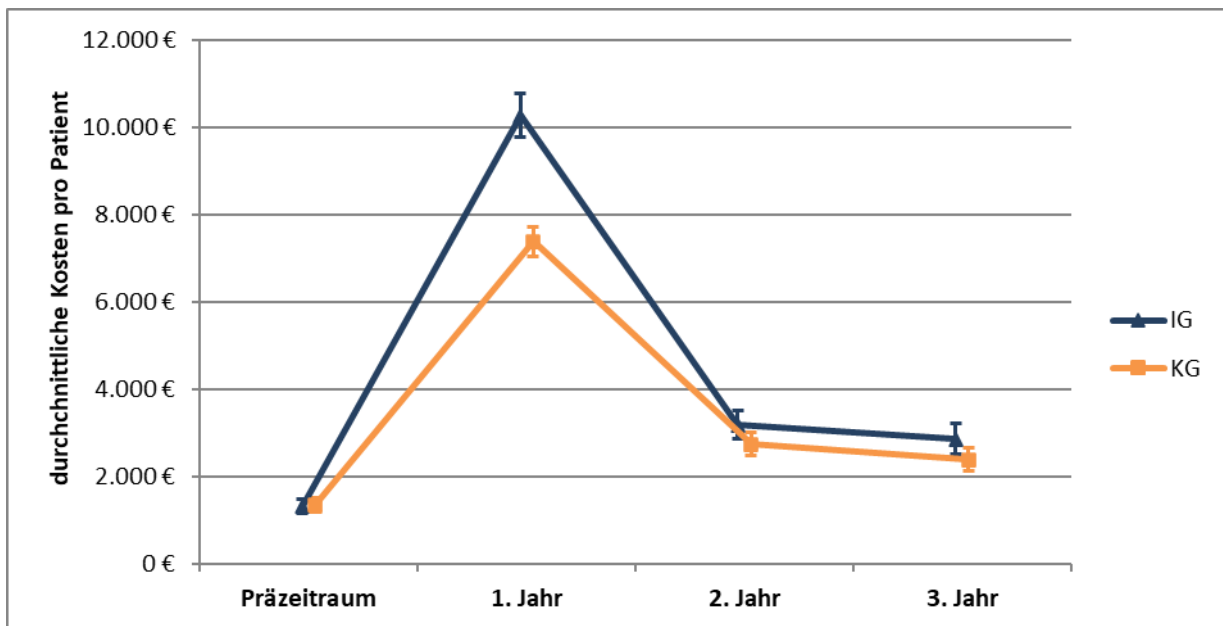
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 133: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	2638	2932	2488	2302	2636	2922	2444	2305
Mittelwert	1.318,37 €	10.266,74 €	3.178,34 €	2.857,32 €	1.346,61 €	7.378,38 €	2.732,47 €	2.378,90 €
Standardabweichung	4.237 €	13.493 €	8.933 €	9.046 €	4.601 €	9.473 €	7.065 €	6.999 €
Minimum	0 €	17 €	0 €	0 €	0 €	145,00 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	47,92 €	1.279,96 €	107,66 €	55,59 €	38,63 €	921,52 €	83,04 €	42,67 €
Median	246,73 €	6.433,08 €	556,52 €	396,25 €	190,56 €	3.464,19 €	532,14 €	360,90 €
75%-Perzentil	897 €	13.002 €	1.688 €	1.229 €	737 €	10.941 €	1.376 €	1.162 €
Maximum	109.844 €	133.960 €	122.925 €	140.016 €	85.251 €	97.072 €	92.357 €	141.896 €

Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

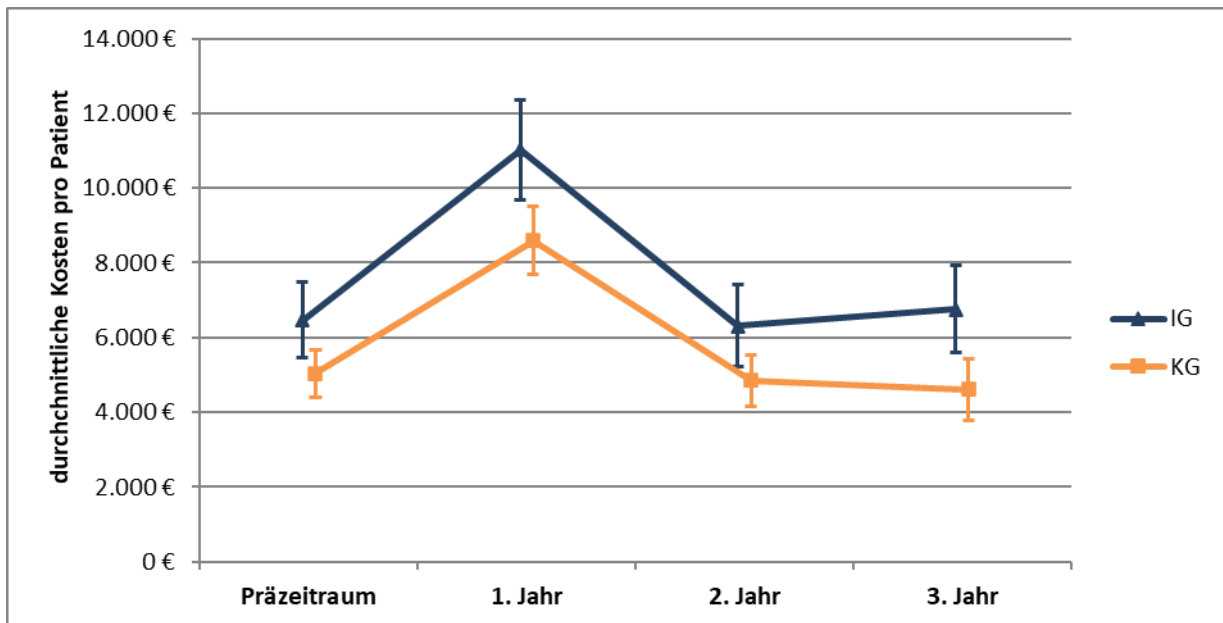


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	660	671	601	570	659	673	592	571
Mittelwert	6.468,87 €	11.019,20 €	6.317,06 €	6.760,77 €	5.041,20 €	8.599,27 €	4.851,16 €	4.604,05 €
Standardabweichung	13.305 €	17.648 €	14.192 €	14.797 €	8.400 €	11.885 €	8.977 €	10.275 €
Minimum	0 €	31,32 €	0 €	0 €	0 €	176,47 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	434,89 €	1.274,87 €	400,01 €	291,34 €	447,71 €	1.016,27 €	384,00 €	288,85 €
Median	1.582,55 €	5.428,91 €	1.289,37 €	1.097,82 €	1.182,25 €	3.675,78 €	1.095,79 €	1.057,61 €
75%-Perzentil	7.378 €	12.743 €	6.109 €	6.139 €	6.721 €	11.876 €	4.426 €	3.363 €
Maximum	170.910 €	183.331 €	182.829 €	127.256 €	76.036 €	80.040 €	70.090 €	123.266 €

Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.313 € weniger Kosten als die KG mit 1.301 € (vgl. Tabelle 135, Tabelle 137 und Abbildung 79). Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 20.576 €. In der KG stiegen die Kosten auf 12.112 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8.452,24 € signifikant ($p=0,050$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.606 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.340 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 136, Tabelle 138 und Abbildung 80) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.611 € höhere Kosten als die KG mit 4.394 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 16.509 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 9.586 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 5.707,04 € nicht signifikant ($p=0,059$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.152 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.861 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 139 und Abbildung 81) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.213,37 € höhere Kosten als die KG mit 1.064,51 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 19.078,74 €. In der KG stiegen die Kosten auf 13.682,60 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 140, Tabelle 141 und Abbildung 82) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.332,99 € geringfügig höhere Kosten als die KG mit 1.217,74 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 17.933,03 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 13.385,73 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 4.432,06 € signifikant ($p=0,005$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5.506,96 €. In der KG stiegen die Kosten auf 3.254,41 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 142 und Abbildung 83) hatte die IG im Präzeitraum mit

durchschnittlichen Kosten von 1.126,41 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 1.163,71 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 18.308,37 €. In der KG stiegen die Kosten auf 12.480,30 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3.792,62 €. In der KG erhöhten sich die Kosten leicht auf 1.819,87 €.

Bei den klambekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 143 und Abbildung 84) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4.418,48 € höhere Kosten als die KG mit 3.745,58 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 19.730,55 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 11.941,90 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG geringfügig auf 2.487,82 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.998,67 €.

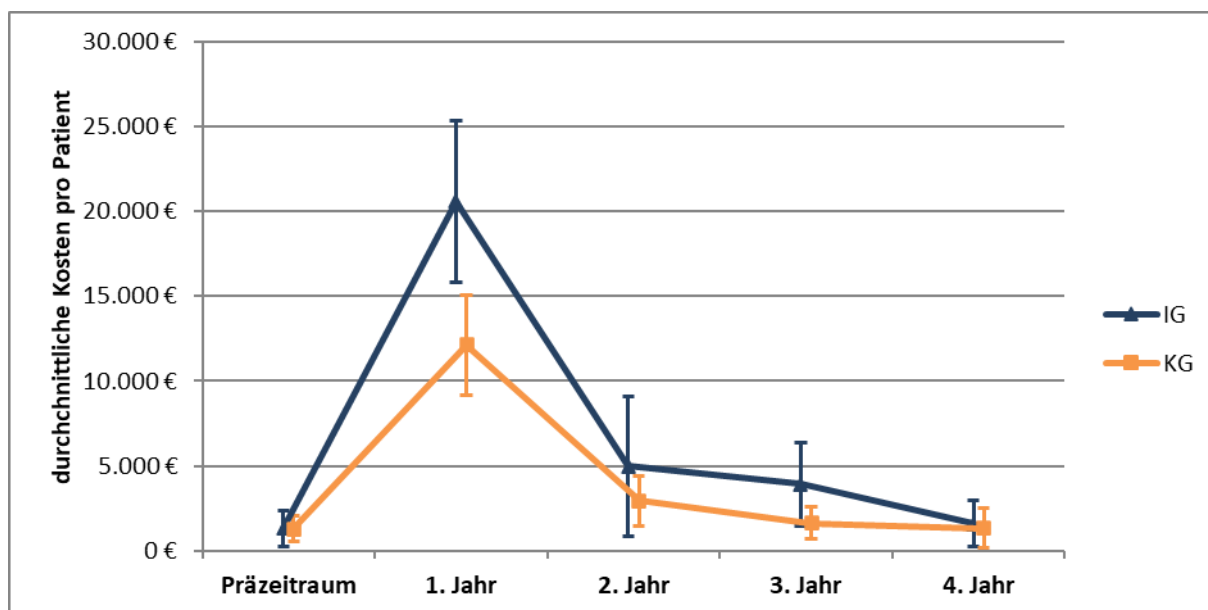
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	101	118	101	91	92	107	120	100	96	81
Mittelwert	1.313 €	20.576 €	4.986 €	3.913 €	1.606 €	1.301 €	12.112 €	2.929 €	1.633 €	1.340 €
Standardabweichung	5.840 €	26.220 €	22.747 €	13.441 €	7.528 €	4.349 €	16.578 €	8.114 €	5.231 €	6.550 €
Minimum	0 €	126 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	48 €	2.317 €	60 €	11 €	13 €	55 €	883 €	46 €	16 €	0 €
Median	214 €	10.990 €	400 €	274 €	142 €	492 €	3.224 €	316 €	109 €	83 €
75%-Perzentil	904 €	28.703 €	2.042 €	878 €	566 €	1.101 €	19.727 €	925 €	648 €	441 €
Maximum	59.351 €	154.575 €	238.547 €	89.546 €	73.417 €	45.934 €	90.476 €	44.146 €	37.968 €	64.604 €

Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 136: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	84	84	77	71	71	82	82	70	68	66
Mittelwert	5.611 €	16.509 €	1.581 €	2.078 €	1.152 €	4.394 €	9.586 €	2.729 €	2.592 €	1.861 €
Standardabweichung	14.551 €	17.797 €	4.048 €	6.867 €	3.891 €	9.828 €	13.405 €	7.654 €	8.484 €	5.287 €
Minimum	58 €	157 €	0 €	0 €	0 €	1 €	267 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	360 €	1.720 €	71 €	57 €	32 €	406 €	1.197 €	36 €	28 €	46 €
Median	728 €	13.454 €	314 €	276 €	175 €	1.004 €	4.077 €	397 €	381 €	398 €
75%-Perzentil	2.281 €	21.820 €	877 €	810 €	672 €	2.393 €	14.117 €	1.502 €	1.316 €	1.079 €
Maximum	72.229 €	74.952 €	27.832 €	40.592 €	27.472 €	61.186 €	84.247 €	40.281 €	60.484 €	38.234 €

Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

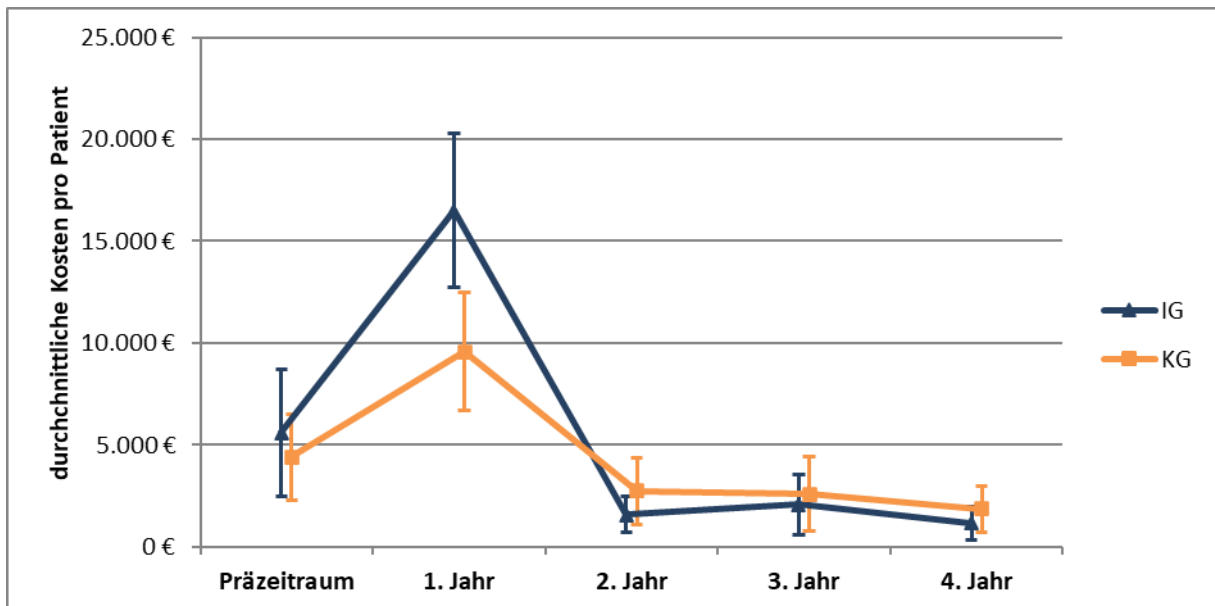


Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.301,46 €	0,001	1.301,46 €	0,001	-9.898,59 €	0,065
IG (vs. KG)	11,79 €	0,986	11,79 €	0,986	-313,32 €	0,647
Post (vs. Prä)	3.202,08 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	3.254,95 €	0,039				
1. Jahr (vs. Prä)			10.810,89 €	<0,001	11.153,74 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.627,67 €	0,050	1.970,52 €	0,056
3. Jahr (vs. Prä)			331,70 €	0,594	674,55 €	0,462
4. Jahr (vs. Prä)			38,07 €	0,954	380,92 €	0,669
IG x Jahr 1 (DiD)			8.452,24 €	0,005	8.774,85 €	0,003
IG x Jahr 2 (DiD)			2.045,35 €	0,380	2.367,96 €	0,309
IG x Jahr 3 (DiD)			2.267,60 €	0,131	2.590,21 €	0,076
IG x Jahr 4 (DiD)			254,60 €	0,818	577,21 €	0,566
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1.804,38 €	0,128
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-5.923,21 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					12.336,22 €	0,026
F 30-39 (Affektive Störungen)					8.329,86 €	0,060
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					6.481,16 €	0,157
F 45 (Somatoforme Störungen)					6.592,25 €	0,110
F 50 (Essstörungen)					9.721,75 €	0,003
F 70-79 (Intelligenzstörung)					8.865,82 €	0,091
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.144,84 €	0,308
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					8.889,41 €	0,095
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.761,03 €	0,034
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-8.755,45 €	0,153
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.266,64 €	0,296
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-383,47 €	0,646
R ²		0,026		0,161		0,227

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 138: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	4.394,44 €	<0,001	4.394,44 €	<0,001	963,82 €	0,722
IG (vs. KG)	1.216,65 €	0,527	1.216,65 €	0,528	549,62 €	0,691
Post (vs. Prä)	-202,62 €	0,872				
IG x Post (DiD)	-78,32 €	0,970				
1. Jahr (vs. Prä)			5.191,36 €	0,002	6.954,78 €	0,005
2. Jahr (vs. Prä)			-1.665,46 €	0,244	97,95 €	0,970
3. Jahr (vs. Prä)			-1.802,59 €	0,226	-39,17 €	0,988
4. Jahr (vs. Prä)			-2.533,80 €	0,049	-770,38 €	0,757
IG x Jahr 1 (DiD)			5.707,04 €	0,059	6.527,09 €	0,026
IG x Jahr 2 (DiD)			-2.364,42 €	0,276	-1.544,37 €	0,398
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.730,98 €	0,454	-910,93 €	0,647
IG x Jahr 4 (DiD)			-1.924,92 €	0,352	-1.104,87 €	0,510
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					366,24 €	0,575
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-2.406,92 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					16.958,39 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.173,76 €	0,261
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2.988,79 €	0,003
F 45 (Somatoforme Störungen)					834,08 €	0,518
F 50 (Essstörungen)					7.270,50 €	0,013
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.270,96 €	0,341
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.798,71 €	0,121
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-87,62 €	0,928
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18.619,62 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.250,43 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-913,78 €	0,691
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-619,25 €	0,707
R ²		0,003		0,170		0,354

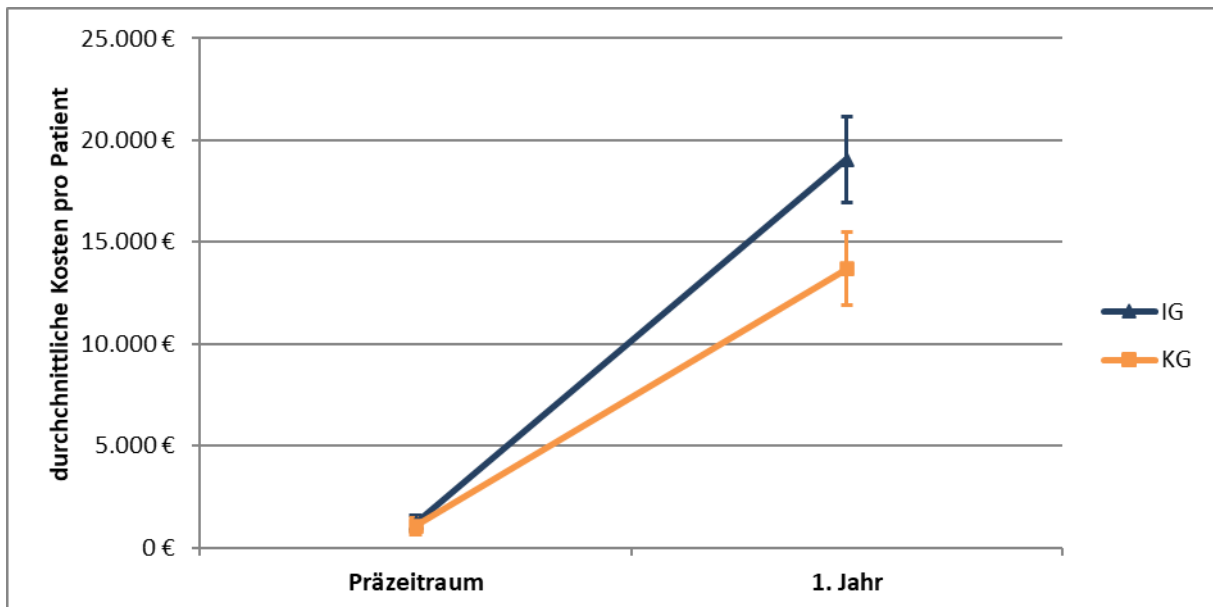
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	429	504	439	503
Mittelwert	1.213,37 €	19.078,74 €	1.064,51 €	13.682,60 €
Standardabweichung	4.189 €	24.166 €	4.572 €	20.709 €
Minimum	0,00 €	84,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	46,38 €	1.976,97 €	42,83 €	1.173,82 €
Median	240 €	8.053 €	272 €	3.412 €
75%-Perzentil	770 €	27.076 €	715 €	21.256 €
Maximum	59.351 €	154.854 €	55.696 €	239.732 €

Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 140: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	336	390	335	343	388	333
Mittelwert	1.332,99 €	17.933,03 €	5.506,96 €	1.217,74 €	13.385,73 €	3.254,41 €
Standardabweichung	4.648 €	23.319 €	19.975 €	5.151 €	20.622 €	8.750 €
Minimum	0 €	84,00 €	0 €	0 €	0,00 €	0 €
25%-Perzentil	49,83 €	1.913,65 €	57,04 €	47,94 €	1.139,24 €	56,06 €
Median	248,69 €	7.659,21 €	402,16 €	302,29 €	3.370,24 €	440,40 €
75%-Perzentil	838,70 €	26.079,05 €	1.549,48 €	781,04 €	20.915,63 €	1.399,93 €
Maximum	59.350,77 €	154.853,91 €	238.547,01 €	55.696,37 €	239.731,87 €	78.442,23 €

Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

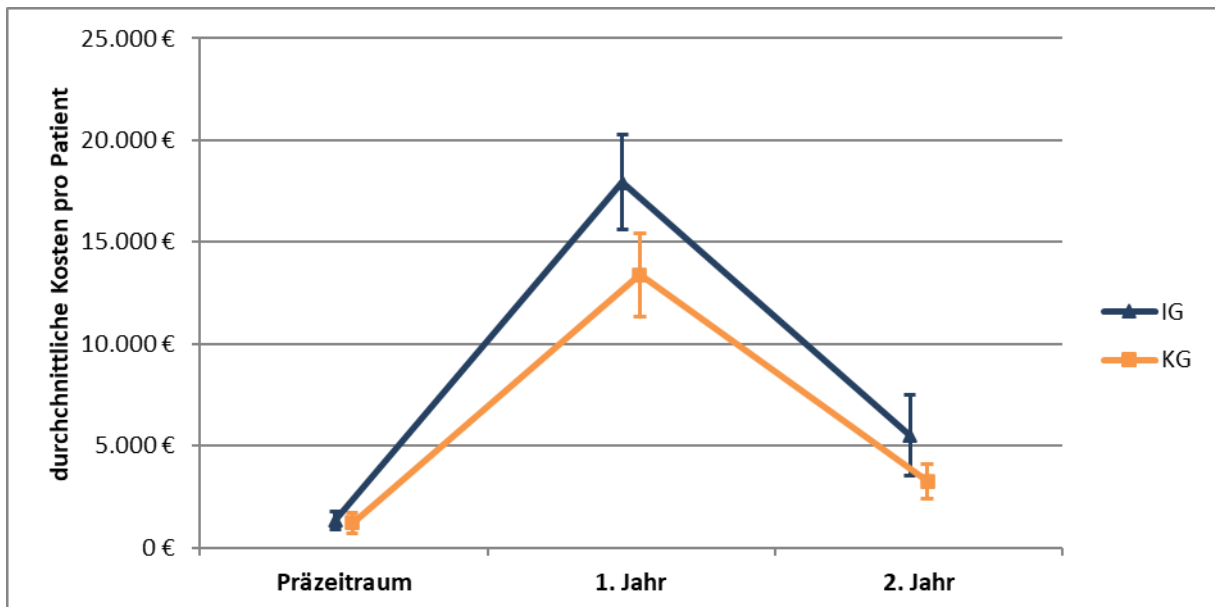


Tabelle 141: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.217,74 €	<0,001	1.217,74 €	<0,001	-6.761,78 €	0,007
IG (vs. KG)	115,24 €	0,743	115,24 €	0,743	-83,24 €	0,830
Post (vs. Prä)	7.102,33 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	3.284,68 €	0,004				
1. Jahr (vs. Prä)			12.167,99 €	<0,001	13.378,99 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			2.036,67 €	<0,001	3.247,67 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			4.432,06 €	0,005	4.781,70 €	0,003
IG x Jahr 2 (DiD)			2.137,30 €	0,062	2.486,94 €	0,030
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1.269,18 €	0,102
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-2.263,13 €	0,290
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					17.152,44 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					5.924,14 €	0,007
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3.887,81 €	0,129
F 45 (Somatoforme Störungen)					4.823,70 €	0,168
F 40-48 (ohne F43 und F45)					501,16 €	0,833
F 50 (Essstörungen)					9.933,54 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					756,24 €	0,757
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.076,79 €	0,523
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3.929,12 €	0,091
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.861,09 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.028,10 €	0,005
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.023,64 €	0,174
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					656,15 €	0,122
R ²		0,066		0,140		0,192

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

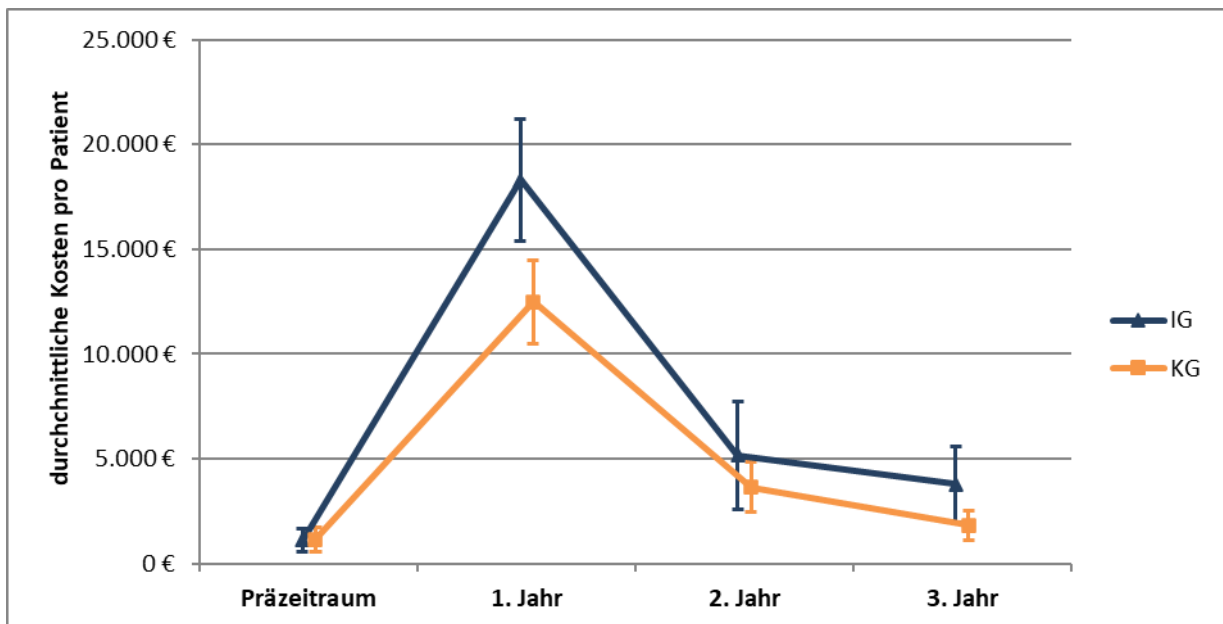
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	220	252	216	197	227	257	221	206
Mittelwert	1.126,41 €	18.308,37 €	5.170,94 €	3.792,62 €	1.163,71 €	12.480,30 €	3.652,65 €	1.819,87 €
Standardabweichung	4.358 €	23.430 €	20.892 €	14.570 €	4.703 €	16.372 €	9.943 €	5.715 €
Minimum	0 €	84 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	51,15 €	1.753,58 €	52,22 €	14,24 €	50,50 €	1.078,88 €	62,21 €	21,19 €
Median	258,68 €	8.375,35 €	375,37 €	229,43 €	337,80 €	3.397,30 €	413,97 €	233,54 €
75%-Perzentil	827 €	27.160 €	1.594 €	892 €	791 €	20.612 €	1.230 €	788 €
Maximum	59.351 €	154.575 €	238.547 €	162.537 €	55.696 €	90.476 €	78.442 €	53.889 €

Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

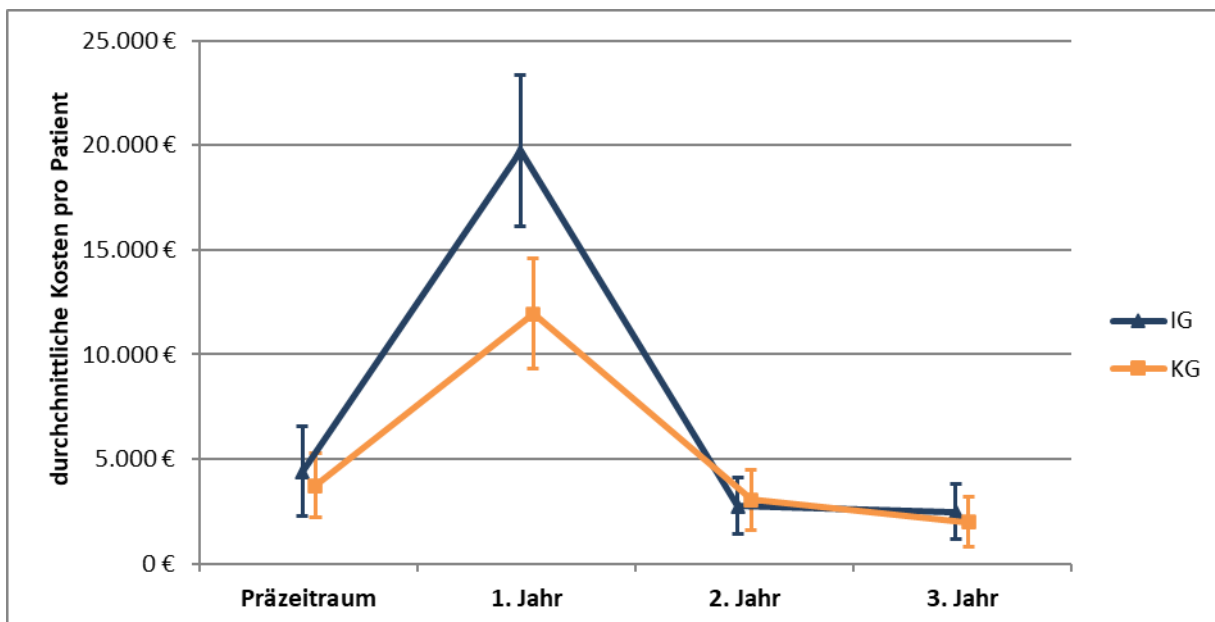


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	139	139	130	113	136	137	112	109
Mittelwert	4.418,48 €	19.730,55 €	2.763,48 €	2.487,82 €	3.745,58 €	11.941,90 €	3.050,64 €	1.998,67 €
Standardabweichung	12.756 €	21.677 €	8.234 €	7.869 €	9.286 €	15.682 €	8.532 €	6.979 €
Minimum	58 €	86,26 €	0 €	0 €	0 €	267,15 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	389,74 €	3.061,92 €	85,74 €	27,04 €	490,08 €	1.140,78 €	29,87 €	19,28 €
Median	729,72 €	15.733,99 €	384,34 €	274,76 €	920,51 €	5.126,25 €	395,92 €	391,08 €
75%-Perzentil	1.491 €	27.257 €	1.068 €	818 €	1.756 €	18.717 €	1.537 €	1.266 €
Maximum	72.229 €	140.110 €	60.410 €	47.044 €	61.186 €	87.823 €	48.980 €	60.484 €

Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen umfassen die Kosten von vollstationären Behandlungen in psychiatrischen Fachabteilungen sowie in nicht psychiatrischen Abteilungen bei Vorliegen einer Diagnose aus Kapitel V des ICD-10-GM (F-Diagnosen) als Hauptdiagnose.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 144, Tabelle 146) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 830,37 € höhere Kosten als die KG mit 796,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.779,72 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.357,42 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.388,81 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.514,11 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.492,20 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 145, Tabelle 147) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.777,72 € höhere Kosten als die KG mit 4.226,07 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 8.736,82 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7.049,57 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 135,60 € nicht signifikant ($p = 0,885$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 4.206,75 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.150,53 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 148) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 641,62 € etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 654,12 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7.938,32 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.599,55 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 149, Tabelle 150) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 652,09 € etwas geringere Kosten als die KG mit 707,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7.853,51 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.474,88 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.434,41 €

signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.014,01 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.636,08 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 151) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 663,67 € geringere Kosten als die KG mit 740,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7.658,02 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.276,35 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.886,33 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.508,01 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 152) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4.961,89 € höhere Kosten als die KG mit 3.706,78 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.686,15 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.588,62 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 5.303,53 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.247,33 €.

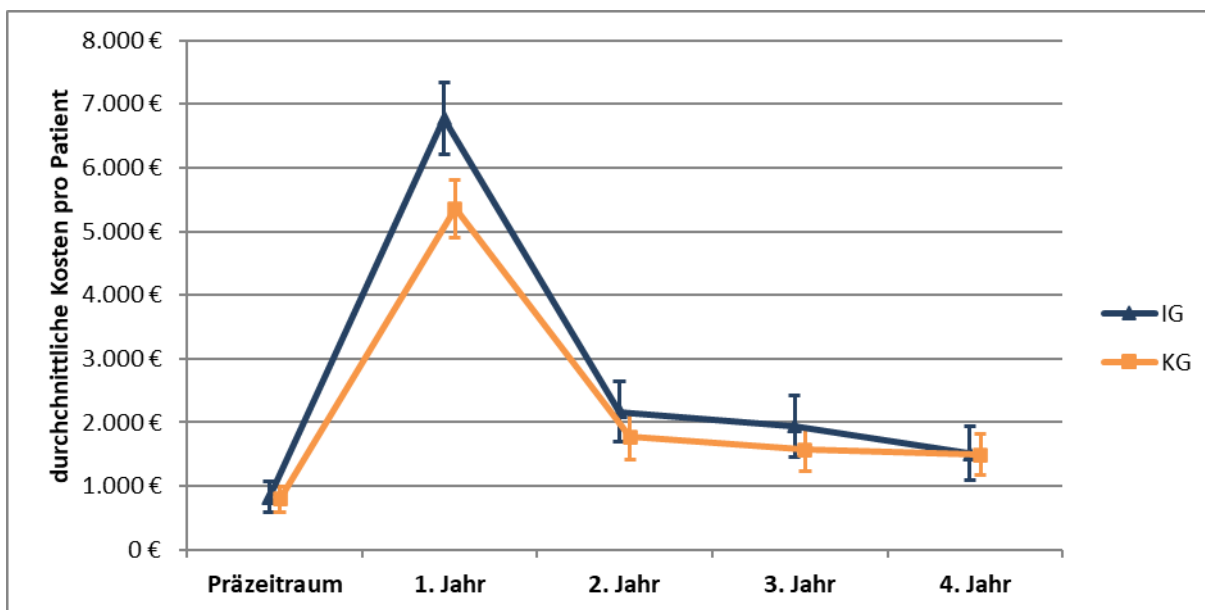
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	146	831	209	157	119	149	772	201	176	145
Mittelwert	830,37 €	6.779,72 €	2.170,95 €	1.944,74 €	1.514,11 €	796,88 €	5.357,42 €	1.776,52 €	1.568,39 €	1.492,20 €
Standardabweichung	4.631 €	11.199 €	9.138 €	9.015 €	7.935 €	4.049 €	8.804 €	6.888 €	6.288 €	5.912 €
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 €	1.611 €	0 €	0 €	0 €	0 €	633 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	9.881 €	0 €	0 €	0 €	0 €	8.311 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	109.414 €	115.576 €	122.925 €	127.239 €	181.084 €	71.600 €	84.478 €	86.390 €	84.082 €	88.931 €

Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 145: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	200	275	134	138	105	200	261	135	111	93
Mittelwert	5.777,72 €	8.736,82 €	4.800,21 €	5.770,55 €	4.206,75 €	4.226,07 €	7.049,57 €	3.555,63 €	3.502,96 €	3.150,53 €
Standardabweichung	14.405 €	17.650 €	13.917 €	15.238 €	10.441 €	8.710 €	12.323 €	8.621 €	10.371 €	10.496 €
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 €	1.296 €	0 €	0 €	0 €	0 €	612 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	5.678 €	10.870 €	2.244 €	4.480 €	0 €	5.404 €	9.875 €	1.668 €	0 €	0 €
Maximum	170.269 €	183.331 €	182.829 €	126.759 €	72.761 €	76.036 €	78.481 €	69.722 €	121.061 €	121.578 €

Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

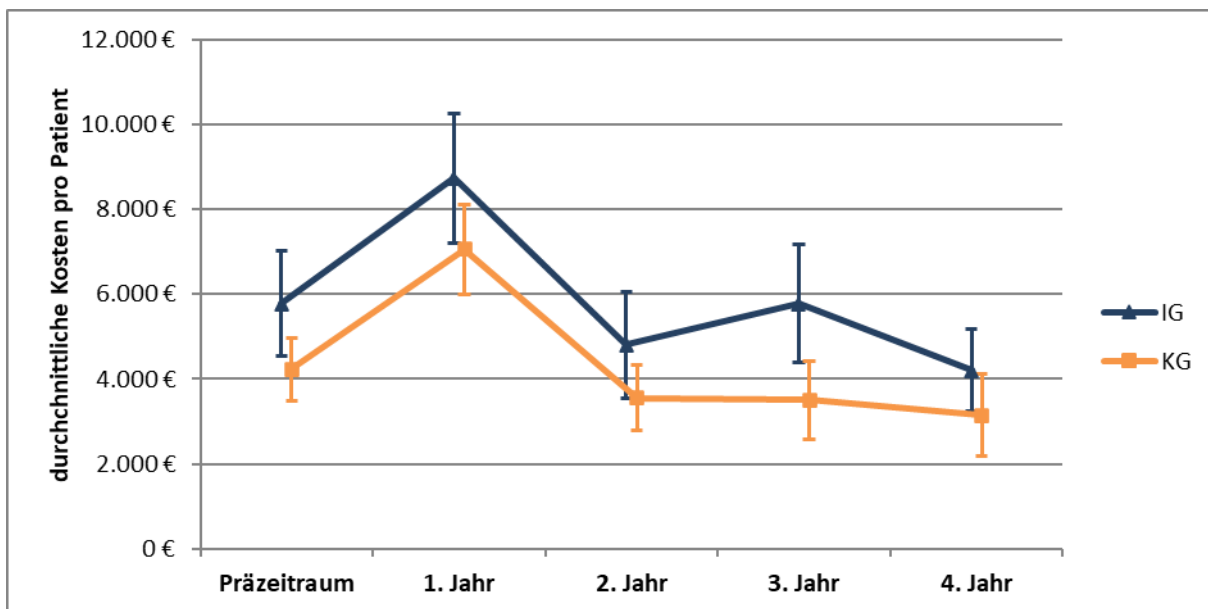


Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	796,88 €	<0,001	796,88 €	<0,001	-825,47 €	0,065
IG (vs. KG)	33,49 €	0,833	33,49 €	0,833	67,41 €	0,631
Post (vs. Prä)	1.824,76 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	547,65 €	0,037				
1. Jahr (vs. Prä)			4.560,54 €	<0,001	5.010,39 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			979,64 €	<0,001	1.393,05 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			771,51 €	<0,001	1.166,85 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			695,31 €	<0,001	1.068,59 €	0,004
IG x Jahr 1 (DiD)			1.388,81 €	<0,001	1.364,05 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			360,94 €	0,270	331,95 €	0,301
IG x Jahr 3 (DiD)			342,86 €	0,294	317,06 €	0,321
IG x Jahr 4 (DiD)			-11,57 €	0,970	-33,66 €	0,910
Alter (30-47 J. vs. U30)					-433,00 €	0,090
Alter (48-64 J. vs. U30)					-78,85 €	0,780
Alter (Ü64 vs. U30)					93,94 €	0,759
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					133,34 €	0,489
F 00 (Demenz)					-350,87 €	0,318
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-457,50 €	0,251
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					2.966,97 €	0,007
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-594,81 €	0,037
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-135,37 €	0,578
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					884,23 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.397,92 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					662,61 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					383,74 €	0,116
F 45 (Somatoforme Störungen)					-329,10 €	0,150
F 40-48 (ohne F43 und F45)					816,67 €	0,407
F 50 (Essstörungen)					1.291,42 €	0,240
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.702,99 €	0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					350,07 €	0,488
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					184,33 €	0,824
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					574,94 €	0,636
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.489,19 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.943,17 €	0,118
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					503,03 €	0,328
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-407,59 €	0,280
R ²		0,013		0,060		0,125
Intercept	796,88 €	<0,001	796,88 €	<0,001	-825,47 €	0,065

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 147: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	4.226,07 €	<0,001	4.226,07 €	<0,001	2.534,29 €	0,137
IG (vs. KG)	1.551,65 €	0,037	1.551,65 €	0,037	1.441,05 €	0,013
Post (vs. Prä)	143,77 €	0,728				
IG x Post (DiD)	38,83 €	0,958				
1. Jahr (vs. Prä)			2.823,50 €	<0,001	3.605,53 €	0,028
2. Jahr (vs. Prä)			-670,43 €	0,136	34,24 €	0,983
3. Jahr (vs. Prä)			-723,11 €	0,174	-78,35 €	0,962
4. Jahr (vs. Prä)			-1.075,53 €	0,060	-468,61 €	0,773
IG x Jahr 1 (DiD)			135,60 €	0,885	373,24 €	0,695
IG x Jahr 2 (DiD)			-307,08 €	0,717	-86,42 €	0,914
IG x Jahr 3 (DiD)			715,95 €	0,454	887,76 €	0,331
IG x Jahr 4 (DiD)			-495,43 €	0,602	-355,83 €	0,685
Alter (30-47 J. vs. U30)					38,41 €	0,964
Alter (48-64 J. vs. U30)					417,18 €	0,651
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.938,47 €	0,026
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					761,95 €	0,166
F 00 (Demenz)					-1.263,93 €	0,025
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.438,82 €	0,023
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-254,78 €	0,722
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.518,66 €	0,029
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.517,97 €	0,490
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					114,15 €	0,859
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.977,78 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					31,05 €	0,954
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-522,80 €	0,509
F 45 (Somatoforme Störungen)					-861,07 €	0,223
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-998,94 €	0,411
F 50 (Essstörungen)					5.121,49 €	0,286
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.565,06 €	0,251
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.353,43 €	0,374
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3.187,90 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-3.207,16 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.943,49 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.530,12 €	0,188
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-894,35 €	0,123
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3.925,99 €	0,019
R ²		0,004		0,018		0,107

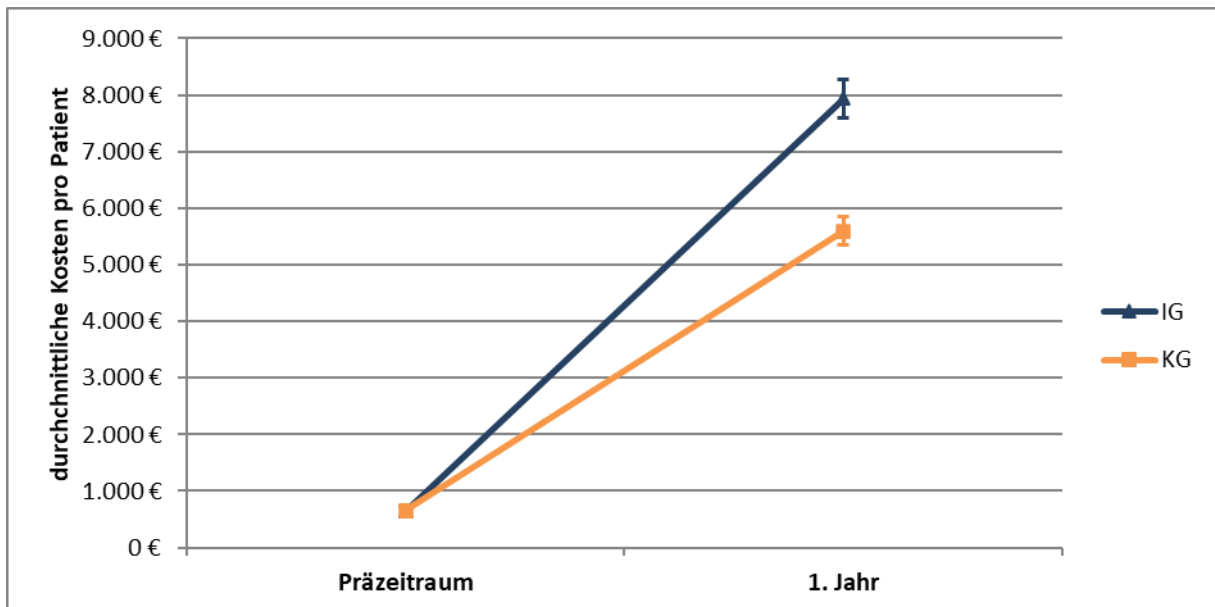
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 148: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	506	3249	482	2870
Mittelwert	641,62 €	7.938,32 €	654,12 €	5.599,55 €
Standardabweichung	3.573 €	13.277 €	3.785 €	9.361 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	2.374 €	0 €	359 €
75%-Perzentil	0 €	11.197 €	0 €	8.727 €
Maximum	109.414 €	146.910 €	84.186 €	96.843 €

Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 149: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	397	2461	569	377	2190	518
Mittelwert	652,09 €	7.853,51 €	2.014,01 €	707,88 €	5.474,88 €	1.636,08 €
Standardabweichung	3.700 €	13.132 €	8.273 €	4.139 €	9.113 €	6.601 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €
Median	0 €	2.168,60 €	0 €	0 €	375,66 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	11.076,39 €	0 €	0 €	8.588,56 €	0 €
Maximum	109.413,88 €	133.960,12 €	122.924,80 €	84.186,30 €	84.955,79 €	108.971,53 €

Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

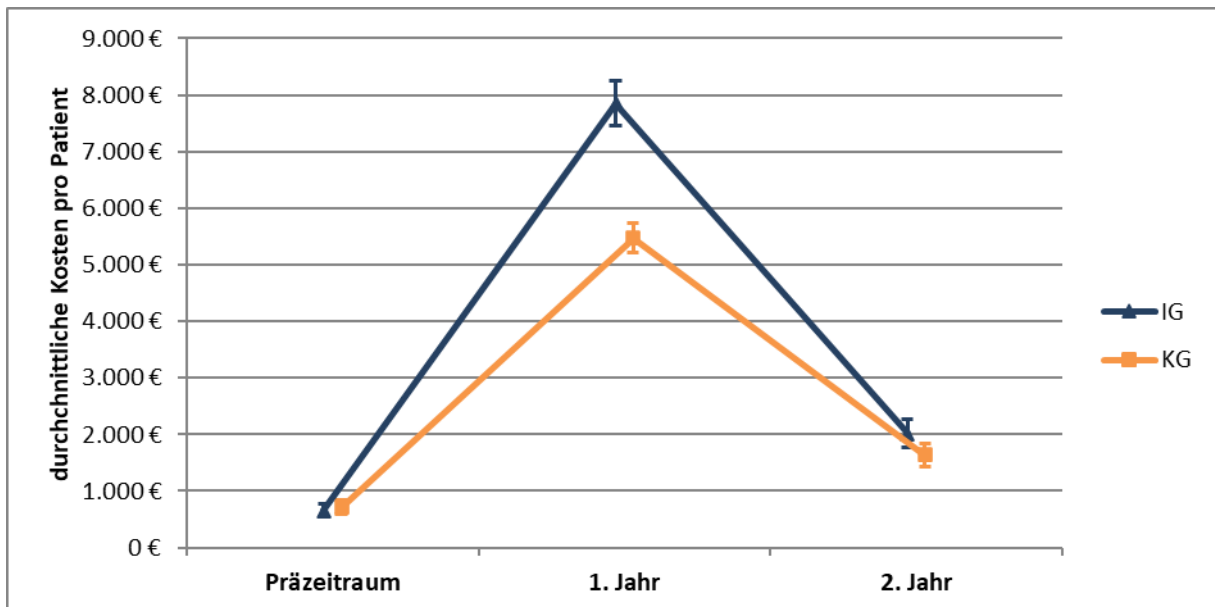


Tabelle 150: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	707,88 €	<0,001	707,88 €	<0,001	-1.281,66 €	<0,001
IG (vs. KG)	-55,78 €	0,507	-55,78 €	0,507	-47,98 €	0,532
Post (vs. Prä)	2.906,03 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	1.466,67 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			4.767,00 €	<0,001	5.207,47 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			928,21 €	<0,001	1.338,71 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2.434,41 €	<0,001	2.467,05 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			433,72 €	0,013	456,78 €	0,008
Alter (30-47 J. vs. U30)					-189,04 €	0,282
Alter (48-64 J. vs. U30)					167,63 €	0,345
Alter (Ü64 vs. U30)					301,24 €	0,127
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-45,96 €	0,694
F 00 (Demenz)					134,61 €	0,605
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-592,62 €	0,039
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.618,30 €	0,019
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-392,63 €	0,073
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-63,27 €	0,771
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					730,65 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.893,44 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.197,94 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					245,38 €	0,213
F 45 (Somatoforme Störungen)					-233,97 €	0,196
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-146,89 €	0,666
F 50 (Essstörungen)					2.326,72 €	0,040
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.282,13 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					639,06 €	0,125
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					278,35 €	0,682
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-259,16 €	0,632
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.155,65 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.791,14 €	0,036
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					779,02 €	0,019
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-267,00 €	0,072
R ²		0,045		0,099		0,163

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

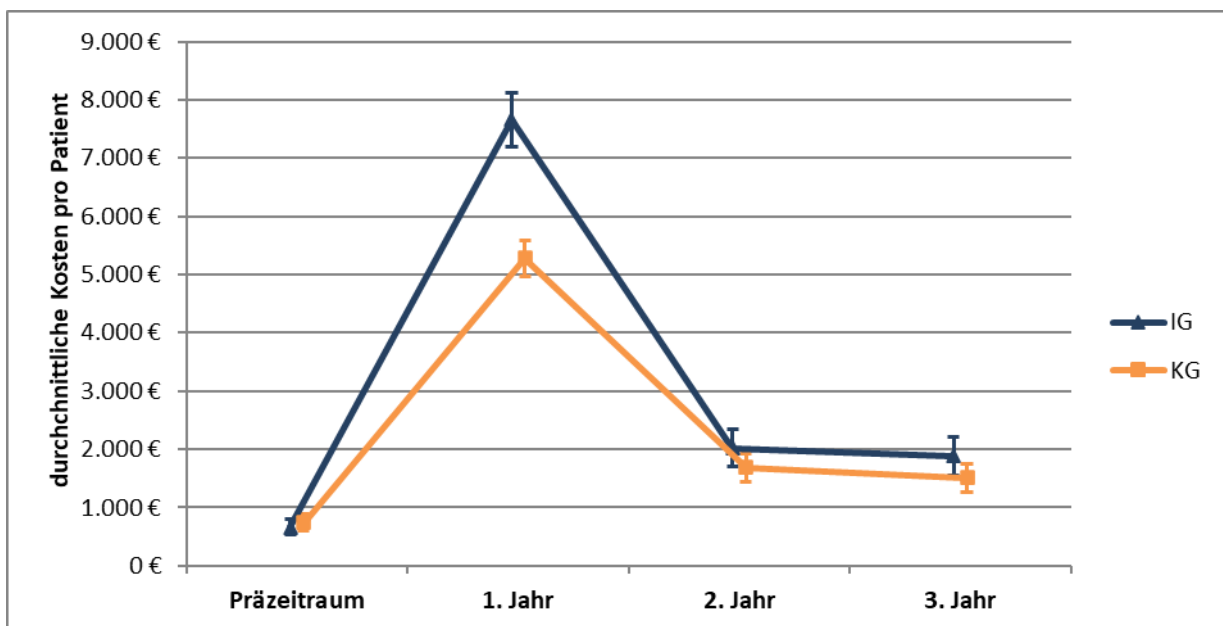
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 151: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	265	1658	393	292	271	1476	377	308
Mittelwert	663,67 €	7.658,02 €	2.018,59 €	1.886,33 €	740,93 €	5.276,35 €	1.690,69 €	1.508,01 €
Standardabweichung	3.854 €	13.027 €	8.385 €	8.625 €	4.132 €	8.769 €	6.467 €	6.423 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	2.162,29 €	0 €	0 €	0 €	409,71 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	10.552,31 €	0 €	0 €	0 €	8.307,30 €	0 €	0 €
Maximum	109.413,88 €	133.960,12 €	122.924,80 €	140.016,19 €	84.186,30 €	84.955,79 €	91.556,62 €	141.039,57 €

Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

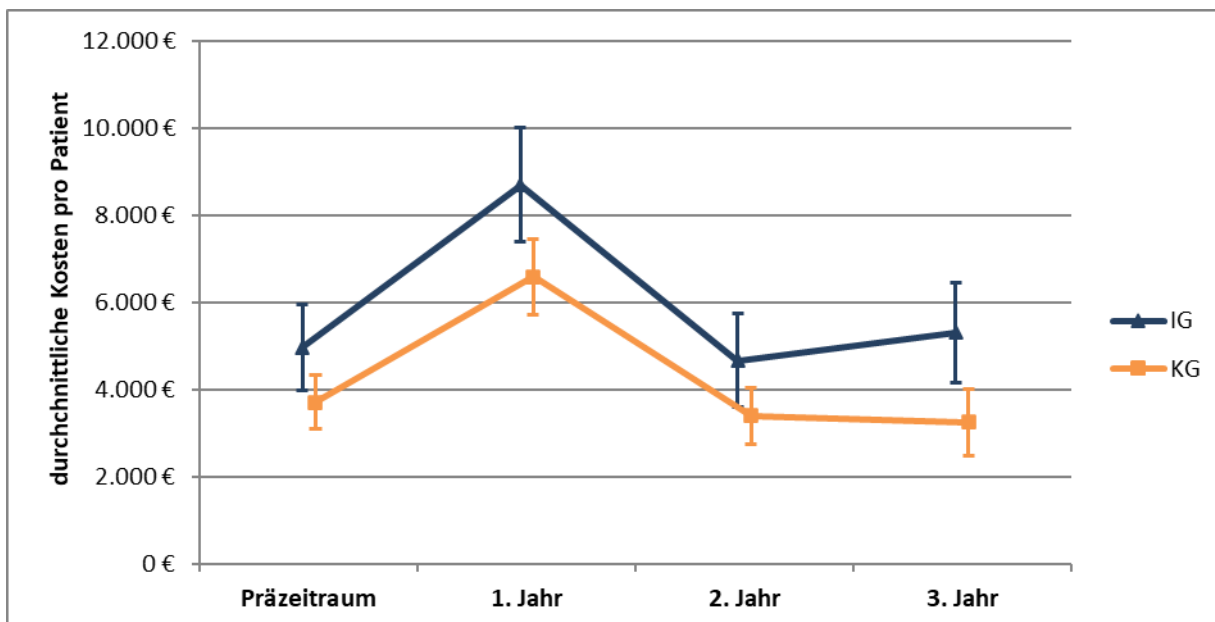


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	242	362	178	175	234	332	168	134
Mittelwert	4.961,89 €	8.686,15 €	4.665,64 €	5.303,53 €	3.706,78 €	6.588,62 €	3.401,56 €	3.247,33 €
Standardabweichung	12.978 €	17.363 €	13.771 €	14.476 €	8.033 €	11.492 €	8.358 €	9.756 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	1.444,18 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	4.885 €	10.421 €	2.486 €	2.664 €	4.448 €	9.627 €	825 €	0 €
Maximum	170.269 €	183.331 €	182.829 €	126.759 €	76.036 €	78.481 €	69.722 €	121.061 €

Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 153, Tabelle 155 und Abbildung 91) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 794,46 € höhere Kosten als die KG mit 540,06 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 16.648,37 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.871,65 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8.522,32 € signifikant ($p=0,002$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.058,28 €. In der KG sanken die Kosten auf 947,48 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 154, Tabelle 156 und Abbildung 92) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.948,07 € höhere Kosten als die KG mit 2.295,02 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 10.750,94 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.663,65 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3.434,24 € nicht signifikant ($p=0,241$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 763,49 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 987,61 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 157 und Abbildung 93) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 519,17 € mehr Kosten als die KG mit 495,28 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 14.199,61 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 9.832,27 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 158, Tabelle 159 und Abbildung 94) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 568,39 € geringere Kosten als die KG mit 610,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 13.235,05 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 9.515,84 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3.761,67 € signifikant ($p=0,011$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 4.204,51 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.992,20 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 159, Tabelle 161 und Abbildung 95) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 490,27 € etwas niedrigere Kosten als die KG mit 521,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 13.665,35 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.769,84 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.856,72 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.260,02 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 162, Abbildung 96) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.108,63 € höhere Kosten als die KG mit 1.951,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 13.647,59 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.452,24 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.989,43 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.262,20 €.

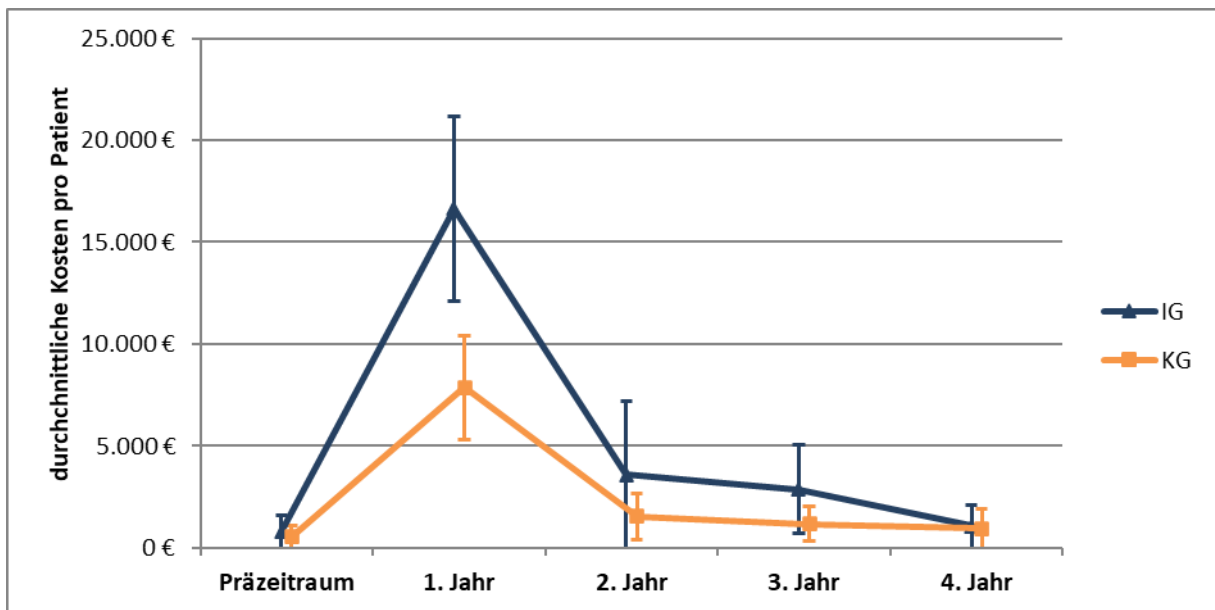
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	<10	86	20	15	<10	<10	65	12	14	<10
Mittelwert	794,46 €	16.648,37 €	3.582,88 €	2.875,35 €	1.058,28 €	540,06 €	7.871,65 €	1.542,67 €	1.178,48 €	947,48 €
Standardabweichung	5.650 €	25.087 €	22.476 €	12.024 €	6.981 €	4.270 €	14.341 €	6.334 €	4.897 €	6.203 €
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 €	4.073 €	0 €	0 €	0 €	0 €	910 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	25.575 €	0 €	0 €	0 €	0 €	8.606 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	58.339 €	150.897 €	238.190 €	86.027 €	71.371 €	45.916 €	72.633 €	42.664 €	37.153 €	60.444 €

Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 154: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	15	44	7	10	6	10	37	9	6	9
Mittelwert	3.948,07 €	10.750,94 €	744,19 €	1.574,17 €	763,49 €	2.295,02 €	5.663,65 €	1.921,71 €	1.783,02 €	987,61 €
Standardabweichung	14.395 €	17.940 €	3.421 €	6.644 €	3.784 €	8.470 €	10.668 €	7.294 €	7.880 €	4.146 €
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 €	1.167 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	15.919 €	0 €	0 €	0 €	0 €	8.504 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	71.843 €	70.302 €	27.015 €	38.921 €	27.120 €	57.362 €	59.931 €	39.205 €	57.743 €	28.403 €

Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

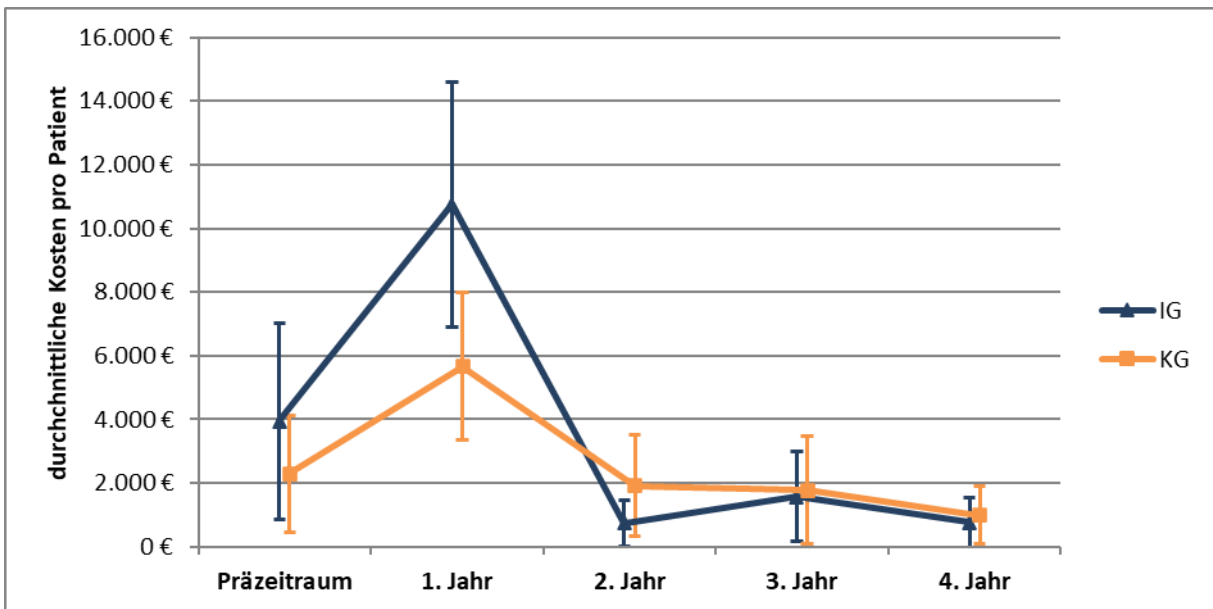


Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	540,06 €	0,164	540,06 €	0,165	-9.158,23 €	0,092
IG (vs. KG)	254,40 €	0,695	254,40 €	0,696	-89,66 €	0,890
Post (vs. Prä)	2.345,01 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	2.901,75 €	0,053				
1. Jahr (vs. Prä)			7.331,59 €	<0,001	7.147,35 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.002,61 €	0,155	818,37 €	0,375
3. Jahr (vs. Prä)			638,42 €	0,287	454,18 €	0,613
4. Jahr (vs. Prä)			407,42 €	0,520	223,17 €	0,797
IG x Jahr 1 (DiD)			8.522,32 €	0,002	8.846,28 €	0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			1.785,80 €	0,429	2.109,77 €	0,349
IG x Jahr 3 (DiD)			1.442,46 €	0,294	1.766,43 €	0,185
IG x Jahr 4 (DiD)			-143,60 €	0,891	180,36 €	0,848
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1.863,82 €	0,106
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-4.458,01 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					10.053,76 €	0,033
F 30-39 (Affektive Störungen)					7.367,05 €	0,100
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					5.919,37 €	0,198
F 45 (Somatoforme Störungen)					6.272,13 €	0,134
F 50 (Essstörungen)					9.333,35 €	0,004
F 70-79 (Intelligenzstörung)					6.955,70 €	0,190
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.358,47 €	0,256
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					7.854,93 €	0,145
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.732,65 €	0,034
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-9.336,73 €	0,129
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.782,83 €	0,343
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-963,84 €	0,239
R ²		0,023		0,121		0,187

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 156: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	2.295,02 €	0,014	2.295,02 €	0,015	1.716,86 €	0,517
IG (vs. KG)	1.653,05 €	0,366	1.653,05 €	0,367	790,79 €	0,550
Post (vs. Prä)	293,98 €	0,793				
IG x Post (DiD)	-783,85 €	0,697				
1. Jahr (vs. Prä)			3.368,63 €	0,023	2.687,29 €	0,264
2. Jahr (vs. Prä)			-373,31 €	0,768	-1.054,66 €	0,675
3. Jahr (vs. Prä)			-512,00 €	0,698	-1.193,34 €	0,636
4. Jahr (vs. Prä)			-1.307,41 €	0,222	-1.988,75 €	0,417
IG x Jahr 1 (DiD)			3.434,24 €	0,241	4.275,79 €	0,128
IG x Jahr 2 (DiD)			-2.830,57 €	0,170	-1.989,02 €	0,259
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.861,91 €	0,396	-1.020,37 €	0,595
IG x Jahr 4 (DiD)			-1.877,17 €	0,332	-1.035,63 €	0,518
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					590,98 €	0,343
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-650,39 €	0,580
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					13.325,70 €	0,004
F 30-39 (Affektive Störungen)					912,10 €	0,356
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.856,98 €	0,097
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.178,07 €	0,303
F 50 (Essstörungen)					7.483,94 €	0,010
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1.908,40 €	0,118
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-904,26 €	0,459
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-409,30 €	0,655
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					17.506,99 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3.247,21 €	0,197
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.793,65 €	0,430
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.336,67 €	0,416
R ²		0,003		0,088		0,264

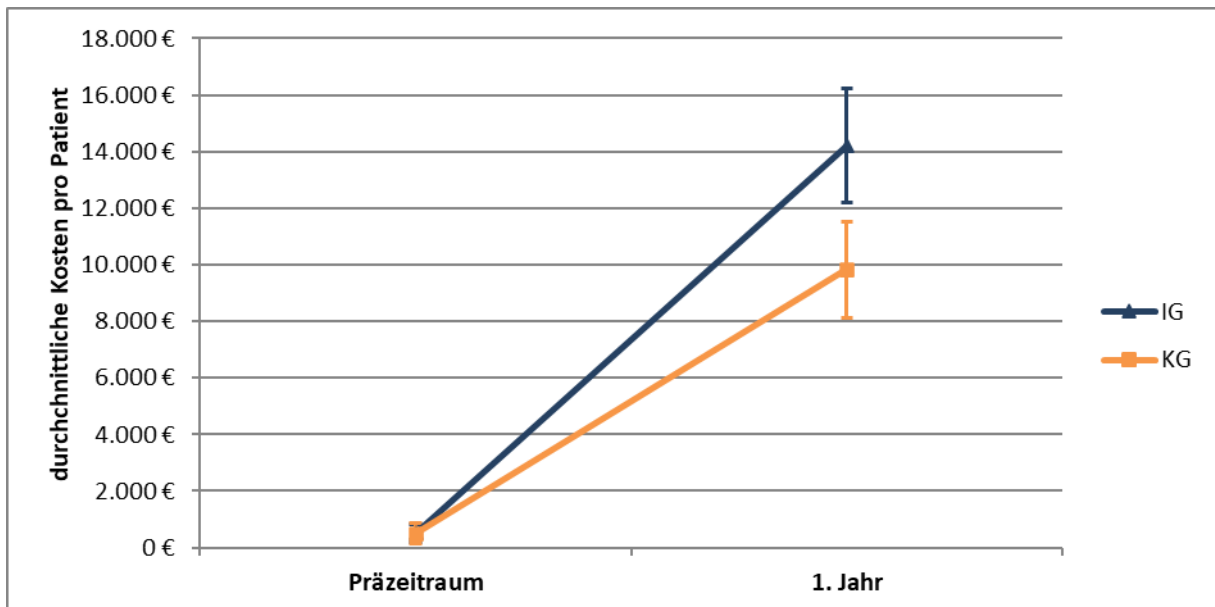
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	35	335	22	269
Mittelwert	519,17 €	14.199,61 €	495,28 €	9.832,27 €
Standardabweichung	3.595 €	23.050 €	4.281 €	19.498 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	2.980 €	0 €	1.127 €
75%-Perzentil	0 €	20.383 €	0 €	13.170 €
Maximum	58.339 €	153.504 €	55.019 €	239.133 €

Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 158: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	26	256	62	19	208	52
Mittelwert	568,39 €	13.235,05 €	4.204,51 €	610,84 €	9.515,84 €	1.992,20 €
Standardabweichung	4.014 €	22.050 €	19.433 €	4.847 €	19.454 €	7.710 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €
Median	0 €	2.675,62 €	0 €	0 €	1.115,39 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	19.175,85 €	0 €	0 €	11.132,52 €	0 €
Maximum	58.338,91 €	153.503,64 €	238.190,38 €	55.018,50 €	239.132,80 €	77.664,05 €

Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

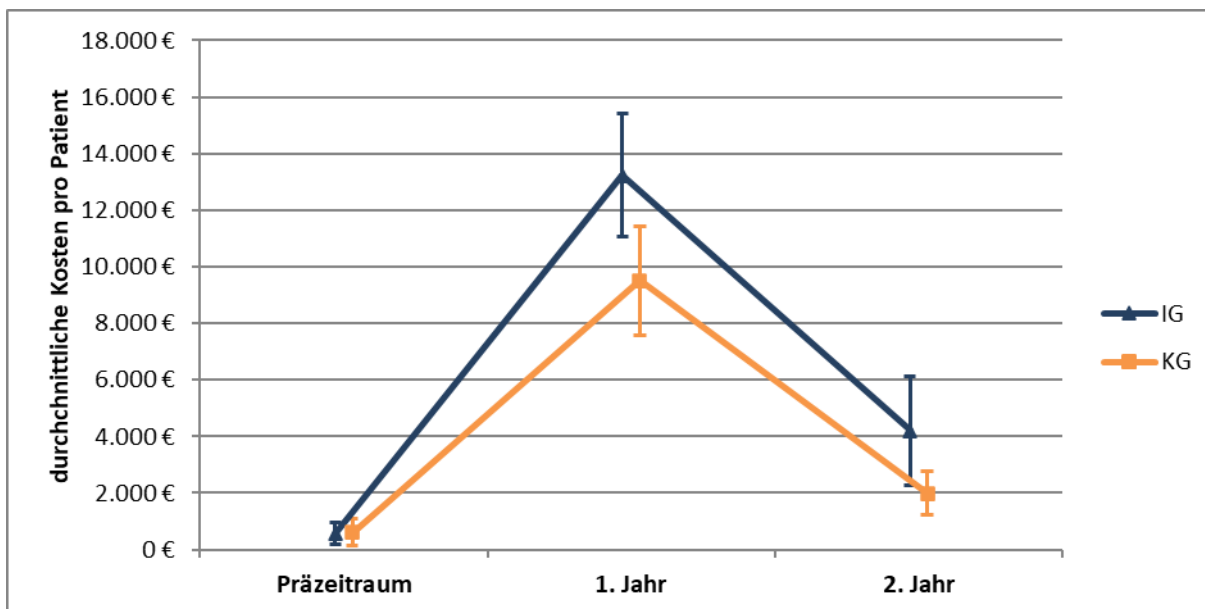


Tabelle 159: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	610,84 €	0,013	610,84 €	0,013	-6.576,26 €	0,010
IG (vs. KG)	-42,46 €	0,894	-42,46 €	0,894	-100,23 €	0,793
Post (vs. Prä)	5.143,18 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	3.008,22 €	0,005				
1. Jahr (vs. Prä)			8.904,99 €	<0,001	9.600,32 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.381,36 €	0,002	2.076,69 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			3.761,67 €	0,011	3.950,87 €	0,008
IG x Jahr 2 (DiD)			2.254,76 €	0,041	2.443,97 €	0,027
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1.623,24 €	0,029
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-496,82 €	0,804
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					14.588,84 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					5.626,88 €	0,010
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3.013,38 €	0,239
F 45 (Somatoforme Störungen)					4.372,48 €	0,210
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.329,26 €	0,554
F 50 (Essstörungen)					9.817,11 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.052,07 €	0,642
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					990,49 €	0,531
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3.443,29 €	0,139
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.046,77 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-913,35 €	0,815
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.352,57 €	0,334
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					206,54 €	0,614
R ²		0,046		0,093		0,146

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

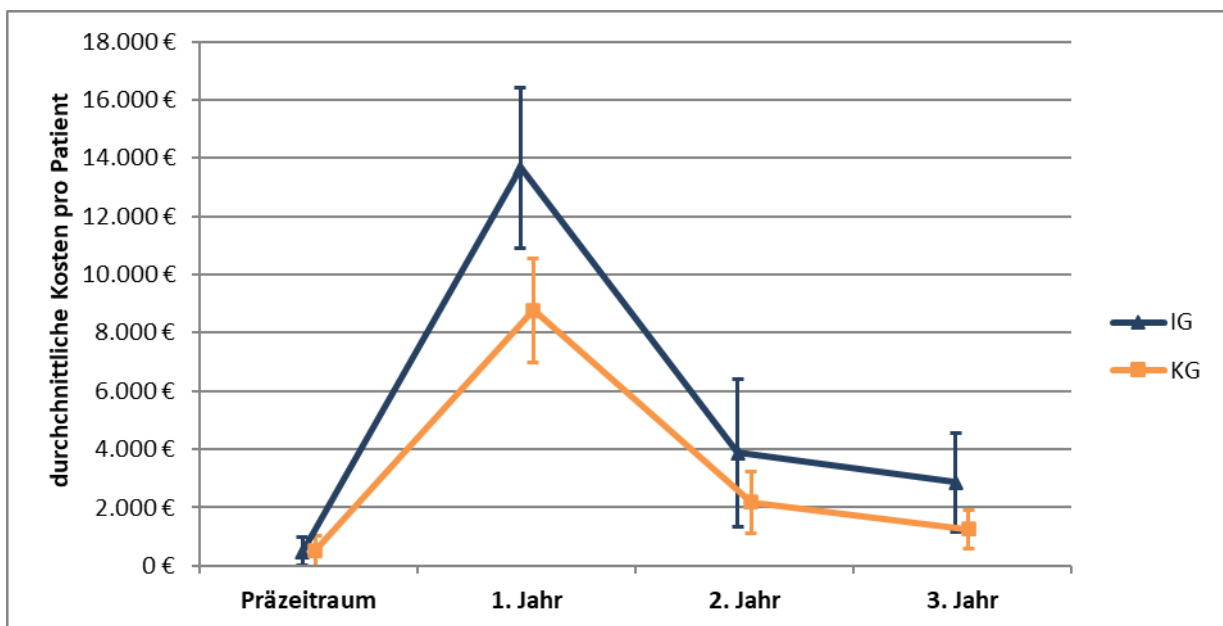
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	14	170	40	33	14	142	33	28
Mittelwert	490,27 €	13.665,35 €	3.884,69 €	2.856,72 €	521,84 €	8.769,84 €	2.189,28 €	1.260,02 €
Standardabweichung	4.021 €	22.243 €	20.566 €	13.729 €	4.514 €	14.717 €	8.681 €	5.421 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	2.597,93 €	0 €	0 €	0 €	1.154,76 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	20.843,26 €	0 €	0 €	0 €	12.578,09 €	0 €	0 €
Maximum	58.338,91 €	150.897,19 €	238.190,38 €	162.537,49 €	55.018,50 €	72.632,54 €	77.664,05 €	52.065,80 €

Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

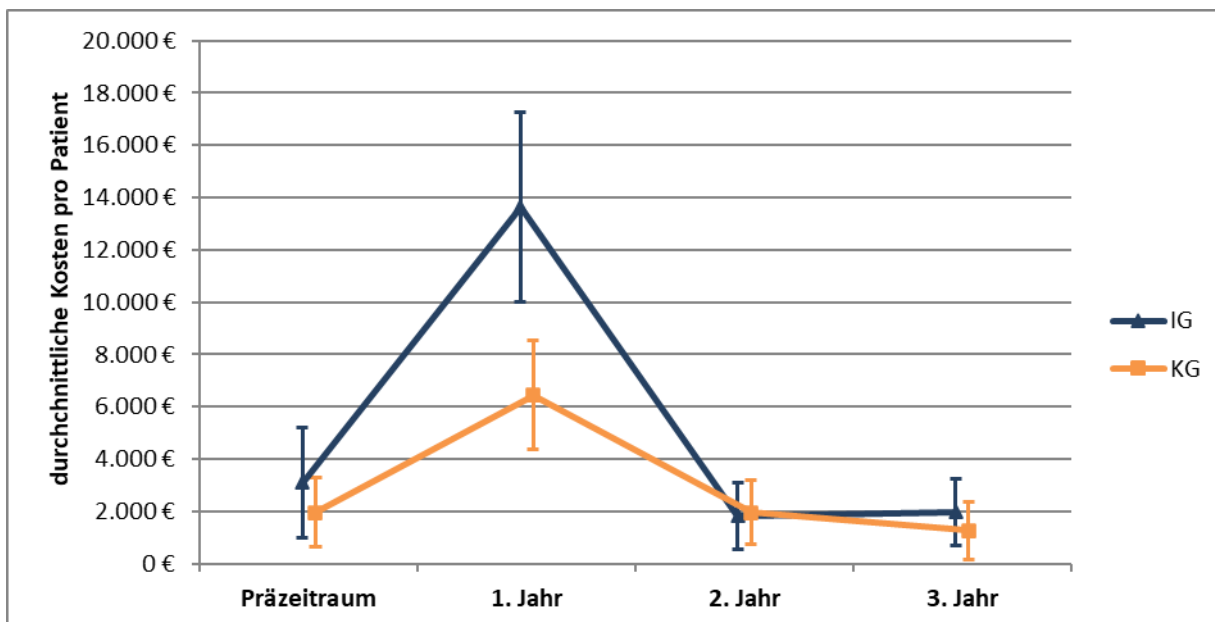


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	19	79	15	16	13	56	15	<10
Mittelwert	3.108,63 €	13.647,59 €	1.832,19 €	1.989,43 €	1.951,38 €	6.452,24 €	1.964,37 €	1.262,20 €
Standardabweichung	12.641 €	21.857 €	7.730 €	7.635 €	7.891 €	12.313 €	7.352 €	6.522 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	1.926,39 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	21.504 €	0 €	0 €	0 €	8.532 €	0 €	0 €
Maximum	71.843 €	135.184 €	58.393 €	45.429 €	57.362 €	59.931 €	45.302 €	57.743 €

Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Stationersetzende Leistungen wurden in allen Untersuchungsperspektiven nicht bzw. nur in sehr geringem Umfang in Anspruch genommen, sodass auf eine Ergebnisbeschreibung, Tabellen sowie Abbildungen verzichtet wird.

10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen umfassen die Kosten von teilstationären Behandlungen in psychiatrischen Fachabteilungen sowie in nicht psychiatrischen Abteilungen bei Vorliegen einer Diagnose aus Kapitel V des ICD-10-GM (F-Diagnosen) als Hauptdiagnose.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 162, Tabelle 164) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 63,46 € etwas geringere Kosten als die KG mit 102,77 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.253,51 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 965,97 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 326,85 € signifikant ($p=0,003$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 97,56 €. In der KG sanken die Kosten auf 99,17 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 163, Tabelle 165) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 343,92 € höhere Kosten als die KG mit 278,34 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 479,00 €. In der KG stiegen die Kosten auf 409,43 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3,98 € nicht signifikant ($p=0,978$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 130,06 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 49,26 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 166) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 44,35 € etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 49,03 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.250,49 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.046,44 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 167, Tabelle 168) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 46,27 € etwa gleiche Kosten wie die KG mit 48,81 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.258,82 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.051,32 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 210,04 € signifikant ($p=0,002$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 156,41 €. In der KG sanken die Kosten auf 175,51 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 169) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 44,29 € leicht geringere Kosten als die KG mit 64,09 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.294,00 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.007,02 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 104,60 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 108,13 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 170) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 274,59 € etwas mehr Kosten als die KG mit 213,40 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 570,40 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 524,35 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 156,75 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 129,81 €.

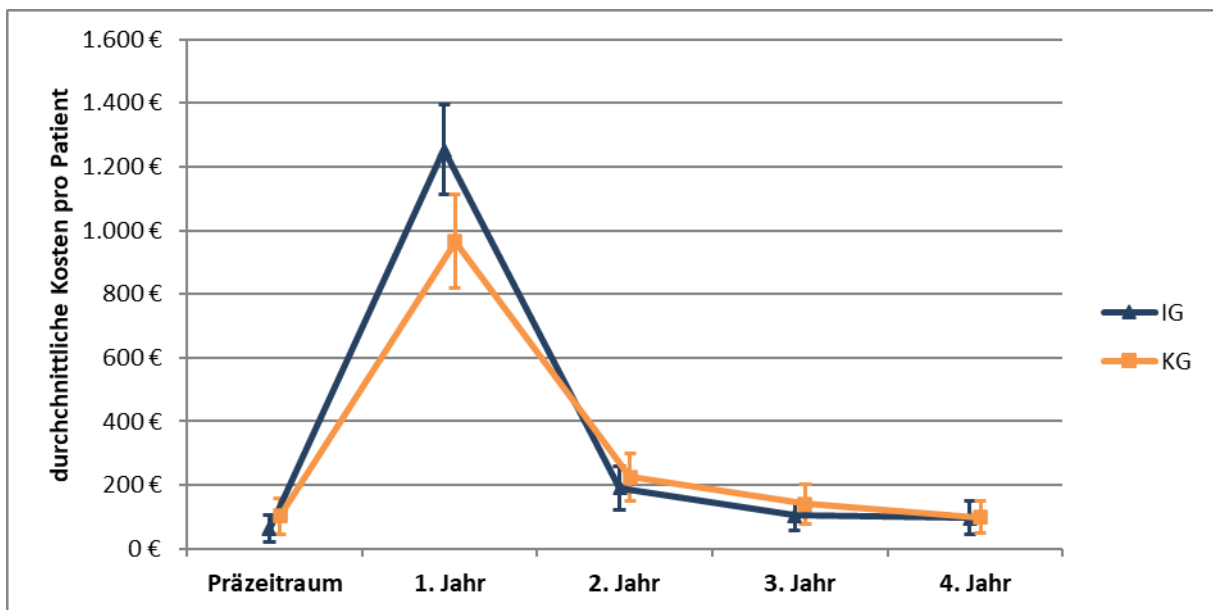
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 162: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	17	319	44	26	20	24	210	48	28	19
Mittelwert	63,46 €	1.253,51 €	190,72 €	103,99 €	97,56 €	102,77 €	965,97 €	225,05 €	140,56 €	99,17 €
Standardabweichung	812,95 €	2.812,36 €	1.288,35 €	876,15 €	957,35 €	1.112,52 €	2.877,15 €	1.439,95 €	1.182,96 €	919,28 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	22.037 €	18.438 €	21.858 €	13.015 €	19.123 €	26.949 €	23.881 €	20.084 €	21.308 €	13.995 €

Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 163: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	37	49	17	12	9	24	29	12	8	4
Mittelwert	343,92 €	479,00 €	231,46 €	132,07 €	130,06 €	278,34 €	409,43 €	165,75 €	110,35 €	49,26 €
Standardabweichung	1.806,94 €	1.706,02 €	1.389,29 €	968,62 €	1.155,05 €	1.428,74 €	1.876,88 €	1.277,08 €	955,14 €	556,40 €
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	23.917 €	12.120 €	12.667 €	12.007 €	18.760 €	11.740 €	12.880 €	14.238 €	11.663 €	8.306 €

Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

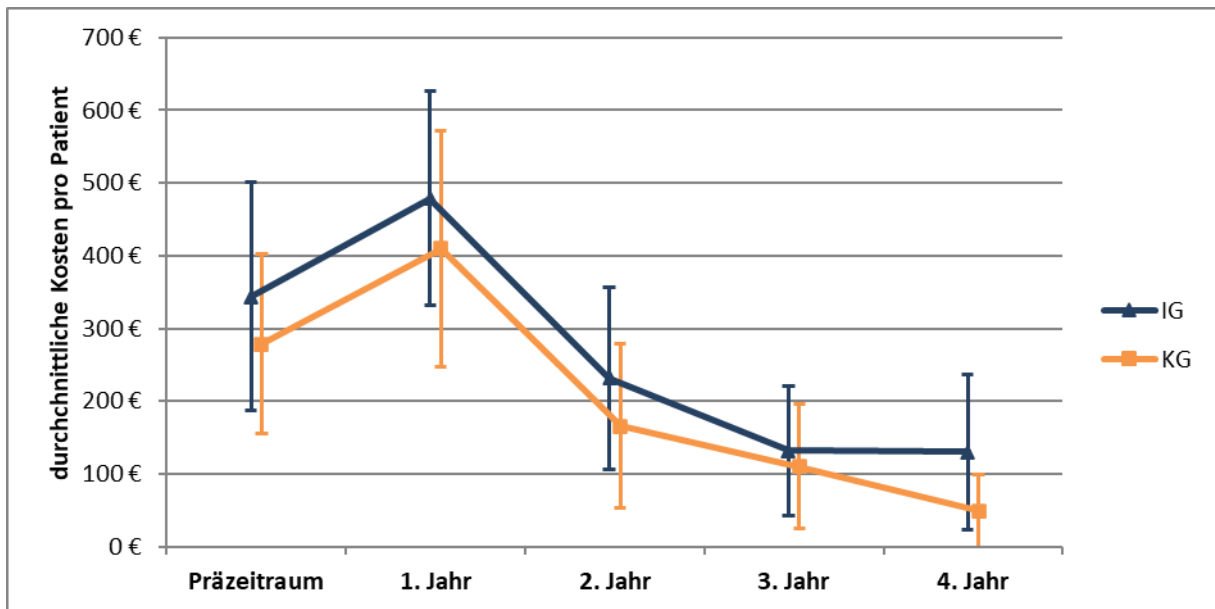


Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	102,77 €	<0,001	102,77 €	<0,001	-44,66 €	0,406
IG (vs. KG)	-39,31 €	0,270	-39,31 €	0,270	-8,28 €	0,735
Post (vs. Prä)	271,24 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	99,31 €	0,048				
1. Jahr (vs. Prä)			863,20 €	<0,001	940,68 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			122,28 €	0,011	186,83 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			37,79 €	0,372	95,27 €	0,017
4. Jahr (vs. Prä)			-3,60 €	0,923	47,49 €	0,174
IG x Jahr 1 (DiD)			326,85 €	0,003	299,65 €	0,005
IG x Jahr 2 (DiD)			4,98 €	0,937	-20,72 €	0,716
IG x Jahr 3 (DiD)			2,74 €	0,959	-21,69 €	0,637
IG x Jahr 4 (DiD)			37,70 €	0,434	14,92 €	0,717
Alter (30-47 J. vs. U30)					20,55 €	0,658
Alter (48-64 J. vs. U30)					0,85 €	0,985
Alter (Ü64 vs. U30)					-71,72 €	0,198
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					35,92 €	0,230
F 00 (Demenz)					-212,73 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-171,73 €	<0,001
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					259,61 €	0,564
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-182,72 €	0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-173,70 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-131,88 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-86,31 €	0,053
F 30-39 (Affektive Störungen)					229,25 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					72,22 €	0,207
F 45 (Somatoforme Störungen)					-119,53 €	0,005
F 40-48 (ohne F43 und F45)					118,88 €	0,293
F 50 (Essstörungen)					175,71 €	0,398
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					177,94 €	0,216
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-207,52 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					197,98 €	0,290
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-75,17 €	0,622
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-140,66 €	0,086
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.983,65 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					146,17 €	0,208
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-15,10 €	0,584
R ²		0,006		0,059		0,111
Intercept	102,77 €	<0,001	102,77 €	<0,001	-44,66 €	0,406

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 165: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	278,34 €	<0,001	278,34 €	<0,001	173,78 €	0,191
IG (vs. KG)	65,58 €	0,519	65,58 €	0,519	-80,46 €	0,189
Post (vs. Prä)	-89,38 €	0,167				
IG x Post (DiD)	-4,08 €	0,968				
1. Jahr (vs. Prä)			131,10 €	0,181	343,49 €	0,004
2. Jahr (vs. Prä)			-112,58 €	0,159	94,38 €	0,361
3. Jahr (vs. Prä)			-167,99 €	0,017	35,88 €	0,711
4. Jahr (vs. Prä)			-229,08 €	<0,001	-25,39 €	0,782
IG x Jahr 1 (DiD)			3,98 €	0,978	136,43 €	0,268
IG x Jahr 2 (DiD)			0,12 €	>0,999	133,71 €	0,192
IG x Jahr 3 (DiD)			-43,86 €	0,687	88,95 €	0,284
IG x Jahr 4 (DiD)			15,22 €	0,887	144,83 €	0,065
Alter (30-47 J. vs. U30)					-53,26 €	0,549
Alter (48-64 J. vs. U30)					-88,15 €	0,307
Alter (Ü64 vs. U30)					-28,76 €	0,786
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-61,49 €	0,153
F 00 (Demenz)					-224,33 €	0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-85,75 €	0,494
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					228,72 €	0,403
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-206,20 €	0,005
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-174,90 €	0,009
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-163,83 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-87,87 €	0,183
F 30-39 (Affektive Störungen)					108,71 €	0,058
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					277,74 €	0,021
F 45 (Somatoforme Störungen)					-103,37 €	0,097
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-193,87 €	0,015
F 50 (Essstörungen)					764,87 €	0,249
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					96,71 €	0,510
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-177,51 €	0,089
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-216,61 €	0,004
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-82,79 €	0,510
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-39,98 €	0,579
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.145,65 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					63,51 €	0,380
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-47,90 €	0,171
R ²		0,001		0,009		0,194

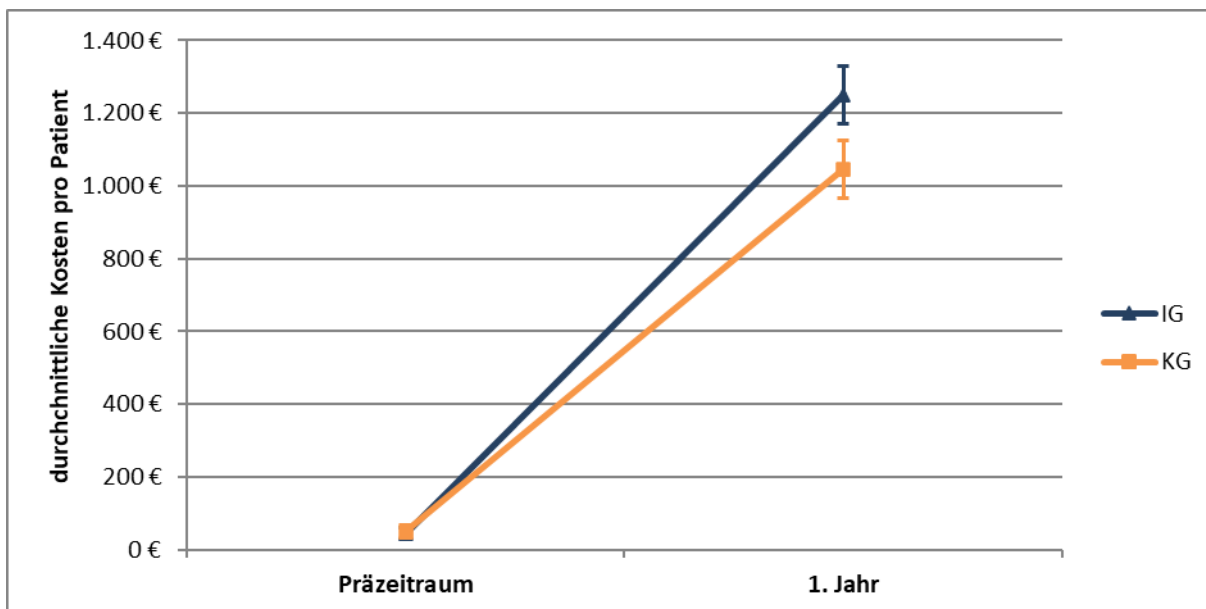
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 166: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	50	1092	44	804
Mittelwert	44,35 €	1.250,49 €	49,03 €	1.046,44 €
Standardabweichung	599,85 €	3.099,45 €	707,41 €	3.031,85 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	22.037 €	31.690 €	26.949 €	29.954 €

Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 167: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	36	867	113	34	635	112
Mittelwert	46,27 €	1.258,82 €	156,41 €	48,81 €	1.051,32 €	175,51 €
Standardabweichung	642,93 €	3.047,85 €	1.176,76 €	719,01 €	2.999,93 €	1.269,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	22.037,00 €	28.941,86 €	28.651,75 €	26.949,23 €	29.953,74 €	20.084,05 €

Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

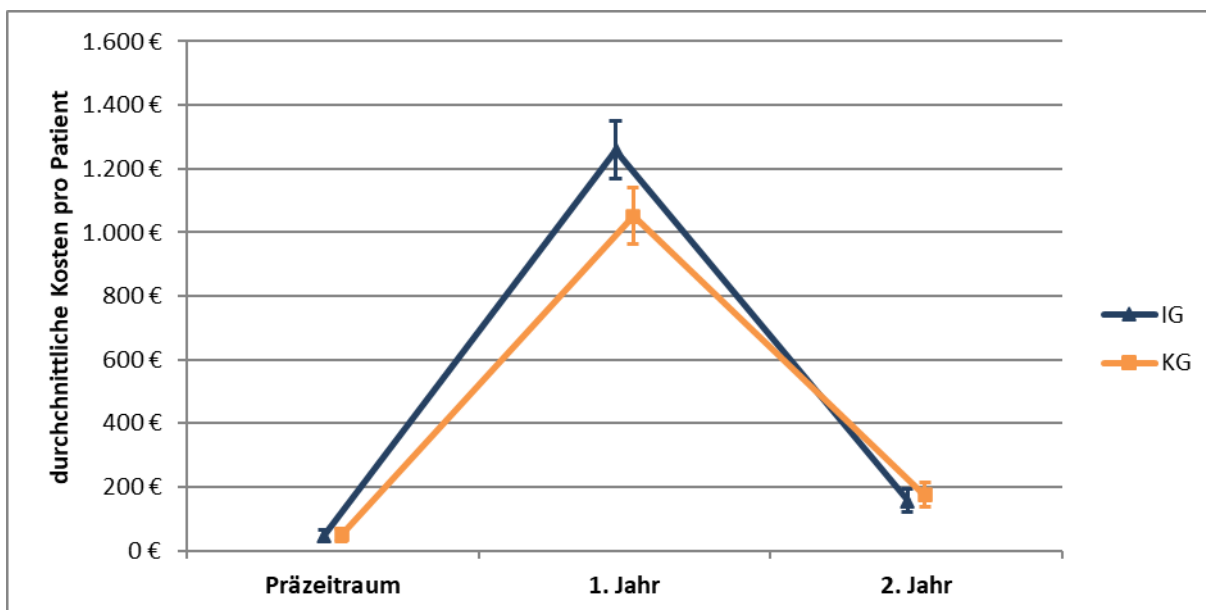


Tabelle 168: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	48,81 €	<0,001	48,81 €	<0,001	9,03 €	0,824
IG (vs. KG)	-2,54 €	0,862	-2,54 €	0,862	-11,41 €	0,327
Post (vs. Prä)	577,94 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	100,60 €	0,012				
1. Jahr (vs. Prä)			1.002,51 €	<0,001	972,77 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			126,70 €	<0,001	83,31 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			210,04 €	0,002	212,91 €	0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-16,56 €	0,590	-16,47 €	0,567
Alter (30-47 J. vs. U30)					13,52 €	0,734
Alter (48-64 J. vs. U30)					-22,28 €	0,581
Alter (Ü64 vs. U30)					-188,86 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					30,78 €	0,223
F 00 (Demenz)					-193,43 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-178,38 €	<0,001
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-47,30 €	0,753
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-170,85 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-167,73 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-274,95 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-105,60 €	0,006
F 30-39 (Affektive Störungen)					384,92 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					139,28 €	0,004
F 45 (Somatoforme Störungen)					-151,93 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					258,67 €	0,019
F 50 (Essstörungen)					163,83 €	0,312
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					52,08 €	0,588
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-356,52 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					113,63 €	0,435
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-175,94 €	0,071
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					46,47 €	0,143
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.805,16 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					34,50 €	0,503
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-92,36 €	<0,001
R ²		0,023		0,063		0,112

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

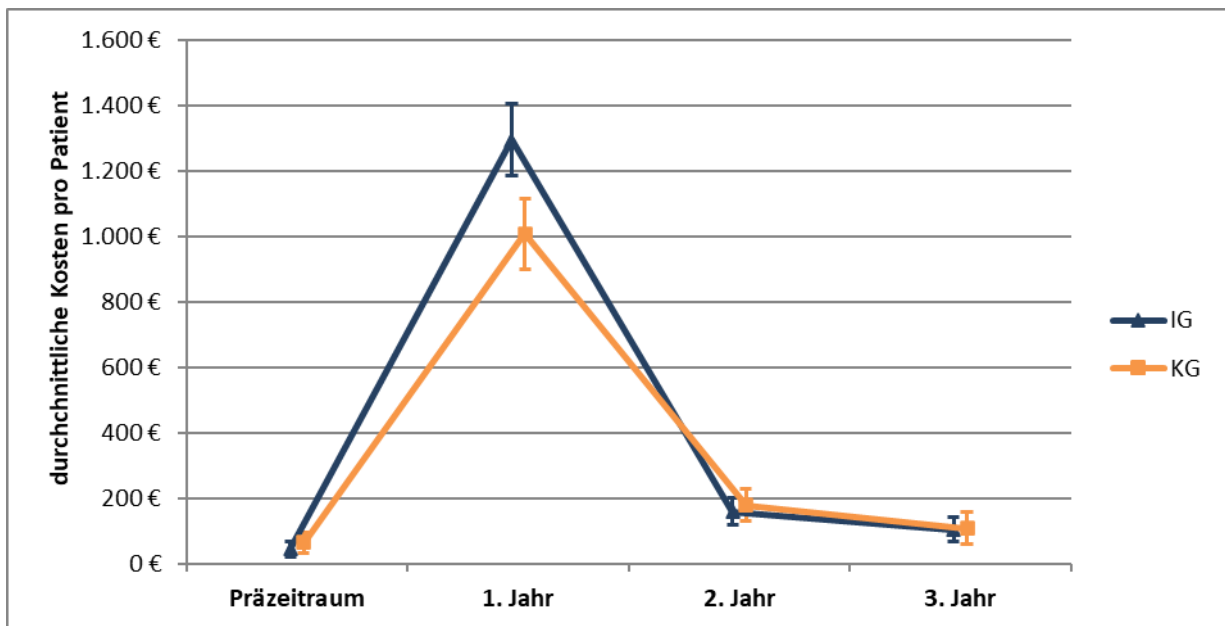
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 169: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	23	611	79	44	30	412	77	36
Mittelwert	44,29 €	1.294,00 €	158,52 €	104,60 €	64,09 €	1.007,02 €	178,11 €	108,13 €
Standardabweichung	659,98 €	3.011,27 €	1.115,75 €	939,08 €	838,84 €	2.975,35 €	1.297,77 €	1.259,44 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	22.037,00 €	28.688,92 €	21.857,62 €	16.318,70 €	26.949,23 €	29.953,74 €	20.084,05 €	42.058,71 €

Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

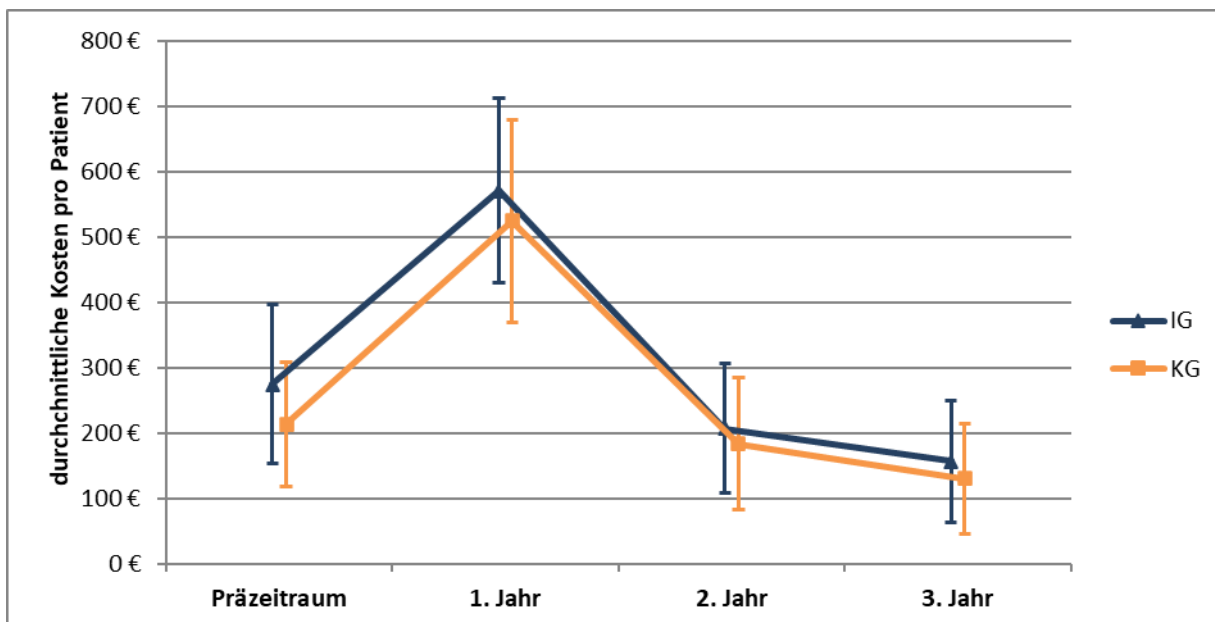


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	39	76	22	15	24	57	17	12
Mittelwert	274,59 €	570,40 €	206,80 €	156,75 €	213,40 €	524,35 €	183,17 €	129,81 €
Standardabweichung	1.602,78 €	1.870,91 €	1.273,32 €	1.172,47 €	1.256,29 €	2.053,51 €	1.309,25 €	1.064,96 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	23.916,64 €	12.119,52 €	12.666,96 €	14.735,62 €	11.739,68 €	16.968,14 €	14.237,86 €	13.930,65 €

Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 171, Tabelle 173 und Abbildung 103) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen teilstationären Kosten von 0,00 € keine Kosten, ähnlich wie die KG mit 13,87 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3.113,09 €. In der KG stiegen die Kosten auf 3.274,66 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 147,70 € nicht signifikant ($p=0,868$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 164,92 €. In der KG sanken die Kosten auf 13,26 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 172, Tabelle 174 und Abbildung 104) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen teilstationären Kosten von 806,80 € geringere Kosten als die KG mit 1.011,17 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4.975,33 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.818,22 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.361,48 € nicht signifikant ($p=0,076$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0,00 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 233,77 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 175 und Abbildung 105) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 237,33 € höhere Kosten als die KG mit 46,81 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 3.880,00 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.714,15 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 176, Tabelle 177 und Abbildung 106) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 276,70 € höhere Kosten als die KG mit 60,64 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 3.673,39 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.752,78 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 704,56 € nicht signifikant ($p=0,199$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 670,12 €. In der KG sanken die Kosten auf 637,06 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 178 und Abbildung 107) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 122,55 € höhere Kosten als die KG mit 64,70 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3.710,10 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.665,07 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 444,78 €. In der KG sanken die Kosten auf 58,11 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 179 und Abbildung 108) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 496,21 € geringere Kosten als die KG mit 730,59 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.221,21 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4.422,90 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,00 €. In der KG sanken die Kosten auf 86,94 €.

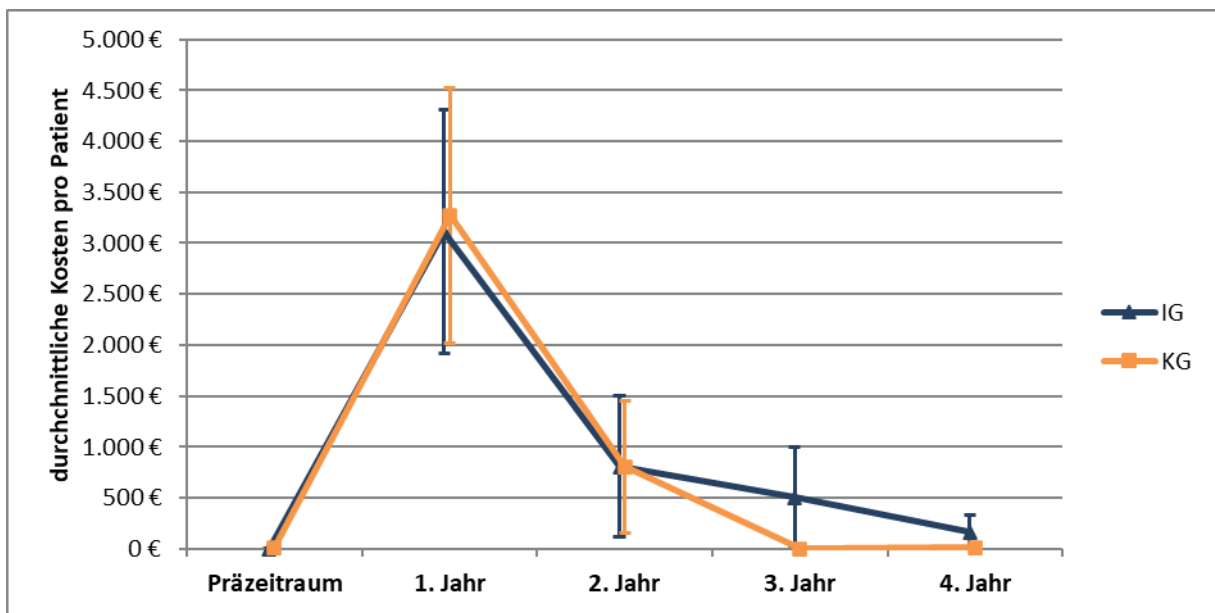
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	0	31	<10	<10	<10	<10	31	11	0	<10
Mittelwert	0,00 €	3.113,09 €	805,11 €	503,63 €	164,92 €	13,87 €	3.274,66 €	805,60 €	0,00 €	13,26 €
Standardabweichung	0,00 €	6.660,73 €	3.840,26 €	2.727,37 €	1.791,47 €	152,56 €	7.030,62 €	3.637,01 €	0,00 €	145,88 €
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 €	1.866 €	0 €	0 €	0 €	0 €	738 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	33.196 €	26.410 €	21.955 €	19.460 €	1.678 €	32.235 €	26.248 €	0 €	1.605 €

Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 172: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	<10	33	<10	0	0	<10	17	<10	<10	<10
Mittelwert	806,80 €	4.975,33 €	252,85 €	0,00 €	0,00 €	1.011,17 €	2.818,22 €	74,56 €	145,25 €	233,77 €
Standardabweichung	3.266,42 €	7.650,00 €	1.734,07 €	0,00 €	0,00 €	4.277,70 €	6.946,77 €	468,89 €	836,15 €	1.666,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	7.856 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	16.376 €	25.882 €	14.453 €	0 €	0 €	22.176 €	31.975 €	3.980 €	6.159 €	14.773 €

Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

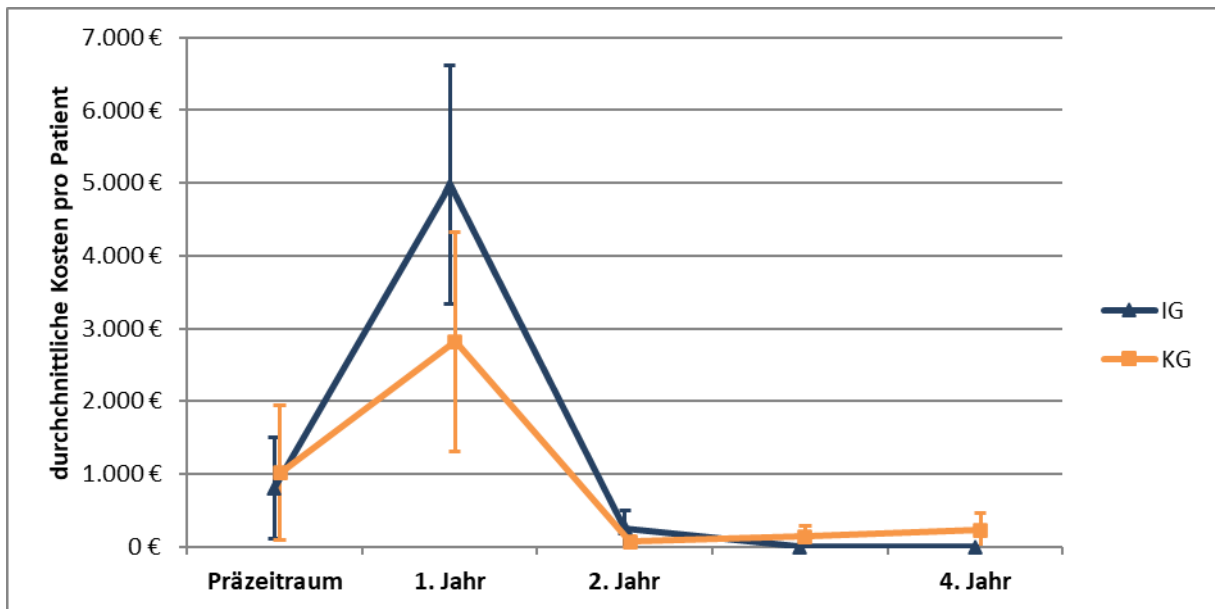


Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	13,87 €	0,317	13,87 €	0,318	-606,01 €	0,158
IG (vs. KG)	-13,87 €	0,317	-13,87 €	0,318	37,62 €	0,409
Post (vs. Prä)	1.009,51 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	137,17 €	0,625				
1. Jahr (vs. Prä)			3.260,79 €	<0,001	3.245,52 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			791,73 €	0,017	776,46 €	0,022
3. Jahr (vs. Prä)			-13,87 €	0,318	-29,14 €	0,691
4. Jahr (vs. Prä)			-0,61 €	0,318	-15,88 €	0,833
IG x Jahr 1 (DiD)			-147,70 €	0,868	-163,89 €	0,854
IG x Jahr 2 (DiD)			13,38 €	0,978	-2,81 €	0,995
IG x Jahr 3 (DiD)			517,50 €	0,040	501,31 €	0,047
IG x Jahr 4 (DiD)			165,52 €	0,317	149,34 €	0,371
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-90,70 €	0,715
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-843,78 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.616,91 €	0,102
F 30-39 (Affektive Störungen)					729,41 €	0,079
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					460,96 €	0,279
F 45 (Somatoforme Störungen)					268,85 €	0,540
F 50 (Essstörungen)					283,39 €	0,529
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-331,33 €	0,451
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-490,32 €	0,140
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					619,19 €	0,158
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					225,59 €	0,244
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.289,16 €	0,005
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-145,41 €	0,318
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-42,50 €	0,602
R ²		0,013		0,099		0,107

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 174: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.011,17 €	0,032	1.011,17 €	0,033	-733,85 €	0,325
IG (vs. KG)	-204,37 €	0,730	-204,37 €	0,731	26,62 €	0,918
Post (vs. Prä)	-193,22 €	0,716				
IG x Post (DiD)	693,47 €	0,312				
1. Jahr (vs. Prä)			1.807,05 €	0,055	3.257,67 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-936,61 €	0,051	514,01 €	0,416
3. Jahr (vs. Prä)			-865,92 €	0,075	584,69 €	0,360
4. Jahr (vs. Prä)			-777,40 €	0,131	673,22 €	0,300
IG x Jahr 1 (DiD)			2.361,48 €	0,076	2.237,57 €	0,060
IG x Jahr 2 (DiD)			382,66 €	0,544	258,75 €	0,419
IG x Jahr 3 (DiD)			59,13 €	0,922	-64,79 €	0,810
IG x Jahr 4 (DiD)			-29,40 €	0,963	-153,32 €	0,627
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-282,23 €	0,308
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-1.486,84 €	0,006
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.860,63 €	0,126
F 30-39 (Affektive Störungen)					353,44 €	0,301
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.270,76 €	0,006
F 45 (Somatoforme Störungen)					-179,52 €	0,633
F 50 (Essstörungen)					-140,29 €	0,767
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.196,37 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-776,71 €	0,021
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					140,23 €	0,717
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					675,66 €	0,267
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13.825,13 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					293,88 €	0,506
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					146,97 €	0,701
R ²		0,003		0,146		0,310

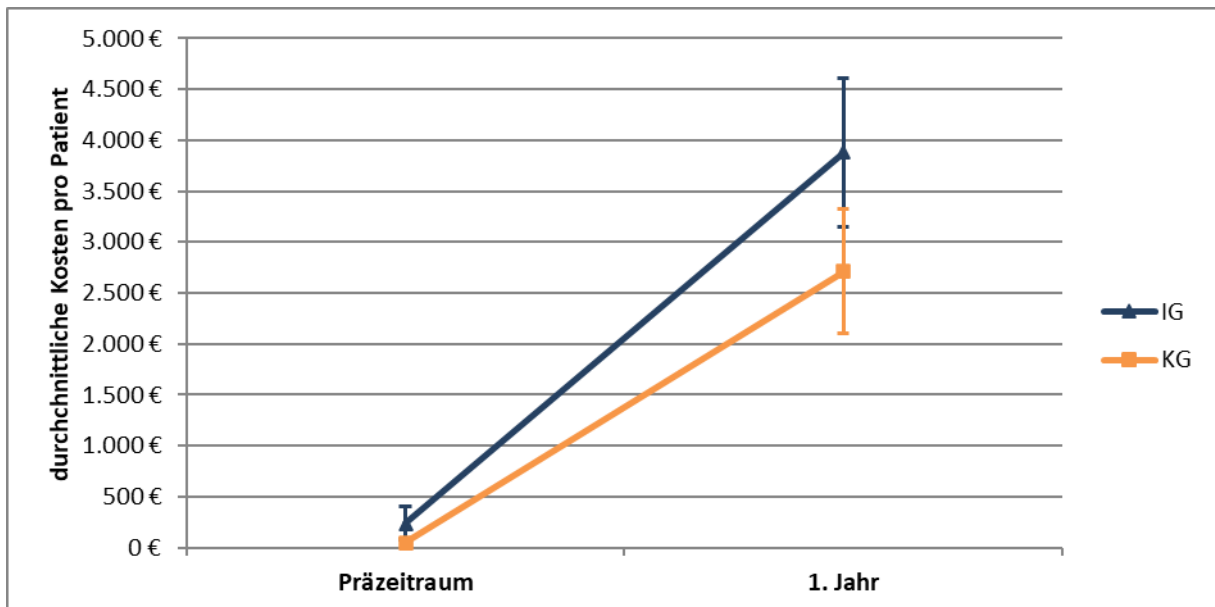
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	<10	122	<10	101
Mittelwert	237,33 €	3.880,00 €	46,81 €	2.714,15 €
Standardabweichung	1.878,92 €	8.341,02 €	739,06 €	6.936,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	23.152 €	42.891 €	15.016 €	35.755 €

Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 176: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	<10	93	23	<10	81	22
Mittelwert	276,70 €	3.673,39 €	670,12 €	60,64 €	2.752,78 €	637,06 €
Standardabweichung	2.051,64 €	8.122,32 €	3.221,18 €	840,99 €	6.972,28 €	3.285,73 €
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	23.152,14 €	38.217,81 €	26.409,92 €	15.015,77 €	35.754,52 €	26.516,69 €

Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

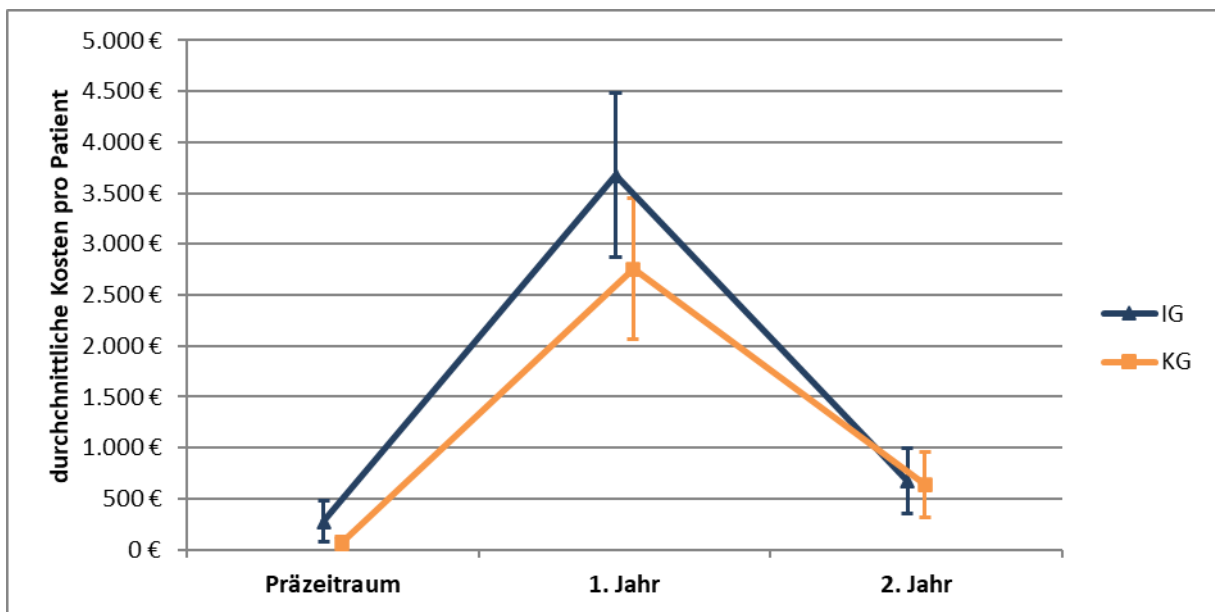


Tabelle 177: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	60,64 €	0,155	60,64 €	0,155	-32,15 €	0,933
IG (vs. KG)	216,06 €	0,054	216,06 €	0,055	86,81 €	0,135
Post (vs. Prä)	1.634,27 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	260,78 €	0,401				
1. Jahr (vs. Prä)			2.692,13 €	<0,001	2.783,73 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			576,42 €	<0,001	668,01 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			704,56 €	0,199	863,68 €	0,113
IG x Jahr 2 (DiD)			-182,99 €	0,443	-23,87 €	0,919
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-312,61 €	0,171
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-1.196,27 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2.035,92 €	0,107
F 30-39 (Affektive Störungen)					156,05 €	0,665
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					713,88 €	0,076
F 45 (Somatoforme Störungen)					371,14 €	0,524
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-858,90 €	0,045
F 50 (Essstörungen)					-86,44 €	0,836
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1.203,62 €	0,002
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-164,27 €	0,722
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					33,14 €	0,931
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-51,22 €	0,850
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					12.003,37 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					184,12 €	0,430
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-10,71 €	0,876
R ²		0,029		0,074		0,105

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

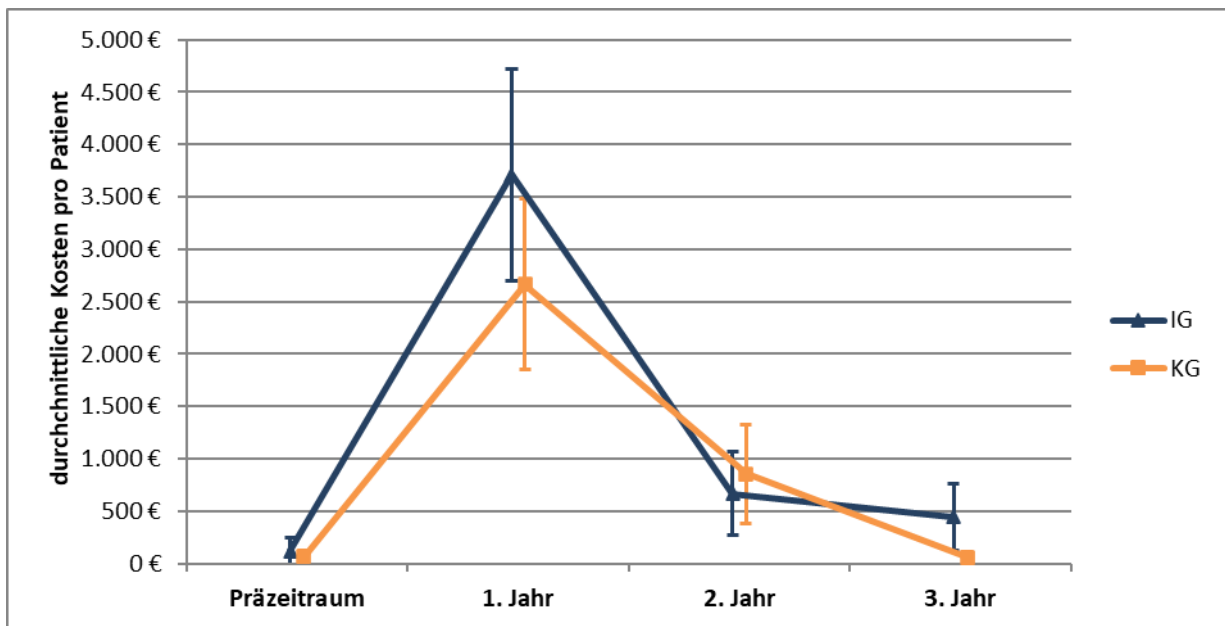
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	<10	65	16	<10	<10	52	19	<10
Mittelwert	122,55 €	3.710,10 €	669,53 €	444,78 €	64,70 €	2.665,07 €	859,45 €	58,11 €
Standardabweichung	1.175,59 €	8.154,01 €	3.210,42 €	2.552,58 €	940,26 €	6.687,55 €	3.867,66 €	575,35 €
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 €	1.325 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	13.210,85 €	38.217,81 €	26.409,92 €	21.954,89 €	15.015,77 €	35.754,52 €	26.516,69 €	6.884,92 €

Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

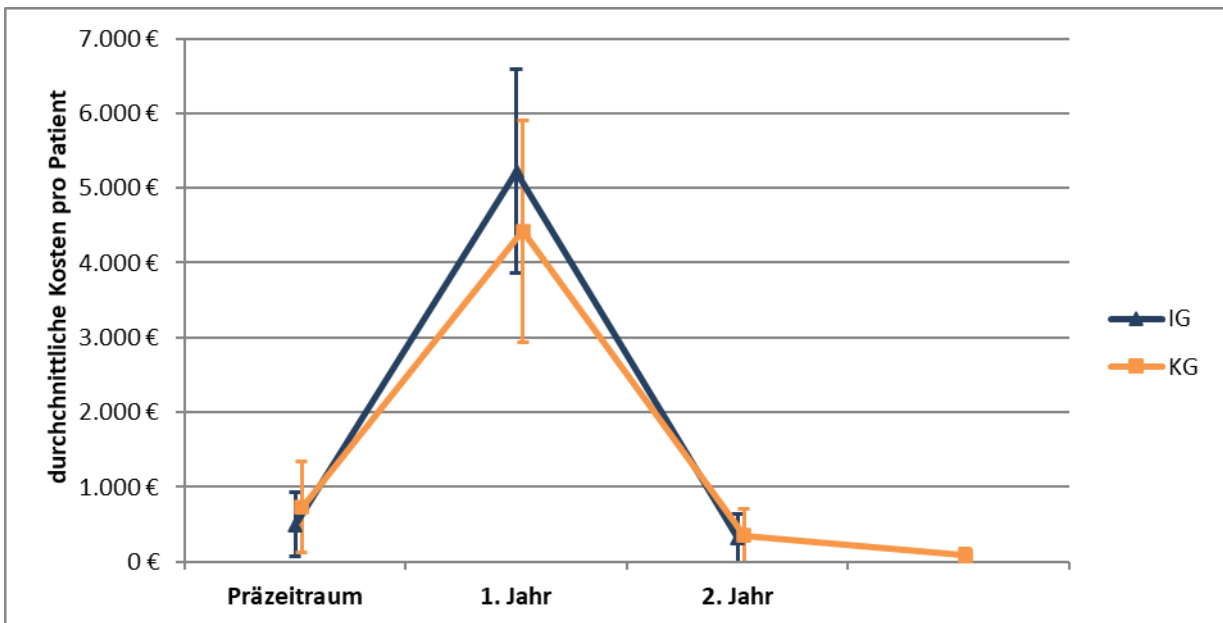


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	<10	61	<10	0	<10	41	<10	<10
Mittelwert	496,21 €	5.221,21 €	319,02 €	0,00 €	730,59 €	4.422,90 €	351,67 €	86,94 €
Standardabweichung	2.564,34 €	8.194,82 €	2.369,19 €	0,00 €	3.625,76 €	8.886,19 €	2.842,49 €	649,24 €
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 €	7.981 €	0 €	0 €	0 €	3.102 €	0 €	0 €
Maximum	16.376,16 €	37.068,19 €	23.104,07 €	0,00 €	22.175,88 €	43.579,57 €	31.347,56 €	6.159,13 €

Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz umfassen die Kosten von PIA-Leistungen nach § 118 SGB V, exklusive Zuschläge für Ausgleichsleistungen und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 180, Tabelle 182) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 19,64 € etwa gleiche Kosten wie die KG mit 21,59 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 309,58 €. In der KG stiegen die Kosten auf 345,01 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 33,47 € signifikant ($p=0,037$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 124,68 €. In der KG sanken die Kosten auf 169,02 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 181, Tabelle 183) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 166,66 € geringere Kosten als die KG mit 204,39 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 405,45 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 438,81 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 4,37 € nicht signifikant ($p=0,874$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 263,31 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 272,82 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 184) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 16,72 € etwa gleiche Kosten wie die KG mit 19,16 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 434,55 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 358,51 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 185, Tabelle 186) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 17,39 € in etwa gleiche Kosten wie die KG mit 19,19 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 447,75 €. In der KG stiegen die Kosten auf 353,69 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 95,86 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 192,03 €. In der KG sanken die Kosten auf 191,75 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 187) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 18,61 € etwa gleiche Kosten wie die KG mit 19,48 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 383,02 €. In der KG stiegen die Kosten auf 353,27 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 149,56 €. In der KG sanken die Kosten auf 169,11 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 188) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 171,55 € etwas geringere Kosten als die KG mit 201,52 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 441,63 €. In der KG stiegen die Kosten auf 432,54 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 314,03 €. In der KG sanken die Kosten auf 282,26 €.

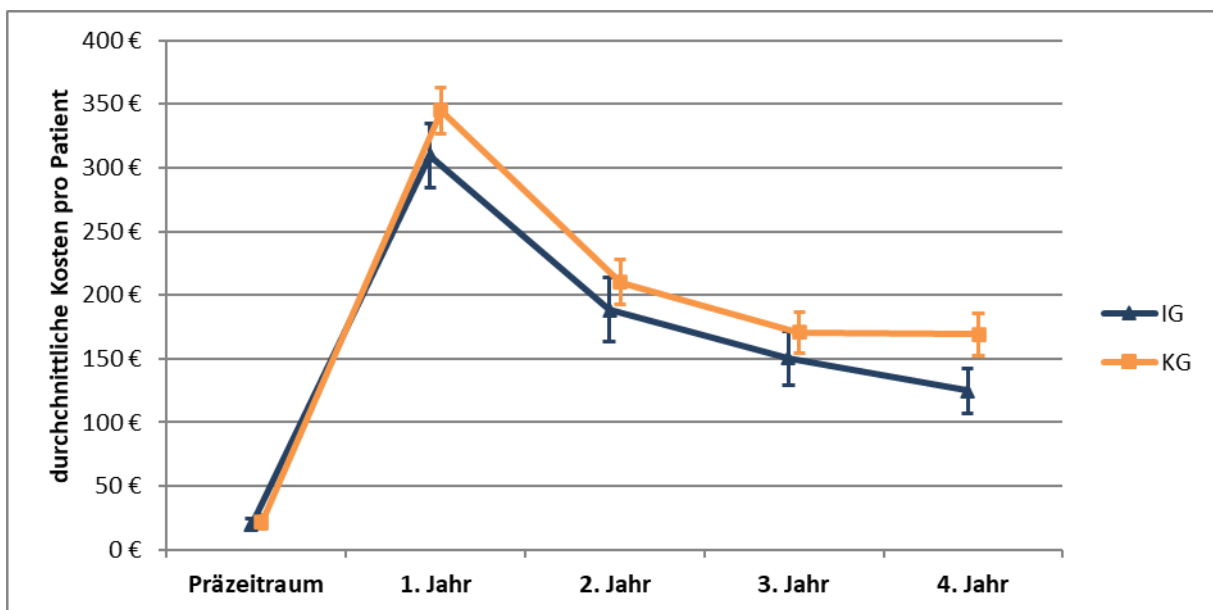
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 180: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	97	1010	392	311	267	87	1031	493	405	348
Mittelwert	19,64 €	309,58 €	188,62 €	150,71 €	124,68 €	21,59 €	345,01 €	210,08 €	170,79 €	169,02 €
Standardabweichung	90,44 €	501,98 €	481,37 €	397,43 €	329,40 €	110,22 €	356,52 €	337,70 €	299,57 €	312,05 €
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 €	133 €	0 €	0 €	0 €	0 €	193 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	458 €	116 €	0 €	0 €	0 €	595 €	396 €	199 €	188 €
Maximum	1.191 €	9.075 €	6.108 €	4.938 €	4.695 €	1.349 €	3.080 €	3.075 €	1.371 €	1.586 €

Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 181: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	249	386	245	212	190	260	381	253	241	206
Mittelwert	166,66 €	405,45 €	321,80 €	334,89 €	263,31 €	204,39 €	438,81 €	318,84 €	299,33 €	272,82 €
Standardabweichung	225,86 €	533,59 €	606,62 €	562,65 €	417,00 €	270,41 €	398,22 €	370,96 €	361,59 €	346,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	26 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	247 €	48 €	0 €	0 €	138 €	384 €	156 €	165 €	0 €
75%-Perzentil	330 €	570 €	495 €	524 €	452 €	374 €	768 €	645 €	596 €	613 €
Maximum	1.256 €	4.552 €	8.532 €	4.090 €	2.287 €	1.484 €	3.080 €	1.848 €	2.428 €	1.261 €

Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

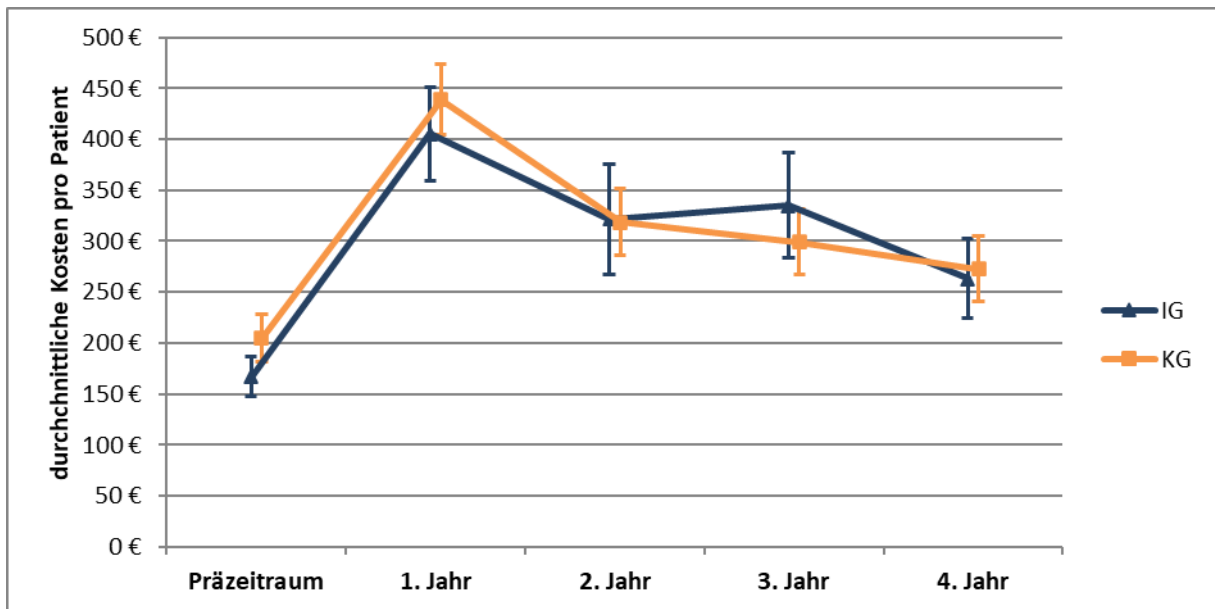


Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	21,59 €	<0,001	21,59 €	<0,001	-43,20 €	0,004
IG (vs. KG)	-1,95 €	0,597	-1,95 €	0,597	-2,53 €	0,444
Post (vs. Prä)	205,52 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-28,20 €	0,020				
1. Jahr (vs. Prä)			323,42 €	<0,001	335,52 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			188,49 €	<0,001	205,88 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			149,20 €	<0,001	169,97 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			147,43 €	<0,001	171,16 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-33,47 €	0,037	-31,49 €	0,049
IG x Jahr 2 (DiD)			-19,51 €	0,220	-17,24 €	0,274
IG x Jahr 3 (DiD)			-18,13 €	0,187	-15,99 €	0,240
IG x Jahr 4 (DiD)			-42,39 €	<0,001	-40,65 €	0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					15,10 €	0,193
Alter (48-64 J. vs. U30)					44,15 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					64,26 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-6,47 €	0,513
F 00 (Demenz)					143,53 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					196,90 €	<0,001
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-24,94 €	0,729
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					149,02 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					15,60 €	0,586
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-15,65 €	0,213
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					42,03 €	0,015
F 30-39 (Affektive Störungen)					-2,15 €	0,860
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					29,03 €	0,139
F 45 (Somatoforme Störungen)					-25,08 €	0,064
F 40-48 (ohne F43 und F45)					66,38 €	0,186
F 50 (Essstörungen)					24,98 €	0,586
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					21,70 €	0,358
F 70-79 (Intelligenzstörung)					27,05 €	0,302
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					126,04 €	0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					36,91 €	0,364
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,39 €	0,452
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					30,11 €	0,325
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					337,54 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-9,89 €	0,037
R ²		0,048		0,080		0,120
Intercept	21,59 €	<0,001	21,59 €	<0,001	-43,20 €	0,004

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 183: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	204,39 €	<0,001	204,39 €	<0,001	-69,78 €	0,054
IG (vs. KG)	-37,73 €	0,015	-37,73 €	0,015	-25,20 €	0,018
Post (vs. Prä)	130,46 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	36,75 €	0,110				
1. Jahr (vs. Prä)			234,41 €	<0,001	419,23 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			114,45 €	<0,001	303,12 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			94,93 €	<0,001	285,85 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			68,43 €	<0,001	260,76 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			4,37 €	0,874	-2,02 €	0,943
IG x Jahr 2 (DiD)			40,68 €	0,209	34,72 €	0,278
IG x Jahr 3 (DiD)			73,30 €	0,020	68,88 €	0,024
IG x Jahr 4 (DiD)			28,22 €	0,298	26,72 €	0,296
Alter (30-47 J. vs. U30)					83,26 €	0,002
Alter (48-64 J. vs. U30)					84,21 €	0,002
Alter (Ü64 vs. U30)					136,93 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					20,35 €	0,282
F 00 (Demenz)					101,08 €	0,087
F 01 (Vaskuläre Demenz)					155,44 €	0,038
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					90,63 €	0,322
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					75,07 €	0,151
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					109,49 €	0,251
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-66,73 €	0,006
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					17,81 €	0,561
F 30-39 (Affektive Störungen)					-28,90 €	0,259
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					42,85 €	0,225
F 45 (Somatoforme Störungen)					-13,76 €	0,657
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-126,16 €	0,013
F 50 (Essstörungen)					173,04 €	0,202
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-9,68 €	0,798
F 70-79 (Intelligenzstörung)					67,39 €	0,303
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-122,44 €	0,018
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-163,42 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-8,35 €	0,501
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4,62 €	0,817
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					357,77 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8,35 €	0,595
R ²		0,020		0,035		0,111

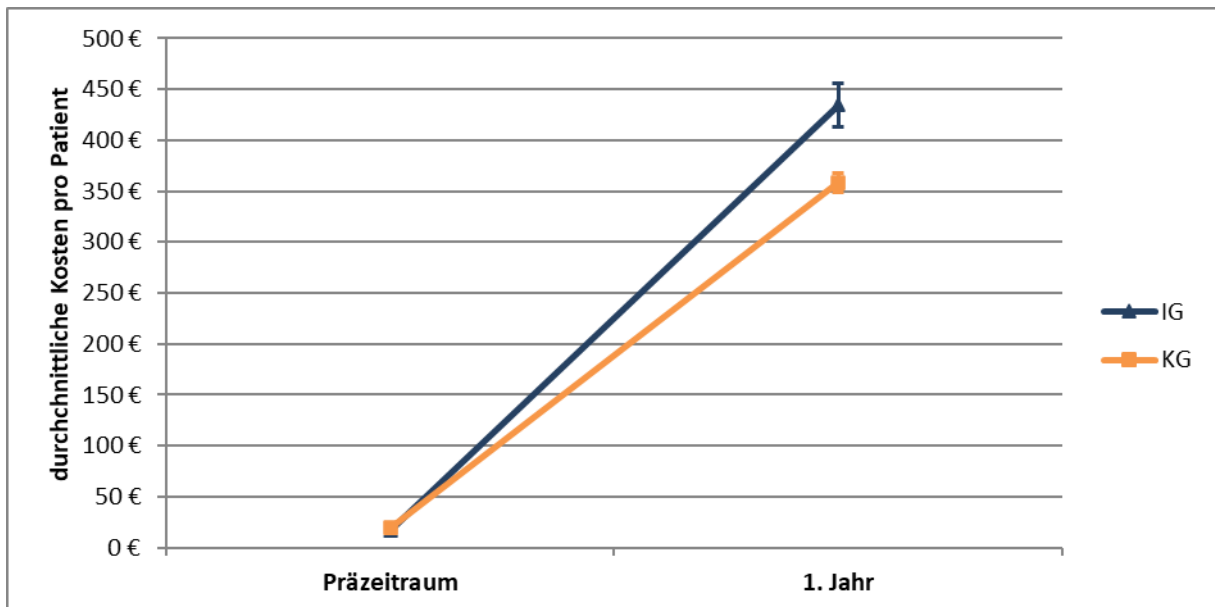
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 184: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	305	3992	312	4015
Mittelwert	16,72 €	434,55 €	19,16 €	358,51 €
Standardabweichung	111,33 €	812,57 €	100,89 €	364,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	159,10 €	0 €	198,57 €
75%-Perzentil	0 €	561,55 €	0 €	607,50 €
Maximum	5.759,00 €	16.889,00 €	1.523,45 €	3.079,50 €

Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 185: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	231	3056	1146	238	3050	1344
Mittelwert	17,39 €	447,75 €	192,03 €	19,19 €	353,69 €	191,75 €
Standardabweichung	121,13 €	863,25 €	521,21 €	102,34 €	360,85 €	320,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	165,00 €	0 €	0 €	198,49 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	569,27 €	123,93 €	0 €	595,71 €	347,93 €
Maximum	5.759,00 €	16.889,00 €	11.209,00 €	1.523,45 €	3.079,50 €	3.075,00 €

Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

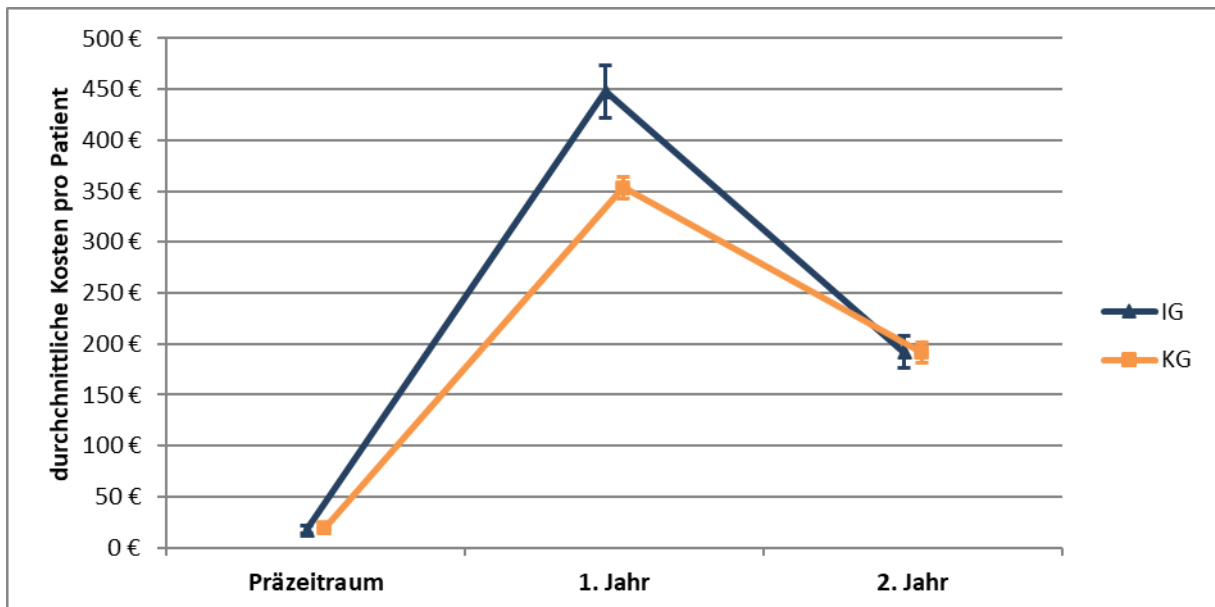


Tabelle 186: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	19,19 €	<0,001	19,19 €	<0,001	-36,08 €	0,001
IG (vs. KG)	-1,80 €	0,454	-1,80 €	0,454	-1,71 €	0,415
Post (vs. Prä)	256,00 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	50,49 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			334,50 €	<0,001	349,66 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			172,56 €	<0,001	191,36 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			95,86 €	<0,001	95,40 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			2,08 €	0,828	2,12 €	0,824
Alter (30-47 J. vs. U30)					9,79 €	0,289
Alter (48-64 J. vs. U30)					5,82 €	0,507
Alter (Ü64 vs. U30)					64,34 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					10,28 €	0,137
F 00 (Demenz)					95,82 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					103,00 €	0,001
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					55,37 €	0,525
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					59,98 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					0,68 €	0,973
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-35,70 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-2,39 €	0,851
F 30-39 (Affektive Störungen)					10,42 €	0,283
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					23,68 €	0,044
F 45 (Somatoforme Störungen)					-21,29 €	0,048
F 40-48 (ohne F43 und F45)					50,50 €	0,213
F 50 (Essstörungen)					-44,95 €	0,066
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					19,55 €	0,436
F 70-79 (Intelligenzstörung)					41,56 €	0,013
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					95,80 €	0,002
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					46,30 €	0,043
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11,83 €	0,047
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					78,97 €	0,293
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					345,04 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,04 €	0,018
R ²		0,076		0,108		0,128

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

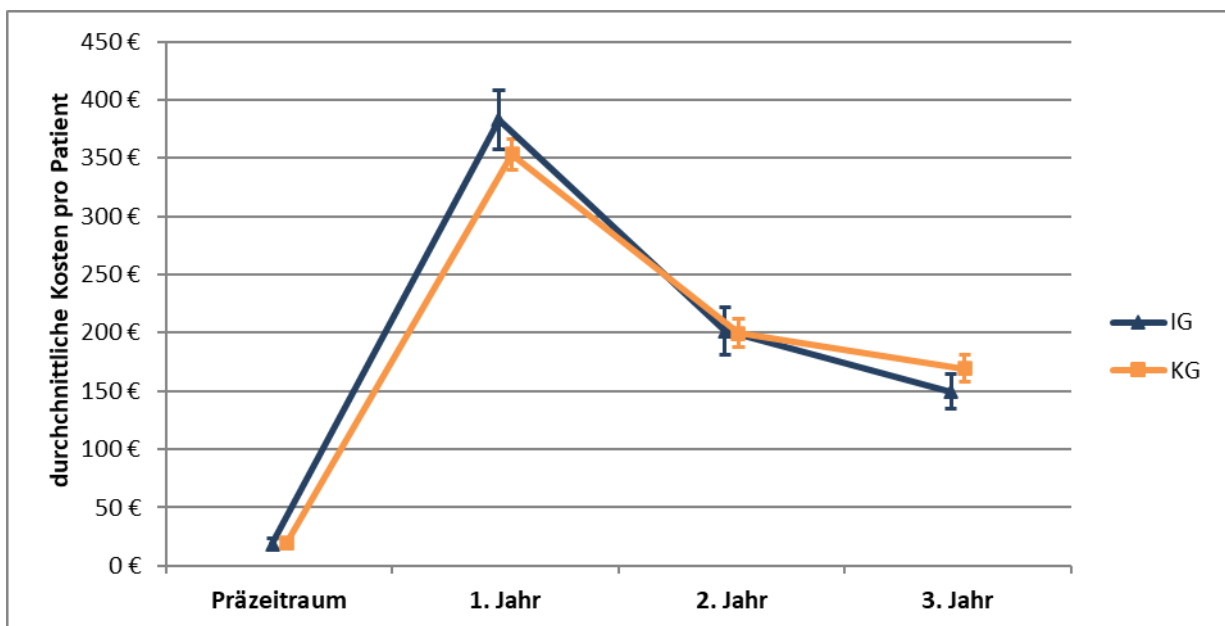
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 187: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	166	2011	788	599	162	2036	934	755
Mittelwert	18,61 €	383,02 €	201,68 €	149,56 €	19,48 €	353,27 €	199,36 €	169,11 €
Standardabweichung	134,97 €	692,39 €	544,85 €	390,75 €	104,25 €	361,81 €	326,00 €	303,89 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	147 €	0 €	0 €	0 €	198 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	531,68 €	152,38 €	0 €	0 €	595,71 €	385,17 €	198,57 €
Maximum	5.759,00 €	10.292,00 €	11.209,00 €	6.835,84 €	1.349,00 €	3.079,50 €	3.075,00 €	1.914,70 €

Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

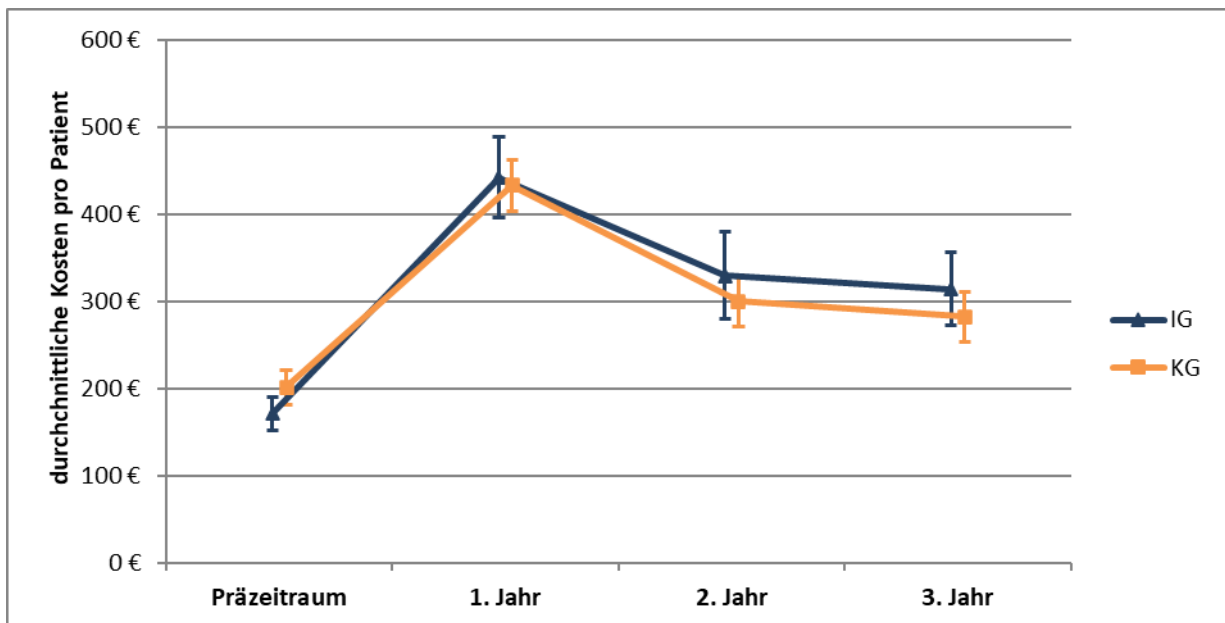


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	325	497	319	271	343	510	312	292
Mittelwert	171,55 €	441,63 €	329,56 €	314,03 €	201,52 €	432,54 €	300,06 €	282,26 €
Standardabweichung	252,71 €	613,29 €	635,04 €	532,92 €	264,66 €	391,21 €	382,29 €	360,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	146 €	0 €	0 €
Median	0 €	256,16 €	43,00 €	0 €	138,98 €	348,18 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	292,30 €	608,00 €	496,43 €	495,00 €	348,18 €	760,42 €	595,71 €	595,59 €
Maximum	2.034,55 €	6.422,73 €	8.532,36 €	4.089,81 €	1.484,06 €	3.079,50 €	3.079,50 €	2.428,44 €

Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 189, Tabelle 191 und Abbildung 115) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 25,69 € etwas höhere Kosten als die KG mit 9,58 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 194,91 €. In der KG stiegen die Kosten auf 403,86 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 225,06 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 95,76 €. In der KG sanken die Kosten auf 128,17 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 190, Tabelle 192 und Abbildung 116) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 271,16 € geringere Kosten als die KG mit 375,40 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 210,78 €. In der KG stiegen die Kosten auf 553,31 €. Die Verringerung der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 238,30 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 46,23 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 214,72 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 193 und Abbildung 117) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 28,93 € etwa gleiche Kosten wie die KG mit 27,06 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 339,42 €. In der KG stiegen die Kosten auf 530,93 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 194, Tabelle 195 und Abbildung 118) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 30,60 € etwa gleiche Kosten wie die KG mit 29,61€. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 345,62 €. In der KG stiegen die Kosten auf 514,47 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 169,83 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 114,56 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 184,07 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 196 und Abbildung 119) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 27,50 € etwa gleiche Kosten wie die KG mit 27,12 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 264,50 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 466,13 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 105,18 €. In der KG sanken die Kosten auf 135,79 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 197 und Abbildung 120) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 336,82 € weniger Kosten als die KG mit 443,74 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 265,87 €. In der KG stiegen die Kosten auf 541,65 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 63,74 €. In der KG sanken die Kosten auf 270,10 €.

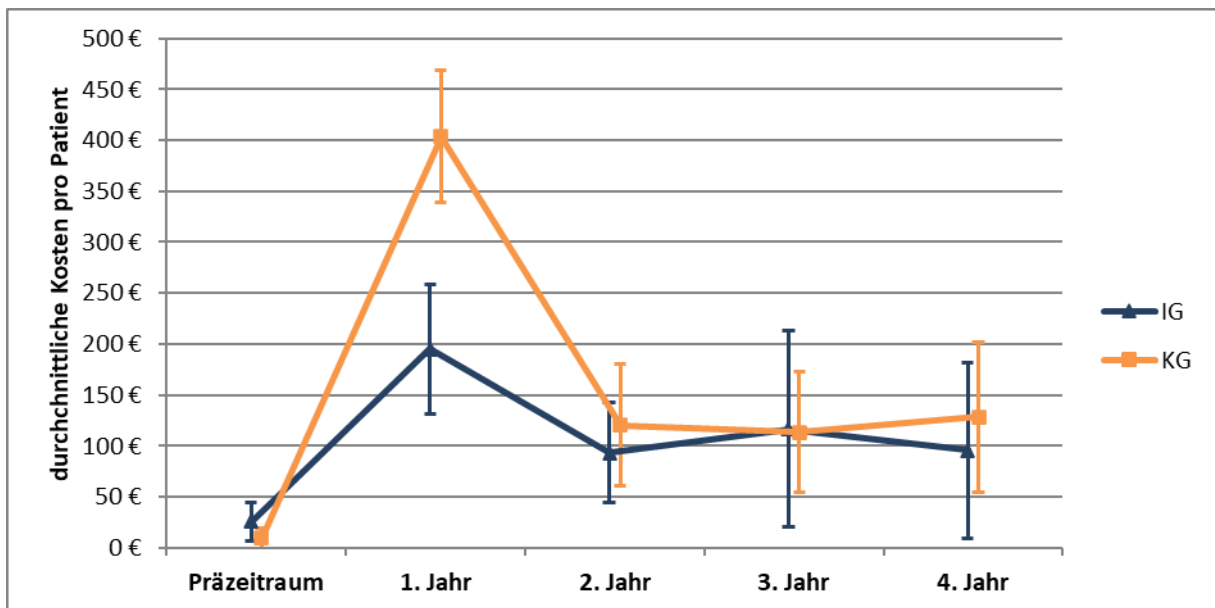
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	<10	56	24	18	14	<10	91	21	18	14
Mittelwert	25,69 €	194,91 €	93,28 €	116,46 €	95,76 €	9,58 €	403,86 €	120,33 €	113,43 €	128,17 €
Standardabweichung	102,98 €	349,66 €	270,96 €	534,65 €	478,55 €	63,52 €	364,20 €	334,39 €	330,58 €	415,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	243 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	337 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	244 €	0 €	0 €	0 €	0 €	534 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	761 €	2.157 €	1.766 €	4.572 €	4.846 €	564 €	1.470 €	1.777 €	1.766 €	2.674 €

Abbildung 115: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 190: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	68	55	17	12	13	62	63	27	26	22
Mittelwert	271,16 €	210,78 €	90,61 €	57,04 €	46,23 €	375,40 €	553,31 €	252,39 €	253,25 €	214,72 €
Standardabweichung	239,56 €	273,64 €	244,37 €	191,18 €	125,92 €	330,11 €	478,45 €	475,76 €	437,27 €	430,28 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	95 €	0 €	0 €	0 €	0 €	252 €	265 €	0 €	0 €	0 €
Median	257 €	101 €	0 €	0 €	0 €	337 €	349 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	339 €	291 €	0 €	0 €	0 €	533 €	992 €	350 €	468 €	223 €
Maximum	1.050 €	1.159 €	1.470 €	1.154 €	583 €	1.372 €	1.753 €	2.422 €	1.439 €	1.809 €

Abbildung 116: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

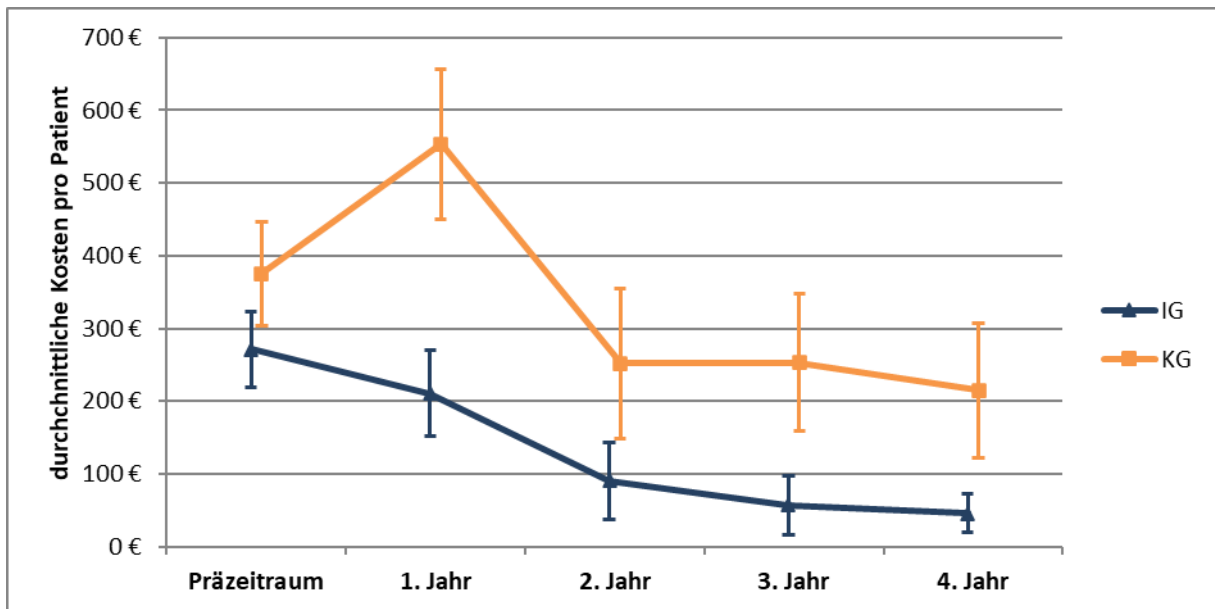


Tabelle 191: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	9,58 €	0,097	9,58 €	0,098	-100,58 €	0,108
IG (vs. KG)	16,11 €	0,147	16,11 €	0,148	-6,59 €	0,392
Post (vs. Prä)	181,87 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-82,45 €	0,035				
1. Jahr (vs. Prä)			394,28 €	<0,001	400,04 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			110,75 €	<0,001	116,50 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			103,85 €	<0,001	109,60 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			118,59 €	0,002	124,34 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-225,06 €	<0,001	-209,93 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-43,15 €	0,286	-28,03 €	0,469
IG x Jahr 3 (DiD)			-13,08 €	0,824	2,05 €	0,972
IG x Jahr 4 (DiD)			-48,52 €	0,414	-33,39 €	0,567
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					32,65 €	0,214
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-74,49 €	0,011
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					46,04 €	0,422
F 30-39 (Affektive Störungen)					88,08 €	0,153
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					51,11 €	0,403
F 45 (Somatoforme Störungen)					10,70 €	0,866
F 50 (Essstörungen)					-4,62 €	0,936
F 70-79 (Intelligenzstörung)					741,67 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					95,65 €	0,294
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					94,09 €	0,177
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,53 €	0,736
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-37,51 €	0,620
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					285,38 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,55 €	0,882
R ²		0,030		0,081		0,115

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 192: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	375,40 €	<0,001	375,40 €	<0,001	-27,86 €	0,861
IG (vs. KG)	-104,24 €	0,020	-104,24 €	0,021	-128,16 €	<0,001
Post (vs. Prä)	-56,99 €	0,283				
IG x Post (DiD)	-113,01 €	0,059				
1. Jahr (vs. Prä)			177,91 €	0,003	496,05 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-123,02 €	0,071	195,12 €	0,208
3. Jahr (vs. Prä)			-122,15 €	0,042	195,99 €	0,187
4. Jahr (vs. Prä)			-160,68 €	0,006	157,46 €	0,297
IG x Jahr 1 (DiD)			-238,30 €	<0,001	-211,52 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-57,54 €	0,458	-30,76 €	0,651
IG x Jahr 3 (DiD)			-91,97 €	0,177	-65,19 €	0,304
IG x Jahr 4 (DiD)			-64,25 €	0,326	-37,47 €	0,549
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					22,86 €	0,524
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-15,96 €	0,838
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					90,67 €	0,524
F 30-39 (Affektive Störungen)					11,55 €	0,838
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-24,63 €	0,638
F 45 (Somatoforme Störungen)					43,07 €	0,589
F 50 (Essstörungen)					63,28 €	0,462
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-105,43 €	0,227
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					117,94 €	0,018
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					127,02 €	0,043
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					93,89 €	0,127
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,98 €	0,838
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					466,23 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-49,14 €	0,719
R ²		0,088		0,154		0,224

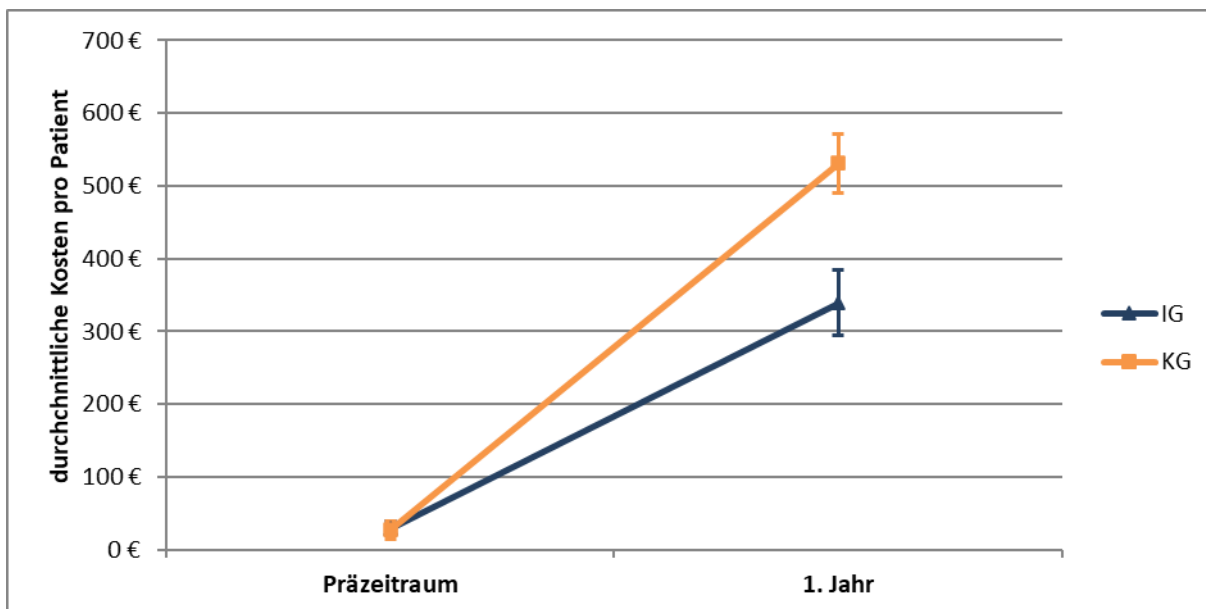
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	43	299	27	399
Mittelwert	28,93 €	339,42 €	27,06 €	530,93 €
Standardabweichung	107,45 €	510,64 €	136,50 €	470,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	267 €
Median	0 €	174,25 €	0 €	353,47 €
75%-Perzentil	0 €	472,36 €	0 €	800,46 €
Maximum	787,89 €	3.651,47 €	1.458,29 €	1.918,61 €

Abbildung 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 194: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	36	230	92	23	307	105
Mittelwert	30,60 €	345,62 €	114,56 €	29,61 €	514,47 €	184,07 €
Standardabweichung	108,70 €	540,90 €	360,16 €	141,41 €	455,55 €	367,16 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	266 €	0 €
Median	0 €	156,50 €	0 €	0 €	349,35 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	468,56 €	0,00 €	0 €	710,47 €	266,00 €
Maximum	787,89 €	3.651,47 €	5.203,95 €	1.458,29 €	1.918,61 €	1.797,00 €

Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

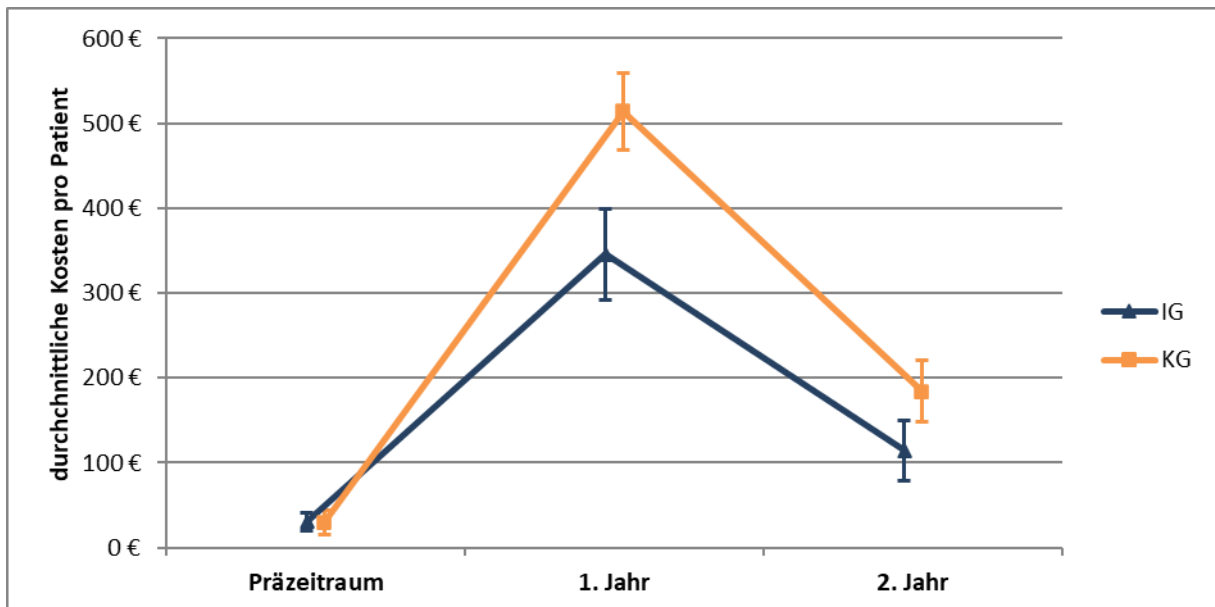


Tabelle 195: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	29,61 €	<0,001	29,61 €	<0,001	11,72 €	0,708
IG (vs. KG)	0,99 €	0,913	0,99 €	0,913	-16,89 €	0,006
Post (vs. Prä)	319,66 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-120,17 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			484,86 €	<0,001	501,28 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			154,46 €	<0,001	170,87 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-169,83 €	<0,001	-156,19 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-70,50 €	0,008	-56,85 €	0,029
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					2,76 €	0,876
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-203,06 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					93,02 €	0,308
F 30-39 (Affektive Störungen)					-22,90 €	0,453
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					6,11 €	0,842
F 45 (Somatoforme Störungen)					-30,91 €	0,473
F 40-48 (ohne F43 und F45)					119,14 €	0,243
F 50 (Essstörungen)					23,47 €	0,677
F 70-79 (Intelligenzstörung)					397,90 €	0,004
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-35,92 €	0,236
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					27,72 €	0,340
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-4,74 €	0,839
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					81,38 €	0,270
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					376,83 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,17 €	0,257
R ²		0,106		0,189		0,223

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

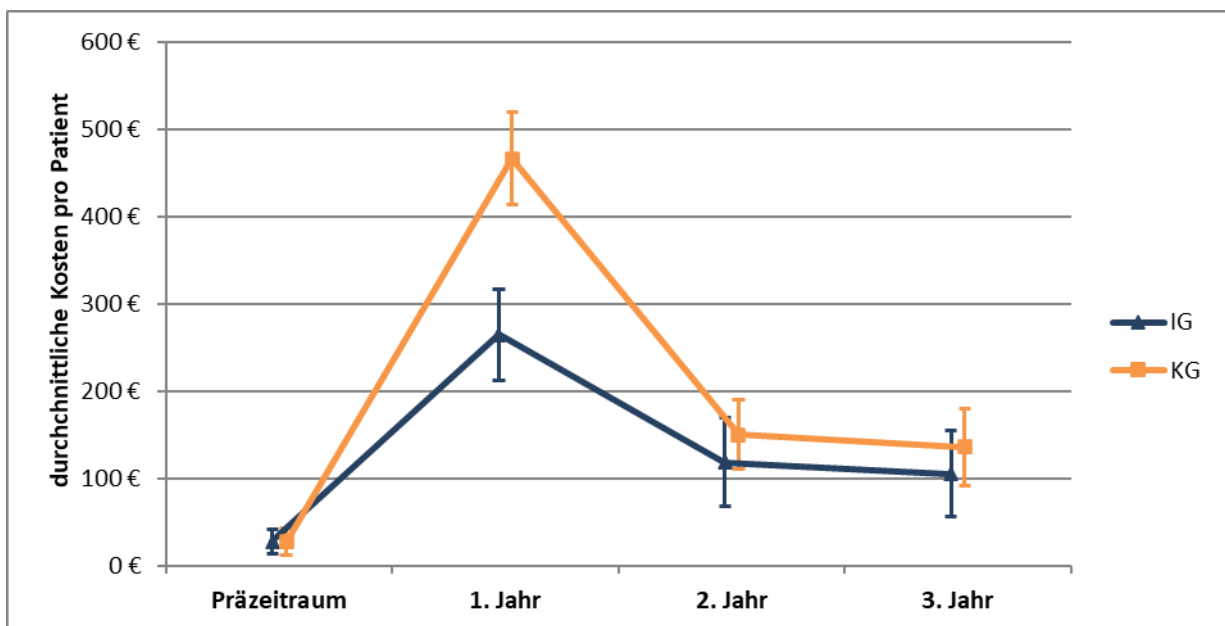
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	20	137	58	47	15	195	63	48
Mittelwert	27,50 €	264,50 €	118,64 €	105,18 €	27,12 €	466,13 €	149,75 €	135,79 €
Standardabweichung	108,98 €	423,81 €	408,06 €	398,44 €	129,15 €	437,21 €	324,30 €	363,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	251 €	0 €	0 €
Median	0 €	98 €	0 €	0 €	0 €	341 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	336,00 €	0,00 €	0 €	0 €	688,75 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	787,89 €	2.786,00 €	5.203,95 €	4.571,89 €	1.275,00 €	1.918,61 €	1.777,00 €	2.439,00 €

Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

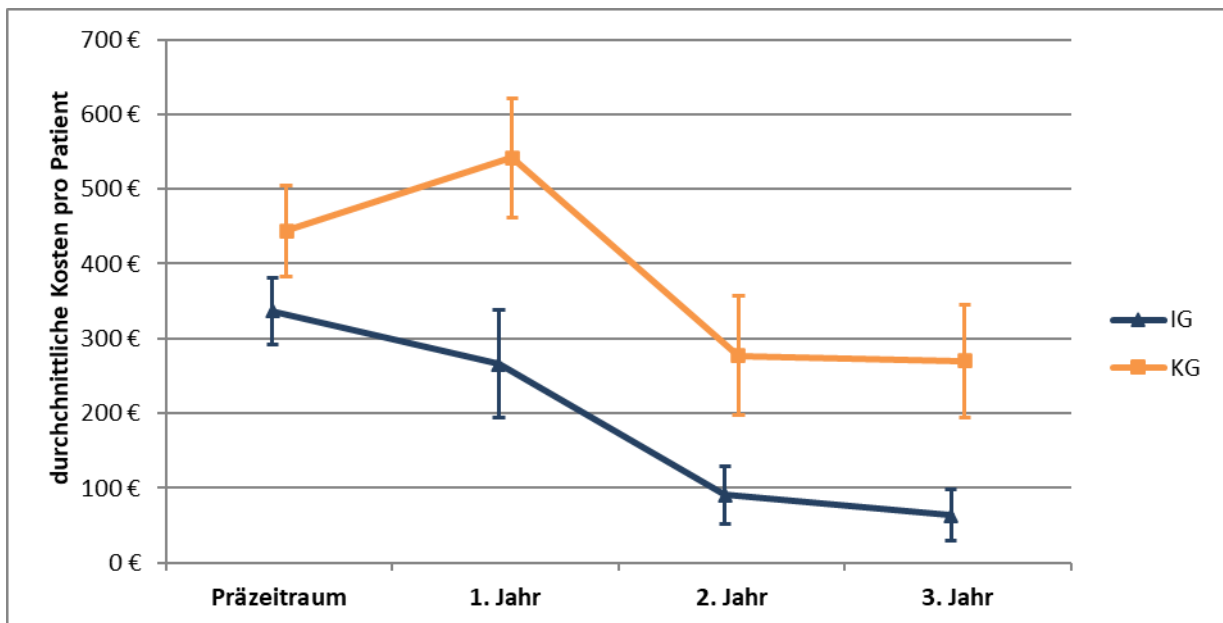


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 197: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	120	87	29	20	110	104	47	45
Mittelwert	336,82 €	265,87 €	90,78 €	63,74 €	443,74 €	541,65 €	277,31 €	270,10 €
Standardabweichung	268,10 €	430,91 €	234,46 €	205,49 €	361,12 €	477,33 €	476,54 €	448,65 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	147 €	0 €	0 €	0 €	267 €	250 €	0 €	0 €
Median	291 €	100,50 €	0,00 €	0 €	340,83 €	349,35 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	468,03 €	299,24 €	0,00 €	0,00 €	682,68 €	872,62 €	357,00 €	504,52 €
Maximum	1.319,71 €	2.561,29 €	1.470,47 €	1.153,89 €	1.409,76 €	1.753,00 €	2.421,99 €	1.505,30 €

Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

Zu den sonstigen ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen zählen Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren sowie der Hochschulambulanzen. Die Zuordnungen der Leistungen in den Hochschulambulanzen erfolgt über die dokumentierten Gebührenordnungspositionen. Es handelt sich um die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 198, Tabelle 200) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 9,89 € etwa gleiche Kosten wie die KG mit 5,91 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG unwesentlich auf 9,73 €. In der KG verringerten sich die Kosten ebenfalls unwesentlich auf 5,15 €. Die Verringerung der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 16,09 € nicht signifikant ($p=0,414$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3,11 €. In der KG sanken die Kosten auf 3,80 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 199, Tabelle 201) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 11,99 € etwas geringere Kosten als die KG mit 26,67 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5,97 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 9,82 €. Die Verringerung der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 10,83 € nicht signifikant ($p=0,293$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2,85 €. In der KG sanken die Kosten auf 5,23 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 202) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7,45 € etwas höhere Kosten als die KG mit 3,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9,83 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4,63 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 203, Tabelle 204) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7,82 € etwas geringere Kosten als die KG mit 3,87 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9,42 €. In der KG stiegen die Kosten auf 4,38 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1,09 € nicht signifikant

($p=0,583$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5,78 €. In der KG stiegen die Kosten auf 3,49 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 205) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 8,67 € etwas höhere Kosten als die KG mit 4,64 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9,33 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4,17 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3,48 €. In der KG sanken die Kosten auf 3,00 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 206) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,19 € etwas geringere Kosten als die KG mit 20,45 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 8,09 €. In der KG sanken die Kosten auf 8,28 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 5,73 €. In der KG sanken die Kosten auf 2,92 €.

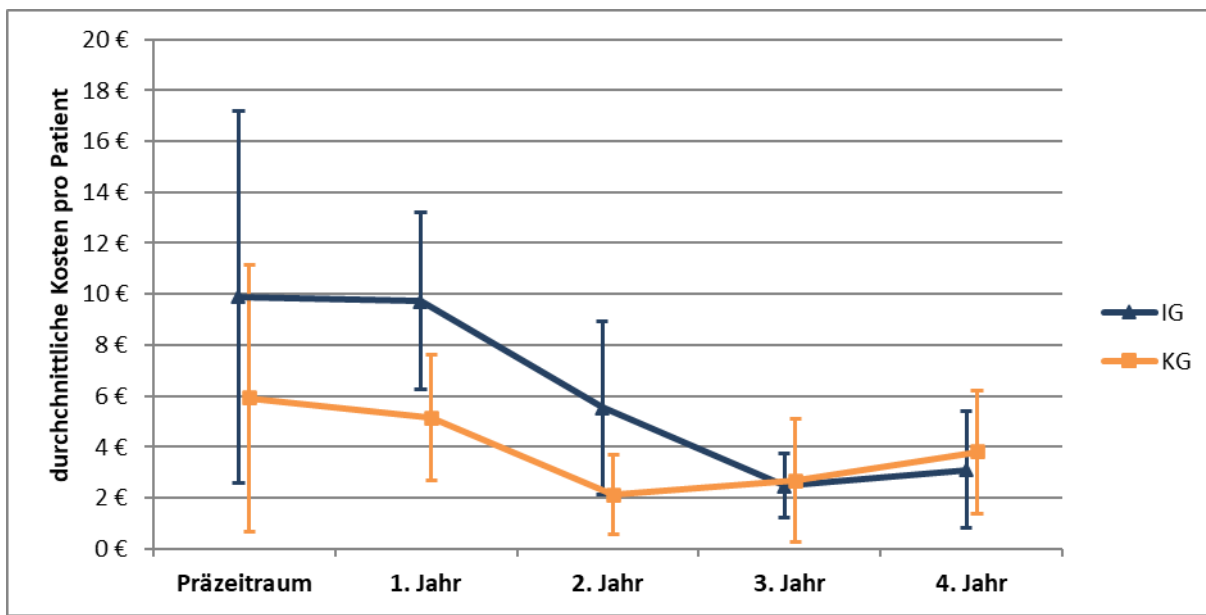
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 198: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	19	37	30	24	13	11	20	11	<10	12
Mittelwert	9,89 €	9,73 €	5,54 €	2,46 €	3,11 €	5,91 €	5,15 €	2,12 €	2,68 €	3,80 €
Standardabweichung	143,97 €	68,94 €	65,12 €	23,61 €	42,22 €	103,60 €	48,63 €	29,54 €	45,05 €	44,76 €
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	3.742,59 €	877,70 €	1.967,70 €	405,70 €	952,89 €	2.777,12 €	794,00 €	746,93 €	1.300,00 €	830,00 €

Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 199: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	12	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	11,99 €	5,97 €	3,23 €	5,43 €	2,85 €	26,67 €	9,82 €	6,02 €	3,75 €	5,23 €
Standardabweichung	118,72 €	55,59 €	35,43 €	47,62 €	26,91 €	285,14 €	108,88 €	58,61 €	45,70 €	55,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.100,13 €	671,10 €	510,80 €	574,38 €	351,59 €	4.638,73 €	2.151,25 €	807,84 €	783,26 €	804,02 €

Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

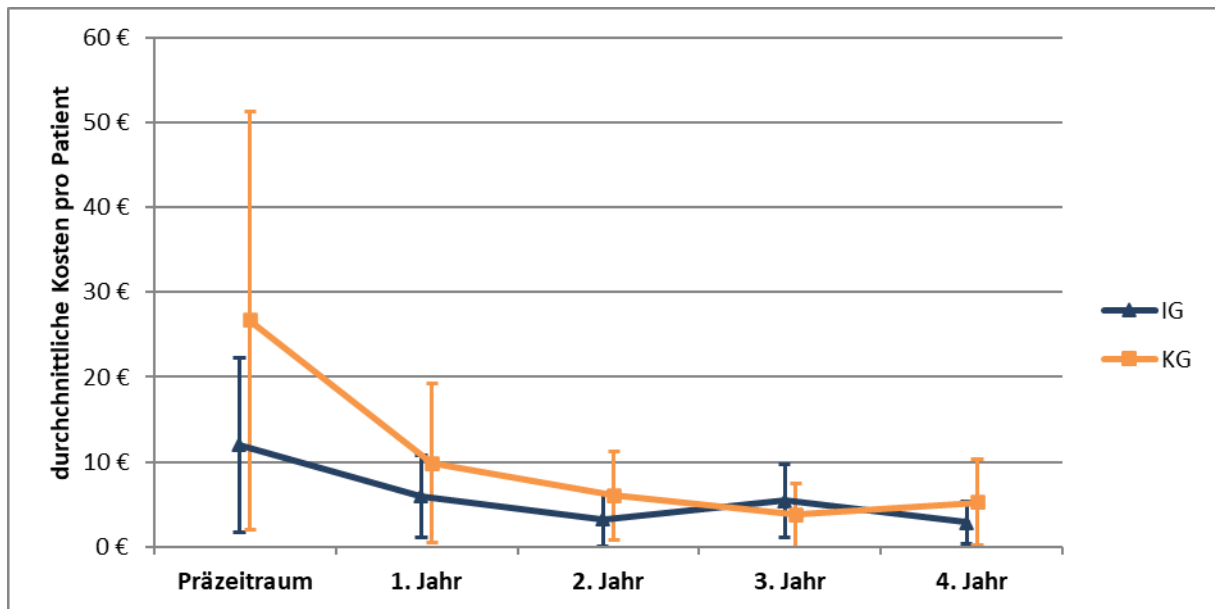


Tabelle 200: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	274,54 €	<0,001	274,54 €	<0,001	-111,41 €	<0,001
IG (vs. KG)	56,87 €	0,013	56,87 €	0,013	62,14 €	0,004
Post (vs. Prä)	-107,95 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	1,29 €	0,948				
1. Jahr (vs. Prä)			-54,96 €	<0,001	238,60 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-118,00 €	<0,001	170,47 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-132,36 €	<0,001	153,46 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-132,42 €	<0,001	151,18 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			16,09 €	0,414	13,67 €	0,486
IG x Jahr 2 (DiD)			4,46 €	0,829	2,51 €	0,903
IG x Jahr 3 (DiD)			-4,08 €	0,847	-6,09 €	0,769
IG x Jahr 4 (DiD)			-13,74 €	0,523	-15,45 €	0,468
Alter (30-47 J. vs. U30)					62,87 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					32,81 €	0,015
Alter (Ü64 vs. U30)					-51,16 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					60,06 €	<0,001
F 00 (Demenz)					4,37 €	0,843
F 01 (Vaskuläre Demenz)					3,65 €	0,898
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					154,96 €	0,012
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-19,25 €	0,309
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-3,70 €	0,852
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-13,89 €	0,648
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					74,81 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					59,06 €	0,003
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					62,19 €	0,002
F 45 (Somatoforme Störungen)					-31,27 €	0,059
F 40-48 (ohne F43 und F45)					48,92 €	0,144
F 50 (Essstörungen)					31,86 €	0,518
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					96,58 €	0,003
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-25,10 €	0,280
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					37,95 €	0,435
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-5,30 €	0,880
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					52,30 €	0,265
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					457,64 €	0,004
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					143,14 €	0,056
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					309,34 €	<0,001
R ²		0,015		0,022		0,073
Intercept	274,54 €	<0,001	274,54 €	<0,001	-111,41 €	<0,001

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 201: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	26,67 €	0,034	26,67 €	0,034	13,56 €	0,468
IG (vs. KG)	-14,68 €	0,281	-14,68 €	0,281	-14,42 €	0,271
Post (vs. Prä)	-20,39 €	0,074				
IG x Post (DiD)	12,81 €	0,305				
1. Jahr (vs. Prä)			-16,85 €	0,064	7,06 €	0,421
2. Jahr (vs. Prä)			-20,65 €	0,100	2,94 €	0,754
3. Jahr (vs. Prä)			-22,92 €	0,060	0,40 €	0,966
4. Jahr (vs. Prä)			-21,44 €	0,090	1,72 €	0,852
IG x Jahr 1 (DiD)			10,83 €	0,293	9,47 €	0,341
IG x Jahr 2 (DiD)			11,89 €	0,386	10,44 €	0,433
IG x Jahr 3 (DiD)			16,35 €	0,222	14,82 €	0,254
IG x Jahr 4 (DiD)			12,30 €	0,371	10,59 €	0,426
Alter (30-47 J. vs. U30)					-6,93 €	0,414
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1,32 €	0,909
Alter (Ü64 vs. U30)					-11,34 €	0,182
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-0,48 €	0,904
F 00 (Demenz)					-6,00 €	0,413
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-8,14 €	0,389
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-2,11 €	0,699
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-7,36 €	0,428
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-6,64 €	0,332
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-8,90 €	0,202
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-9,36 €	0,426
F 30-39 (Affektive Störungen)					-5,50 €	0,558
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					6,74 €	0,443
F 45 (Somatoforme Störungen)					-7,86 €	0,279
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-7,87 €	0,014
F 50 (Essstörungen)					-20,97 €	0,202
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					41,29 €	0,175
F 70-79 (Intelligenzstörung)					47,27 €	0,297
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					135,44 €	0,155
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-16,29 €	0,014
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,31 €	0,626
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-22,17 €	0,020
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,92 €	0,473
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					24,69 €	0,005
R ²		0,003		0,004		0,028

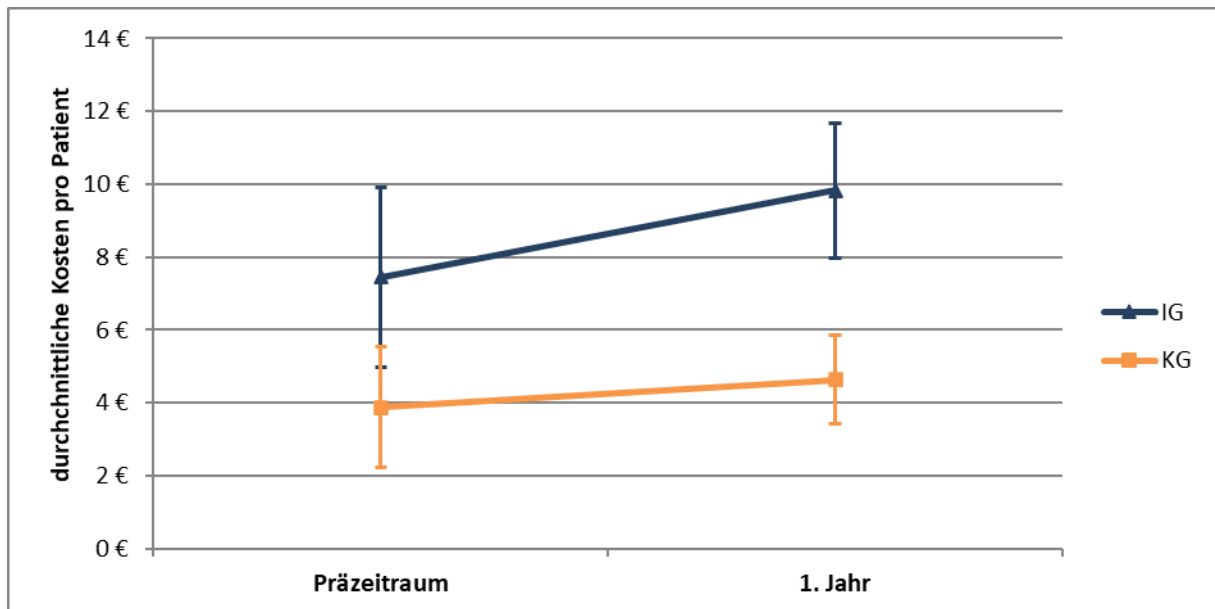
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 202: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	91	154	45	74
Mittelwert	7,45 €	9,83 €	3,88 €	4,63 €
Standardabweichung	95,47 €	71,18 €	64,60 €	47,14 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.742,59 €	1.726,16 €	2.777,12 €	915,68 €

Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 203: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	67	120	87	36	55	43
Mittelwert	7,82 €	9,42 €	5,78 €	3,87 €	4,38 €	3,49 €
Standardabweichung	101,45 €	64,81 €	58,34 €	68,41 €	44,86 €	40,16 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.742,59 €	913,13 €	1.967,70 €	2.777,12 €	915,68 €	851,25 €

Abbildung 124: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

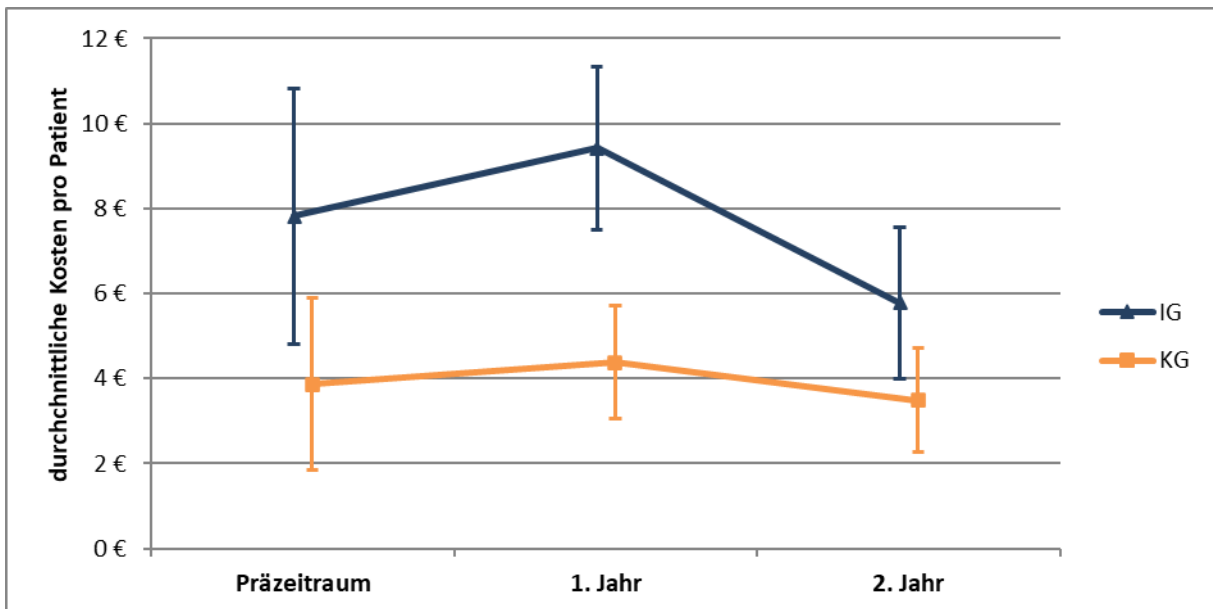


Tabelle 204: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3,87 €	<0,001	3,87 €	<0,001	5,49 €	0,012
IG (vs. KG)	3,95 €	0,033	3,95 €	0,033	3,88 €	0,039
Post (vs. Prä)	0,08 €	0,938				
IG x Post (DiD)	-0,24 €	0,898				
1. Jahr (vs. Prä)			0,51 €	0,635	3,70 €	0,029
2. Jahr (vs. Prä)			-0,37 €	0,749	2,55 €	0,136
IG x Jahr 1 (DiD)			1,09 €	0,583	1,07 €	0,589
IG x Jahr 2 (DiD)			-1,66 €	0,427	-1,69 €	0,421
Alter (30-47 J. vs. U30)					0,18 €	0,912
Alter (48-64 J. vs. U30)					-2,42 €	0,151
Alter (Ü64 vs. U30)					-8,41 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,12 €	0,906
F 00 (Demenz)					-1,72 €	0,064
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1,26 €	0,135
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-2,02 €	0,017
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1,68 €	0,068
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1,38 €	0,125
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-4,68 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-4,83 €	0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					0,44 €	0,707
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1,12 €	0,438
F 45 (Somatoforme Störungen)					-3,38 €	0,018
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-0,88 €	0,731
F 50 (Essstörungen)					-0,21 €	0,967
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					5,24 €	0,161
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1,73 €	0,555
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-4,66 €	0,227
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3,00 €	0,624
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,51 €	0,875
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					34,57 €	0,296
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					16,64 €	0,025
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,35 €	0,186
R ²		<0,001		0,001		0,008

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

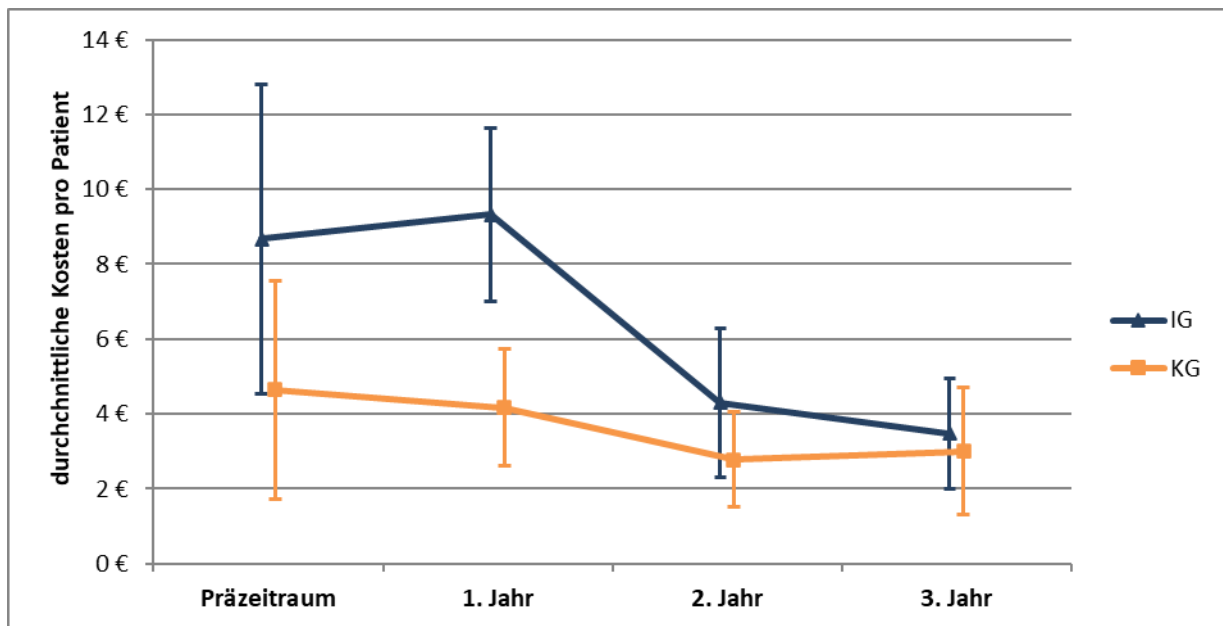
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	44	78	50	44	26	35	25	21
Mittelwert	8,67 €	9,33 €	4,30 €	3,48 €	4,64 €	4,17 €	2,78 €	3,00 €
Standardabweichung	114,59 €	63,92 €	52,93 €	38,35 €	80,32 €	42,97 €	33,73 €	44,25 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.742,59 €	877,70 €	1.967,70 €	1.017,02 €	2.777,12 €	794,00 €	795,50 €	1.300,00 €

Abbildung 125: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

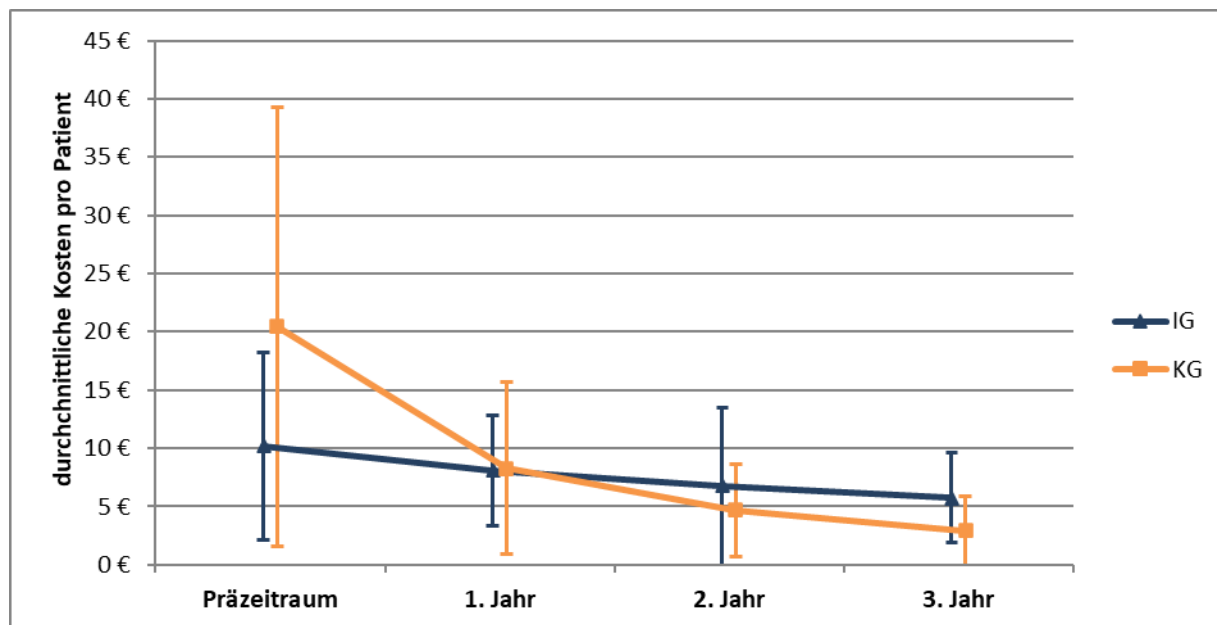


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	14	13	10	13	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	10,19 €	8,09 €	6,75 €	5,73 €	20,45 €	8,28 €	4,66 €	2,92 €
Standardabweichung	106,44 €	62,40 €	92,67 €	48,21 €	249,87 €	97,31 €	51,61 €	40,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.100,13 €	671,10 €	2.156,96 €	574,38 €	4.638,73 €	2.151,25 €	807,84 €	783,26 €

Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 207, Tabelle 209 und Abbildung 127) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 39,43 € weniger Kosten als die KG mit 80,04 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 36,34 €. In der KG sanken die Kosten auf 30,97 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 45,98 € nicht signifikant ($p=0,274$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 16,75 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 15,25 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 208, Tabelle 210 und Abbildung 128) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 116,43 € höhere Kosten als die KG mit 49,47 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 51,03 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 44,20 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 60,13 € nicht signifikant ($p=0,367$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 7,78 €. In der KG sanken die Kosten auf 7,78 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 211 und Abbildung 129) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 36,13 € geringere Kosten als die KG mit 60,09 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 50,73 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 61,94 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 212, Tabelle 213 und Abbildung 130) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 40,90 € niedrigere Kosten als die KG mit 65,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 53,26 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 61,70 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 16,60 € nicht signifikant ($p=0,415$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 29,92 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 38,11 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 214 und Abbildung 131) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 37,92 € geringere Kosten als die KG mit 57,65 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 38,89 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 34,31 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 21,00 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 18,74 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 215 und Abbildung 132) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 90,76 € etwas höhere Kosten als die KG mit 57,71 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 44,69 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 63,20 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 23,04 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 26,75 €.

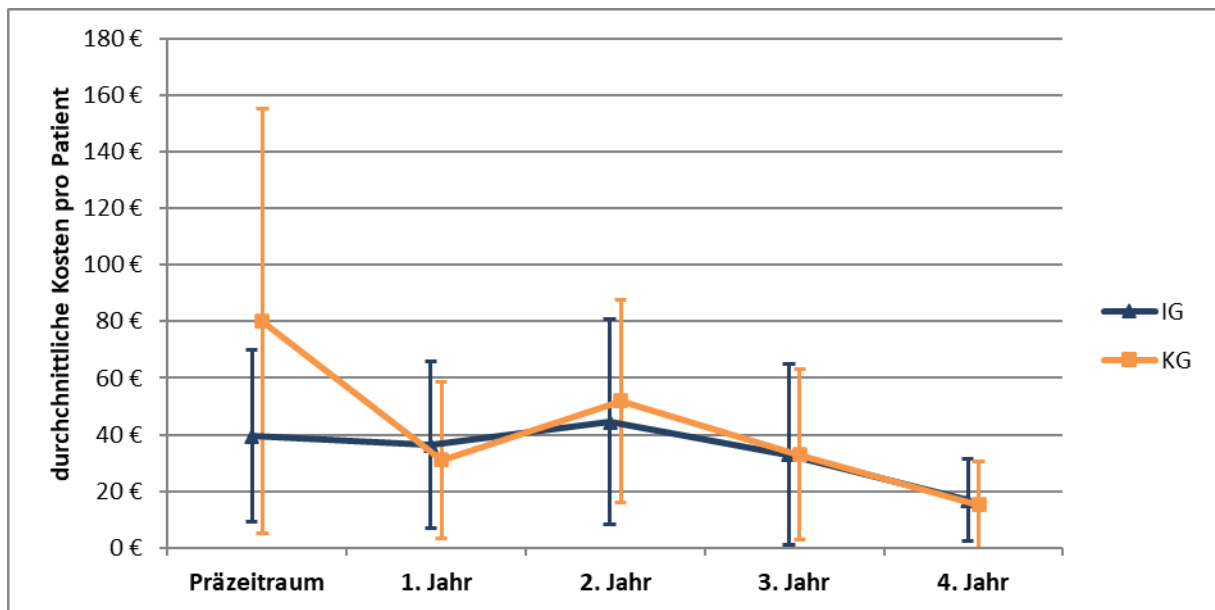
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	11	10	<10
Mittelwert	39,43 €	36,34 €	44,52 €	32,97 €	16,75 €	80,04 €	30,97 €	51,84 €	32,87 €	15,25 €
Standardabweichung	168,26 €	162,96 €	200,24 €	176,38 €	80,20 €	420,32 €	154,17 €	201,25 €	168,97 €	95,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	965,30 €	1.158,00 €	1.676,00 €	1.502,00 €	434,00 €	3.830,36 €	1.130,49 €	1.530,00 €	1.657,00 €	840,70 €

Abbildung 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 208: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	<10	<10	10	<10	<10	<10	10	<10	<10	<10
Mittelwert	116,43 €	51,03 €	55,87 €	19,13 €	7,78 €	49,47 €	44,20 €	18,66 €	10,63 €	14,71 €
Standardabweichung	521,66 €	174,80 €	186,56 €	115,81 €	50,47 €	221,08 €	143,42 €	76,19 €	70,63 €	71,22 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.131 €	835 €	960 €	868 €	434 €	1.684 €	925 €	391 €	565 €	482 €

Abbildung 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

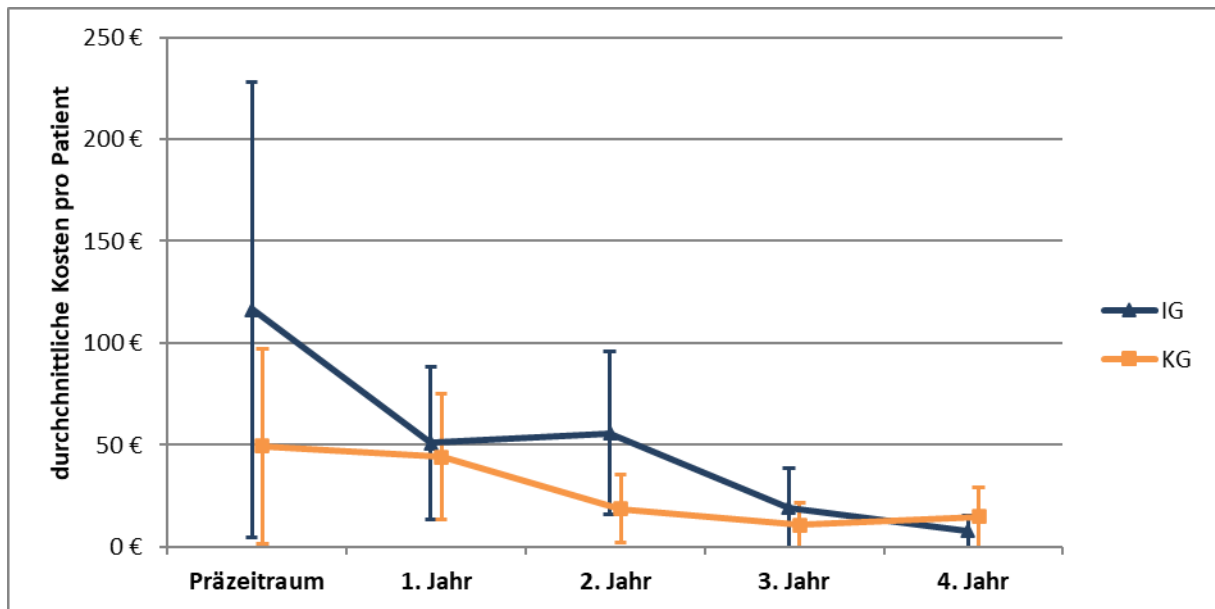


Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	80,04 €	0,036	80,04 €	0,037	57,00 €	0,051
IG (vs. KG)	-40,61 €	0,325	-40,61 €	0,326	-45,38 €	0,251
Post (vs. Prä)	-47,30 €	0,218				
IG x Post (DiD)	40,52 €	0,326				
1. Jahr (vs. Prä)			-49,06 €	0,191	5,73 €	0,811
2. Jahr (vs. Prä)			-28,20 €	0,499	26,60 €	0,353
3. Jahr (vs. Prä)			-47,17 €	0,251	7,63 €	0,788
4. Jahr (vs. Prä)			-64,78 €	0,101	-9,99 €	0,690
IG x Jahr 1 (DiD)			45,98 €	0,274	47,07 €	0,250
IG x Jahr 2 (DiD)			33,28 €	0,481	34,38 €	0,457
IG x Jahr 3 (DiD)			40,70 €	0,369	41,80 €	0,347
IG x Jahr 4 (DiD)			42,10 €	0,317	43,20 €	0,292
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,82 €	0,961
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-35,67 €	0,033
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-17,98 €	0,571
F 30-39 (Affektive Störungen)					-17,88 €	0,144
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-32,17 €	0,023
F 45 (Somatoforme Störungen)					-33,86 €	0,146
F 50 (Essstörungen)					-53,34 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					487,13 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-15,72 €	0,506
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-28,30 €	0,083
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,28 €	0,996
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-37,67 €	0,388
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					59,33 €	0,395
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					61,21 €	0,024
R ²		0,005		0,008		0,044

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 210: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikkbekennte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	49,47 €	0,043	49,47 €	0,044	-47,12 €	0,703
IG (vs. KG)	66,97 €	0,279	66,97 €	0,281	47,87 €	0,360
Post (vs. Prä)	-27,42 €	0,249				
IG x Post (DiD)	-55,56 €	0,375				
1. Jahr (vs. Prä)			-5,27 €	0,844	110,15 €	0,406
2. Jahr (vs. Prä)			-30,81 €	0,148	84,61 €	0,521
3. Jahr (vs. Prä)			-38,84 €	0,135	76,58 €	0,561
4. Jahr (vs. Prä)			-34,75 €	0,180	80,66 €	0,540
IG x Jahr 1 (DiD)			-60,13 €	0,367	-40,53 €	0,483
IG x Jahr 2 (DiD)			-29,76 €	0,641	-10,16 €	0,850
IG x Jahr 3 (DiD)			-58,47 €	0,364	-38,87 €	0,484
IG x Jahr 4 (DiD)			-73,91 €	0,242	-54,31 €	0,319
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					2,71 €	0,847
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-45,96 €	0,060
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-75,72 €	0,074
F 30-39 (Affektive Störungen)					-14,55 €	0,408
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-21,00 €	0,427
F 45 (Somatoforme Störungen)					-48,85 €	0,013
F 50 (Essstörungen)					-82,81 €	0,115
F 70-79 (Intelligenzstörung)					10,33 €	0,742
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-25,13 €	0,347
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-3,15 €	0,887
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					173,93 €	0,362
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-121,16 €	0,040
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					25,08 €	0,780
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					91,96 €	0,156
R ²		0,017		0,022		0,047

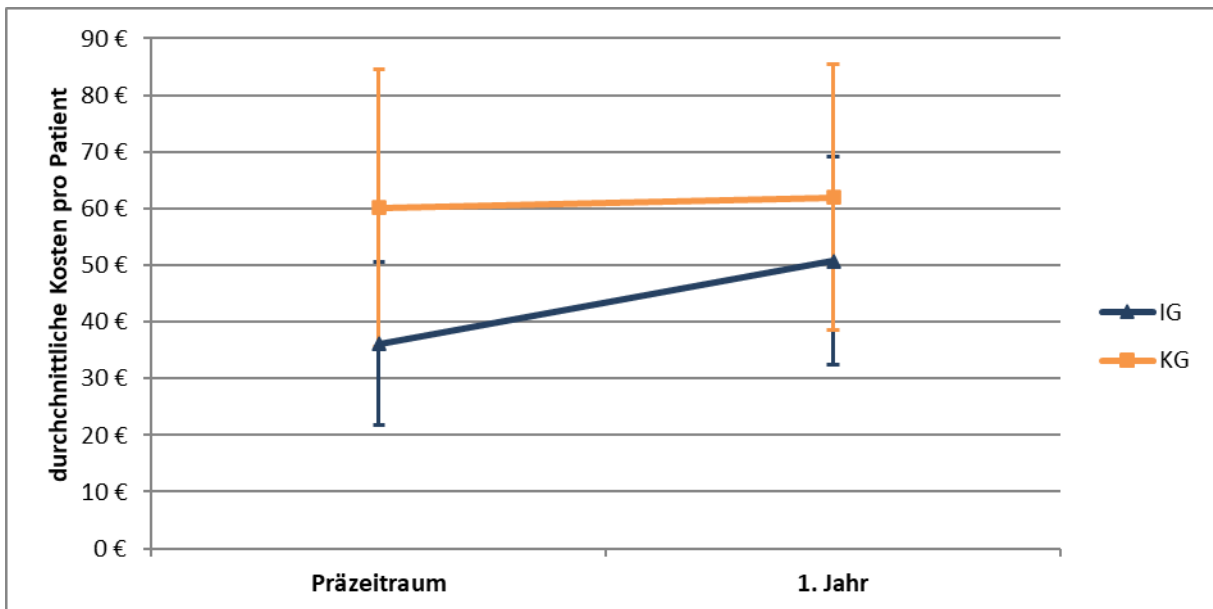
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	28	38	39	50
Mittelwert	36,13 €	50,73 €	60,09 €	61,94 €
Standardabweichung	164,29 €	210,22 €	280,89 €	268,71 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.402,16 €	2.047,00 €	3.830,36 €	4.254,00 €

Abbildung 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 212: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	24	32	19	32	38	35
Mittelwert	40,90 €	53,26 €	29,92 €	65,93 €	61,70 €	38,11 €
Standardabweichung	176,97 €	212,06 €	165,70 €	302,43 €	284,52 €	165,86 €
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	1.402,16 €	2.047,00 €	1.700,00 €	3.830,36 €	4.254,00 €	1.646,34 €

Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

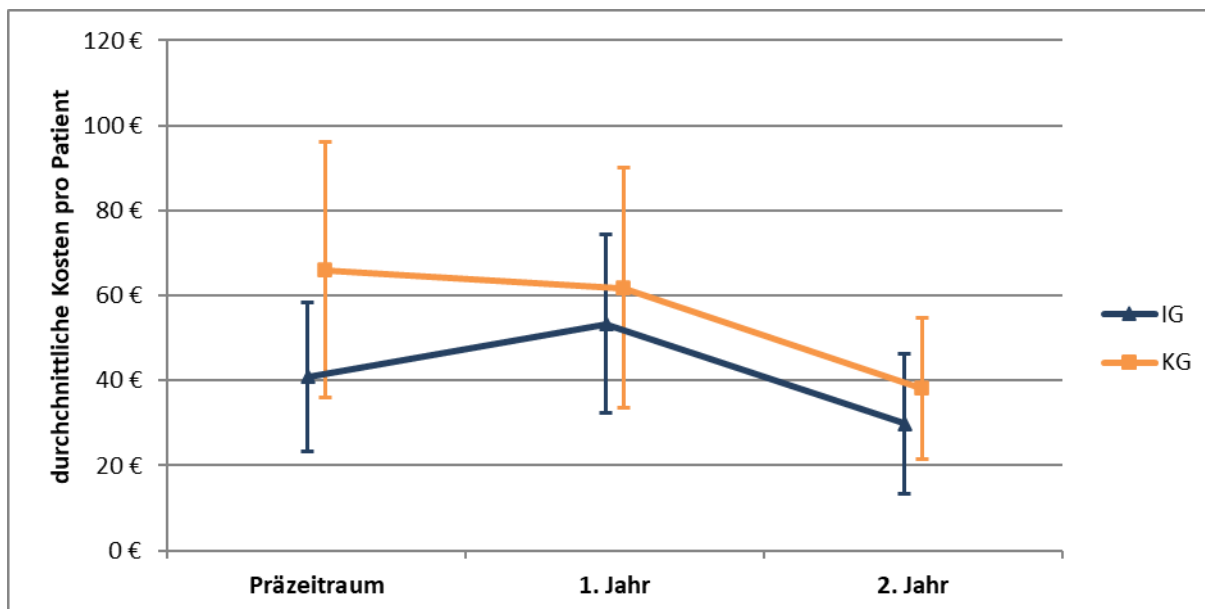


Tabelle 213: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	65,93 €	<0,001	65,93 €	<0,001	43,37 €	0,015
IG (vs. KG)	-25,03 €	0,159	-25,03 €	0,159	-27,09 €	0,117
Post (vs. Prä)	-16,03 €	0,274				
IG x Post (DiD)	16,72 €	0,343				
1. Jahr (vs. Prä)			-4,23 €	0,800	30,24 €	0,068
2. Jahr (vs. Prä)			-27,82 €	0,077	6,65 €	0,619
IG x Jahr 1 (DiD)			16,60 €	0,415	15,47 €	0,442
IG x Jahr 2 (DiD)			16,84 €	0,379	15,71 €	0,403
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-0,83 €	0,956
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-25,21 €	0,560
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-12,03 €	0,708
F 30-39 (Affektive Störungen)					-18,93 €	0,137
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-35,05 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-29,68 €	0,084
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-7,31 €	0,825
F 50 (Essstörungen)					-31,25 €	0,033
F 70-79 (Intelligenzstörung)					333,74 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-18,57 €	0,327
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					14,93 €	0,264
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,62 €	0,902
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					40,42 €	0,566
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-20,61 €	0,320
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					40,27 €	0,003
R ²		0,002		0,003		0,025

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

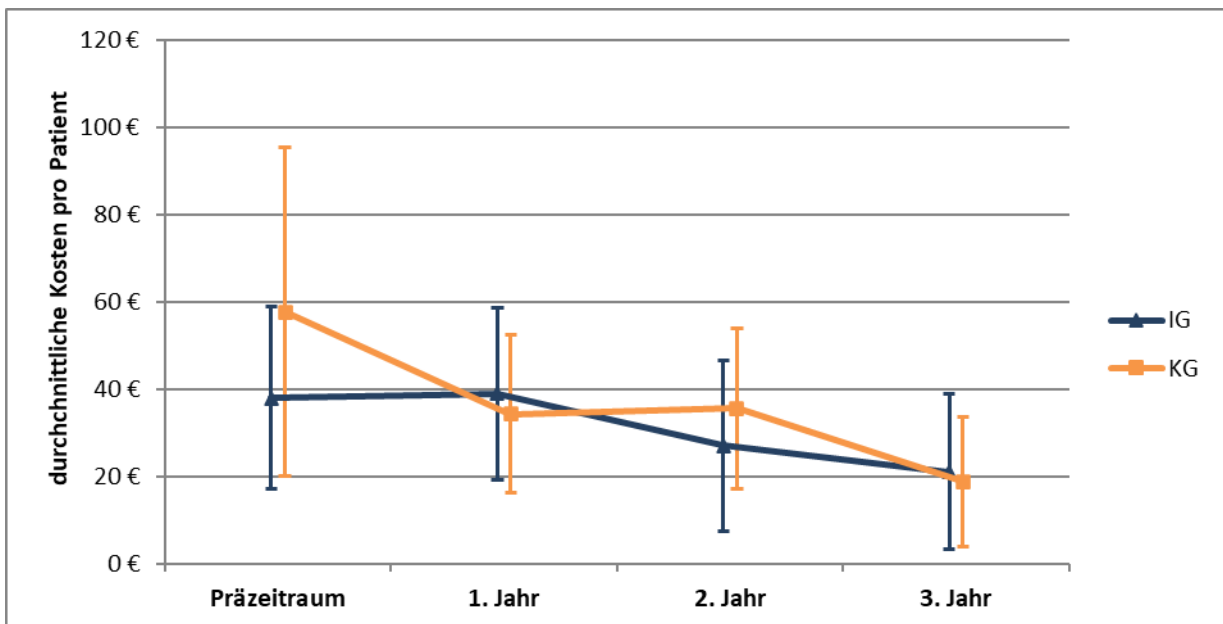
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	14	18	11	<10	19	18	25	14
Mittelwert	37,92 €	38,89 €	26,98 €	21,00 €	57,65 €	34,31 €	35,51 €	18,74 €
Standardabweichung	169,12 €	158,85 €	158,40 €	144,03 €	308,23 €	148,90 €	150,73 €	121,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.159,41 €	1.159,41 €	1.676,00 €	1.502,00 €	3.830,36 €	1.130,49 €	1.530,00 €	1.657,00 €

Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

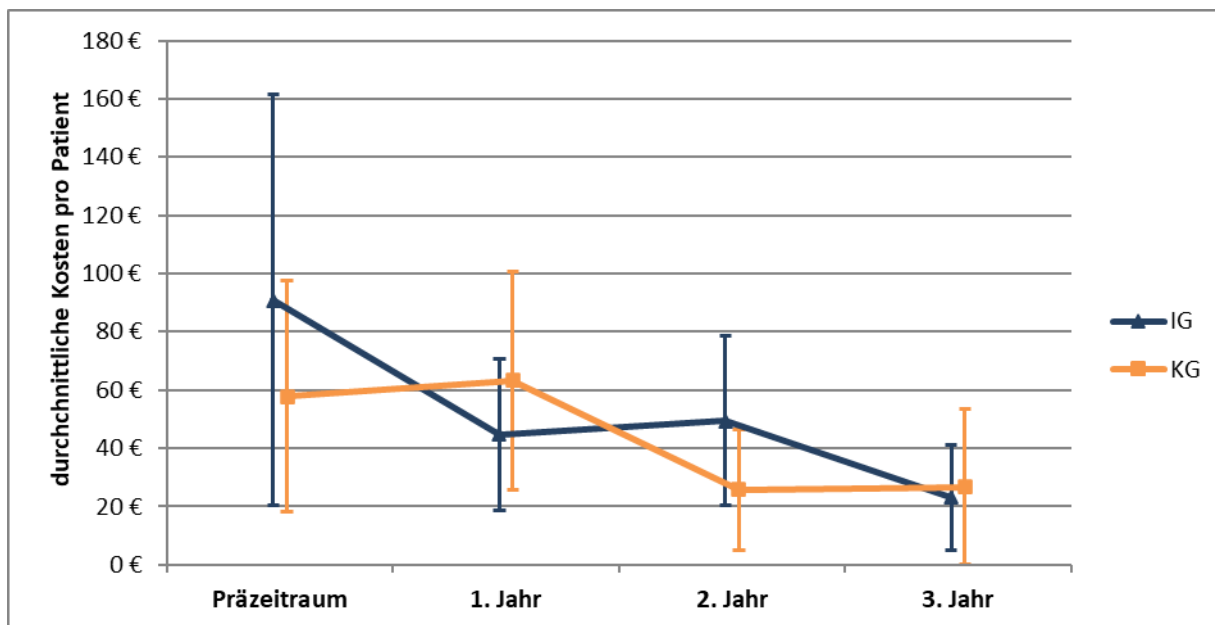


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 215: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	13	14	14	8	12	19	12	<10
Mittelwert	90,76 €	44,69 €	49,42 €	23,04 €	57,71 €	63,20 €	25,87 €	26,75 €
Standardabweichung	424,42 €	156,52 €	175,17 €	109,56 €	237,09 €	224,46 €	123,68 €	158,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.130,65 €	834,88 €	959,61 €	868,44 €	1.684,44 €	2.019,60 €	1.211,76 €	1.625,90 €

Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

Zu den für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung zählen Leistungen von Fachärzten (Psychiater, Psychotherapeuten etc.) sowie Hausärzten. Erfasst wurden Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Die Zuordnung der Leistungen zur psychiatrischen Versorgung erfolgte über die dokumentierten GOPs sowie bei Fallpauschalen über einen diagnosebezogenen Faktor.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 216, Tabelle 218) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 331,41 € höhere Kosten als die KG mit 274,54 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 292,54 €. In der KG sanken die Kosten auf 219,58 €. Die Reduktion der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 17,46 € nicht signifikant ($p=0,504$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 185,25 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 142,12 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 217, Tabelle 219) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 420,95 € höhere Kosten als die KG mit 364,72 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 330,13 €. In der KG sanken die Kosten auf 270,62 €. Die Reduktion der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3,28 € nicht signifikant ($p=0,917$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 294,55 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 224,78 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 220) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 229,27 € etwas mehr Kosten als die KG mit 198,51 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 256,03 €. In der KG stiegen die Kosten auf 212,26 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 221, Tabelle 222) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 240,61 € etwas höhere Kosten als die KG mit 207,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 258,63 €. In der KG stiegen die Kosten auf 211,66 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 13,57 € nicht signifikant

($p=0,100$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 194,62 €. In der KG sanken die Kosten auf 158,76 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 223) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 269,48 € etwas höhere Kosten als die KG mit 228,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 263,80 €. In der KG sanken die Kosten auf 214,62 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 181,47 €. In der KG sanken die Kosten auf 144,13 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 224) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 383,34 € etwas höhere Kosten als die KG mit 335,81 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 303,93 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 263,16 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 286,11 €. In der KG sanken die Kosten auf 220,30 €.

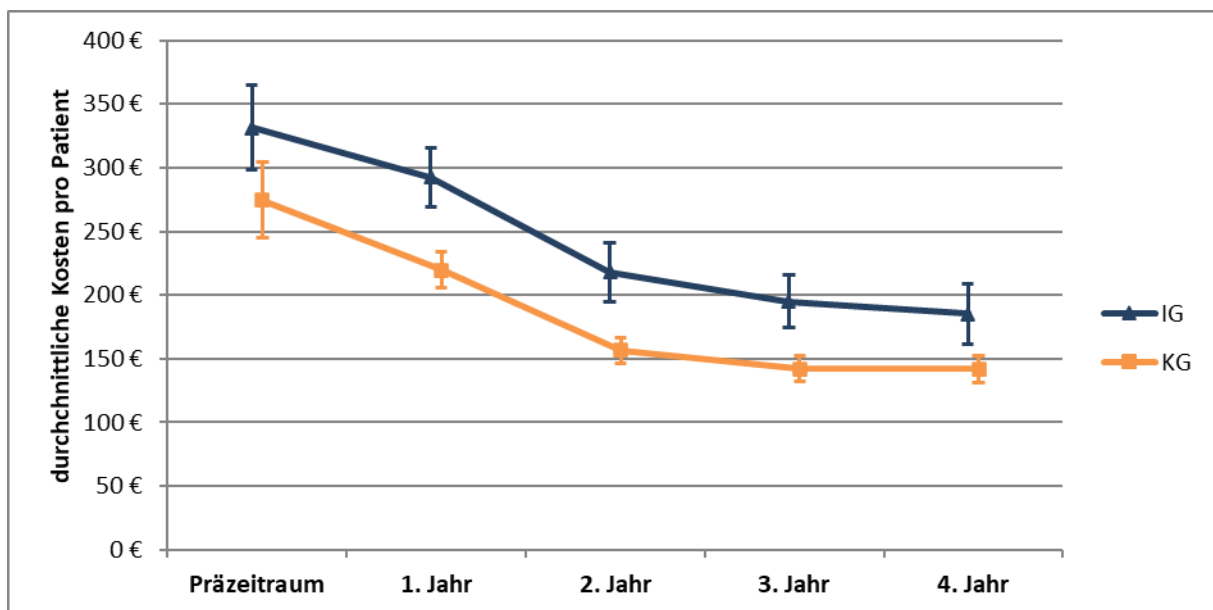
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 216: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	1318	1354	1233	1143	1081	1314	1344	1194	1137	1070
Mittelwert	331,41 €	292,54 €	217,88 €	194,97 €	185,25 €	274,54 €	219,58 €	156,54 €	142,18 €	142,12 €
Standardabweichung	661,68 €	455,40 €	440,52 €	385,61 €	442,63 €	586,12 €	281,79 €	190,99 €	194,42 €	195,42 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	24 €	42 €	30 €	23 €	17 €	19 €	33 €	23 €	20 €	15 €
Median	98 €	162 €	107 €	89 €	82 €	75 €	110 €	78 €	67 €	59 €
75%-Perzentil	325 €	419 €	296 €	265 €	253 €	258 €	315 €	229 €	202 €	206 €
Maximum	10.646 €	11.159 €	12.268 €	9.217 €	12.793 €	10.531 €	2.807 €	1.209 €	3.006 €	1.838 €

Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 217: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	452	452	426	408	387	468	468	425	421	394
Mittelwert	420,95 €	330,13 €	296,88 €	310,98 €	294,55 €	364,72 €	270,62 €	226,46 €	225,48 €	224,78 €
Standardabweichung	881,36 €	678,73 €	693,16 €	746,63 €	675,07 €	667,80 €	484,68 €	447,79 €	496,83 €	742,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25 €	31 €	29 €	29 €	27 €	28 €	33 €	25 €	27 €	23 €
Median	109 €	123 €	108 €	117 €	102 €	105 €	103 €	83 €	83 €	64 €
75%-Perzentil	395 €	392 €	322 €	319 €	314 €	338 €	305 €	259 €	258 €	241 €
Maximum	11.659 €	10.044 €	10.474 €	11.537 €	9.449 €	4.638 €	3.719 €	3.740 €	6.935 €	13.578 €

Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

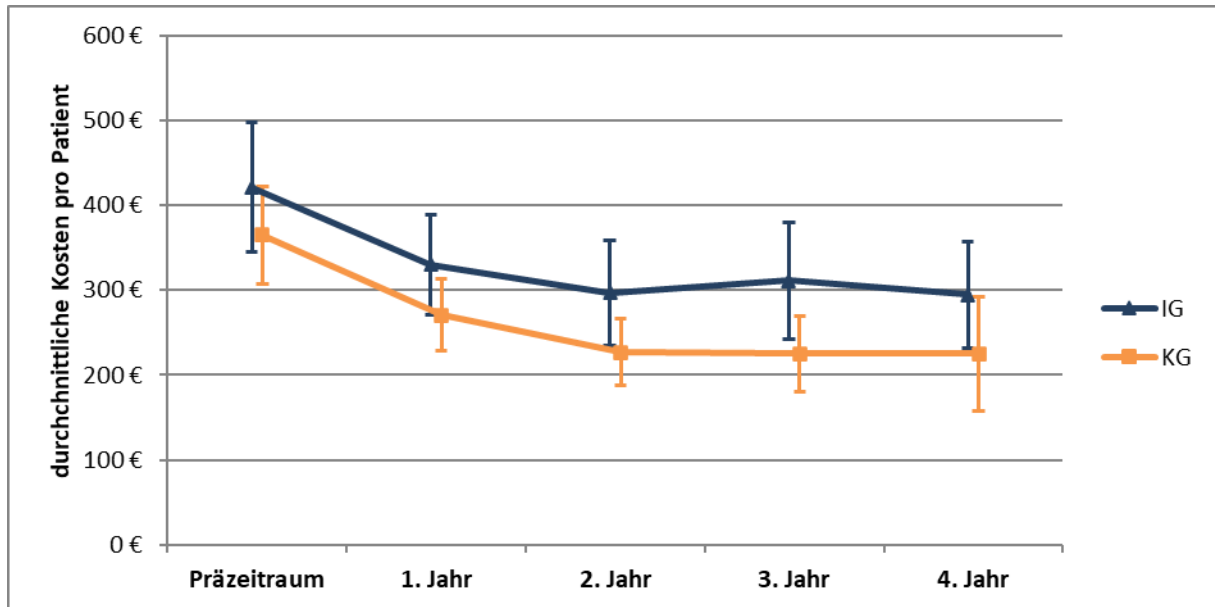


Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	268,62 €	<0,001	268,62 €	<0,001	-137,25 €	0,003
IG (vs. KG)	-31,73 €	0,376	-31,73 €	0,376	-28,21 €	0,415
Post (vs. Prä)	107,10 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-17,00 €	0,520				
1. Jahr (vs. Prä)			139,49 €	<0,001	331,86 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			128,66 €	<0,001	320,95 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			126,55 €	<0,001	319,79 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			27,18 €	0,213	219,54 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-17,46 €	0,504	-16,76 €	0,523
IG x Jahr 2 (DiD)			-20,14 €	0,514	-20,08 €	0,516
IG x Jahr 3 (DiD)			-18,13 €	0,599	-18,58 €	0,588
IG x Jahr 4 (DiD)			-12,23 €	0,680	-12,42 €	0,674
Alter (30-47 J. vs. U30)					140,86 €	0,003
Alter (48-64 J. vs. U30)					160,91 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					128,94 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-32,66 €	0,356
F 00 (Demenz)					146,06 €	0,003
F 01 (Vaskuläre Demenz)					23,54 €	0,590
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					333,14 €	0,032
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					30,62 €	0,390
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					20,34 €	0,622
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-128,82 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					948,03 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					30,25 €	0,304
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					8,51 €	0,814
F 45 (Somatoforme Störungen)					-76,07 €	0,007
F 40-48 (ohne F43 und F45)					38,43 €	0,512
F 50 (Essstörungen)					-20,87 €	0,769
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					83,81 €	0,081
F 70-79 (Intelligenzstörung)					150,43 €	0,052
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					32,77 €	0,796
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					18,91 €	0,772
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					104,40 €	0,091
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-133,75 €	0,146
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					156,63 €	0,033
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					198,51 €	<0,001
R ²		0,002		0,003		0,102
Intercept	268,62 €	<0,001	268,62 €	<0,001	-137,25 €	0,003

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 219: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	364,72 €	<0,001	364,72 €	<0,001	-76,96 €	0,217
IG (vs. KG)	56,23 €	0,249	56,23 €	0,249	51,19 €	0,267
Post (vs. Prä)	-127,24 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	15,02 €	0,666				
1. Jahr (vs. Prä)			-94,11 €	<0,001	369,66 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-138,26 €	<0,001	322,35 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-139,24 €	<0,001	318,38 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-139,95 €	<0,001	316,25 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			3,28 €	0,917	-3,53 €	0,913
IG x Jahr 2 (DiD)			14,19 €	0,708	7,01 €	0,852
IG x Jahr 3 (DiD)			29,27 €	0,434	21,89 €	0,555
IG x Jahr 4 (DiD)			13,55 €	0,759	3,25 €	0,941
Alter (30-47 J. vs. U30)					116,99 €	0,036
Alter (48-64 J. vs. U30)					61,34 €	0,271
Alter (Ü64 vs. U30)					-100,31 €	0,025
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					4,07 €	0,919
F 00 (Demenz)					-117,51 €	0,003
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-142,70 €	0,010
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-33,30 €	0,318
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					34,13 €	0,646
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-95,46 €	0,079
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-11,61 €	0,802
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-101,17 €	0,067
F 30-39 (Affektive Störungen)					-3,19 €	0,957
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-21,22 €	0,599
F 45 (Somatoforme Störungen)					-15,83 €	0,835
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-83,82 €	0,071
F 50 (Essstörungen)					190,13 €	0,518
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					10,90 €	0,882
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-183,17 €	0,008
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					7,25 €	0,970
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-187,20 €	0,005
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					168,64 €	0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					130,47 €	0,325
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					56,64 €	0,274
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					401,11 €	<0,001
R ²		0,008		0,009		0,045

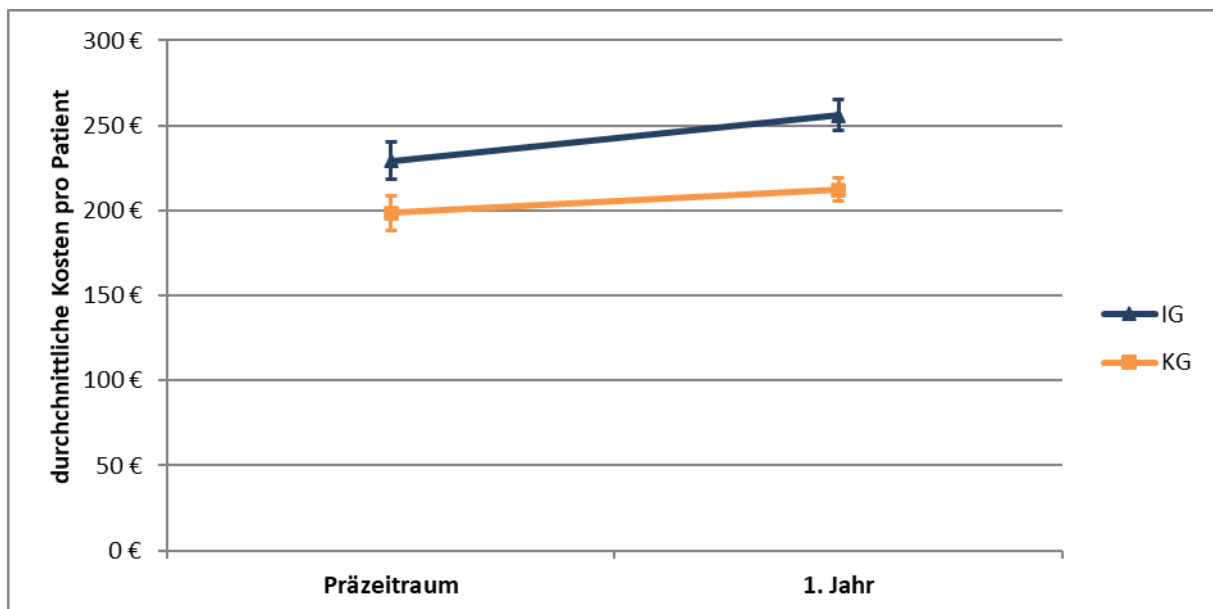
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	4974	5141	5026	5100
Mittelwert	229,27 €	256,03 €	198,51 €	212,26 €
Standardabweichung	432,06 €	346,93 €	387,74 €	270,85 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	23,75 €	39,74 €	21,60 €	30,70 €
Median	93,69 €	150,24 €	79,31 €	113,91 €
75%-Perzentil	286,17 €	379,19 €	243,46 €	320,68 €
Maximum	10.646,35 €	11.159,46 €	10.530,94 €	5.686,58 €

Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	3819	3932	3482	3822	3904	3453
Mittelwert	240,61 €	258,63 €	194,62 €	207,21 €	211,66 €	158,76 €
Standardabweichung	460,10 €	360,44 €	359,76 €	406,17 €	260,95 €	201,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	24,13 €	42,50 €	22,30 €	21,21 €	32,08 €	18,63 €
Median	96,14 €	152,84 €	96,98 €	81,02 €	114,74 €	77,71 €
75%-Perzentil	287,96 €	376,53 €	279,95 €	244,64 €	320,60 €	239,34 €
Maximum	10.646,35 €	11.159,46 €	12.267,62 €	10.530,94 €	2.931,35 €	3.054,83 €

Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

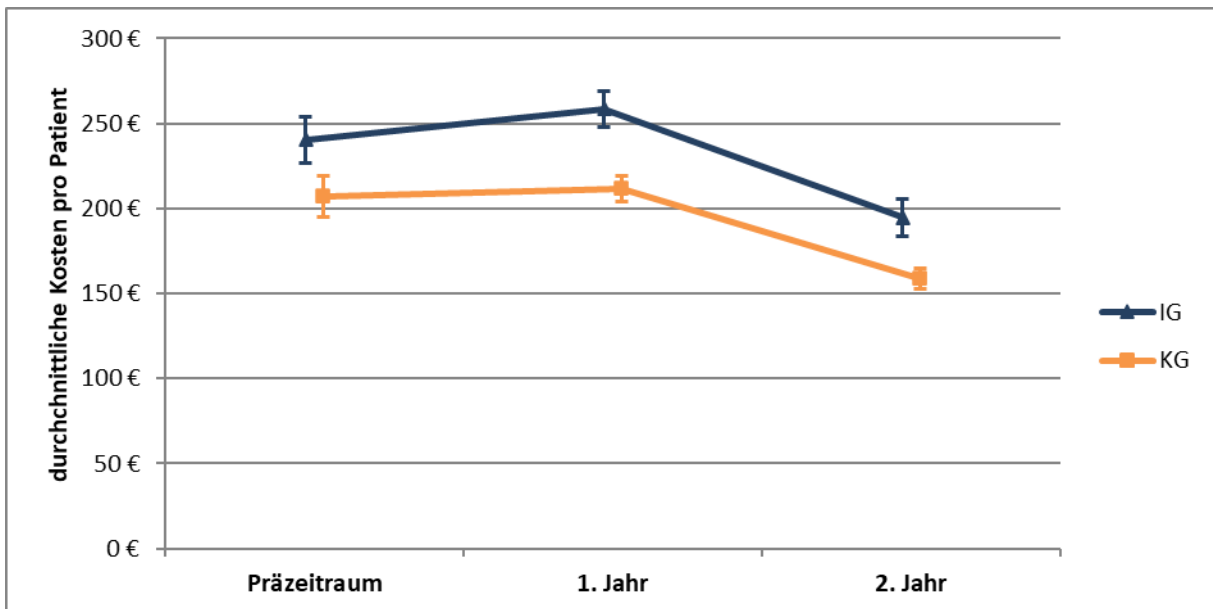


Tabelle 222: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	207,21 €	<0,001	207,21 €	<0,001	-83,23 €	<0,001
IG (vs. KG)	33,40 €	<0,001	33,40 €	<0,001	34,30 €	<0,001
Post (vs. Prä)	-21,19 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	8,21 €	0,312				
1. Jahr (vs. Prä)			4,45 €	0,450	213,16 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-48,45 €	<0,001	156,31 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			13,57 €	0,100	13,81 €	0,095
IG x Jahr 2 (DiD)			2,46 €	0,780	2,25 €	0,796
Alter (30-47 J. vs. U30)					67,02 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					55,24 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					-46,95 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					44,91 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-5,26 €	0,595
F 01 (Vaskuläre Demenz)					7,45 €	0,630
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					60,28 €	0,024
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-5,04 €	0,609
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					8,11 €	0,497
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-33,26 €	0,011
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					75,38 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					53,13 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					53,83 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-20,59 €	0,022
F 40-48 (ohne F43 und F45)					39,22 €	0,038
F 50 (Essstörungen)					80,57 €	0,040
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					74,35 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-50,48 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					37,51 €	0,275
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					68,13 €	0,322
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					71,92 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					336,31 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					85,95 €	0,007
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					223,03 €	<0,001
R ²		0,004		0,008		0,074

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

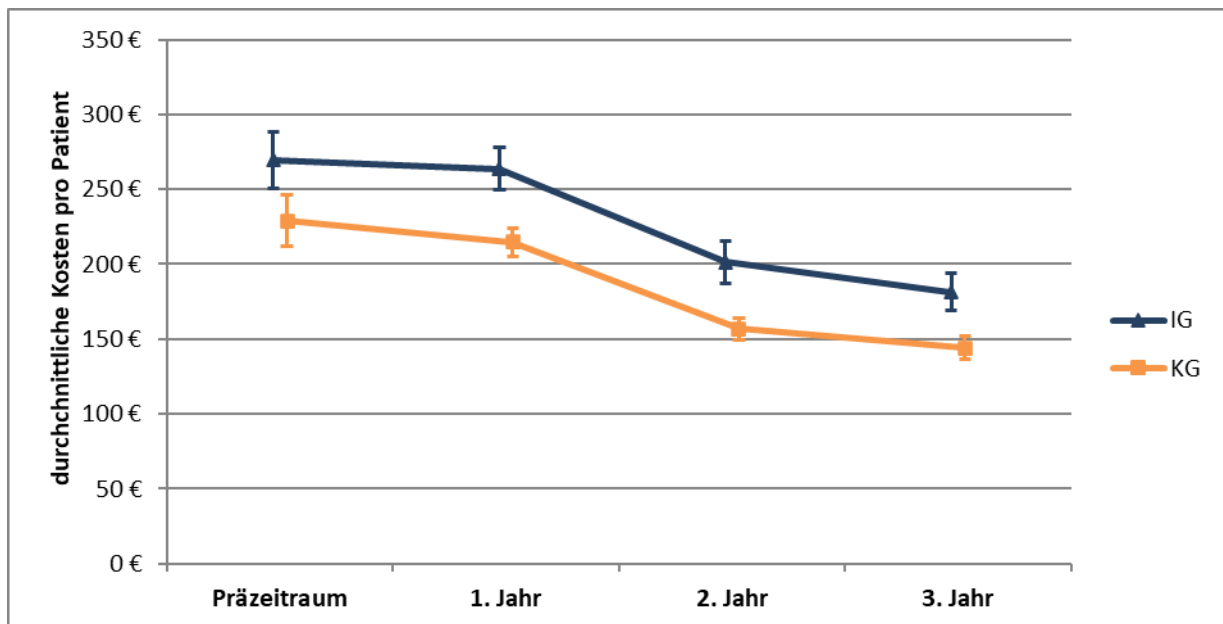
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 223: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	2554	2641	2350	2181	2567	2624	2316	2196
Mittelwert	269,48 €	263,80 €	201,33 €	181,47 €	228,84 €	214,62 €	156,92 €	144,13 €
Standardabweichung	526,98 €	382,00 €	368,79 €	333,46 €	470,46 €	266,58 €	191,99 €	198,22 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	23,54 €	42,05 €	24,97 €	19,49 €	20,88 €	32,57 €	20,79 €	17,42 €
Median	97,95 €	152,76 €	100,63 €	84,33 €	79,85 €	114,47 €	82,32 €	67,80 €
75%-Perzentil	305,45 €	382,26 €	283,23 €	252,91 €	246,73 €	319,32 €	231,22 €	205,52 €
Maximum	10.646,35 €	11.159,46 €	12.267,62 €	9.217,30 €	10.530,94 €	2.807,15 €	1.594,12 €	3.006,20 €

Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

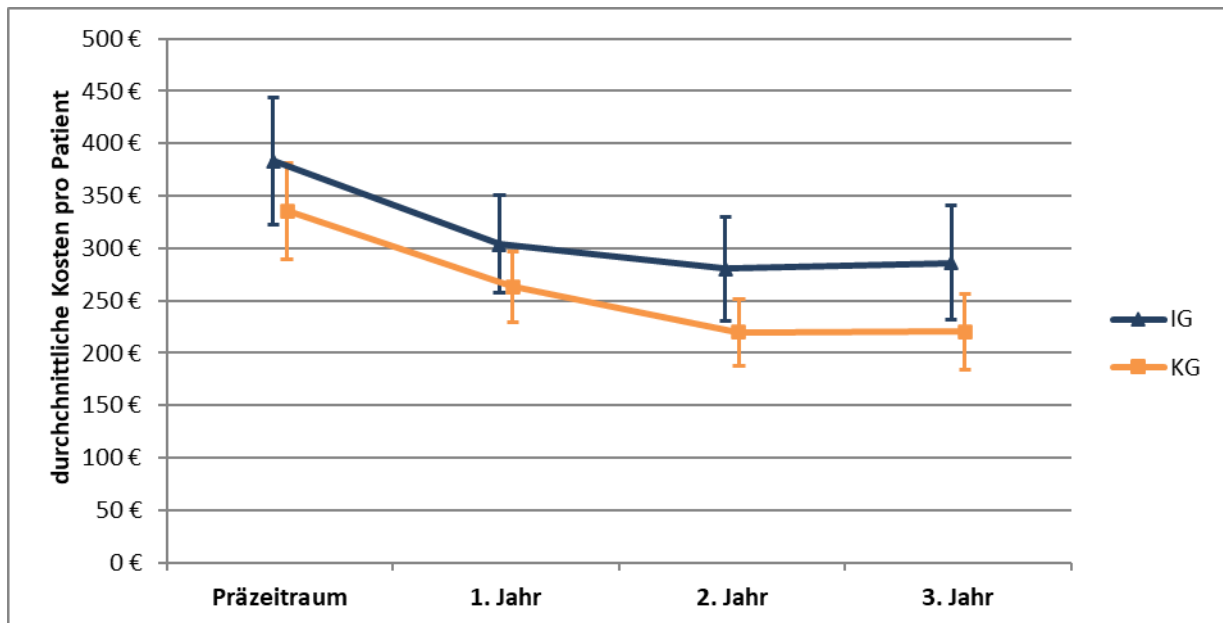


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	596	592	562	532	608	614	557	540
Mittelwert	383,34 €	303,93 €	280,57 €	286,11 €	335,81 €	263,16 €	219,72 €	220,30 €
Standardabweichung	797,58 €	615,75 €	633,61 €	681,51 €	607,94 €	445,67 €	409,48 €	457,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	28,56 €	31,36 €	29,41 €	27,42 €	28,30 €	37,15 €	27,81 €	27,73 €
Median	111,10 €	122,80 €	103,67 €	105,46 €	105,44 €	109,29 €	86,93 €	90,53 €
75%-Perzentil	386,26 €	372,05 €	308,27 €	296,15 €	337,07 €	317,41 €	262,32 €	260,37 €
Maximum	11.659,19 €	10.044,43 €	10.474,15 €	11.537,47 €	4.638,37 €	3.718,92 €	3.740,35 €	6.935,10 €

Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 225, Tabelle 227 und Abbildung 139) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 333,80 € geringere Kosten als die KG mit 513,36 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 346,91 €. In der KG sanken die Kosten auf 366,77 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 159,70 € nicht signifikant ($p=0,057$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 183,30 €. In der KG sanken die Kosten auf 139,35 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 226, Tabelle 228 und Abbildung 140) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 411,93 € etwa gleiche Kosten wie die KG mit 403,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 398,01 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 277,36 €. Die Reduktion der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 32,06 € 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 184,74 €. In der KG sanken die Kosten auf 166,15 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 229 und Abbildung 141) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 263,85 € weniger Kosten als die KG mit 303,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 349,94 €. In der KG stiegen die Kosten auf 347,17 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 230, Tabelle 231 und Abbildung 142) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 276,12 € geringere Kosten als die KG mit 326,89 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 344,51 €. In der KG erhöhten sich die Kosten leicht auf 337,16 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 58,12 € nicht signifikant ($p=0,096$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 241,37 €. In der KG sanken die Kosten auf 234,92 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 232 und Abbildung 143) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 315,99 € etwas geringere Kosten als die KG mit 365,49 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 344,74 €. In der KG verringerten sich die Kosten leicht auf 353,10 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 195,76 €. In der KG sanken die Kosten auf 201,41 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 233 und Abbildung 144) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 329,42 € etwas geringere Kosten als die KG mit 344,10 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 387,18 €. In der KG sanken die Kosten auf 258,29 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 230,74 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 179,69 €.

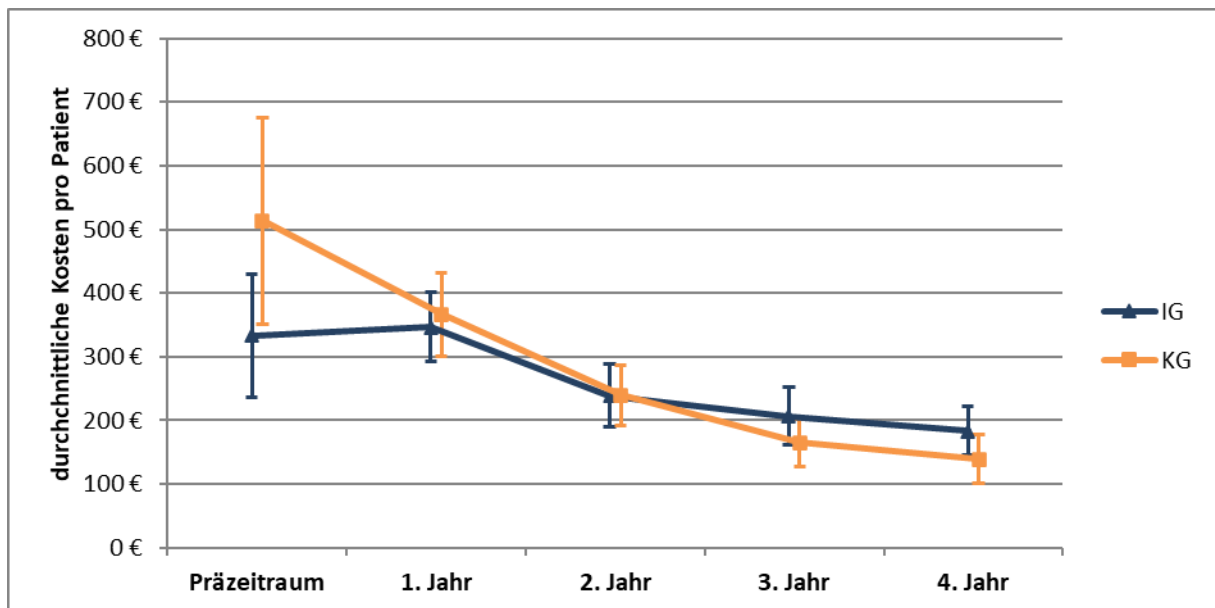
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	99	112	98	90	91	106	111	98	94	80
Mittelwert	333,80 €	346,91 €	238,62 €	206,20 €	183,30 €	513,36 €	366,77 €	239,32 €	164,85 €	139,35 €
Standardabweichung	535,66 €	302,68 €	272,48 €	250,57 €	212,40 €	909,46 €	366,41 €	260,83 €	207,81 €	218,05 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	37 €	115 €	34 €	10 €	11 €	37 €	64 €	20 €	10 €	0 €
Median	142 €	268 €	160 €	112 €	88 €	177 €	255 €	146 €	73 €	56 €
75%-Perzentil	380 €	521 €	334 €	312 €	339 €	567 €	580 €	384 €	245 €	218 €
Maximum	3.200 €	1.638 €	1.309 €	1.301 €	889 €	4.419 €	1.773 €	1.081 €	1.184 €	1.399 €

Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 226: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	83	79	75	70	69	75	78	69	64	61
Mittelwert	411,93 €	398,01 €	244,16 €	236,03 €	184,74 €	403,21 €	277,36 €	214,68 €	184,81 €	166,15 €
Standardabweichung	682,98 €	521,53 €	266,59 €	224,49 €	200,04 €	732,39 €	372,88 €	266,24 €	233,01 €	200,97 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	75 €	112 €	59 €	45 €	26 €	48 €	49 €	20 €	11 €	2 €
Median	178 €	284 €	134 €	150 €	115 €	152 €	141 €	113 €	99 €	87 €
75%-Perzentil	402 €	457 €	358 €	408 €	290 €	435 €	315 €	332 €	316 €	285 €
Maximum	4.022 €	3.155 €	1.357 €	907 €	963 €	4.750 €	1.733 €	1.362 €	1.245 €	1.036 €

Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

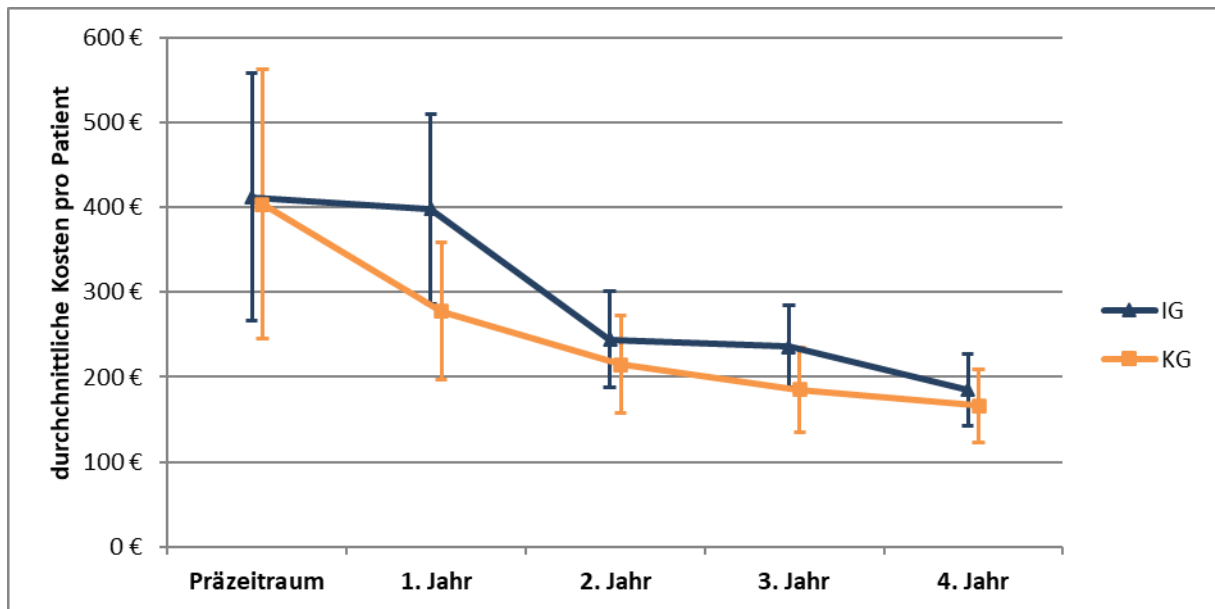


Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	513,36 €	<0,001	513,36 €	<0,001	-41,07 €	0,568
IG (vs. KG)	-179,56 €	0,062	-179,56 €	0,063	-169,89 €	0,064
Post (vs. Prä)	-285,79 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	195,75 €	0,031				
1. Jahr (vs. Prä)			-146,59 €	0,033	262,71 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-274,04 €	<0,001	135,26 €	0,012
3. Jahr (vs. Prä)			-348,51 €	<0,001	60,79 €	0,272
4. Jahr (vs. Prä)			-374,01 €	<0,001	35,29 €	0,498
IG x Jahr 1 (DiD)			159,70 €	0,057	149,59 €	0,070
IG x Jahr 2 (DiD)			178,87 €	0,063	168,76 €	0,075
IG x Jahr 3 (DiD)			220,91 €	0,024	210,80 €	0,028
IG x Jahr 4 (DiD)			223,52 €	0,019	213,41 €	0,021
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					87,13 €	0,026
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-293,40 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					219,83 €	0,008
F 30-39 (Affektive Störungen)					81,81 €	0,073
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					53,34 €	0,262
F 45 (Somatoforme Störungen)					6,91 €	0,908
F 50 (Essstörungen)					140,75 €	0,030
F 70-79 (Intelligenzstörung)					232,69 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					59,73 €	0,586
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					82,68 €	0,103
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-232,79 €	0,022
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-387,36 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					98,56 €	0,392
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					485,66 €	<0,001
R ²		0,041		0,067		0,133

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 228: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	156,14 €	<0,001	156,14 €	<0,001	115,96 €	0,268
IG (vs. KG)	-118,32 €	0,005	-118,32 €	0,005	-78,70 €	0,110
Post (vs. Prä)	29,95 €	0,416				
IG x Post (DiD)	33,89 €	0,434				
1. Jahr (vs. Prä)			18,70 €	0,337	2,86 €	0,978
2. Jahr (vs. Prä)			20,61 €	0,467	4,76 €	0,963
3. Jahr (vs. Prä)			17,84 €	0,611	2,00 €	0,986
4. Jahr (vs. Prä)			62,66 €	0,566	46,82 €	0,716
IG x Jahr 1 (DiD)			32,06 €	0,267	26,65 €	0,376
IG x Jahr 2 (DiD)			26,44 €	0,448	21,02 €	0,576
IG x Jahr 3 (DiD)			77,04 €	0,128	71,62 €	0,162
IG x Jahr 4 (DiD)			0,01 €	>0,999	-5,41 €	0,963
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-25,84 €	0,410
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-51,77 €	0,434
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					829,93 €	0,006
F 30-39 (Affektive Störungen)					-12,41 €	0,764
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-44,44 €	0,132
F 45 (Somatoforme Störungen)					-74,67 €	0,038
F 50 (Essstörungen)					-26,51 €	0,552
F 70-79 (Intelligenzstörung)					472,00 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					4,51 €	0,961
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					97,33 €	0,003
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-88,25 €	0,162
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,07 €	0,852
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					31,46 €	0,621
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-30,67 €	0,742
R ²		0,015		0,017		0,147

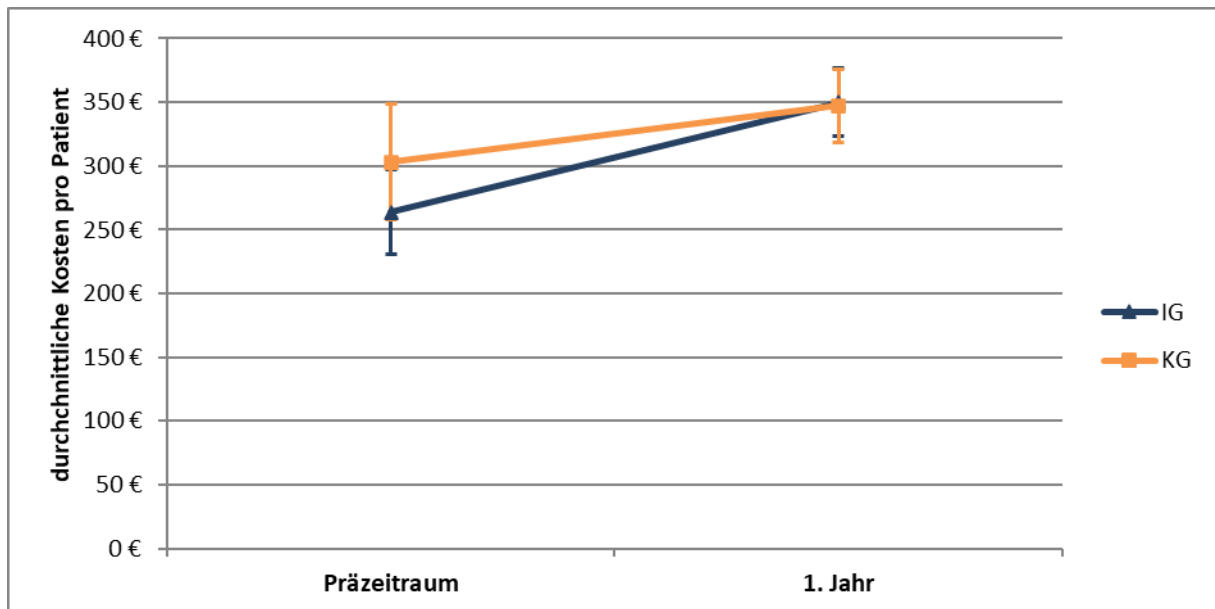
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	423	479	435	477
Mittelwert	263,85 €	349,94 €	303,14 €	347,17 €
Standardabweichung	379,29 €	306,36 €	523,18 €	324,93 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	34,08 €	105,82 €	33,01 €	77,52 €
Median	123,12 €	259,02 €	134,94 €	253,74 €
75%-Perzentil	378,15 €	533,52 €	388,20 €	533,66 €
Maximum	3.199,90 €	1.637,83 €	4.419,09 €	1.808,79 €

Abbildung 141: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	331	371	328	340	370	321
Mittelwert	276,12 €	344,51 €	241,37 €	326,89 €	337,16 €	234,92 €
Standardabweichung	394,45 €	302,21 €	263,46 €	578,35 €	311,46 €	261,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	38,69 €	102,01 €	32,73 €	38,14 €	78,09 €	30,32 €
Median	136,94 €	256,23 €	159,33 €	138,40 €	250,18 €	148,71 €
75%-Perzentil	381,60 €	531,63 €	393,55 €	388,33 €	528,94 €	367,04 €
Maximum	3.199,90 €	1.637,83 €	1.308,85 €	4.419,09 €	1.773,43 €	1.581,38 €

Abbildung 142: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

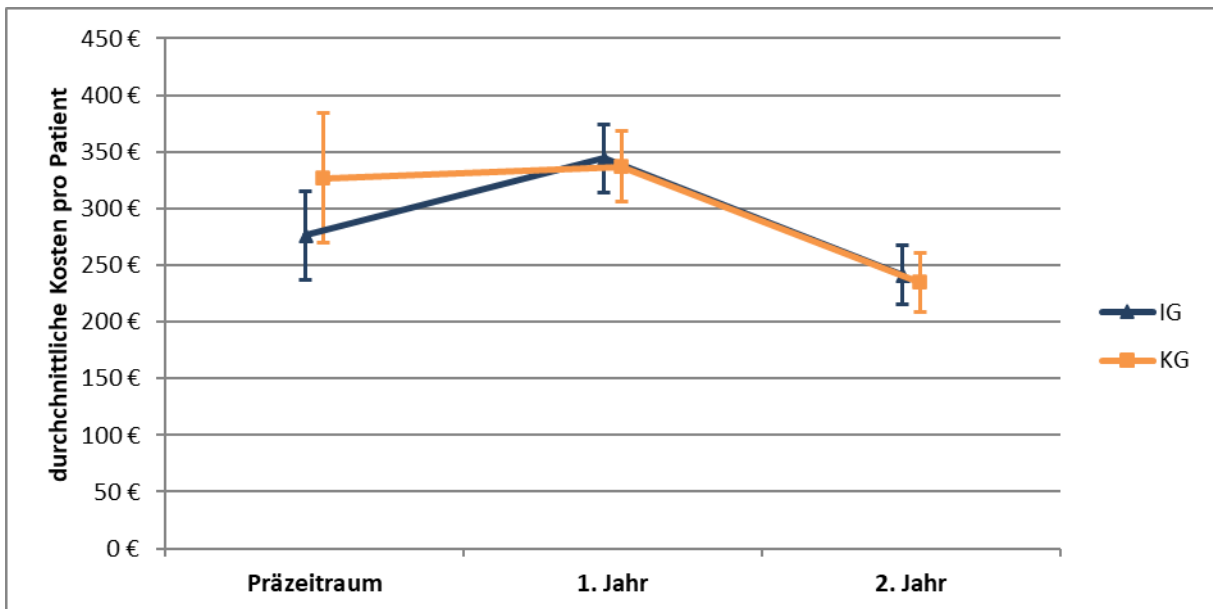


Tabelle 231: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	326,89 €	<0,001	326,89 €	<0,001	-113,17 €	<0,001
IG (vs. KG)	-50,77 €	0,153	-50,77 €	0,153	-39,16 €	0,253
Post (vs. Prä)	-40,85 €	0,128				
IG x Post (DiD)	57,67 €	0,093				
1. Jahr (vs. Prä)			10,27 €	0,695	311,66 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-91,97 €	0,002	209,42 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			58,12 €	0,096	48,52 €	0,158
IG x Jahr 2 (DiD)			57,22 €	0,120	47,63 €	0,190
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					36,69 €	0,113
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-54,61 €	0,707
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					163,59 €	0,024
F 30-39 (Affektive Störungen)					115,19 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					123,09 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					38,45 €	0,332
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-31,72 €	0,516
F 50 (Essstörungen)					148,20 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-21,64 €	0,796
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					37,24 €	0,370
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					88,08 €	0,002
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-118,05 €	0,006
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-117,60 €	0,193
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					84,19 €	0,202
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					346,76 €	<0,001
R ²		0,002		0,015		0,079

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

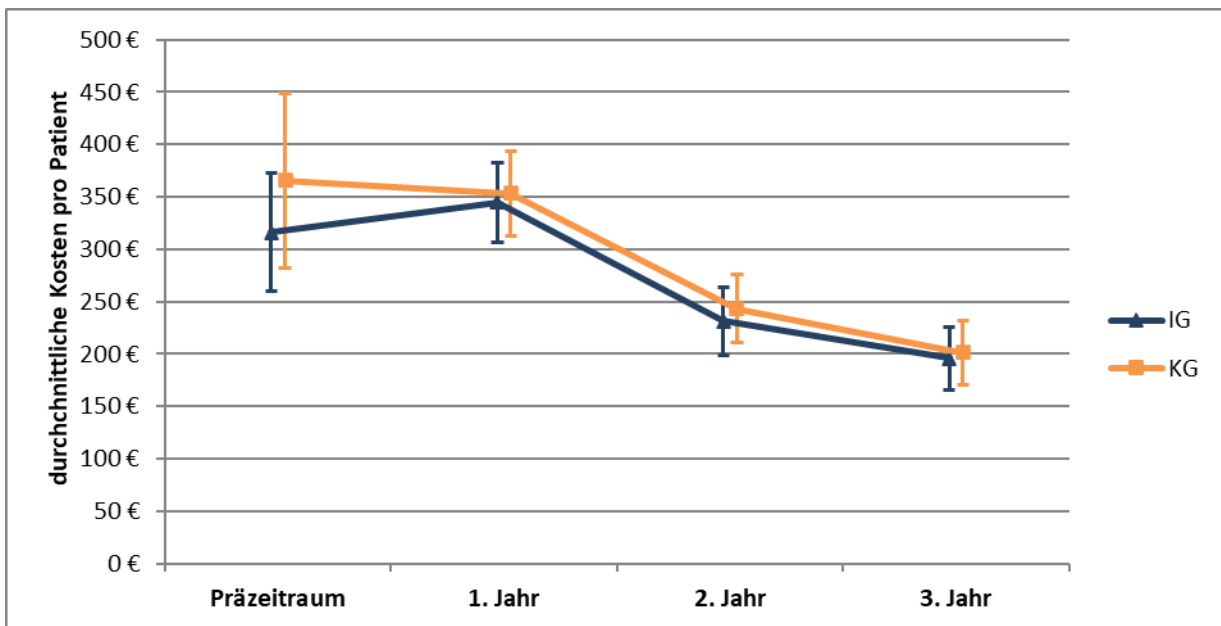
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	217	240	211	193	224	243	213	203
Mittelwert	315,99 €	344,74 €	231,28 €	195,76 €	365,49 €	353,10 €	243,13 €	201,41 €
Standardabweichung	455,13 €	306,11 €	265,03 €	246,27 €	683,71 €	333,67 €	268,48 €	250,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	42,03 €	106,64 €	32,29 €	9,63 €	38,57 €	75,75 €	30,95 €	14,88 €
Median	151,20 €	246,25 €	150,50 €	97,96 €	126,54 €	271,21 €	156,77 €	99,21 €
75%-Perzentil	402,22 €	522,28 €	322,70 €	301,53 €	401,37 €	552,44 €	369,56 €	339,90 €
Maximum	3.199,90 €	1.637,83 €	1.308,85 €	1.300,79 €	4.419,09 €	1.773,43 €	1.581,38 €	1.480,28 €

Abbildung 143: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

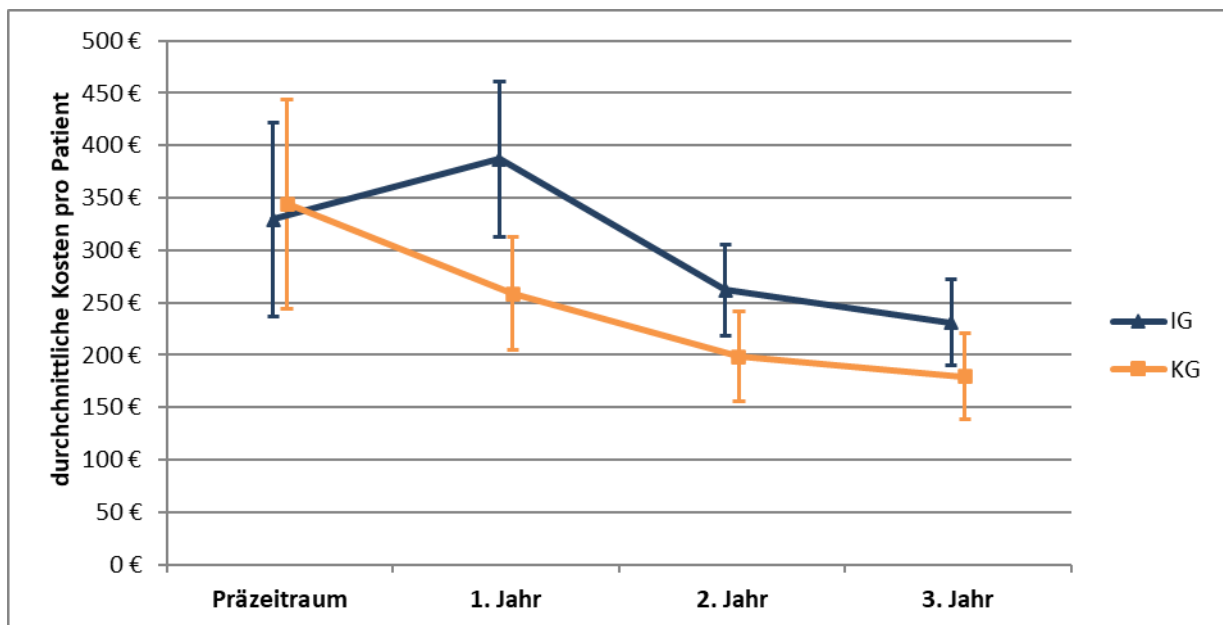


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	135	128	127	112	123	128	108	104
Mittelwert	329,42 €	387,18 €	261,88 €	230,74 €	344,10 €	258,29 €	198,51 €	179,69 €
Standardabweichung	554,72 €	446,01 €	260,65 €	245,85 €	595,38 €	322,70 €	257,57 €	243,56 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	59,55 €	119,03 €	70,05 €	20,57 €	41,49 €	37,27 €	16,19 €	5,33 €
Median	169,57 €	288,67 €	196,68 €	144,56 €	155,39 €	140,02 €	90,88 €	93,36 €
75%-Perzentil	361,73 €	505,32 €	370,33 €	386,15 €	450,98 €	365,07 €	293,75 €	280,53 €
Maximum	4.022,13 €	3.154,83 €	1.356,68 €	1.105,64 €	4.750,27 €	1.732,95 €	1.362,50 €	1.244,99 €

Abbildung 144: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung werden die Bruttopreise der über den ATC-Code als Psychopharmakon klassifizierten, im jeweiligen Beobachtungszeitraum verordneten Arzneimittel erfasst.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 234, Tabelle 236) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 236,90 € leicht geringere Kosten als die KG mit 268,62 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 358,93 €. In der KG stiegen die Kosten auf 408,12 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 17,46 € nicht signifikant ($p=0,504$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 251,84 €. In der KG sanken die Kosten auf 295,80 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 235, Tabelle 237) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 435,19 € geringere Kosten als die KG mit 524,48 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 552,75 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 639,58 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,47 € nicht signifikant ($p=0,966$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 511,75 €. In der KG sanken die Kosten auf 437,61 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 238) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 196,94 € etwas geringere Kosten als die KG mit 216,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 324,93 €. In der KG stiegen die Kosten auf 338,20 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 239, Tabelle 240) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 205,92 € leicht geringere Kosten als die KG mit 229,30 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 343,40 €. In der KG stiegen die Kosten auf 369,35 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,58 € nicht signifikant ($p=0,857$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 306,61 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 328,09 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 241) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 230,38 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 239,15 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 365,70 €. In der KG stiegen die Kosten auf 376,51 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 309,57 €. In der KG sanken die Kosten auf 330,42 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 242) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 433,30 € etwas geringere Kosten als die KG mit 489,74 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 556,56 €. In der KG stiegen die Kosten auf 613,26 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 503,68 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 565,85 €.

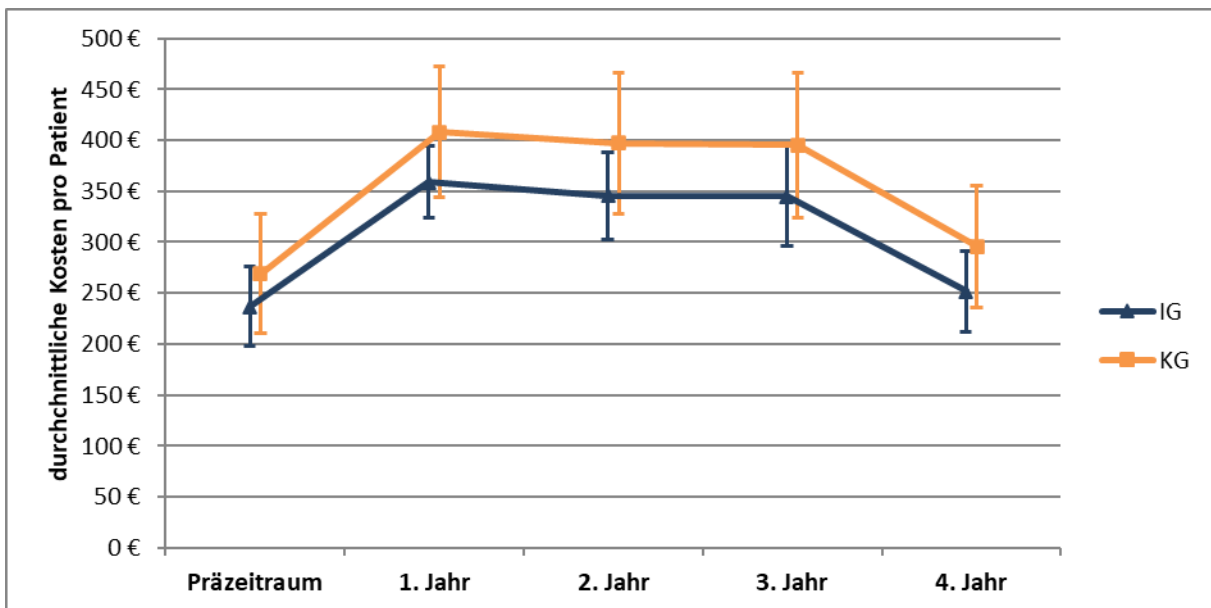
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 234: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	943	1197	966	871	758	901	1142	928	835	733
Mittelwert	236,90 €	358,93 €	345,41 €	345,32 €	251,84 €	268,62 €	408,12 €	397,28 €	395,18 €	295,80 €
Standardabweichung	768,71 €	704,45 €	811,79 €	923,97 €	729,20 €	1.153,69 €	1.262,22 €	1.321,99 €	1.342,02 €	1.107,07 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	28 €	0 €	0 €	0 €	0 €	14 €	0 €	0 €	0 €
Median	36 €	157 €	114 €	98 €	46 €	31 €	131 €	95 €	72 €	29 €
75%-Perzentil	183 €	434 €	411 €	379 €	273 €	169 €	364 €	333 €	339 €	212 €
Maximum	10.802 €	11.125 €	12.107 €	13.042 €	12.561 €	22.732 €	19.869 €	22.114 €	19.563 €	18.519 €

Abbildung 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 235: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	396	435	368	349	328	385	428	383	369	333
Mittelwert	435,19 €	552,75 €	543,16 €	547,28 €	511,75 €	524,48 €	639,58 €	604,79 €	602,82 €	437,61 €
Standardabweichung	849,61 €	1.001,65 €	1.147,18 €	1.106,40 €	1.218,56 €	1.467,20 €	1.608,68 €	1.344,75 €	1.461,87 €	906,85 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	17 €	70 €	17 €	15 €	0 €	0 €	51 €	20 €	17 €	0 €
Median	148 €	237 €	198 €	200 €	179 €	158 €	227 €	197 €	204 €	138 €
75%-Perzentil	482 €	679 €	573 €	622 €	573 €	501 €	626 €	576 €	595 €	448 €
Maximum	10.548 €	9.633 €	11.066 €	11.125 €	11.915 €	24.540 €	25.408 €	12.839 €	19.035 €	8.752 €

Abbildung 146: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

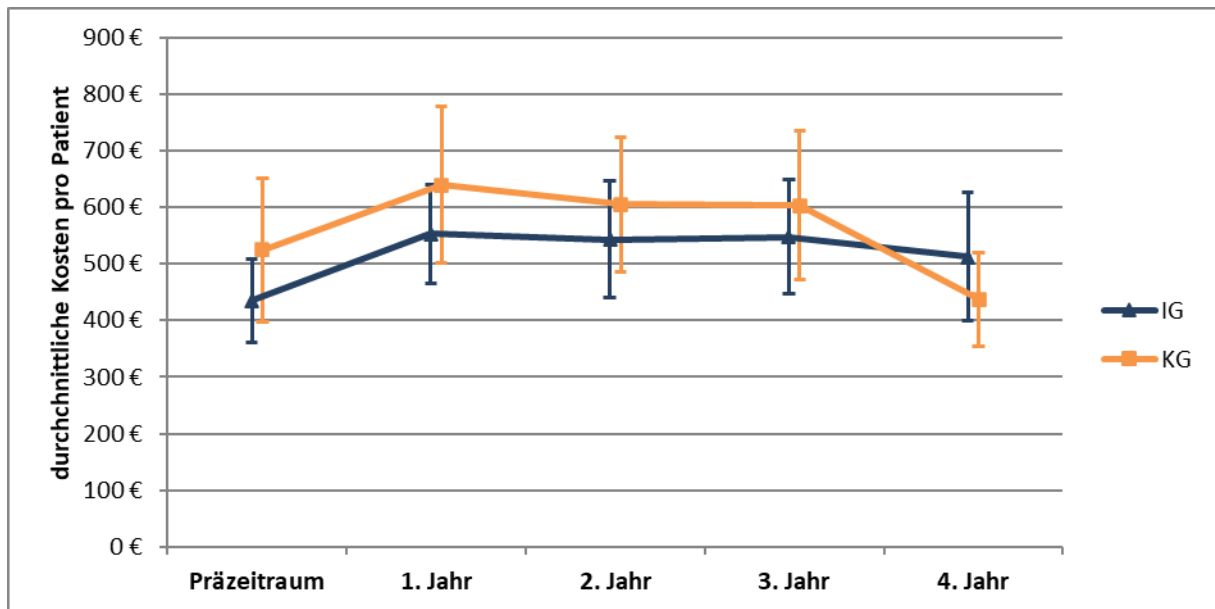


Tabelle 236: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	268,62 €	<0,001	268,62 €	<0,001	-137,25 €	0,003
IG (vs. KG)	-31,73 €	0,376	-31,73 €	0,376	-28,21 €	0,415
Post (vs. Prä)	107,10 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-17,00 €	0,520				
1. Jahr (vs. Prä)			139,49 €	<0,001	331,86 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			128,66 €	<0,001	320,95 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			126,55 €	<0,001	319,79 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			27,18 €	0,213	219,54 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-17,46 €	0,504	-16,76 €	0,523
IG x Jahr 2 (DiD)			-20,14 €	0,514	-20,08 €	0,516
IG x Jahr 3 (DiD)			-18,13 €	0,599	-18,58 €	0,588
IG x Jahr 4 (DiD)			-12,23 €	0,680	-12,42 €	0,674
Alter (30-47 J. vs. U30)					140,86 €	0,003
Alter (48-64 J. vs. U30)					160,91 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					128,94 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-32,66 €	0,356
F 00 (Demenz)					146,06 €	0,003
F 01 (Vaskuläre Demenz)					23,54 €	0,590
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					333,14 €	0,032
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					30,62 €	0,390
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					20,34 €	0,622
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-128,82 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					948,03 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					30,25 €	0,304
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					8,51 €	0,814
F 45 (Somatoforme Störungen)					-76,07 €	0,007
F 40-48 (ohne F43 und F45)					38,43 €	0,512
F 50 (Essstörungen)					-20,87 €	0,769
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					83,81 €	0,081
F 70-79 (Intelligenzstörung)					150,43 €	0,052
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					32,77 €	0,796
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					18,91 €	0,772
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					104,40 €	0,091
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-133,75 €	0,146
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					156,63 €	0,033
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					198,51 €	<0,001
R ²		0,002		0,003		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 237: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	524,48 €	<0,001	524,48 €	<0,001	-71,25 €	0,615
IG (vs. KG)	-89,29 €	0,232	-89,29 €	0,232	-53,67 €	0,489
Post (vs. Prä)	49,39 €	0,309				
IG x Post (DiD)	54,82 €	0,354				
1. Jahr (vs. Prä)			115,10 €	0,015	356,44 €	0,002
2. Jahr (vs. Prä)			80,31 €	0,158	315,33 €	0,008
3. Jahr (vs. Prä)			78,34 €	0,150	310,85 €	0,010
4. Jahr (vs. Prä)			-86,87 €	0,190	145,48 €	0,226
IG x Jahr 1 (DiD)			2,47 €	0,966	2,21 €	0,971
IG x Jahr 2 (DiD)			27,66 €	0,709	31,19 €	0,677
IG x Jahr 3 (DiD)			33,75 €	0,625	34,73 €	0,623
IG x Jahr 4 (DiD)			163,43 €	0,040	162,60 €	0,042
Alter (30-47 J. vs. U30)					272,35 €	0,006
Alter (48-64 J. vs. U30)					255,29 €	0,029
Alter (Ü64 vs. U30)					273,85 €	0,008
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-110,92 €	0,151
F 00 (Demenz)					-27,05 €	0,724
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-20,30 €	0,830
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					46,60 €	0,711
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					49,37 €	0,612
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-65,39 €	0,564
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-130,00 €	0,181
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					776,23 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					57,47 €	0,258
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-54,20 €	0,348
F 45 (Somatoforme Störungen)					-95,07 €	0,132
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-57,51 €	0,579
F 50 (Essstörungen)					517,91 €	0,178
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					184,22 €	0,153
F 70-79 (Intelligenzstörung)					358,26 €	0,112
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-258,33 €	0,096
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-209,73 €	0,033
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					198,18 €	0,016
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					127,83 €	0,551
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-18,64 €	0,794
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					185,20 €	0,110
R ²		0,001		0,003		0,087

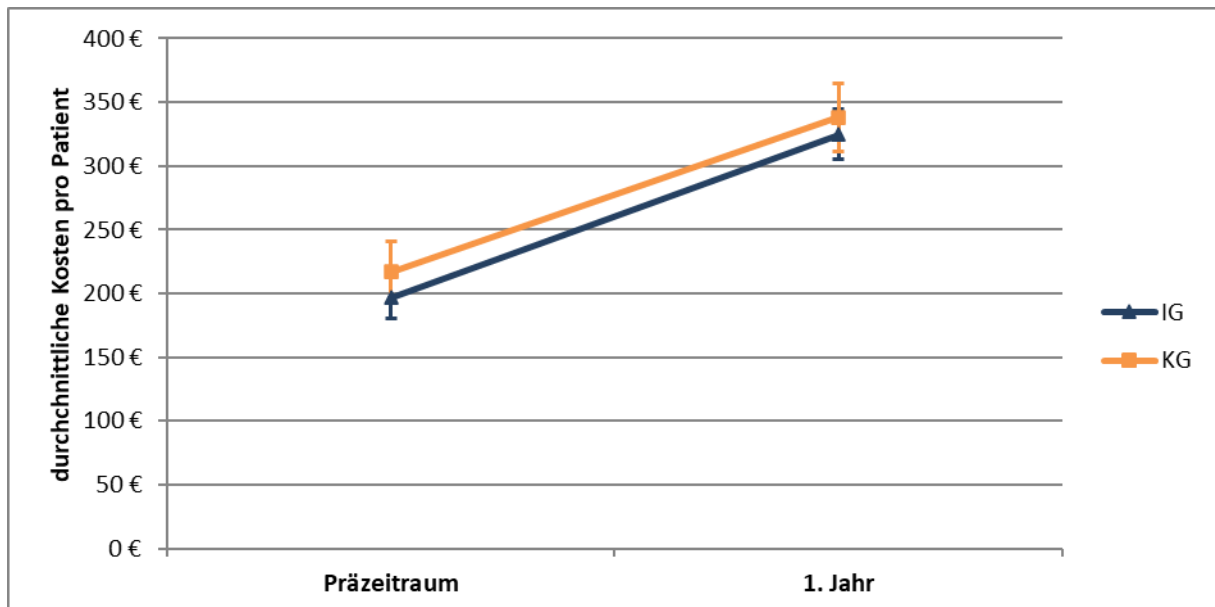
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 238: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	3462	4510	3342	4310
Mittelwert	196,94 €	324,93 €	216,93 €	338,20 €
Standardabweichung	647,91 €	759,06 €	937,47 €	1.025,78 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	20,67 €	0,00 €	11,72 €
Median	30,57 €	144,02 €	25,30 €	113,87 €
75%-Perzentil	177,68 €	388,96 €	151,72 €	339,28 €
Maximum	18.002,32 €	28.014,32 €	29.124,09 €	25.651,40 €

Abbildung 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 239: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	2652	3475	2713	2553	3343	2625
Mittelwert	205,92 €	343,40 €	306,61 €	229,30 €	369,35 €	328,09 €
Standardabweichung	665,66 €	782,24 €	755,62 €	1.025,90 €	1.112,35 €	1.118,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	25,48 €	0 €	0,00 €	13,45 €	0 €
Median	30,56 €	157,13 €	97,44 €	25,64 €	131,22 €	77,56 €
75%-Perzentil	181,42 €	415,05 €	358,86 €	155,95 €	361,99 €	295,89 €
Maximum	18.002,32 €	28.014,32 €	14.373,31 €	29.124,09 €	25.651,40 €	22.114,03 €

Abbildung 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

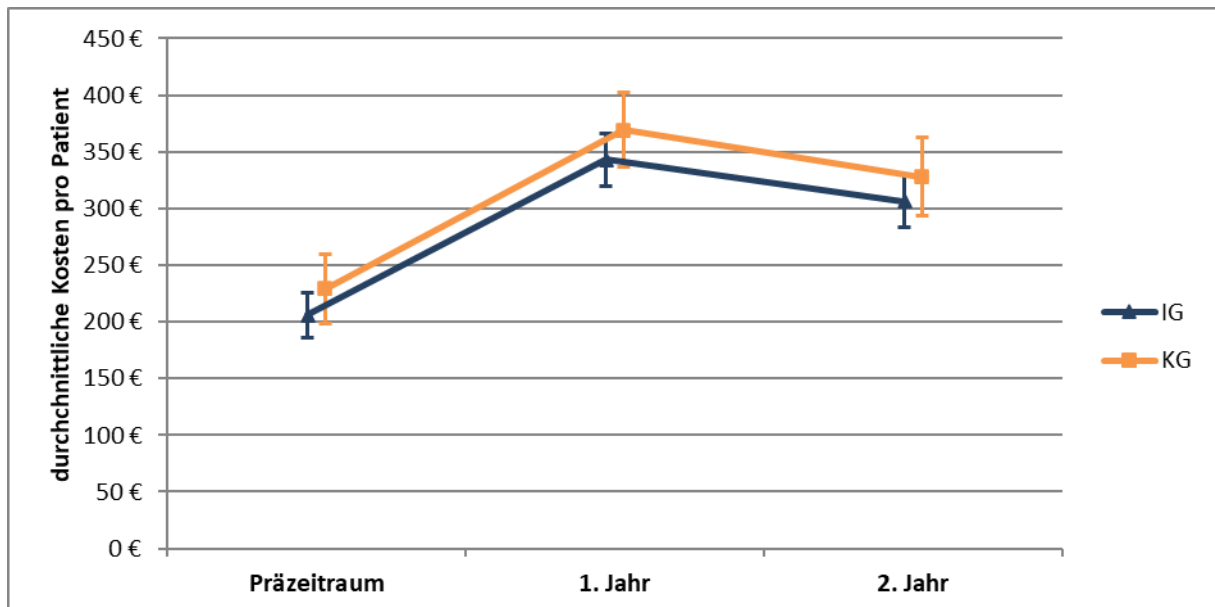


Tabelle 240: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	229,30 €	<0,001	229,30 €	<0,001	-171,29 €	<0,001
IG (vs. KG)	-23,38 €	0,207	-23,38 €	0,207	-15,30 €	0,397
Post (vs. Prä)	120,05 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-0,39 €	0,978				
1. Jahr (vs. Prä)			140,05 €	<0,001	315,10 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			98,79 €	<0,001	274,58 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-2,58 €	0,857	-2,70 €	0,851
IG x Jahr 2 (DiD)			1,90 €	0,907	1,61 €	0,921
Alter (30-47 J. vs. U30)					149,68 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					180,31 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					151,66 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-38,86 €	0,031
F 00 (Demenz)					88,50 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-3,99 €	0,887
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					231,75 €	0,037
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					40,62 €	0,113
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					98,91 €	0,002
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-80,96 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					764,39 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					35,65 €	0,170
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					40,00 €	0,225
F 45 (Somatoforme Störungen)					-20,23 €	0,390
F 40-48 (ohne F43 und F45)					139,99 €	0,122
F 50 (Essstörungen)					313,23 €	0,350
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					130,66 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					109,73 €	0,010
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					98,30 €	0,165
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					37,29 €	0,403
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					74,58 €	0,032
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-52,83 €	0,398
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					222,28 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					179,28 €	<0,001
R ²		0,004		0,004		0,079

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

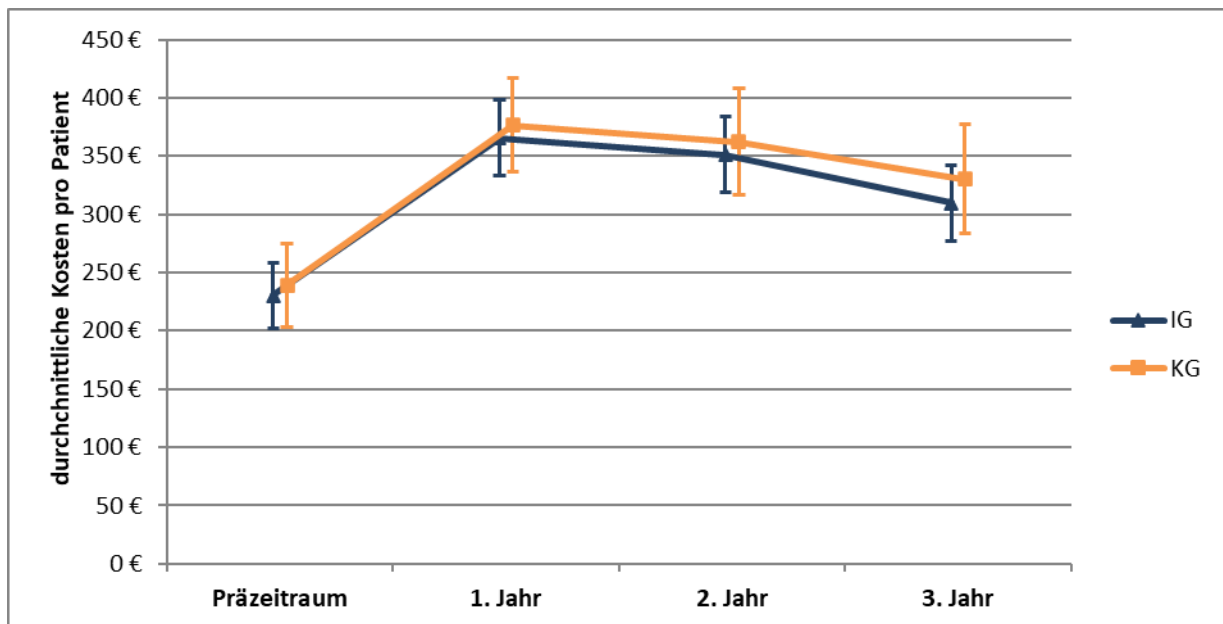
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 241: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	1819	2341	1861	1633	1732	2245	1800	1545
Mittelwert	230,38 €	365,70 €	350,99 €	309,57 €	239,15 €	376,51 €	362,33 €	330,42 €
Standardabweichung	774,89 €	899,54 €	865,24 €	860,62 €	980,03 €	1.117,19 €	1.215,30 €	1.221,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	25,53 €	0 €	0 €	0 €	14,00 €	0 €	0 €
Median	35,89 €	153,32 €	110,38 €	78,10 €	28,26 €	130,15 €	90,48 €	46,20 €
75%-Perzentil	191,87 €	421,48 €	404,28 €	331,28 €	164,95 €	360,58 €	329,68 €	266,14 €
Maximum	18.002,32 €	28.014,32 €	14.373,31 €	13.266,34 €	22.731,97 €	19.869,14 €	22.114,03 €	19.563,33 €

Abbildung 149: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

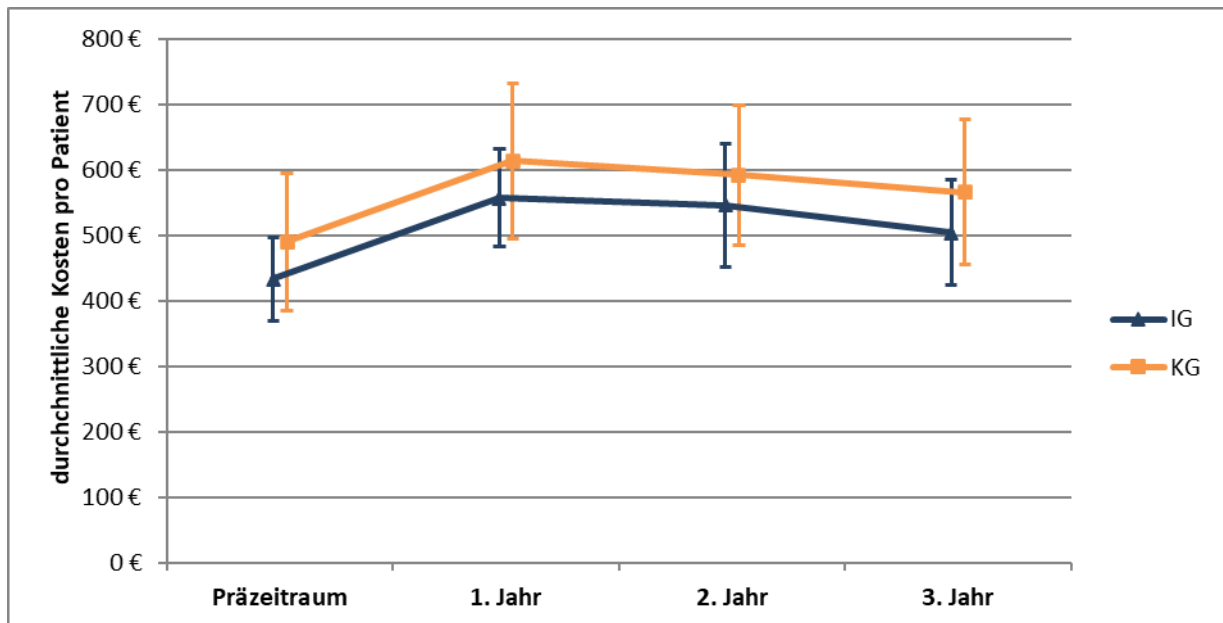


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 242: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	509	569	484	460	485	556	481	461
Mittelwert	433,30 €	556,56 €	545,76 €	503,68 €	489,74 €	613,26 €	591,45 €	565,85 €
Standardabweichung	840,31 €	984,14 €	1.200,35 €	1.009,58 €	1.394,69 €	1.563,59 €	1.371,54 €	1.391,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	14,18 €	65,74 €	17,48 €	15,42 €	0,00 €	47,89 €	11,31 €	5,70 €
Median	138,57 €	250,83 €	208,06 €	185,37 €	129,44 €	219,22 €	193,65 €	176,39 €
75%-Perzentil	488,55 €	697,93 €	579,22 €	569,13 €	437,50 €	606,02 €	559,64 €	569,12 €
Maximum	10.547,90 €	9.632,95 €	14.242,93 €	11.125,20 €	24.539,69 €	25.408,08 €	12.839,09 €	19.035,38 €

Abbildung 150: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 243, Tabelle 245) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 79,32 € niedrigere Kosten als die KG mit 116,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 156,45 €. In der KG stiegen die Kosten auf 151,28 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 42,69 € nicht signifikant ($p=0,384$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 75,24 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 87,22 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 244, Tabelle 246 und Abbildung 152) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 37,82 € niedrigere Kosten als die KG mit 156,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 88,59 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 174,84 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 32,06 € nicht signifikant ($p=0,267$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 100,49 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 218,80 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 247 und Abbildung 153) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 60,50 € geringere Kosten als die KG mit 83,59 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 164,37 €. In der KG stiegen die Kosten auf 129,02 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 248, Tabelle 249 und Abbildung 154) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 63,08 € weniger Kosten als die KG mit 92,24 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 170,34 €. In der KG stiegen die Kosten auf 145,06 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 54,44 € nicht signifikant ($p=0,014$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 162,48 €. In der KG sanken die Kosten auf 121,57 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 250 und Abbildung 155) hatte die IG im Präzeitraum mit

durchschnittlichen Kosten von 74,73 € etwas geringere Kosten als die KG mit 98,22 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 187,65 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 146,97 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 130,29 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 145,80 €.

Bei den klinikbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 251 und Abbildung 156) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 39,74 € weniger Kosten als die KG mit 139,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 142,96 €. In der KG stiegen die Kosten auf 171,18 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 134,43 €. In der KG sanken die Kosten auf 148,51 €.

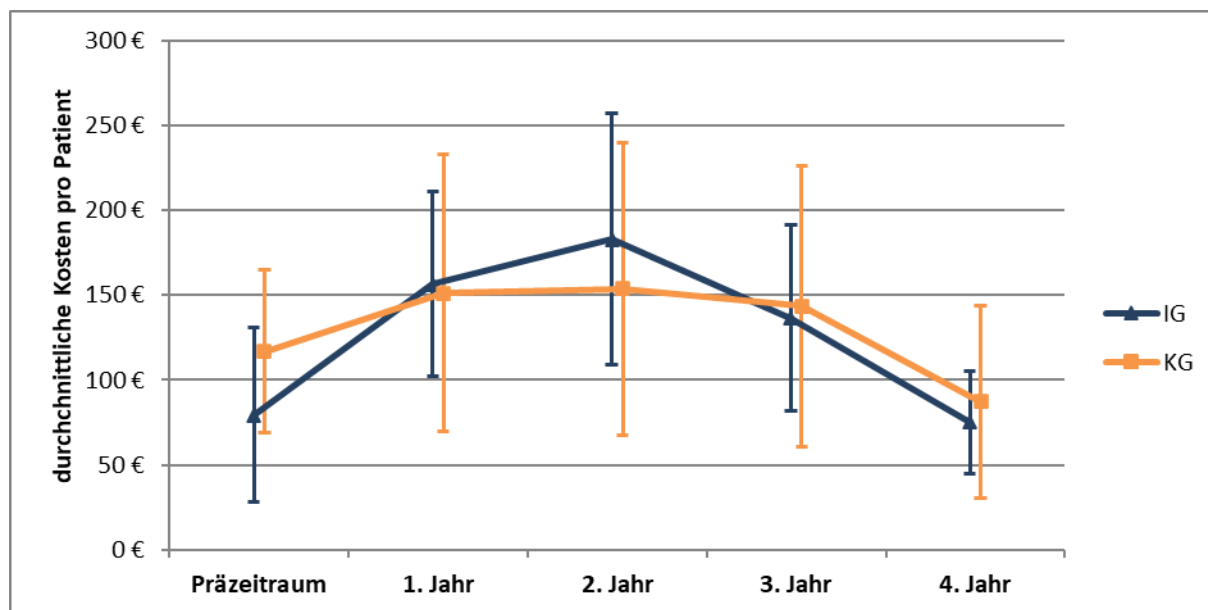
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 243: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	23	43	53	47	36	40	46	41	34	29
Mittelwert	79,32 €	156,45 €	182,79 €	136,46 €	75,24 €	116,83 €	151,28 €	153,67 €	143,52 €	87,22 €
Standardabweichung	284,45 €	300,27 €	410,26 €	303,65 €	167,77 €	269,80 €	455,92 €	483,36 €	463,80 €	319,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	142 €	169 €	124 €	48 €	57 €	90 €	52 €	15 €	0 €
Maximum	1.980 €	1.556 €	2.555 €	1.617 €	839 €	1.422 €	3.710 €	2.856 €	2.925 €	2.162 €

Abbildung 151: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 244: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	20	37	32	35	32	29	36	31	35	39
Mittelwert	37,82 €	88,59 €	84,86 €	132,70 €	100,49 €	156,14 €	174,84 €	176,75 €	173,98 €	218,80 €
Standardabweichung	108,54 €	189,51 €	172,49 €	322,82 €	207,03 €	362,98 €	366,10 €	348,11 €	353,33 €	945,72 €
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 €	120 €	78 €	106 €	88 €	149 €	159 €	146 €	122 €	106 €
Maximum	660 €	1.415 €	876 €	2.003 €	948 €	2.130 €	1.916 €	1.434 €	1.673 €	8.346 €

Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

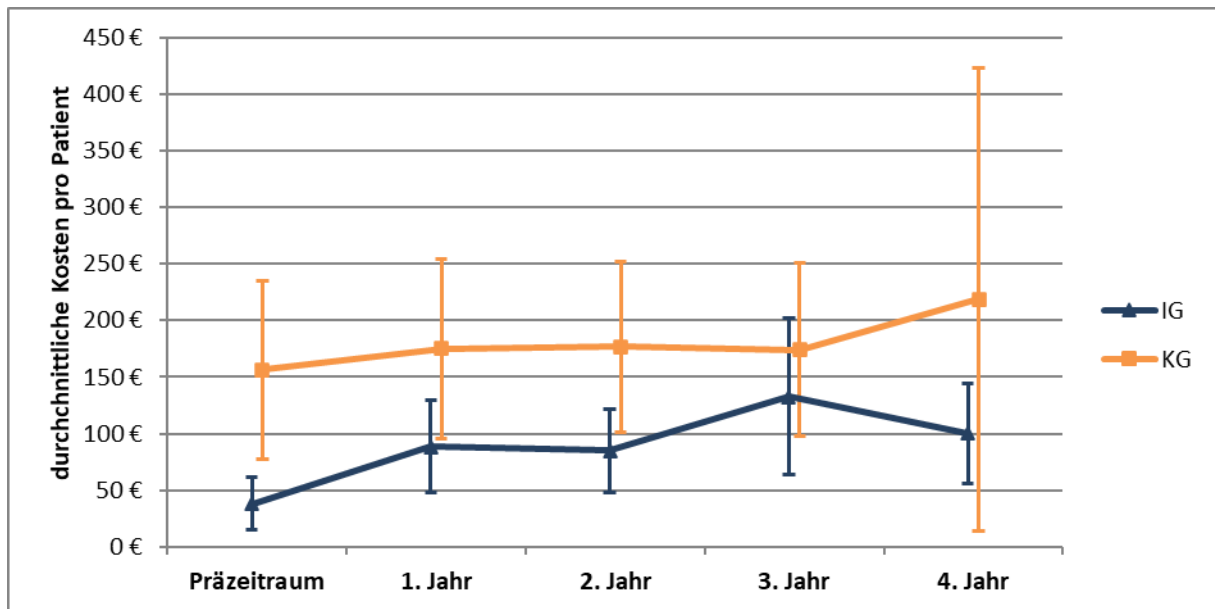


Tabelle 245: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	116,83 €	<0,001	116,83 €	<0,001	-31,89 €	0,657
IG (vs. KG)	-37,51 €	0,296	-37,51 €	0,297	-52,18 €	0,089
Post (vs. Prä)	17,09 €	0,608				
IG x Post (DiD)	41,33 €	0,320				
1. Jahr (vs. Prä)			34,44 €	0,394	77,75 €	0,029
2. Jahr (vs. Prä)			36,83 €	0,387	80,14 €	0,026
3. Jahr (vs. Prä)			26,69 €	0,511	69,99 €	0,058
4. Jahr (vs. Prä)			-29,62 €	0,350	13,69 €	0,682
IG x Jahr 1 (DiD)			42,69 €	0,384	53,58 €	0,261
IG x Jahr 2 (DiD)			66,64 €	0,228	77,53 €	0,153
IG x Jahr 3 (DiD)			30,45 €	0,534	41,35 €	0,386
IG x Jahr 4 (DiD)			25,54 €	0,522	36,43 €	0,336
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-112,49 €	0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-129,25 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					470,73 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					108,54 €	0,114
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					36,13 €	0,581
F 45 (Somatoforme Störungen)					71,65 €	0,274
F 50 (Essstörungen)					43,26 €	0,431
F 70-79 (Intelligenzstörung)					797,63 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					68,99 €	0,587
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					227,16 €	0,002
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					34,73 €	0,644
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-203,60 €	0,021
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					208,57 €	0,189
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					42,83 €	0,131
R ²		0,002		0,009		0,147

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 246: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	156,14 €	<0,001	156,14 €	<0,001	115,96 €	0,268
IG (vs. KG)	-118,32 €	0,005	-118,32 €	0,005	-78,70 €	0,110
Post (vs. Prä)	29,95 €	0,416				
IG x Post (DiD)	33,89 €	0,434				
1. Jahr (vs. Prä)			18,70 €	0,337	2,86 €	0,978
2. Jahr (vs. Prä)			20,61 €	0,467	4,76 €	0,963
3. Jahr (vs. Prä)			17,84 €	0,611	2,00 €	0,986
4. Jahr (vs. Prä)			62,66 €	0,566	46,82 €	0,716
IG x Jahr 1 (DiD)			32,06 €	0,267	26,65 €	0,376
IG x Jahr 2 (DiD)			26,44 €	0,448	21,02 €	0,576
IG x Jahr 3 (DiD)			77,04 €	0,128	71,62 €	0,162
IG x Jahr 4 (DiD)			0,01 €	>0,999	-5,41 €	0,963
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-25,84 €	0,410
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-51,77 €	0,434
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					829,93 €	0,006
F 30-39 (Affektive Störungen)					-12,41 €	0,764
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-44,44 €	0,132
F 45 (Somatoforme Störungen)					-74,67 €	0,038
F 50 (Essstörungen)					-26,51 €	0,552
F 70-79 (Intelligenzstörung)					472,00 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					4,51 €	0,961
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					97,33 €	0,003
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-88,25 €	0,162
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,07 €	0,852
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					31,46 €	0,621
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-30,67 €	0,742
R ²		0,015		0,017		0,147

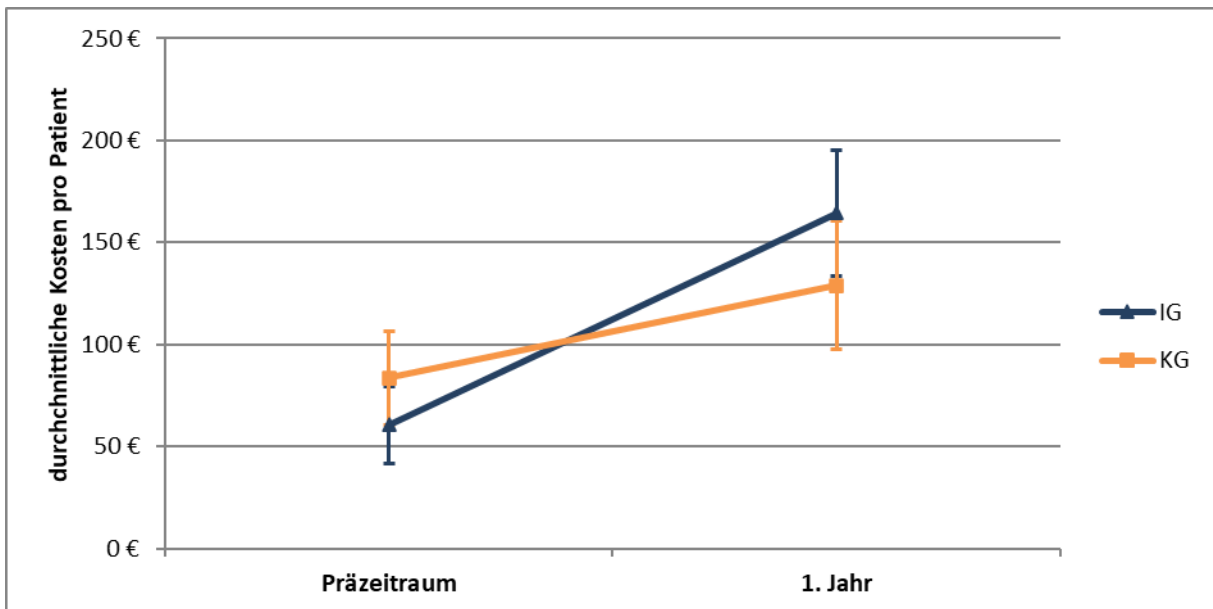
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 247: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	118	212	117	212
Mittelwert	60,50 €	164,37 €	83,59 €	129,02 €
Standardabweichung	217,56 €	356,34 €	263,21 €	359,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	144,43 €	0 €	97,57 €
Maximum	1.980,39 €	3.197,26 €	2.631,60 €	3.987,36 €

Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 248: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	93	163	168	98	165	150
Mittelwert	63,08 €	170,34 €	162,48 €	92,24 €	145,06 €	121,57 €
Standardabweichung	226,57 €	370,83 €	392,05 €	280,73 €	399,85 €	350,42 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0,00 €	0 €	0,00 €	0,00 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	165,52 €	147,34 €	9,79 €	101,63 €	76,72 €
Maximum	1.980,39 €	3.197,26 €	3.710,28 €	2.631,60 €	3.987,36 €	2.856,47 €

Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

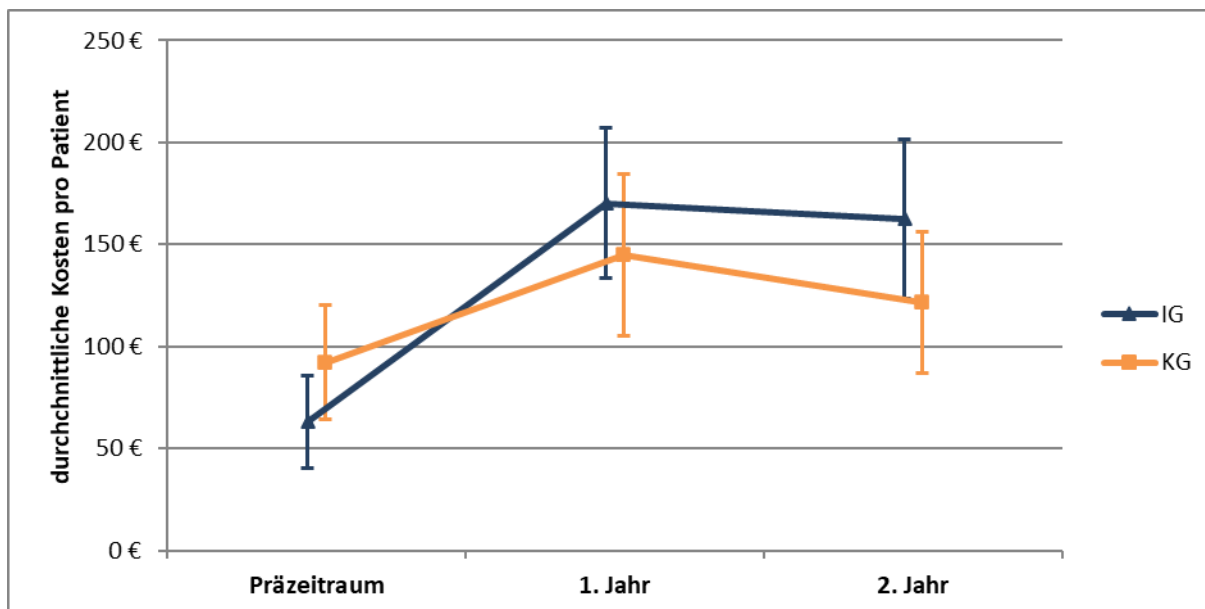


Tabelle 249: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	92,24 €	<0,001	92,24 €	<0,001	-32,31 €	0,435
IG (vs. KG)	-29,16 €	0,111	-29,16 €	0,111	-33,66 €	0,057
Post (vs. Prä)	41,07 €	0,008				
IG x Post (DiD)	62,25 €	0,004				
1. Jahr (vs. Prä)			52,82 €	0,001	90,50 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			29,33 €	0,088	67,01 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			54,44 €	0,014	56,44 €	0,010
IG x Jahr 2 (DiD)			70,07 €	0,004	72,07 €	0,002
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-65,55 €	0,003
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-169,32 €	0,008
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					251,47 €	0,015
F 30-39 (Affektive Störungen)					48,62 €	0,191
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					81,10 €	0,170
F 45 (Somatoforme Störungen)					27,50 €	0,447
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-42,89 €	0,140
F 50 (Essstörungen)					24,16 €	0,403
F 70-79 (Intelligenzstörung)					239,14 €	0,210
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					130,56 €	0,057
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					201,84 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,38 €	0,576
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-57,46 €	0,426
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					97,81 €	0,059
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					35,75 €	0,007
R ²		0,012		0,012		0,113

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

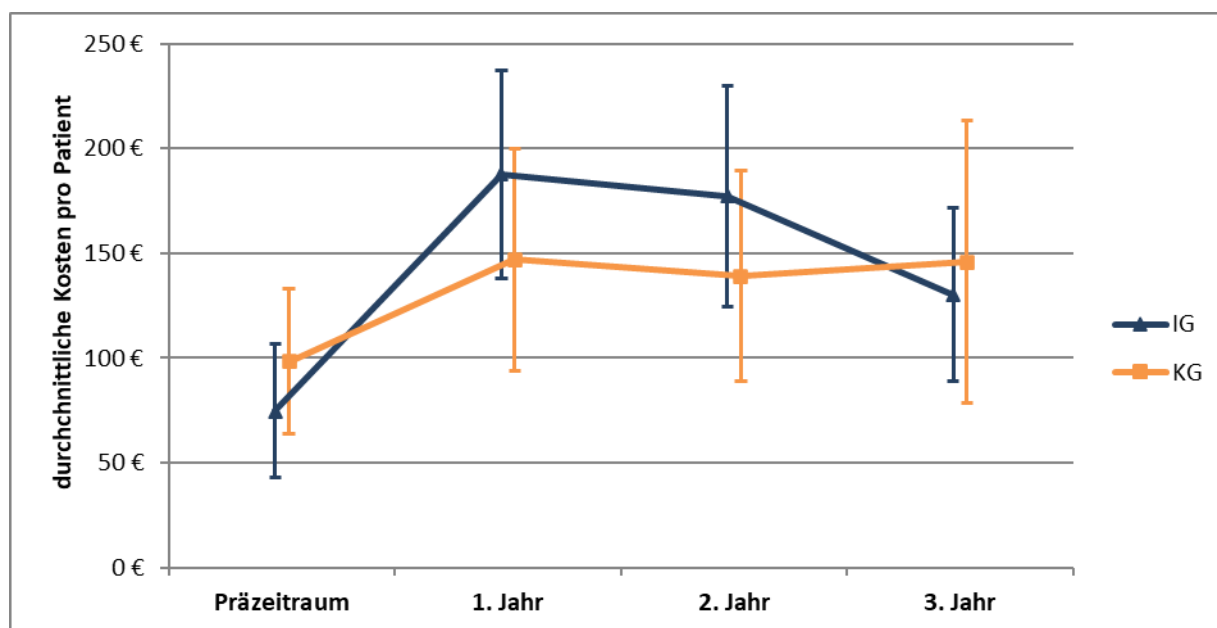
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 250: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	58	105	108	95	70	106	102	85
Mittelwert	74,73 €	187,65 €	177,19 €	130,29 €	98,22 €	146,97 €	139,00 €	145,80 €
Standardabweichung	257,37 €	402,08 €	426,24 €	335,90 €	283,75 €	433,15 €	411,18 €	551,73 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	192,16 €	151,94 €	78,01 €	26,05 €	100,57 €	74,75 €	66,70 €
Maximum	1.980,39 €	3.197,26 €	3.710,28 €	3.318,23 €	2.631,60 €	3.987,36 €	2.856,47 €	6.666,99 €

Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

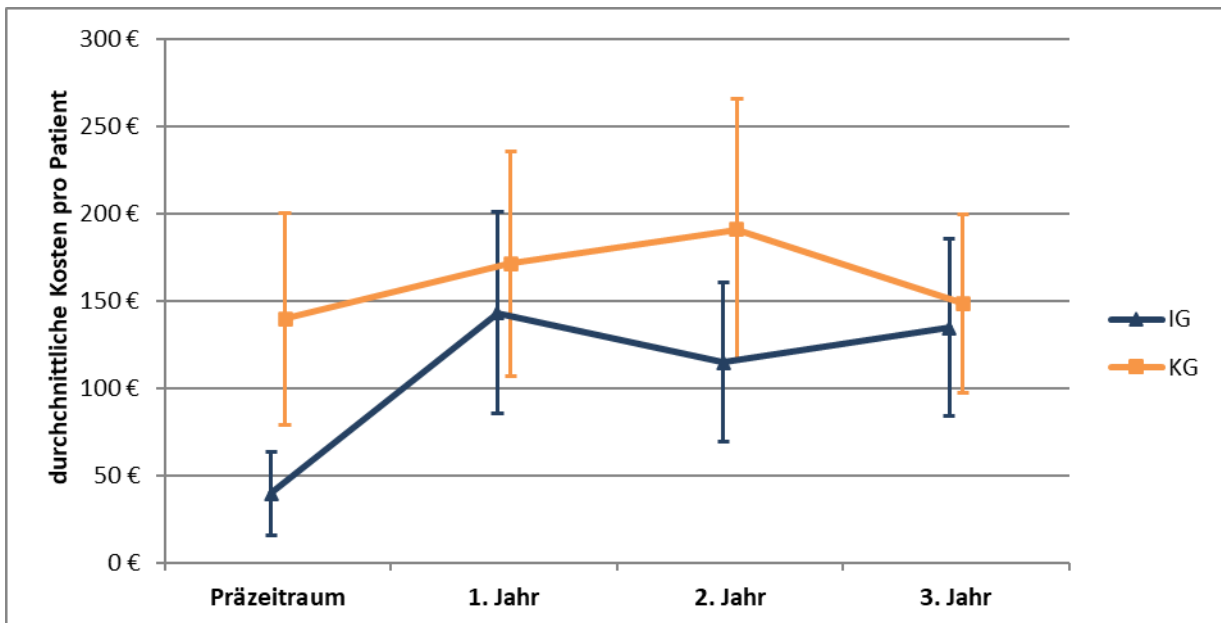


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 251: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	32	69	56	56	42	59	55	53
Mittelwert	39,74 €	142,96 €	114,73 €	134,43 €	139,61 €	171,18 €	190,87 €	148,51 €
Standardabweichung	143,97 €	348,10 €	275,42 €	305,63 €	361,04 €	382,77 €	443,99 €	304,37 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	146,99 €	118,18 €	108,48 €	51,90 €	155,60 €	183,25 €	124,73 €
Maximum	1.353,89 €	2.621,29 €	2.438,86 €	2.002,75 €	2.130,45 €	2.332,99 €	3.754,41 €	1.672,56 €

Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Heilmittel werden die Kosten für Heilmittel mit psychiatrischer Indikation erfasst. Die Zuordnung zur psychiatrischen Versorgung erfolgt dabei über die Abrechnungspositionsnummer (APN). Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 252, Tabelle 254) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 80,17 € etwas mehr Kosten als die KG mit 49,68 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 314,39 €. In der KG stiegen die Kosten auf 169,24 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 114,66 € signifikant ($p=0,003$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 148,86 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 143,63 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 253, Tabelle 255) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 231,23 € höhere Kosten als die KG mit 76,00 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 513,02 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 172,86 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 184,93 € signifikant ($p=0,003$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 129,43 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 117,21€.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 256) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 61,97 € geringfügig höhere Kosten als die KG mit 47,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 233,09 €. In der KG stiegen die Kosten auf 114,52 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 257, Tabelle 258) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 72,05 € etwas höhere Kosten als die KG mit 49,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 250,38 €. In der KG stiegen die Kosten auf 126,15 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 102,07 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 219,81 €. In der KG stiegen die Kosten auf 115,47 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 259) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 83,27 € etwas höhere Kosten als die KG mit 49,02 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 289,86 €. In der KG stiegen die Kosten auf 143,41 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 218,89 €. In der KG sanken die Kosten auf 114,54 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 260) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 226,09 € höhere Kosten als die KG mit 73,50 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 446,06 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 162,61 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken sich die Kosten in der IG auf 183,14 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 155,57 €.

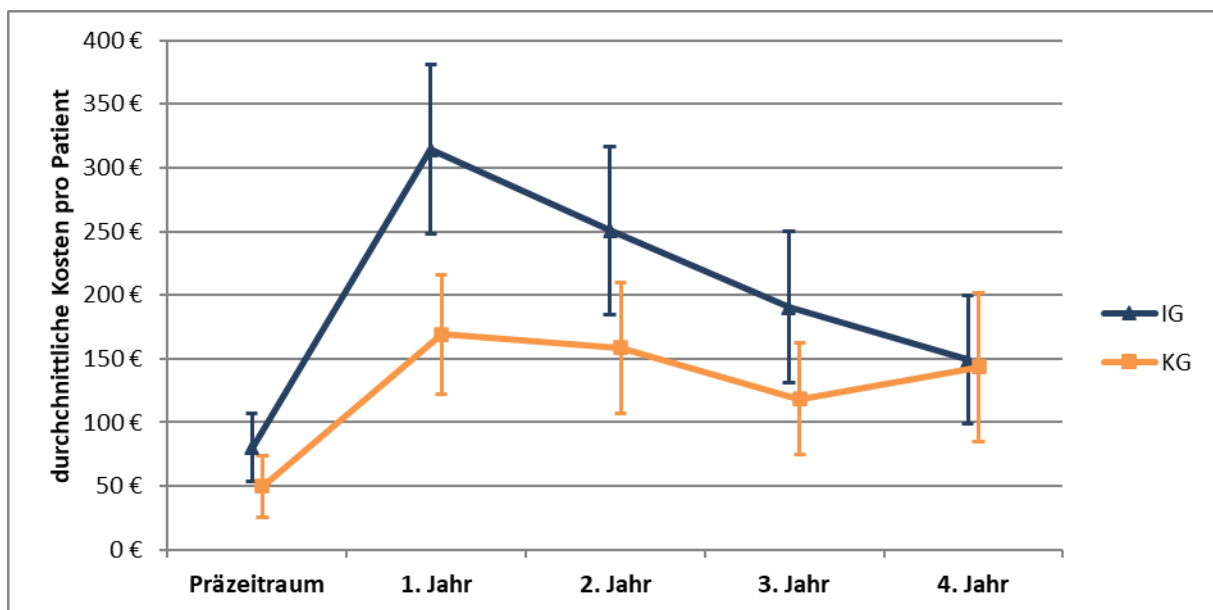
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 252: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	65	156	106	75	61	37	102	71	56	58
Mittelwert	80,17 €	314,39 €	250,91 €	190,32 €	148,86 €	49,68 €	169,24 €	158,77 €	118,62 €	143,63 €
Standardabweichung	532,94 €	1.307,80 €	1.265,12 €	1.113,13 €	930,96 €	482,43 €	922,40 €	980,34 €	827,91 €	1.078,78 €
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	7.278 €	14.759 €	15.331 €	11.262 €	15.655 €	9.339 €	14.864 €	14.084 €	14.284 €	16.570 €

Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 253: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	51	70	41	30	21	26	37	36	36	28
Mittelwert	231,23 €	513,02 €	277,45 €	171,67 €	129,43 €	76,00 €	172,86 €	159,36 €	183,41 €	117,21 €
Standardabweichung	910,79 €	1.740,02 €	1.300,87 €	873,26 €	734,26 €	495,95 €	911,00 €	744,77 €	931,36 €	587,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.651 €	12.561 €	11.868 €	9.434 €	7.548 €	7.379 €	9.123 €	6.722 €	9.920 €	5.851 €

Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

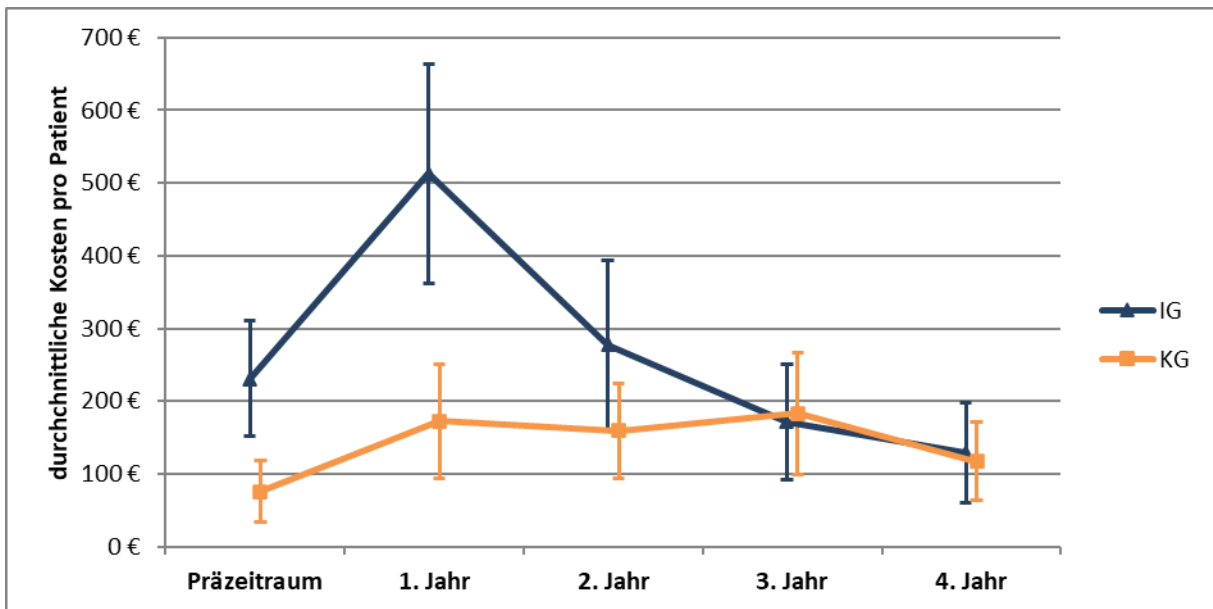


Tabelle 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	49,68 €	<0,001	49,68 €	<0,001	-5,39 €	0,889
IG (vs. KG)	30,49 €	0,101	30,49 €	0,101	25,97 €	0,187
Post (vs. Prä)	98,56 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	50,56 €	0,125				
1. Jahr (vs. Prä)			119,56 €	<0,001	165,13 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			109,09 €	<0,001	173,21 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			68,94 €	<0,001	145,23 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			93,95 €	<0,001	179,91 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			114,66 €	0,003	115,62 €	0,003
IG x Jahr 2 (DiD)			61,65 €	0,129	63,58 €	0,118
IG x Jahr 3 (DiD)			41,21 €	0,262	41,40 €	0,262
IG x Jahr 4 (DiD)			-25,26 €	0,494	-26,06 €	0,483
Alter (30-47 J. vs. U30)					-20,10 €	0,476
Alter (48-64 J. vs. U30)					25,34 €	0,444
Alter (Ü64 vs. U30)					114,30 €	0,023
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					18,50 €	0,531
F 00 (Demenz)					480,30 €	0,079
F 01 (Vaskuläre Demenz)					425,75 €	0,279
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					147,27 €	0,433
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					576,23 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-105,83 €	0,491
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-116,65 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					21,29 €	0,693
F 30-39 (Affektive Störungen)					-84,03 €	0,004
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-54,85 €	0,058
F 45 (Somatoforme Störungen)					-95,55 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-92,77 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					-41,30 €	0,371
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					37,30 €	0,503
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-30,05 €	0,574
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-38,22 €	0,498
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-109,28 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					12,14 €	0,802
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-64,33 €	0,133
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					131,51 €	0,077
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					42,80 €	0,014
R ²		0,004		0,006		0,051

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 255: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	76,00 €	<0,001	76,00 €	<0,001	-183,97 €	0,016
IG (vs. KG)	155,23 €	<0,001	155,23 €	<0,001	170,71 €	<0,001
Post (vs. Prä)	82,82 €	0,003				
IG x Post (DiD)	-33,31 €	0,467				
1. Jahr (vs. Prä)			96,86 €	0,003	266,92 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			83,36 €	0,014	271,44 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			107,41 €	0,013	305,70 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			41,21 €	0,203	245,12 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			184,93 €	0,003	178,24 €	0,004
IG x Jahr 2 (DiD)			-37,14 €	0,576	-44,65 €	0,501
IG x Jahr 3 (DiD)			-166,97 €	0,008	-165,27 €	0,008
IG x Jahr 4 (DiD)			-143,00 €	0,010	-132,94 €	0,016
Alter (30-47 J. vs. U30)					60,48 €	0,268
Alter (48-64 J. vs. U30)					88,99 €	0,074
Alter (Ü64 vs. U30)					210,30 €	0,005
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					102,97 €	0,016
F 00 (Demenz)					624,34 €	0,014
F 01 (Vaskuläre Demenz)					697,50 €	0,181
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-514,26 €	0,075
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					596,71 €	0,007
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					208,96 €	0,582
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-160,36 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-136,43 €	0,022
F 30-39 (Affektive Störungen)					-121,54 €	0,015
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-42,31 €	0,522
F 45 (Somatoforme Störungen)					5,68 €	0,934
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-208,42 €	0,001
F 50 (Essstörungen)					-42,47 €	0,791
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-24,12 €	0,789
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-64,07 €	0,533
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-151,16 €	0,010
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-146,45 €	0,008
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					53,60 €	0,246
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-94,41 €	0,117
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					80,08 €	0,067
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					124,94 €	0,043
R ²		0,005		0,014		0,084

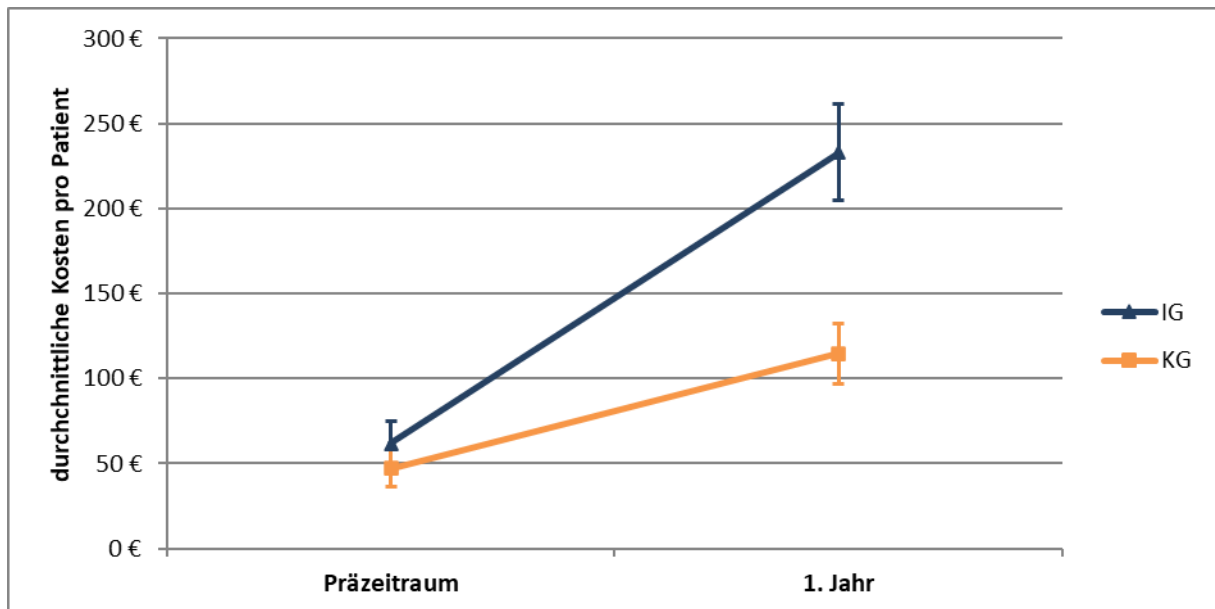
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 256: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	184	477	157	331
Mittelwert	61,97 €	233,09 €	47,20 €	114,52 €
Standardabweichung	506,53 €	1.103,31 €	414,98 €	696,11 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	12.860,50 €	14.758,66 €	9.338,60 €	14.863,50 €

Abbildung 159: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 257: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	157	388	276	122	266	191
Mittelwert	72,05 €	250,38 €	219,81 €	49,88 €	126,15 €	115,47 €
Standardabweichung	557,40 €	1.157,17 €	1.148,69 €	436,53 €	741,74 €	781,60 €
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	12.860,50 €	14.758,66 €	15.331,48 €	9.338,60 €	14.863,50 €	14.084,40 €

Abbildung 160: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

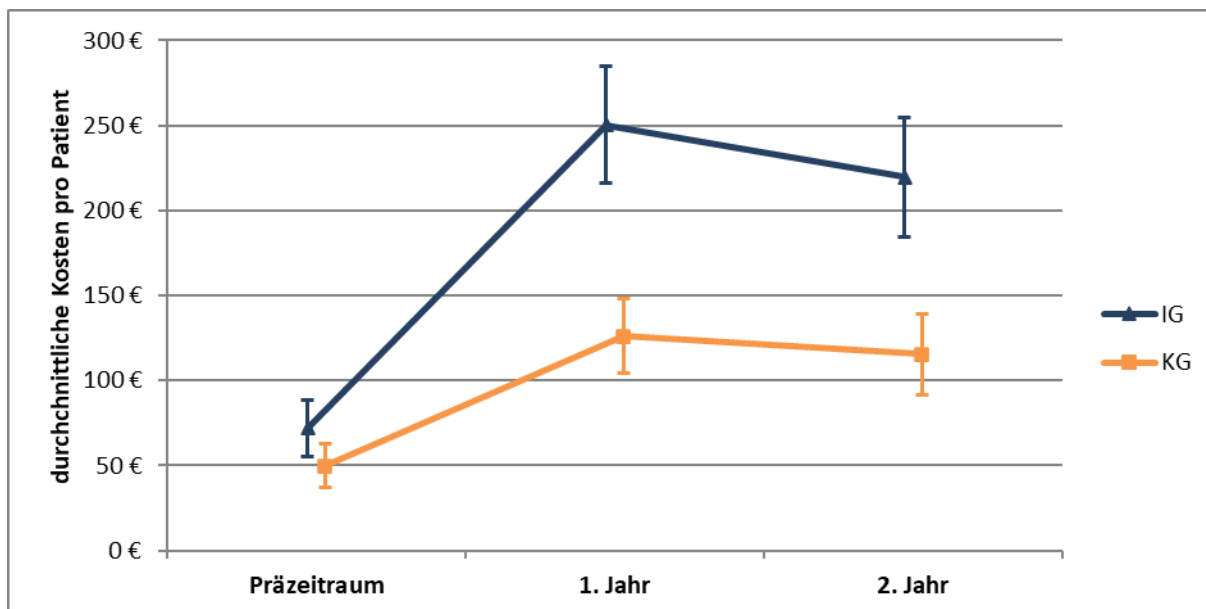


Tabelle 258: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	49,88 €	<0,001	49,88 €	<0,001	-95,13 €	<0,001
IG (vs. KG)	22,16 €	0,039	22,16 €	0,039	22,09 €	0,041
Post (vs. Prä)	71,09 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	92,44 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			76,26 €	<0,001	129,99 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			65,59 €	<0,001	131,10 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			102,07 €	<0,001	101,88 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			82,17 €	<0,001	84,21 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					22,55 €	0,082
Alter (48-64 J. vs. U30)					56,27 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					141,47 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					33,62 €	0,020
F 00 (Demenz)					262,56 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					294,75 €	0,030
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					76,62 €	0,518
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					370,18 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-46,91 €	0,546
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-72,94 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3,80 €	0,894
F 30-39 (Affektive Störungen)					-19,43 €	0,343
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-33,69 €	0,046
F 45 (Somatoforme Störungen)					-48,71 €	0,007
F 40-48 (ohne F43 und F45)					34,42 €	0,564
F 50 (Essstörungen)					-57,87 €	0,005
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					51,48 €	0,205
F 70-79 (Intelligenzstörung)					61,00 €	0,082
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					11,67 €	0,780
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1,92 €	0,953
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,56 €	0,931
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					69,91 €	0,580
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					114,98 €	0,003
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					53,86 €	<0,001
R ²		0,007		0,007		0,041

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

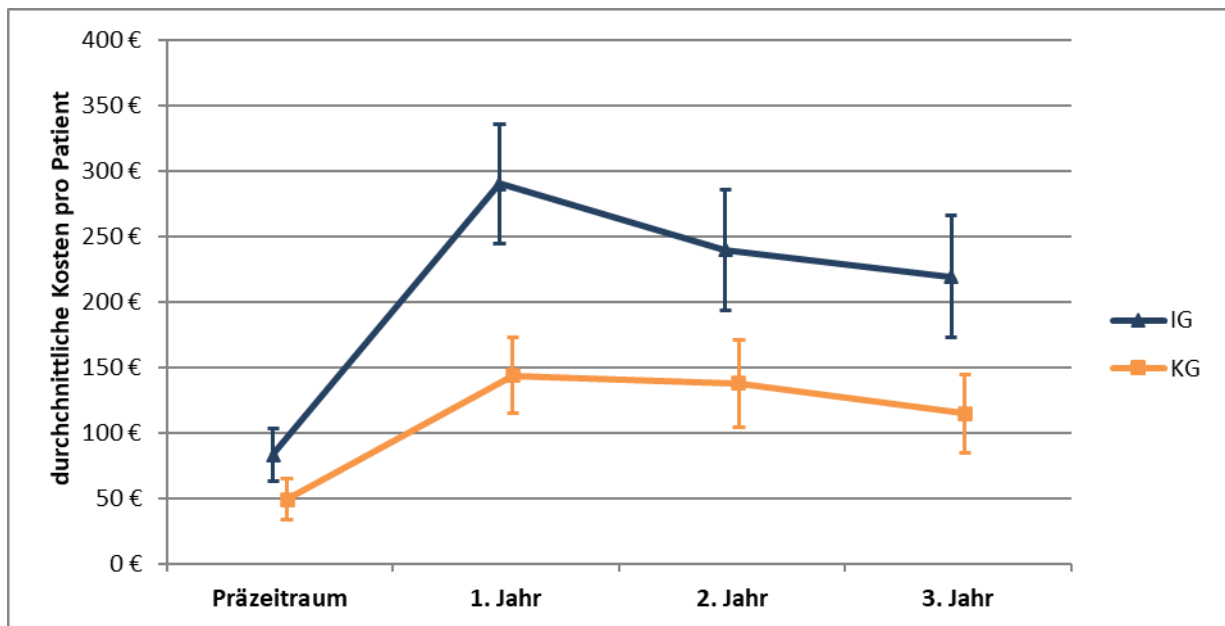
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 259: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	129	291	199	159	79	195	137	121
Mittelwert	83,27 €	289,86 €	239,53 €	218,89 €	49,02 €	143,41 €	137,67 €	114,54 €
Standardabweichung	551,31 €	1.247,89 €	1.223,71 €	1.215,07 €	425,82 €	798,04 €	887,49 €	787,80 €
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	7.814,50 €	14.758,66 €	15.331,48 €	16.438,72 €	9.338,60 €	14.863,50 €	14.084,40 €	14.284,20 €

Abbildung 161: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

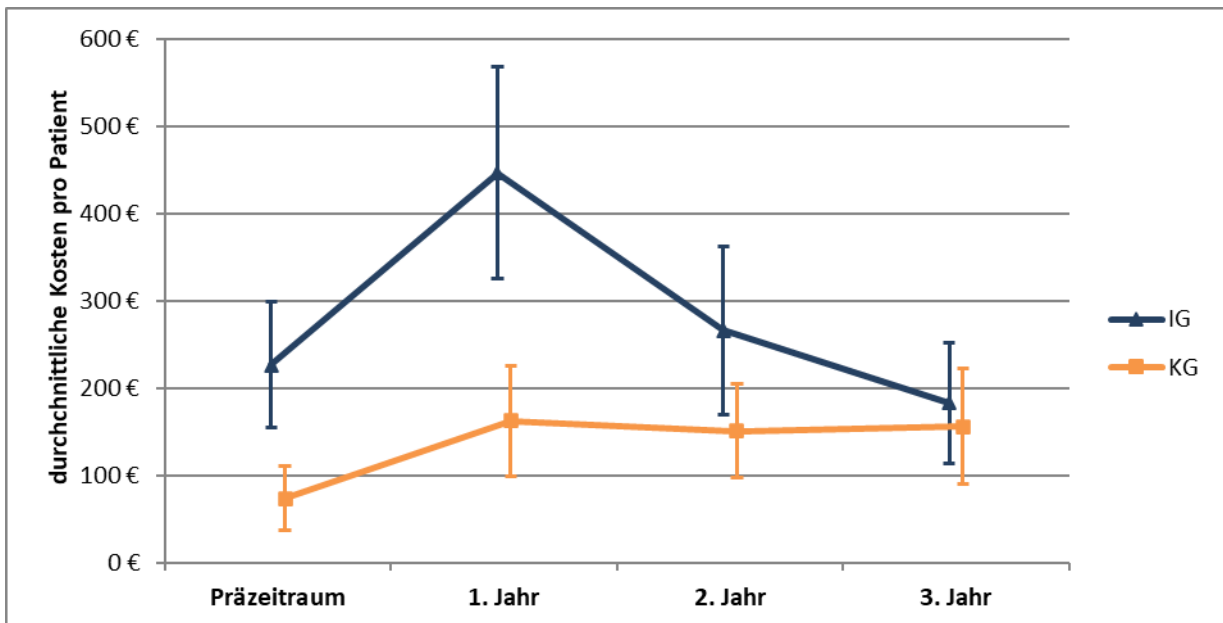


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	61	80	56	42	32	49	49	42
Mittelwert	226,09 €	446,06 €	266,16 €	183,14 €	73,50 €	162,61 €	150,53 €	155,57 €
Standardabweichung	951,54 €	1.605,76 €	1.231,85 €	869,02 €	484,06 €	838,54 €	696,12 €	835,64 €
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	9.027,20 €	12.560,72 €	11.868,24 €	9.433,60 €	7.378,68 €	9.123,20 €	6.722,10 €	9.919,80 €

Abbildung 162: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder- und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 261, Tabelle 263 und Abbildung 163) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 40,55 € etwas höhere Kosten als die KG mit 27,72 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 80,31 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 13,16 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 54,32 € nicht signifikant ($p=0,351$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 11,67 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 8,80 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 262, Tabelle 264 und Abbildung 164) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 18,87 € geringere Kosten als die KG mit 104,03 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG leicht auf 34,82€. In der KG sanken die Kosten auf 54,23 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 65,75 € nicht signifikant ($p=0,249$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen sich die Kosten in der IG auf 49,64 €. In der KG sanken die Kosten auf 24,88 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 265 und Abbildung 165) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 67,47 € etwas höhere Kosten als die KG mit 48,55 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 94,67 €. In der KG stiegen die Kosten leicht auf 52,24 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 266, Tabelle 267 und Abbildung 166) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 77,20 € höhere Kosten als die KG mit 31,59 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 110,86 €. In der KG erhöhten sich die Kosten leicht auf 39,44 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 25,81 € nicht signifikant ($p=0,407$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 84,00 €. In der KG erhöhten sich die Kosten geringfügig auf 46,48 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 268 und Abbildung 167) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 57,45 € höhere Kosten als die KG mit 28,69 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 97,14 €. In der KG sanken sich die Kosten auf 15,78 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 38,89 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,00 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 269 und Abbildung 168) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 16,90 € geringere Kosten als die KG mit 78,45 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 21,04 €. In der KG sanken sich die Kosten auf 32,46 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 46,43 €. In der KG sanken die Kosten auf 24,48 €.

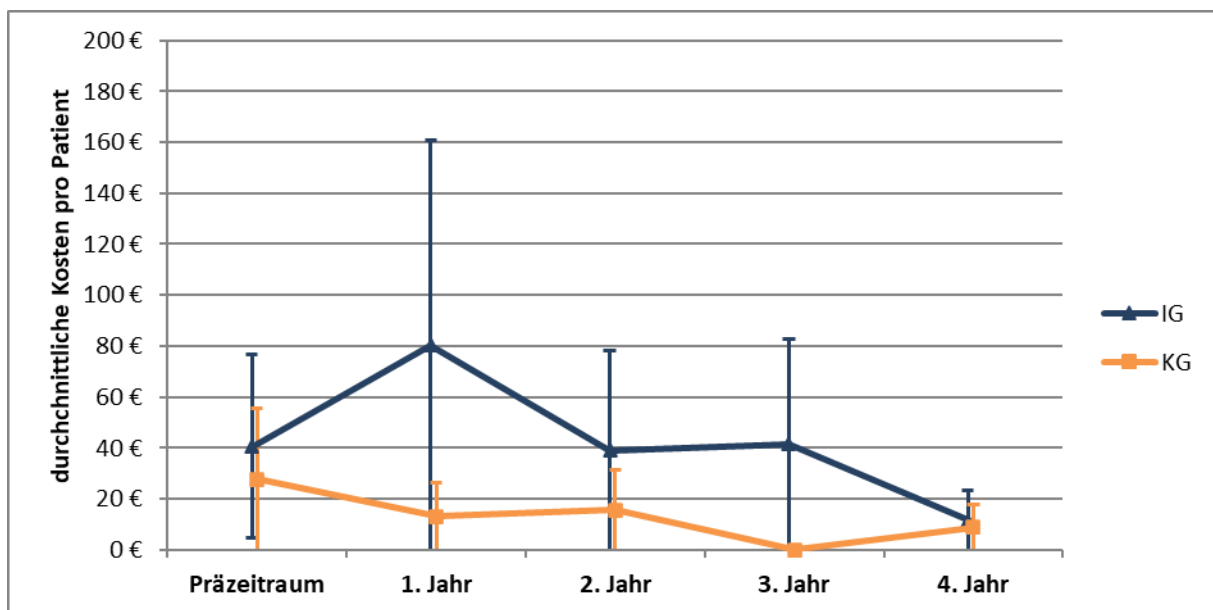
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	0	<10
Mittelwert	40,55 €	80,31 €	39,07 €	41,48 €	11,67 €	27,72 €	13,16 €	15,70 €	0,00 €	8,80 €
Standardabweichung	198,93 €	594,29 €	303,65 €	324,18 €	126,82 €	160,33 €	144,72 €	172,72 €	0,00 €	96,82 €
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	1.718 €	6.018 €	3.105 €	2.958 €	1.378 €	1.216 €	1.592 €	1.900 €	0 €	1.065 €

Abbildung 163: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 262: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	18,87 €	34,82 €	108,66 €	58,45 €	49,64 €	104,03 €	54,23 €	70,23 €	40,91 €	24,88 €
Standardabweichung	158,85 €	225,99 €	510,60 €	278,89 €	275,82 €	421,51 €	300,66 €	458,24 €	294,26 €	225,26 €
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	1.451 €	1.641 €	3.105 €	2.038 €	2.085 €	2.031 €	2.360 €	3.842 €	2.550 €	2.040 €

Abbildung 164: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

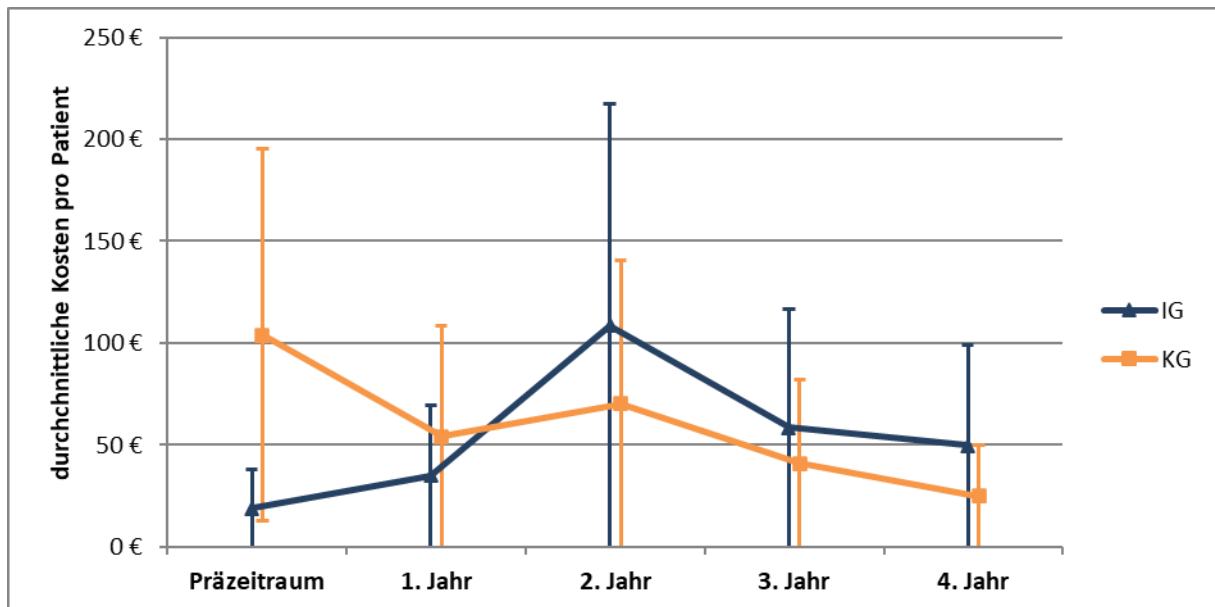


Tabelle 263: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	27,72 €	0,057	27,72 €	0,058	-17,82 €	0,486
IG (vs. KG)	12,83 €	0,583	12,83 €	0,584	12,76 €	0,600
Post (vs. Prä)	-18,31 €	0,143				
IG x Post (DiD)	20,88 €	0,438				
1. Jahr (vs. Prä)			-14,56 €	0,276	14,65 €	0,413
2. Jahr (vs. Prä)			-12,02 €	0,409	17,19 €	0,374
3. Jahr (vs. Prä)			-27,72 €	0,058	1,49 €	0,925
4. Jahr (vs. Prä)			-18,92 €	0,271	10,29 €	0,581
IG x Jahr 1 (DiD)			54,32 €	0,351	52,15 €	0,376
IG x Jahr 2 (DiD)			10,53 €	0,738	8,36 €	0,795
IG x Jahr 3 (DiD)			28,65 €	0,393	26,47 €	0,439
IG x Jahr 4 (DiD)			-9,96 €	0,721	-12,13 €	0,675
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					23,15 €	0,368
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-88,60 €	0,021
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-53,07 €	0,112
F 30-39 (Affektive Störungen)					-27,15 €	0,191
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-7,58 €	0,557
F 45 (Somatoforme Störungen)					-4,13 €	0,858
F 50 (Essstörungen)					-21,04 €	0,335
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-17,67 €	0,490
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					68,04 €	0,468
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					39,67 €	0,115
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-17,95 €	0,242
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-41,74 €	0,192
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-22,61 €	0,346
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					35,73 €	0,046
R ²		0,004		0,007		0,023

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 264: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	104,03 €	0,025	104,03 €	0,026	-6,37 €	0,937
IG (vs. KG)	-85,16 €	0,086	-85,16 €	0,088	-59,06 €	0,302
Post (vs. Prä)	-56,47 €	0,286				
IG x Post (DiD)	100,49 €	0,102				
1. Jahr (vs. Prä)			-49,81 €	0,301	35,22 €	0,709
2. Jahr (vs. Prä)			-33,80 €	0,601	51,23 €	0,524
3. Jahr (vs. Prä)			-63,12 €	0,275	21,90 €	0,774
4. Jahr (vs. Prä)			-79,16 €	0,139	5,87 €	0,940
IG x Jahr 1 (DiD)			65,75 €	0,249	67,79 €	0,270
IG x Jahr 2 (DiD)			123,59 €	0,158	125,63 €	0,177
IG x Jahr 3 (DiD)			102,71 €	0,130	104,75 €	0,153
IG x Jahr 4 (DiD)			109,93 €	0,086	111,97 €	0,111
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-5,63 €	0,788
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-15,91 €	0,235
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					764,24 €	0,049
F 30-39 (Affektive Störungen)					-32,21 €	0,208
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-27,71 €	0,180
F 45 (Somatoforme Störungen)					63,60 €	0,343
F 50 (Essstörungen)					-31,83 €	0,426
F 70-79 (Intelligenzstörung)					278,54 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-49,81 €	0,071
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					18,17 €	0,384
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-115,60 €	0,204
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-42,18 €	0,378
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					27,51 €	0,671
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					89,01 €	0,208
R ²		0,004		0,008		0,151

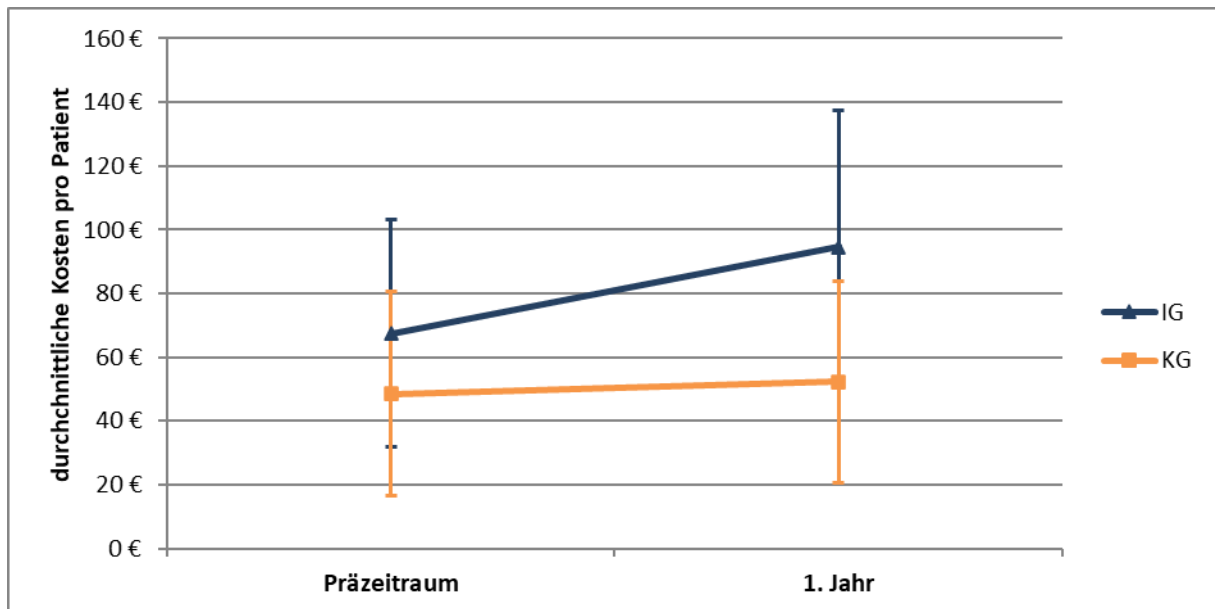
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 265: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	22	28	15	14
Mittelwert	67,47 €	94,67 €	48,55 €	52,24 €
Standardabweichung	408,16 €	490,54 €	368,74 €	364,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.035,70 €	6.018,05 €	5.586,70 €	4.548,19 €

Abbildung 165: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Tabelle 266: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	19	24	17	11	<10	13
Mittelwert	77,20 €	110,86 €	84,00 €	31,59 €	39,44 €	46,48 €
Standardabweichung	443,88 €	544,43 €	445,11 €	212,65 €	285,41 €	277,36 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.035,70 €	6.018,05 €	3.410,00 €	2.488,10 €	3.104,82 €	3.059,70 €

Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

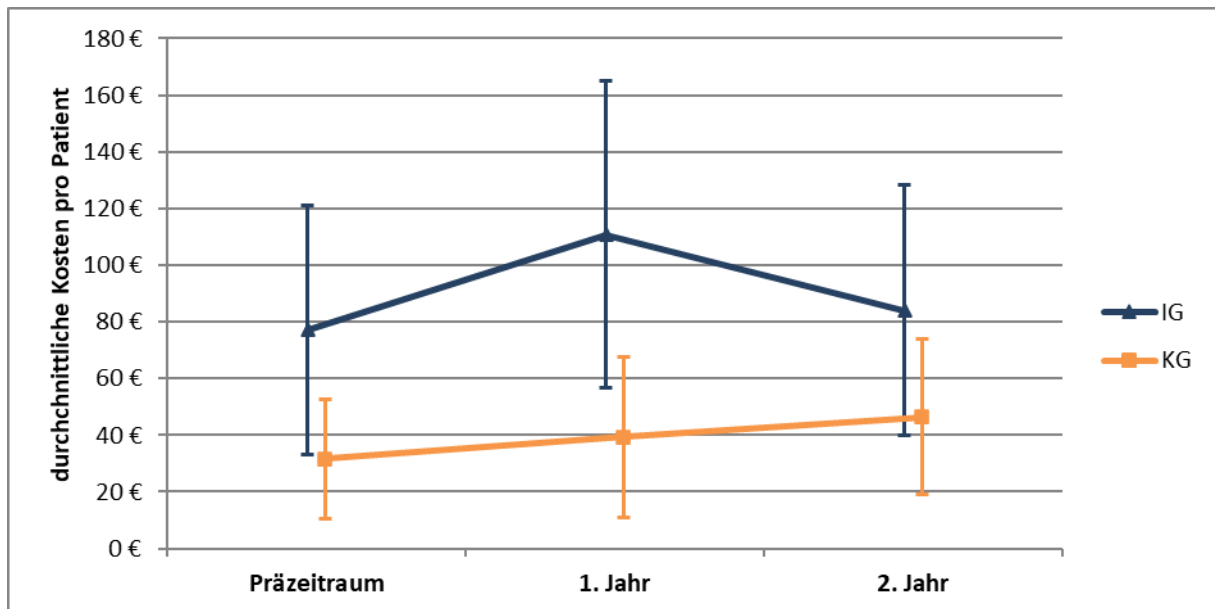


Tabelle 267: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	31,59 €	0,003	31,59 €	0,003	12,98 €	0,646
IG (vs. KG)	45,61 €	0,067	45,61 €	0,068	46,42 €	0,065
Post (vs. Prä)	11,37 €	0,413				
IG x Post (DiD)	8,86 €	0,735				
1. Jahr (vs. Prä)			7,85 €	0,613	53,07 €	0,004
2. Jahr (vs. Prä)			14,90 €	0,298	60,11 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			25,81 €	0,407	22,10 €	0,484
IG x Jahr 2 (DiD)			-8,10 €	0,776	-11,81 €	0,682
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-5,49 €	0,829
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-106,11 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					0,53 €	0,995
F 30-39 (Affektive Störungen)					-60,19 €	0,015
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-44,70 €	0,038
F 45 (Somatoforme Störungen)					-52,92 €	0,067
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-53,04 €	0,008
F 50 (Essstörungen)					-61,21 €	0,002
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-107,47 €	0,002
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					40,82 €	0,526
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					43,52 €	0,123
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-38,17 €	0,016
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,98 €	0,911
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-47,06 €	0,004
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					57,07 €	<0,001
R ²		0,005		0,005		0,028

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

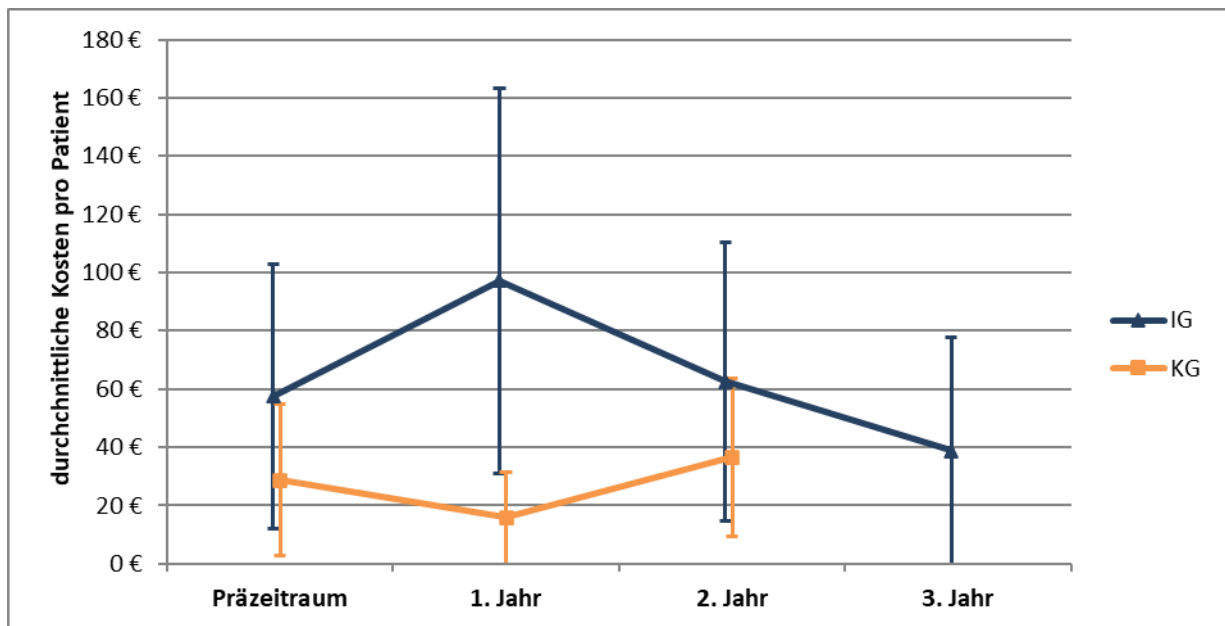
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 268: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	11	14	<10	<10	<10	<10	<10	0
Mittelwert	57,45 €	97,14 €	62,61 €	38,89 €	28,69 €	15,78 €	36,52 €	0,00 €
Standardabweichung	368,97 €	536,23 €	387,63 €	319,50 €	212,32 €	148,90 €	223,22 €	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	4.035,70 €	6.018,05 €	3.104,82 €	3.309,92 €	2.488,10 €	1.591,90 €	1.983,07 €	0,00 €

Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

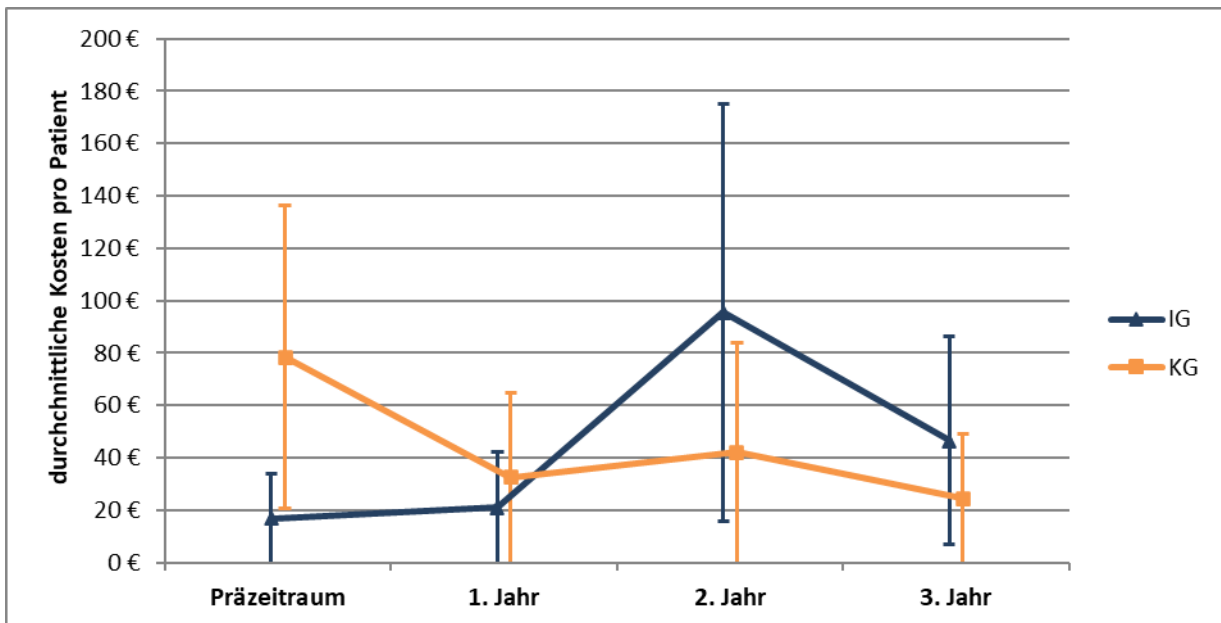


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 269: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	16,90 €	21,04 €	95,47 €	46,43 €	78,45 €	32,46 €	42,04 €	24,48 €
Standardabweichung	139,04 €	176,09 €	479,93 €	238,77 €	344,24 €	233,56 €	355,33 €	227,99 €
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 € </td <td>0 €</td>	0 €
Maximum	1.451,36 €	1.641,32 €	3.104,82 €	2.038,40 €	2.030,80 €	2.360,00 €	3.842,18 €	2.550,45 €

Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche



11. Ergebnisse: Effizienz

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus „1“ („Mitglied“) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4), Erwachsene

U2 – Variante A (vgl. Tabelle 270 und Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4 Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 2.761,34 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 5,3 Tage signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 524,42 € je Tag. D.h. pro zusätzlichem vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 524,42 € mehr ausgegeben.

U2 – Variante B (vgl. Tabelle 271 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 2.505,69 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 12,8 Tage signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 301,63 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 301,63 € mehr ausgegeben.

U4– Variante A (vgl. Tabelle 272 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 5.247,28 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 7,8 Tage signifikant ($p = 0,006$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 668,68 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 668,68 € mehr ausgegeben.

U4– Variante B (vgl. Tabelle 273 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 3.330,22 € nicht signifikant ($p = 0,408$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 1,6 Tage nicht signifikant ($p = 0,888$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles

Kosteneffektivitätsverhältnis von -2.055,98 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 2.055,98 € mehr ausgegeben.

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

Erwachsene

Tabelle 270: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.198,33 €		5736	10.450,29 €		5736	9.251,96 €	
	KG	1.189,95 €		5736	7.680,57 €		5736	6.490,62 €	
	Diff (IG - KG)	8,38 €	0,912		2.769,72 €	<0,001		2.761,34 €	<0,001
KH-Tage	IG	2,1		5736	24,7		5736	22,6	
	KG	2,0		5736	19,4		5736	17,4	
	Diff (IG - KG)	0,1	0,715		5,4	<0,001		5,3	<0,001
ICER	524,42 €/d								

Tabelle 271: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.173,84 €		3302	10.287,82 €		3302	9.113,98 €	
	KG	1.015,75 €		3351	7.624,05 €		3351	6.608,30 €	
	Diff (IG - KG)	158,08 €	0,102		2.663,77 €	<0,001		2.505,69 €	<0,001
AU-Tage	IG	31,6		3302	102,0		3302	70,4	
	KG	33,6		3351	91,2		3351	57,6	
	Diff (IG - KG)	-2,0	0,243		10,8	<0,001		12,8	<0,001
ICER	195,21 €/d								

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

Erwachsene

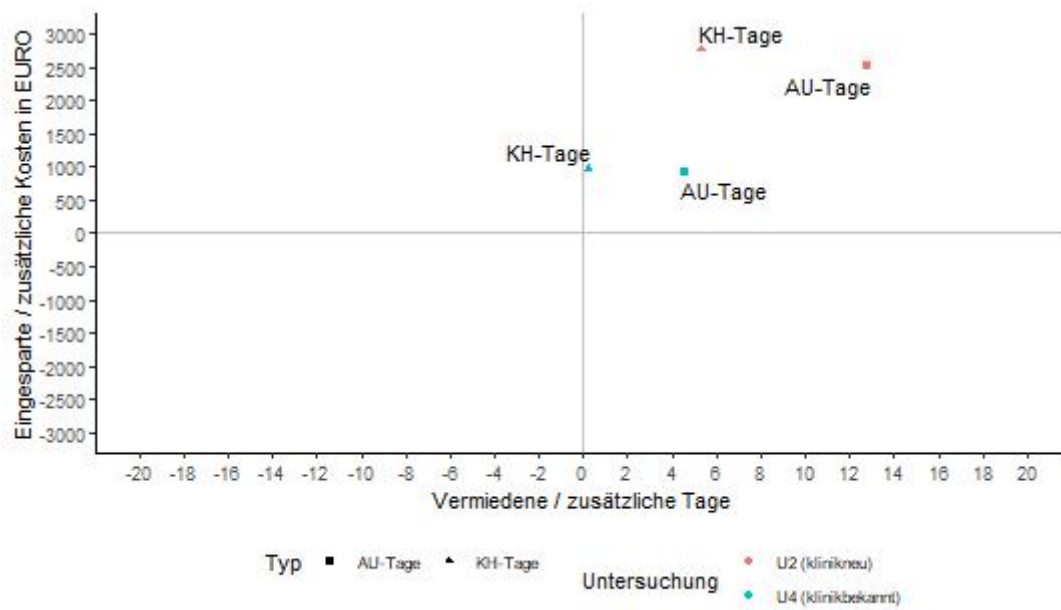
Tabelle 272: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	6.417,43 €		687	10.883,12 €		687	4.465,69 €	
	KG	5.043,81 €		687	8.542,55 €		687	3.498,74 €	
	Diff (IG - KG)	1.373,62 €	0,021		2.340,57 €	0,003		966,96 €	0,334
KH-Tage	IG	15,9		687	27,6		687	11,7	
	KG	12,1		687	23,6		687	11,6	
	Diff (IG - KG)	3,8	0,080		4,0	0,134		0,2	0,959
ICER	5.629,66 €/d								

Tabelle 273: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	6.460,33 €		333	11.062,64 €		333	4.602,31 €	
	KG	4.788,13 €		358	8.467,36 €		358	3.679,22 €	
	Diff (IG - KG)	1.672,19 €	0,072		2.595,28 €	0,026		923,09 €	0,528
AU-Tage	IG	41,7		333	70,9		333	29,2	
	KG	44,9		358	69,5		358	24,6	
	Diff (IG - KG)	-3,2	0,615		1,5	0,850		4,6	0,642
ICER	199,28 €/d								

Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4), Kinder- und Jugendliche

U2 – Variante A (vgl. Tabelle 274 und Abbildung 170): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 5.247,28 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 7,8 Tage signifikant ($p = 0,006$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 668,68 € je Tag. D.h. pro zusätzlichem vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 668,68 € mehr ausgegeben.

U4– Variante A (vgl. Tabelle 275 und Abbildung 170): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 7.198,35 € signifikant ($p = 0,005$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 15,0 Tage signifikant ($p = 0,007$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 479,89 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 479,89 € mehr ausgegeben.

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

Tabelle 274: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

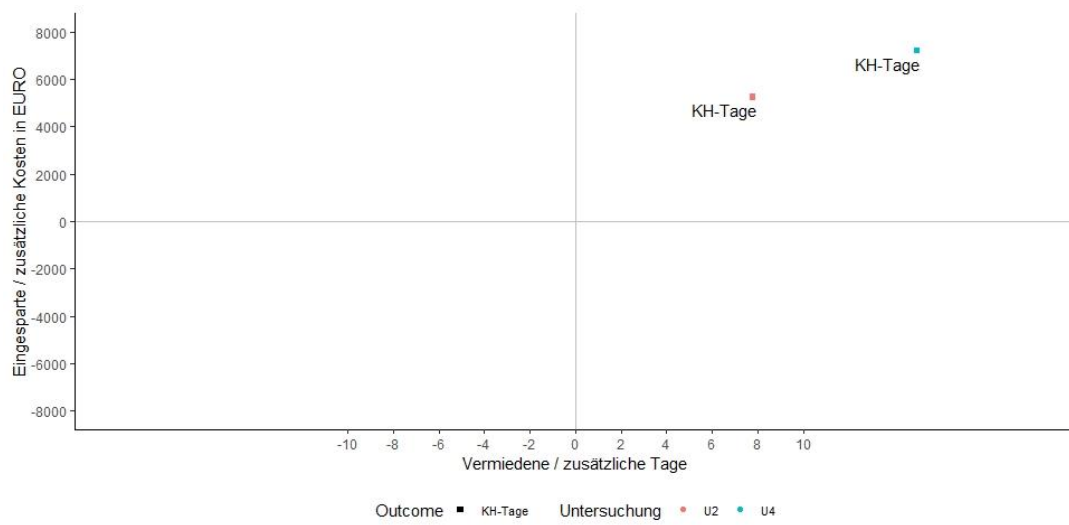
Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.213,37 €		504	19.078,74 €		504	17.865,38 €	
	KG	1.064,51 €		504	13.682,60 €		504	12.618,09 €	
	Diff (IG - KG)	148,86 €	0,590		5.396,14 €	<0,001		5.247,28 €	<0,001
KH-Tage	IG	1,3		504	29,4		504	28,1	
	KG	1,1		504	21,3		504	20,2	
	Diff (IG - KG)	0,3	0,663		8,1	0,003		7,8	0,006
ICER	668,68 €/d								

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

Tabelle 275: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	4.342,22 €		142	19.684,96 €		142	15.342,74 €	
	KG	3.640,08 €		142	11.784,47 €		142	8.144,39 €	
	Diff (IG - KG)	702,14 €	0,591		7.900,49 €	<0,001		7.198,35 €	0,005
KH-Tage	IG	6,8		142	31,1		142	24,3	
	KG	5,4		142	14,8		142	9,3	
	Diff (IG - KG)	1,4	0,664		16,4	<0,001		15,0	0,007
ICER	479,89 €/d								

Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4, Kinder- und Jugendliche



12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik LVR-Klinik Bonn und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu 10 Kontrollkliniken (KG). U1 untersucht dabei alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. Hier liegt der Verlauf der Outcomes über die Zeit im Vordergrund. U2 betrachtet dagegen alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr über das erste patientenindividuelle Jahr nach Referenzfall (keine Inferenzstatistik, außer bei den drei Outcomes ohne Verlaufsbeobachtung). Hier steht die Entwicklung der Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall im Vordergrund. U3 analysiert alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr mit zweijähriger Nachbeobachtung. Im Vordergrund der Betrachtung liegt hier die Untersuchung der Inanspruchnahme über zwei Jahre nach Referenzfall und somit die Veränderung nach dem ersten Modelljahr (siehe U2). U4 untersucht die Entwicklung der Outcomes für alle Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (keine Inferenzstatistik). Hier ist der Verlauf der Inanspruchnahme mit erhöhter Fallzahl im Vergleich zu U1 im Blickpunkt.

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken (getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen² und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen³. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über fünf Modelljahre bzw. vier patientenindividuelle Jahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

² In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patienten Klientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

³ Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kapitel 8 bis 11 nach den gestellten Hypothesen (siehe Kapitel 4) diskutiert und am Ende im Fazit zusammengefasst.

Hypothese a) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

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

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** aufgrund von Indexdiagnose war in der Modellklinik bei den linikneuen erwachsenen Patienten im Vergleich vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen größer als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten war bei diesem Anteil kein signifikanter Unterschied zwischen der Modellklinik und der Regelversorgung ersichtlich. Jedoch wies die Modellklinik in einzelnen Jahren höhere Anteile an Patienten mit einem vollstationären Aufenthalt auf als die Vergleichsgruppe (drittes und viertes patientenindividuelle Jahr in U1 und erstes und drittes patientenindividuelle Jahr in U4). Ein Absinken der Anteile vollstationärer Behandlungen ist somit in der Allgemeinen Psychiatrie nicht ersichtlich. Vielmehr erhöhten sich diese Anteile im Verlauf des Modellvorhabens.

Bei den Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) war bei klinikneuen jungen Patienten stets ein stärkerer Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt im Modellvorhaben ersichtlich. Auch in den weiteren patientenindividuellen Jahren war der Anteil in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Die Vergleiche waren jedoch jeweils statistisch nicht signifikant (U1 und U3). Bei den linikbekannt jungen Patienten war in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) zunächst kein eindeutiges Muster zu erkennen. In U4 (Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr) waren diese Anteile jedoch erneut stets größer in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Ein Absinken der Anteile vollstationärer Behandlungen ist somit auch in der KJP nicht ersichtlich.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen erwachsenen Patienten in allen Untersuchungen zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stets stärker im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3, bei denen inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch signifikant. Die restlichen patientenindividuellen Jahre waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten war dieser Anteil im Modellvorhaben stets etwas größer. Dieser Unterschied bestand jedoch bereits im Jahr vor Referenzfall, so dass die Vergleiche zwischen den Gruppen und zum Jahr vor Referenzfall

statistisch nicht signifikant waren (U1). Eine Stärkung der Häufigkeit einer teilstationären Behandlung ist somit für die klinikneuen erwachsenen Patienten der Modellversorgung erkennbar. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten waren diese Unterschiede bereits vor Modellstart ersichtlich und sind somit nicht direkt auf die Einführung des Modellvorhabens zurückzuführen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Modellvorhaben sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten jungen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. Jedoch war keines der Vergleiche statistisch signifikant. In den folgenden patientenindividuellen Jahren waren die Anteil zwischen den Gruppen weitgehend vergleichbar. Somit scheint sich, sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen eine Stärkung des teilstationären Bereichs abzuzeichnen, obwohl diese Unterschiede bei den Kindern und Jugendlichen (noch) keine statistische Signifikanz erreichten.

Der Anstieg der **Anzahl an vollstationären Tagen** klinikneuer erwachsener Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der Modellklinik in allen Untersuchungen größer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 (in denen der Unterschied inferenzstatistisch getestet wurde) war dieser größere Anstieg jeweils statistisch signifikant. Die weiteren Jahre waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten wies die Modellklinik stets mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung auf; dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall (U1: +1,4 bis +4,6 vollstationäre Tage; U4: +1,1 bis +4,0 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zwischen den Gruppen und zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Vollstationäre Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben für die erwachsenen Patienten nicht verringert. Eher wurden vollstationäre Behandlungstage vermehrt in Anspruch genommen. In anderen Studien zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlichen Modellvorhaben war hingegen eine Reduktion vollstationärer Tage in Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollpatienten ersichtlich. So sank die durchschnittliche Dauer vollstationärer Behandlung im Landkreis Dithmarschen mit der Einführung von Regionalen Psychriatiebudgets (RPB) im Jahr 2008 um ca. 22 % im Vergleich vor Einführung des RPB (3). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (4). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30 % der stationären Leistungen durch stationsersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (5). 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 (6).

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) zeigte sich bei den klinikneuen jungen Patienten analog zu den Erwachsenen ein erneut größerer Anstieg der vollstationären Behandlungsdauer im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung. Der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (in U1 und U3, in denen inferenzstatistisch getestet wurde). Auch in den weiteren patientenindividuellen Jahren wiesen die Patienten der Modellversorgung mehr vollstationäre Tage

als die Patienten der Regelversorgung auf. Bei den linikbekannten jungen Patienten war erneut der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war jedoch in U1 nicht statistisch signifikant. Somit wurden auch in der KJP der Modellklinik vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung nicht verringert, sondern tendenziell, besonders im ersten Jahr nach Referenzfall, vermehrt in Anspruch genommen.

Bei den linikneuen erwachsenen Patienten der Modellklinik war der Anstieg an **teilstationären Tagen** zum ersten patientenindividuellen Jahr im Modellvorhaben in allen Untersuchungen stets größer als in der Regelversorgung. In den weiteren patientenindividuellen Jahren war die Anzahl an teilstationären Tagen vergleichbar mit der Regelversorgung. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Zeit und vergleichbarem Niveau zwischen beiden Gruppen. Ein Ausbau teilstationärer Behandlungstage ist somit bei den klinikneuen erwachsenen Patienten zum ersten patientenindividuellen Jahr ersichtlich, bei den klinikbekannt

Patienten jedoch nicht. Auch in anderen Modellvorhaben wurden verstärkt die teilstationären Behandlungen ausgebaut. Im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen z.B. wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (3). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (4, 7).

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg die Anzahl teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen jungen Patienten der Modellklinik in U1 (nur Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) zunächst etwas weniger stark, in U2-U4 jedoch stärker. Die restlichen patientenindividuellen Jahre waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Bei den linikbekannten jungen Patienten zeigte sich stets (U1 und U4) ein stärkerer Anstieg der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer im Modellvorhaben zum ersten patientenindividuellen Jahr. In U1 war dieser stärkere Anstieg statistisch signifikant. Somit ist bei den jungen Patienten der Modellklinik eine Steigerung teilstationärer Behandlungstage bei den klinikneuen Patienten zunächst tendenziell über den Modellverlauf (ohne statistische Signifikanz) und bei den klinikbekannt

bereits ab dem ersten Modelljahr ersichtlich.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der (voll-)stationären Behandlungsdauer meist nur Patienten untersuchten, die in die Klinik (voll-)stationär aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten (voll-)stationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem (voll-)stationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass bspw. auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der vollstationären Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene (voll-)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 (voll-)stationär behandelt wurden bzw. in denen nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien. Der Fokus der Evaluation liegt jedoch nicht auf den Vergleich mit anderen Studien, sondern auf einer validen Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass die Zunahme der durchschnittlichen PIA-Kontakte bei den linikneuen erwachsenen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der Modellklinik in U1 noch vergleichbar zwischen den Gruppen war; in U2 bis U4 war jedoch stets ein größerer Anstieg im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung zu erkennen. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten hingegen war die Anzahl durchschnittlicher PIA-Kontakte in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets größer als in der Regelversorgung. Die Unterschiede waren für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) für das erste und dritte patientenindividuelle Jahr statistisch signifikant. Somit ist eine Stärkung der PIA-Inanspruchnahme klinikneuer erwachsener Patienten über die Modelllaufzeit und bei den klinikbekannt erwachsenen Patienten bereits ab Modellstart zu verzeichnen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war bei den linikneuen jungen Patienten stets (U1 bis U4) ein vergleichbarer Verlauf der PIA-Kontakte in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Bei den linikbekannt Patienten hingegen waren in U1 und U4 die Anzahl der PIA-Kontakte im Modellvorhaben stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied bestand jedoch bereits im Jahr vor Referenzfall und ist somit nicht auf die Einführung des Modellvorhabens zurückzuführen. Somit ist in der KJP bei den klinikneuen und bei den klinikbekannt Patienten keine Änderung der PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben ersichtlich.

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, war im Modellvorhaben bei den linikneuen erwachsenen Patienten der Modellklinik stets größer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall in U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) statistisch signifikant, in U3 (Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) jedoch nicht. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten war jedoch stets eine geringere Anzahl an Kontakten in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Diese Unterschiede bestanden bereits im Jahr vor Referenzfall. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung erwachsener Patienten außerhalb des Krankenhauses kann somit für klinikneuen Patienten, aber nicht für klinikbekannte Patienten beobachtet werden.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt jungen Patienten ein stärkerer Anstieg der Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik

im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Bei den klinikneuen Patienten gab es verschieden signifikante Vergleiche in U1 (zweites bis vierten patientenindividuelles Jahr) und U3 (zweites patientenindividuelles Jahr). Bei den klinikbekannten Patienten gab es keine statistisch signifikanten Vergleiche zwischen den Gruppen und zum Jahr vor Referenzfall. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses kann somit in der KJP beobachtet werden, wenn auch bei den klinikbekannten Patienten (noch) nicht signifikant.

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 (8, 9). Auch das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der LVR-Klinik Bonn auf den Krankenhaussektor. Dennoch sind Effekte für eine verstärkte Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten außerhalb des Krankenhaus für Patienten des Modellvorhabens, besonders für klinikneue Patienten, ersichtlich.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass in der Erwachsenenpsychiatrie sowie in der KJP kein Absinken der Anteile vollstationärer Behandlungen ersichtlich war, vielmehr erhöhten sich diese Anteile im Verlauf des Modellvorhabens bei den Erwachsenen. Eine Stärkung der Häufigkeit einer teilstationären Behandlung ist für die erwachsenen Patienten sowie für die jungen KJP-Patienten der Modellversorgung erkennbar, auch wenn diese in der KJP (noch) keine statistische Signifikanz erreichte. Auch die Dauer vollstationärer Behandlung verringerte sich im Modellvorhaben weder in der Erwachsenenpsychiatrie noch in der KJP. Auch wurden mehr vollstationäre Behandlungstage im Modellvorhaben, sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern und Jugendlichen, ersichtlich. Ein Ausbau teilstationärer Behandlungstage war bei den klinikneuen erwachsenen Patienten zum ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar, bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten jedoch nicht. Bei den jungen Patienten der Modellklinik war eine Steigerung teilstationärer Behandlungstage bei den klinikneuen Patienten zunächst tendenziell über den Modellverlauf (ohne statistische Signifikanz) und bei den klinikbekannten Patienten der KJP bereits ab dem ersten Modelljahr ersichtlich. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich eine Stärkung der PIA-Inanspruchnahme klinikneuer erwachsener Patienten über die Modelllaufzeit und bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten bereits ab Modellstart. In der KJP war hingegen bei den klinikneuen und bei den klinikbekannten Patienten keine Änderung der PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses konnte für die klinikneuen erwachsenen Patienten sowie für die Patienten der KJP, aber nicht für die klinikbekannten erwachsenen Patienten beobachtet werden.

Hypothese b) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

„[...] schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.“

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** wurde untersucht, ob nach einem stationären Aufenthalt innerhalb von 7, 30 bzw. 90 Tagen ein ambulanter Kontakt erfolgt ist und wo dieser stattgefunden hat. Die Gruppe PIA, Arzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten wurde als „Kontakt zum psychiatrischen Sektor“ zusammengefasst. Hier war die Kontinuität im Modellvorhaben für die linikneuen Patienten für alle drei Nachbeobachtungszeiträume (7, 30 und 90 Tage) im ersten Jahr nach Referenzfall stets größer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 waren diese Unterschiede zudem alle statistisch signifikant (ausgenommen für U3 und 90 Tage Nachbeobachtung). Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten des Modellvorhabens war die Kontinuität jeweils im dritten Jahr nach Referenzfall größer als in der Regelversorgung und für U1 statistisch signifikant. Eine erhöhte Behandlungskontinuität in der Erwachsenenpsychiatrie des Modellvorhabens konnte somit beobachtet werden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall meist eine geringere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar (U1 für 7 Tage; U2 für 7, 30 und 90 Tage; U3: für 7 Tage; U4 für 7 und 90 Tage). In U1 und U3 waren diese Unterschiede statistisch signifikant. Bei den linikbekannt Patienten war die Behandlungskontinuität im ersten Jahr nach Referenzfall bei den Patienten der Modellversorgung stets größer als bei den Patienten der Regelversorgung, erreichte jedoch in U1 keine statistische Signifikanz. Eine Erhöhung der Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor ist somit bei den linikneuen jungen Patienten nicht, aber bei den linikbekannt Patienten tendenziell erkennbar. Bei den linikneuen Patienten weisen die Daten auf eine verringerte Behandlungskontinuität im hier definierten Sinne (Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich) im Modellvorhaben hin.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange linikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Auch wurde dieser Outcome für die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht angewendet, da die abgeleitete Definition schwerer psychischer Störungen für Kinder und Jugendliche nicht passend ist. Bei diesem Outcome gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Modell- und Regelversorgung sowohl in Hinblick auf den Anteil an Patienten mit keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem sowie der Dauer der Kontaktabbrüche. Analog zur stationären Behandlungsdauer wurden in dieser Analyse Fälle ohne Kontaktabbruch mitgezählt, um einen

möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** 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 Modellklinik noch in der Regelversorgung ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (9), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von Modellversorgung sehr eingeschränkt.

Die Kontinuität der Behandlung gilt als wichtiges Qualitätskriterium einer patientenzentrierten Behandlung. Besonders im Bereich der psychisch Erkrankten ist eine kontinuierliche Versorgung des Patienten, bestenfalls mit gleichbleibenden Therapeuten, Pflegern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (10). 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-Routinedaten 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.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität bezogen auf den Parameter Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie ersichtlich war. Beim Outcome Kontaktabbruch konnte jedoch kein eindeutiger Modelleffekt einer kontinuierlicheren Behandlung nachgewiesen werden. In der KJP konnte eine Erhöhung der Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor bei den klinikneuen jungen Patienten nicht, aber bei den klinikbekannten Patienten tendenziell nachgewiesen werden.

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.“

Der Verlauf und das Niveau der Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** war zwischen Modell- und Regelversorgung sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten in allen Untersuchungen vergleichbar.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war bei den linikneuen erwachsenen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach stets größer in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Auch der Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen zeigte statistisch signifikant mehr AU-Tage bei Patienten der Modellklinik. Auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten wies die Modellklinik in U1 und U4 ab dem Jahr nach Referenzfall stets mehr AU-Tage auf als bei Patienten der Regelversorgung. Statistische Signifikanz erreichte dieser Unterschied in U1 nicht, da diese Patienten im Modellvorhaben bereits im Jahr vor Referenzfall mehr AU-Tage aufwiesen als Patienten der Regelversorgung. In U4, in der nicht inferenzstatistisch getestet wurde, war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall jedoch in der IG geringer. Eine Verringerung der Anzahl an AU-Tagen im Modellvorhaben konnte somit nicht beobachtet werden. Vielmehr wurden AU-Tage, besonders bei den klinikneuen Patienten der Modellversorgung, vermehrt in Anspruch genommen.

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 (11). 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 (12). 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 jedoch ein wichtiges Ziel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit besteht (13), sind auch nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (14). 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 (15).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil klinikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme im ersten Jahr nach Referenzfall als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war bei den klinikneuen jungen Patienten der Anteil an Personen mit stationärer Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der Modellklinik statistisch signifikant geringer als in der Regelversorgung. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war im Modellvorhaben größer, jedoch nicht statistisch signifikant. Somit war bei den Erwachsenen weder eine Verringerung noch einer Erhöhung der Wiederaufnahme ersichtlich; bei den Kindern und Jugendlichen konnte jedoch eine Verringerung der stationären Wiederaufnahme verzeichnet werden. Generell zu beachten ist, dass eine schnellere Wiederaufnahme per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein muss. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Eine Betrachtung der vollstationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Veränderung 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 (16). Die Gründe für die Veränderung der vollstationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (17). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen beiden Gruppen 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 (17). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhauses-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Da sich hier (siehe oben) wenig Unterschiede ergaben bzw. teilweise die komplementäre ambulante Versorgung vermehrt in Anspruch genommen wurde, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare

ambulante bzw. ggf. „bessere“ Strukturen im Vergleich zur Regelversorgung aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

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

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (18, 19). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (20). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (21). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (22), 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 (23). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (24). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (25). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (25).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen Patienten der Modell- bzw. Regelversorgung unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigte sich sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch der KJP, dass die Mortalität unter den linikneuen und linikbekannten Patienten zwischen beiden Gruppen vergleichbar war.

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 (26, 27). 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 (28). 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 im vorliegenden

Modellvorhaben der LVR-Klinik Bonn, zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind.

Die **Erkrankungsprogression** wurde in der vorliegenden Evaluation anhand von drei Untersuchungen analysiert. Es wurde untersucht, ob (A) leichte oder mittelgradige depressive Episoden sich zu einer schweren depressiven Episode entwickeln, ob (B) jegliche depressive Episode sich zu einer rezidivierenden depressiven Störung entwickeln oder ob (C) eine Suchterkrankung entwickelt wurde. In der Erwachsenenpsychiatrie war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten der Modellklinik stets größer im Vergleich zur Regelversorgung. Diese Unterschiede waren in U1 und U3 jeweils statistisch signifikant. Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil im Modellvorhaben größer, erreichte in U1 jedoch keine statistische Signifikanz. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der Modellklinik bei den linikneuen Patienten in allen Untersuchungen stets größer als in der Regelversorgung. Diese Unterschiede waren in U1 und U3 erneut statistisch signifikant. Auch bei den linikbekannten Patienten waren die Ergebnisse stets größer, erreichte aber, analog zur Progression A, keine statistische Signifikanz. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten der Modellversorgung in U1, U2 und U4 zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. In U3 war jedoch eine statistisch signifikant geringere Progression bei Patienten des Modellvorhabens erkennbar. Bei den linikbekannten Patienten war das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung in der Modellklinik hingegen stets größer, jedoch auch hier ohne Erreichen einer statistischen Signifikanz in U1. Eine Verringerung der hier definierten Erkrankungsprogressionen konnte somit nicht nachgewiesen werden, vielmehr verschlechterte sich die Erkrankungsprogression A und B (hin zu einer schweren depressiven Episode bzw. zu einer rezidivierenden depressiven Störung), besonders bei den klinikneuen Patienten.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) folgte das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten im Vergleich von Modell- und Regelversorgung kein einheitliches Muster. Signifikante Unterschiede gab es nicht. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der Modellklinik stets etwas geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es in U1 jedoch auch nicht. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) zunächst etwas (nicht statistisch signifikant) größer, in den folgenden Untersuchungen jedoch zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten zwischen Modell- und Regelversorgung weitgehend vergleichbar (in U4 etwas geringer). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der Modellklinik in beiden Untersuchungen (U1 und U4) (etwas) größer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch auch hier nicht. Somit war in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weder eine Erhöhung noch eine Verringerung der hier betrachteten Erkrankungsprogression ersichtlich.

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-Routinedaten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (29). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass sich das Risiko für Arbeitsunfähigkeit im Modellvorhaben nicht verändert hat. Jedoch erhöhten sich Arbeitsunfähigkeitstage, also die Länge der Arbeitsunfähigkeit, besonders bei den klinikneuen erwachsenen Patienten, mit Einführung des Modellvorhabens. Im Modellvorhaben an der LVR-Klinik Bonn wurden die Patienten der Erwachsenenpsychiatrie nicht statistisch signifikant schneller vollstationär wiederaufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte jedoch eine Verringerung der vollstationären Wiederaufnahme verzeichnet werden. Die mittlere Anzahl an Komorbiditäten und die Mortalität war zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. Eine Verringerung der hier definierten Erkrankungsprogressionen konnte somit nur bei der Erkrankungsprogression C (Entwicklung einer Suchterkrankung) in U3 nachgewiesen werden. Auf der anderen Seite verschlechterte sich die Erkrankungsprogression A und B (hin zu einer schweren depressiven Episode bzw. zu einer rezidivierenden depressiven Störung), besonders bei den klinikneuen Patienten. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war hingegen weder eine Erhöhung noch eine Verringerung der Erkrankungsprogression ersichtlich.

Hypothese d) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).“*

Da eine Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier lediglich eine Betrachtung der untersuchten Qualitätsindikatoren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor. Auch sind die definierten Betrachtungen für die KJP nichtzutreffend und wurden hier nicht untersucht. Der Anteil der Personen mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation war in der Modellklinik statistisch signifikant höher als in der Regelversorgung. Dies weist bezüglich dieser Betrachtung auf eine leitliniennahe Versorgung im Modellvorhaben hin. 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. (2) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende Fallzahl zu gering war. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgefedert werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (7, 30), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (3), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (6), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (31), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (32) 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 (33). Wie in Kapitel 9.2 ersichtlich, wurde bei den klinikneuen

und linikbekannten erwachsenen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung ab Modellbeginn in allen Untersuchungen im Modellvorhaben vermehrt in Anspruch genommen. Während die Inanspruchnahme im Jahr vor Referenzfall noch zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar war, stieg diese in den Jahren nach Referenzfall im Modell stärker an und war ab Referenzfall stets statistisch signifikant größer im Vergleich zur Regelversorgung (in U1 jeweils ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall). Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) wurde die aufsuchende Behandlung sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten jungen Patienten in beiden Gruppen vergleichbar gering in Anspruch genommen. Statistisch signifikante Unterschiede gab es nicht. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte somit für die Erwachsenenpsychiatrie, jedoch nicht für die KJP beobachtet werden. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. „Crisis Resolution and Home-Treatment“ oder „Assertive Community Treatment (ACT)“ war in Deutschland wenig implementiert (34) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß § 64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (35). 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 (35).

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 (36). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz bei einer Betrachtung nachgewiesen werden konnte. Der Anteil der Personen mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation war in der Modellklinik statistisch signifikant höher als in der Regelversorgung. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie, jedoch nicht in der KJP, verstärkt in Anspruch genommen.

Hypothese e) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

„[...] stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.“

Erwachsene: Sowohl bei den klinikneuen als auch den -bekannten Patienten zeigten sich in allen Untersuchungsperspektiven höhere Kosten im Nachbeobachtungszeitraum bzw. höhere

Kostenanstiege in der IG. Zurückzuführen ist dies auf eine größere Zahl vollstationär versorgter Patienten in der IG und damit verbunden einem Mehr an vollstationären Tagen. Es kann also nicht von geringeren direkt stationär-psychiatrischen Versorgungskosten in der IG gegenüber der KG ausgegangen werden.

Kinder und Jugendliche: Auch in der KJP waren in keiner der beiden Patientengruppen (Klinikneu- bzw. -bekannt) geringere Kosten bzw. -anstiege in der IG ersichtlich. Auch hier lag die Zahl der versorgten Patienten und die Zahl der erbrachten vollstationären Tage in der IG über der der KG, sodass sich höhere Kosten ergaben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren direkten stationär psychiatrischen Versorgungskosten in der IG sowohl für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie als auch den der Kinder- und Jugendpsychiatrie verworfen werden kann.

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.**“*

Die zu den vollstationären Versorgungskosten getroffenen Aussagen lassen sich auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten übertragen. Auch hier lagen die Kosten der IG in allen Untersuchungen, in der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in den beiden Patientengruppen über denen der KG. Mit Ausnahme der Arzneimittel, für die sich keine Kostenunterschiede zwischen IG und KG zeigten, lagen die Kosten der Erwachsenen in allen Bereichen (Tagesklinik, PIA, vertragsärztliche Versorgung, Heilmittel) über denen der KG. Es zeigten sich dabei im Bereich der vollstationären, aber auch der PIA-Versorgung ein Anstieg der Kosten über die Modelllaufzeit hinweg⁴. Diese Ansteige waren in der KJP nicht ersichtlich; dennoch lagen die Kosten im voll- und teilstationären Bereich über denen der KG. In der PIA waren geringere Versorgungskosten zu verzeichnen.

Zusammenfassend zeigt sich ein hypothesenkonträres Ergebnis. Die Entwicklung der direkten psychiatrischen Versorgungskosten zeichnete in der IG teurer als in der KG.

Hypothese g) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.“*

⁴ Ein Hinweis über die Entwicklung im Modellverlauf ergibt sich bei der Betrachtung der Kostenwerte des ersten Nachbeobachtungsjahres bei den Untersuchungen U1, U4, U3, U2 (in dieser Reihenfolge).

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 Dezember 2015 werden PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich festhalten, dass somit Leistungstransparenz gegeben ist. Dem ließe sich jedoch entgegen, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die aktuell bestehenden Kodierrichtlinien für Diagnosen und Prozeduren umgesetzt werden, da sich die Gruppierung zu einer PEPP lediglich daraus ergibt.

Analog dazu kann für die PIA von Leistungstransparenz gesprochen werden, wenn eine nach behandelnder Berufsgruppe, Behandlungsart (bspw. Grundversorgung oder Krisenintervention; Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Behandlungsdauer differenzierende Dokumentation erfolgt. Dies ist durch die Umsetzung der PIA-Doku-Vereinbarung ab 2018 gegeben. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Zusammenfassend kann zwar für die Modellklinik von Leistungstransparenz gesprochen werden, dies ist jedoch nicht zwingend auf das Modellvorhaben selbst zurückzuführen.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.**“*

Die Kosten der vertragsärztlichen Versorgung der IG lagen zwar im ersten Nachbeobachtungsjahr sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten in allen Untersuchungsperspektiven über denen der KG, diese Kostendifferenz ließ sich jedoch bereits im Präzeitraum feststellen. Ein Modelleffekt der Kostenverlagerung in den niedergelassenen Bereich lässt sich somit nicht feststellen.

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.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie war kein statistisch signifikantes Ergebnis hinsichtlich einer Veränderung der Arzneimittelkosten ersichtlich. Zwar lagen die Kosten in der IG teilweise unter denen der KG; dies ließ sich jedoch nicht als signifikanter Unterschied ausweisen. Auch der Effekt der im Modellverlauf sinkenden Arzneimittelkosten war kein solitäres Charakteristikum des Modells, sondern war ebenso in der Kontrollgruppe beobachtbar. Auch im Bereich der KJP war kein Unterschied bzw. eine Veränderung ersichtlich.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich eine veränderte Arzneimitteltherapie nicht feststellen lässt.

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.“*

Sowohl bei den Erwachsenen als auch in der KJP ist eine geringere Effektivität (mehr vollstationäre Tage bzw. mehr AU-Tage in der IG) bei höheren Kosten beobachtbar gewesen. So lag der auf die vollstationären Tage bezogene ICER der klinikneuen Erwachsenen bei 524,42 €/d, d.h. dass jeder der 5,3 in der IG zusätzlich je Patient aufgebrauchte Behandlungstag mit zusätzlich Kosten von 524,42 € verbunden war. Für jeden der 12,8 zusätzlichen AU-Tage fielen Kosten in Höhe von 195,21 € an. In beiden Fällen waren sowohl die Differenz der Tage als auch die Kostendifferenz signifikant zwischen IG und KG voneinander verschieden. Für die klinikbekannten Erwachsenen trifft dies nicht zu, sodass hier von keinem Effekt ausgegangen wird. Die Effekte für die vollstationären Tage in der KJP waren hingegen mit einem ICER von 668,68 €/d (bei zusätzlichen 7,8 Tagen je Patient) bei den klinikneuen und 479,89 €/d (bei zusätzlich 15 Tagen je Patient) bei den klinikbekannten Patienten signifikant, allerdings zu Ungunsten der IG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Modellvorhaben nicht effektiv im Sinne verbesserter primärer Outcomes ist und die Kosten zusätzlich in der IG über denen der KG liegen.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn muss im Fazit zwischen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden.

Insgesamt zeigten sich in der Erwachsenenpsychiatrie hypothesenkonforme Ergebnisse einer Erhöhung teilstationärer Behandlung sowie ambulanter Leistungen (innerhalb und außerhalb des Krankenhauses) und einer erhöhten Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor. Zudem konnte eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben beobachtet werden. Weiterhin konnte ein verringerter Anteil an Suchterkrankten und ein erhöhter Anteil an Patienten mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation festgestellt werden. Jedoch waren auch hypothesenkonträre Ergebnisse erkennbar. So stiegen die vollstationären Tage und AU-Tage in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. Dies weist darauf hin, dass zwar teilstationäre Angebote sowie ambulante Leistungen verstärkt im Modellvorhaben in Anspruch genommen wurden, im Gegenzug jedoch die vollstationären Behandlungstage (und AU-Tage) nicht verringert werden konnten. Auch bezüglich der Erkrankungsprogression zeigte sich ein höherer Anteil mit Entwicklung einer schweren depressiven Episode bzw. rezidivierenden depressiven Störung.

In der KJP war hypothesenkonform ein Anstieg teilstationärer Behandlungen sowie ambulanter Inanspruchnahme außerhalb des Krankenhauses und ein geringerer Anteil an vollstationären Wiederaufnahmen erkennbar. Der stärkere Anstieg vollstationärer Behandlungstage sowie die teilweise verringerte Behandlungskontinuität wird als hypothesenkonträr gewertet. Auch in der KJP kann analog zur Erwachsenenpsychiatrie somit festgestellt werden, dass zwar teilstationäre und ambulante Behandlungen im Modellvorhaben zugenommen haben, die vollstationäre Behandlung dagegen nicht weniger in Anspruch genommen wurde.

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.

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

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

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

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet (37). Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Die Erfassung von AU erfolgte mit GKV-Daten auf der einen Seite konsistent und konsequent. Es werden alle gemeldeten AU-Zeiten der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben. Auf der anderen Seite werden Schüler, Auszubildende und Rentner nur bedingt, unter der Maßgabe einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit, über AU-Meldungen der GKV erfasst. Daher können nicht alle versicherten Personen in der Berechnung der AU-Episoden bzw. AU-Tage einbezogen werden. Der Status Erwerbsfähigkeit lag den Evaluatoren leider nicht vor. Daher wurden bei der Betrachtung der AU nur die Personen mit Versichertenstatus „Mitglied“ als erwerbsfähig berücksichtigt (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert). Dies kann zu einer Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen, da auch Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“ ggf. nicht erwerbsfähig sind. Weiterhin ist davon auszugehen, dass gerade bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kurze Krankmeldungen über „andere Erkrankungen“ oder über arbeitgeberinterne „Krank-ohne-Schein“-Tage abgefangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide erwähnten Einschränkungen in gleicher Weise die IG und die KG betreffen, so dass die Vergleichbarkeit zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung dennoch gegeben ist. Bei der Deskription der AU-Episoden wurde im Abschlussbericht eine Anpassung vorgenommen. Hier werden

die AU-Episoden jetzt über alle Patienten gemittelt, nicht mehr nur über Patienten mit mind. einer Episode. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen den 1. und 2. Zwischenberichten und den Abschlussberichten ein.

Letztlich kann der Outcome Leidlinienadhärenz nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen in den PIA in Anspruch genommen wurden.

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Outcomes verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Outcomes strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Präzeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundär Diagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit mit dem Ersten Zwischenbericht wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen ab dem Zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnoseübereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit erklärt. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich

die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (38). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierten Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (39).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser

Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (siehe auch Kapitel 12.2).

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (40).
- Schließlich muss auf das – von Ausnahmen abgesehen - grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK-Gesundheit und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK-Gesundheit und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (41). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.

13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Häckl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). *Bmc Psychiatry*. 2018;18.
2. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
3. 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.
4. 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.
5. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe*. 2014(2):11-5.
6. Wullschlegel 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.
7. 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.
8. Melchinger H. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Medizinische Hochschule Hannover; 2008.
9. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen [Coordinated care for people with mental illness]. 2018.
10. 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.
11. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen". In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, et al., editors. *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010. p. 85-100.
12. 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.
13. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. *Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. 2012.
14. 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.
15. Gühne U, Riedel-Heller SG. *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Berlin; 2015.
16. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):136-43.

17. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
18. 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.
19. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*. 1998;36(1):8-27.
20. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludwig-Maximilians-Universität zu München
2014.
21. 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.
22. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
23. 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.
24. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. *Chem Biol Interact*. 2016;255:92-105.
25. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschr Neurol Psych*. 2008;76(5):263-71.
26. 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.
27. 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.
28. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Arzteblatt international*. 2019;116(23-24):405-+.
29. 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.
30. König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, et al. [The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(1):34-42.
31. 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).
32. 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.
33. Rummelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus*. 2012;8.2012:775-83.
34. 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.
35. 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.
36. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
37. Soltmann B, Neumann A, March S, Weinhold I, Hackl D, Kliemt R, et al. Multiperspective and Multimethod Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Care Models in Germany: Study

Protocol of a Prospective, Controlled Multicenter Observational Study (PsychCare). *Front Psychiatry*. 2021;12:659773.

38. 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.

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 276: 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)	5.736	5.736
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	73,3 %	75,0 %
• Zwei Diagnosen	23,5 %	21,3 %
• Drei Diagnosen	3,0 %	2,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	146	145
2. F10 & F33	123	132
3. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F43	112	97

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

Tabelle 277: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Erwachsene

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	4.204	4.304	5.736	5.736
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	3,6 %	4,1 %	4,7 %	4,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,0 %	1,2 %	1,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,5 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	6,9 %	6,3 %	6,9 %	6,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns) • F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) • F 30-39 (Affektive Störungen) • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) • F 45 (Somatoforme Störungen) • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	1,2 %	1,0 %	2,9 %	2,7 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	52,2 51 (34 - 70)	53,2 53 (36 - 70)	52,0 51 (34 - 69)	52,8 52 (36 - 68)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	57,7 % 42,3 %	55,0 % 45,0 %	58,2 % 41,8 %	55,6 % 44,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	43,4 % 56,6 %	41,5 % 58,5 %	46,2 % 53,8 %	42,5 % 57,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,1 % 4,1 % 7,4 % 12,2 % 8,7 % 66,5 %	0,8 % 4,4 % 8,0 % 11,0 % 9,4 % 66,4 %	1,0 % 4,2 % 7,5 % 11,9 % 8,7 % 66,8 %	0,8 % 4,6 % 8,1 % 10,6 % 9,5 % 66,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	4,6 % 15,5 % 1,0 % 1,0 % 4,6 % 0,6 % 6,1 % 66,5 %	4,2 % 17,0 % 1,0 % 0,6 % 3,4 % 0,1 % 7,4 % 66,4 %	4,7 % 15,4 % 1,0 % 1,0 % 4,2 % 0,5 % 6,4 % 66,8 %	4,3 % 16,7 % 1,1 % 0,6 % 3,3 % 0,1 % 7,6 % 66,3 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	24,2 % 59,5 % 16,3 %	21,1 % 61,9 % 17,1 %	24,7 % 58,6 % 16,7 %	21,4 % 61,7 % 16,9 %

Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,5 %	25,8 %	28,1 %	26,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	23,4 %	20,8 %	25,3 %	22,9 %
• Weder A noch B	49,0 %	53,4 %	46,7 %	50,5 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	57,8 %	57,8 %	57,6 %	58,4 %
• Familienversicherter	6,5 %	5,6 %	6,7 %	5,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	33,8 %	34,6 %	33,9 %	34,2 %
• Fehlende Angabe	1,9 %	2,0 %	1,9 %	2,0 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 278: 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)	4.366	4.367
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	72,7 %	74,4 %
• Zwei Diagnosen	24,0 %	21,9 %
• Drei Diagnosen	3,1 %	2,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	122	120
2. F10 & F33	99	106
3. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F41	84	74

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

Tabelle 279: 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)	3.172	3.250	4.366	4.367
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	3,6 %	4,1 %	4,7 %	4,4 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,1 %	1,3 %	1,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	6,5 %	6,0 %	6,5 %	6,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,1 %	1,1 %	3,0 %	2,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	10,0 %	11,1 %	16,7 %	18,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	12,0 %	12,3 %	10,6 %	11,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,1 %	48,4 %	54,3 %	53,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	8,7 %	8,4 %	12,9 %	12,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,7 %	0,6 %	2,2 %	1,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	2,9 %	3,0 %	8,3 %	8,7 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,1 %	0,1 %	0,9 %	0,6 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	51,9 51 (33 - 69)	53,2 53 (36 - 70)	51,7 51 (33 - 69)	52,7 52 (35 - 68)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	57,8 % 42,2 %	56,1 % 43,9 %	58,6 % 41,4 %	56,4 % 43,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	42,3 % 57,7 %	41,6 % 58,4 %	46,1 % 53,9 %	43,0 % 57,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,0 % 4,2 % 7,4 % 11,2 % 8,4 % 67,8 %	0,8 % 4,2 % 7,5 % 10,5 % 9,4 % 67,7 %	1,0 % 4,2 % 7,5 % 11,2 % 8,4 % 67,7 %	0,8 % 4,5 % 7,7 % 10,2 % 9,2 % 67,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	4,7 % 15,5 % 1,0 % 0,7 % 4,2 % 0,5 % 5,7 % 67,8 %	4,2 % 15,8 % 1,0 % 0,5 % 3,3 % 0,1 % 7,4 % 67,7 %	4,8 % 15,4 % 1,0 % 0,8 % 3,8 % 0,4 % 6,0 % 67,7 %	4,3 % 15,8 % 1,1 % 0,5 % 3,2 % 0,1 % 7,5 % 67,7 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	23,3 % 60,5 % 16,3 %	21,3 % 61,7 % 17,0 %	24,0 % 59,3 % 16,7 %	21,7 % 61,5 % 16,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	28,4 % 23,5 % 48,2 %	26,2 % 20,8 % 52,9 %	28,6 % 25,6 % 45,8 %	27,2 % 22,9 % 49,9 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied 	57,0 %	57,9 %	56,9 %	58,3 %

• Familienversicherter	6,7 %	5,5 %	6,7 %	5,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	33,8 %	34,2 %	34,0 %	33,9 %
• Fehlende Angabe	2,4 %	2,4 %	2,5 %	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

Tabelle 280: 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)	2.932	2.922
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	72,6 %	73,8 %
• Zwei Diagnosen	24,0 %	22,0 %
• Drei Diagnosen	3,1 %	3,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	1,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	80	81
2. F10 & F33	68	76
3. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F41	58	51

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)	671	673
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,9 %	70,3 %
• Zwei Diagnosen	23,2 %	23,2 %
• Drei Diagnosen	5,4 %	4,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	1,9 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	22	21
2. F10 & F32	19	13
3. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F43	8	12

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

Tabelle 281: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Erwachsene
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum		Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population		IG	KG	IG	KG
Gruppe		IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)		2.129	2.157	2.932	2.922
Referenzdiagnose					
• F 00 (Demenz)		3,2 %	3,5 %	4,1 %	3,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)		1,2 %	1,2 %	1,5 %	1,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)		0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)		6,9 %	6,4 %	6,9 %	6,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)		1,4 %	1,3 %	3,6 %	3,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)		9,8 %	10,9 %	16,8 %	18,5 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)		12,6 %	12,9 %	11,2 %	11,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)		49,0 %	48,5 %	54,4 %	54,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)		7,9 %	7,6 %	12,1 %	11,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)		0,5 %	0,5 %	2,1 %	2,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴		3,0 %	3,2 %	8,6 %	8,9 %
• F 50 (Essstörungen)		0,2 %	0,1 %	0,9 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)		0,8 %	0,6 %	2,3 %	2,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)		2,3 %	2,2 %	2,5 %	2,5 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)		0,4 %	0,3 %	0,8 %	0,8 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)		0,5 %	0,8 %	0,9 %	1,1 %
Alter ¹					
• Mittelwert		52,0	53,4	51,7	52,9
• Median		51	53	51	52
• (Interquartilsabstand)		(33 - 69)	(36 - 69)	(33 - 69)	(36 - 68)
Geschlecht (%)					
• Frauen		58,2 %	56,6 %	59,1 %	56,9 %
• Männer		41,8 %	43,4 %	40,9 %	43,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)					
• stationär		42,8 %	41,4 %	46,7 %	42,9 %
• PIA		57,2 %	58,6 %	53,3 %	57,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)					
• Ohne Schulabschluss		0,7 %	0,6 %	0,8 %	0,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss		4,3 %	3,9 %	4,3 %	4,1 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss		7,2 %	6,6 %	7,5 %	7,0 %
• Abitur/Fachabitur		9,9 %	9,2 %	9,8 %	9,0 %
• Abschluss unbekannt		8,6 %	9,4 %	8,4 %	8,9 %

• Fehlende Angabe	69,3 %	70,3 %	69,2 %	70,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,8 %	4,1 %	5,0 %	4,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	14,6 %	14,4 %	14,5 %	14,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,0 %	0,7 %	0,9 %	1,0 %
• Bachelor	0,6 %	0,3 %	0,7 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,7 %	2,7 %	3,3 %	2,6 %
• Promotion	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	5,8 %	7,4 %	6,0 %	7,4 %
• Fehlende Angabe	69,3 %	70,3 %	69,2 %	70,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	23,1 %	21,2 %	23,6 %	21,7 %
• Nein	60,1 %	61,4 %	59,3 %	61,4 %
• Fehlende Angabe	16,8 %	17,4 %	17,1 %	16,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,8 %	26,8 %	28,1 %	27,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	24,6 %	20,9 %	26,5 %	23,1 %
• Weder A noch B	47,6 %	52,2 %	45,4 %	49,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	56,6 %	57,4 %	56,2 %	57,6 %
• Familienversicherter	6,3 %	5,1 %	6,5 %	5,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	33,6 %	34,2 %	33,7 %	34,3 %
• Fehlende Angabe	3,5 %	3,3 %	3,6 %	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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	476	473	671	673
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	2,9 %	4,9 %	3,4 %	5,6 %

• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,3 %	1,5 %	2,2 %	1,6 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,4 %	0,4 %	1,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,0 %	3,8 %	4,3 %	3,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,8 %	1,1 %	2,8 %	2,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,3 %	14,4 %	22,5 %	21,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	23,5 %	25,6 %	19,1 %	21,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	35,9 %	35,3 %	45,5 %	45,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,5 %	7,0 %	10,7 %	14,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,4 %	0,2 %	2,5 %	2,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	2,1 %	2,1 %	9,2 %	9,7 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,0 %	1,0 %	0,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,7 %	1,5 %	5,1 %	4,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	1,3 %	1,3 %	1,5 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,8 %	0,4 %	0,7 %	0,7 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,1 %	0,6 %	1,8 %	1,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	52,3	54,5	52,2	53,6
• Median	51	55	51	53
• (Interquartilsabstand)	(35 - 68)	(40 - 70)	(36 - 66)	(39 - 68)
Geschlecht (%)				
• Frauen	53,4 %	58,1 %	54,7 %	59,0 %
• Männer	46,6 %	41,9 %	45,3 %	41,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	37,8 %	38,1 %	41,6 %	41,3 %
• PIA	62,2 %	61,9 %	58,4 %	58,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,8 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,4 %	3,0 %	3,7 %	4,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	4,6 %	4,7 %	5,5 %	5,8 %
• Abitur/Fachabitur	7,4 %	7,6 %	7,6 %	6,8 %
• Abschluss unbekannt	6,9 %	7,8 %	7,9 %	7,3 %
• Fehlende Angabe	76,9 %	77,0 %	74,2 %	76,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,0 %	1,3 %	5,2 %	1,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	8,8 %	11,8 %	10,6 %	13,5 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
• Bachelor	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,7 %	3,6 %	3,3 %	2,7 %
• Promotion	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
• Abschluss unbekannt	5,5 %	5,7 %	5,8 %	5,5 %
• Fehlende Angabe	76,9 %	77,0 %	74,2 %	76,1 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	26,3 %	26,8 %	25,5 %	24,1 %
• Nein	51,1 %	53,9 %	51,7 %	55,0 %
• Fehlende Angabe	22,7 %	19,2 %	22,8 %	21,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	31,5 %	31,7 %	32,3 %	31,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	41,4 %	41,9 %	43,7 %	43,5 %
• Weder A noch B	27,1 %	26,4 %	24,0 %	24,8 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	50,4 %	51,2 %	48,3 %	52,0 %
• Familienversicherter	5,9 %	5,3 %	6,0 %	5,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	40,8 %	40,6 %	42,3 %	40,3 %
• Fehlende Angabe	2,9 %	3,0 %	3,4 %	2,1 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Kinder und Jugendliche
Tabelle 282: 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)	504	504
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	74,6 %	80,6 %
• Zwei Diagnosen	22,0 %	17,1 %
• Drei Diagnosen	3,0 %	2,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F50 / KG: F32 & F40	12	9
2. IG: F90 & F93 / KG: F32 & F50	11	8
3. IG: F32 & F90 / KG: F84 & F90	9	7

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

Tabelle 283: 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)	376	406	504	504
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,3 %	0,0 %	0,8 %	1,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,5 %	0,0 %	0,8 %	1,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	48,9 %	49,8 %	48,4 %	49,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,3 %	4,2 %	5,8 %	5,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,1 %	0,5 %	1,4 %	0,8 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	3,2 %	3,7 %	8,9 %	8,7 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	14,0 15 (13 - 16)	14,0 15 (13 - 16)	14,0 15 (12 - 16)	14,0 15 (13 - 16)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • weiblich • männlich 	59,0 % 41,0 %	58,6 % 41,4 %	57,1 % 42,9 %	55,4 % 44,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	57,2 % 42,8 %	36,0 % 64,0 %	59,9 % 40,1 %	39,9 % 60,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,8 % 3,7 % 7,4 % 14,6 % 6,6 % 66,8 %	0,0 % 4,2 % 7,9 % 13,8 % 7,4 % 66,7 %	0,8 % 3,6 % 6,7 % 14,1 % 6,2 % 68,7 %	0,2 % 3,8 % 7,1 % 14,3 % 7,9 % 66,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,1 % 13,0 % 1,3 % 0,5 % 6,6 % 1,6 % 5,1 % 66,8 %	3,4 % 14,8 % 2,0 % 0,2 % 6,9 % 0,5 % 5,4 % 66,7 %	4,6 % 11,7 % 1,0 % 0,6 % 6,7 % 1,6 % 5,2 % 68,7 %	3,2 % 14,1 % 2,0 % 0,4 % 6,9 % 0,6 % 6,2 % 66,7 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	5,6 % 78,2 % 16,2 %	5,2 % 81,8 % 13,1 %	7,9 % 77,2 % 14,9 %	6,2 % 79,8 % 14,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	14,6 % 1,6 % 83,8 %	11,8 % 2,0 % 86,2 %	15,5 % 2,6 % 81,9 %	12,7 % 2,0 % 85,3 %
Versicherungsstatus (%)				

• Mitglied	9,3 %	8,6 %	10,5 %	9,1 %
• Familienversicherter	85,9 %	86,5 %	84,5 %	85,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	4,3 %	3,9 %	4,4 %	4,2 %
• Fehlende Angabe	0,5 %	1,0 %	0,6 %	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 284: 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)	390	389
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	75,9 %	80,2 %
• Zwei Diagnosen	21,0 %	16,7 %
• Drei Diagnosen	2,8 %	2,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 / KG: F32 & F50	9	8
2. IG: F32 & F90 / KG: F32 & F40	8	6
3. IG: F32 & F50 / KG: F84 & F90	8	5

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

Tabelle 285: 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)	296	312	390	389
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,7 %	0,0 %	1,0 %	1,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	47,6 %	48,7 %	46,9 %	49,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,4 %	4,8 %	4,9 %	5,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,7 %	0,6 %	1,3 %	1,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,7 %	4,2 %	8,5 %	9,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	5,4 %	4,8 %	7,2 %	7,2 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	14,0 15 (13 - 16)	14,1 15 (13 - 16)	14,0 15 (12 - 16)	14,2 15 (13 - 17)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • weiblich • männlich 	58,1 % 41,9 %	57,4 % 42,6 %	55,9 % 44,1 %	54,0 % 46,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	56,1 % 43,9 %	35,6 % 64,4 %	60,5 % 39,5 %	40,6 % 59,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,7 % 3,4 % 7,4 % 15,9 % 7,4 % 65,2 %	0,0 % 3,8 % 7,4 % 12,5 % 7,7 % 68,6 %	0,5 % 3,3 % 6,7 % 14,6 % 6,7 % 68,2 %	0,0 % 3,6 % 6,7 % 13,4 % 8,2 % 68,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	4,7 % 13,9 % 1,0 % 0,7 % 7,4 % 1,7 % 5,4 % 65,2 %	3,2 % 13,8 % 1,6 % 0,3 % 6,7 % 0,3 % 5,4 % 68,6 %	4,4 % 12,1 % 0,8 % 0,8 % 7,2 % 1,3 % 5,4 % 68,2 %	2,8 % 13,4 % 1,8 % 0,5 % 6,9 % 0,5 % 5,9 % 68,1 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	5,4 % 79,7 % 14,9 %	5,8 % 79,8 % 14,4 %	7,9 % 78,5 % 13,6 %	6,9 % 77,1 % 15,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	15,9 % 1,4 % 82,8 %	12,2 % 2,2 % 85,6 %	15,9 % 2,8 % 81,3 %	13,1 % 2,3 % 84,6 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied 	8,1 %	8,7 %	9,0 %	9,3 %

• Familienversicherter	86,5 %	85,9 %	85,4 %	85,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	4,7 %	4,5 %	5,1 %	4,6 %
• Fehlende Angabe	0,7 %	1,0 %	0,5 %	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 286: 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)	252	258
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	74,6 %	77,9 %
• Zwei Diagnosen	21,8 %	18,2 %
• Drei Diagnosen	3,2 %	3,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F90 / KG: F32 & F50	7	7
2. IG: F32 & F50 / KG: F84 & F90	6	5
3. IG: F90 & F92 / KG: F32 & F40	5	5

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)	139	137
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	64,7 %	70,8 %
• Zwei Diagnosen	30,9 %	24,8 %
• Drei Diagnosen	3,6 %	3,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,7 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F40	6	6
2. IG: F32 & F90 / KG: F90 & F93	4	3
3. IG: F90 & F93 / KG: F32 & F41	3	3

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

Tabelle 287: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	188	201	252	258
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 %	0,4 %	1,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,8 %	1,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	44,1 %	44,3 %	45,2 %	47,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,4 %	6,5 %	5,6 %	6,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,7 %	2,5 %	9,1 %	10,1 %
• F 50 (Essstörungen)	6,4 %	5,5 %	8,3 %	8,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	4,8 %	3,5 %	7,1 %	7,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	34,0 %	37,8 %	42,9 %	41,1 %
Alter ¹				
• Mittelwert	13,9	14,1	14,1	14,3
• Median	15	15	15	15
• (Interquartilsabstand)	(12 - 16)	(13 - 16)	(13 - 16)	(13 - 17)
Geschlecht (%)				
• weiblich	58,5 %	59,2 %	55,6 %	55,8 %
• männlich	41,5 %	40,8 %	44,4 %	44,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	60,1 %	37,8 %	64,7 %	45,0 %
• PIA	39,9 %	62,2 %	35,3 %	55,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,1 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,7 %	5,0 %	2,4 %	4,3 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	7,4 %	7,0 %	6,7 %	6,2 %
• Abitur/Fachabitur	12,2 %	11,4 %	12,3 %	12,0 %
• Abschluss unbekannt	8,5 %	7,5 %	7,5 %	8,1 %

• Fehlende Angabe	68,1 %	69,2 %	70,2 %	69,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,3 %	3,5 %	4,8 %	2,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	12,8 %	12,9 %	11,5 %	12,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	2,0 %	0,8 %	1,9 %
• Bachelor	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,8 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	6,4 %	6,5 %	6,7 %	6,6 %
• Promotion	1,1 %	0,5 %	0,8 %	0,8 %
• Abschluss unbekannt	5,3 %	5,0 %	5,2 %	5,8 %
• Fehlende Angabe	68,1 %	69,2 %	70,2 %	69,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	5,9 %	6,5 %	7,9 %	7,0 %
• Nein	78,2 %	79,1 %	77,0 %	76,4 %
• Fehlende Angabe	16,0 %	14,4 %	15,1 %	16,7 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	16,0 %	11,9 %	15,9 %	13,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	1,6 %	2,0 %	2,4 %	2,3 %
• Weder A noch B	82,4 %	86,1 %	81,7 %	84,1 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	7,4 %	9,5 %	9,1 %	10,5 %
• Familienversicherter	87,2 %	83,1 %	84,5 %	82,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	4,8 %	6,0 %	6,0 %	5,8 %
• Fehlende Angabe	0,5 %	1,5 %	0,4 %	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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	90	97	139	137
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 01 (Vaskuläre Demenz) • F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten) • F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz) • F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns) • F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) • F 30-39 (Affektive Störungen) • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) • F 45 (Somatoforme Störungen) • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,5 %
	2,2 %	3,1 %	1,4 %	2,2 %
	38,9 %	29,9 %	43,9 %	35,8 %
	4,4 %	4,1 %	5,8 %	5,8 %
	0,0 %	0,0 %	0,7 %	1,5 %
	10,0 %	8,2 %	17,3 %	17,5 %
	7,8 %	2,1 %	5,8 %	2,9 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,7 %
	2,2 %	3,1 %	5,0 %	5,8 %
	34,4 %	49,5 %	43,9 %	52,6 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	14,0	13,9	13,9	13,8
	15	15	15	15
	(12 - 16)	(12 - 16)	(12 - 16)	(12 - 16)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • weiblich • männlich 	56,7 %	37,1 %	50,4 %	44,5 %
	43,3 %	62,9 %	49,6 %	55,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	68,9 %	37,1 %	76,3 %	44,5 %
	31,1 %	62,9 %	23,7 %	55,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,1 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
	5,6 %	2,1 %	5,8 %	2,9 %
	12,2 %	8,2 %	14,4 %	7,3 %
	24,4 %	22,7 %	22,3 %	20,4 %
	10,0 %	7,2 %	10,1 %	11,7 %
	46,7 %	59,8 %	46,8 %	57,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	12,2 %	5,2 %	9,4 %	3,6 %
	20,0 %	18,6 %	20,1 %	18,2 %
	3,3 %	1,0 %	2,9 %	1,5 %
	1,1 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
	12,2 %	12,4 %	12,2 %	12,4 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	4,4 %	3,1 %	7,9 %	6,6 %
	46,7 %	59,8 %	46,8 %	57,7 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	2,2 %	6,2 %	5,0 %	8,0 %
• Nein	73,3 %	73,2 %	69,8 %	70,8 %
• Fehlende Angabe	24,4 %	20,6 %	25,2 %	21,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,8 %	20,6 %	30,9 %	24,8 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	2,2 %	8,2 %	2,9 %	7,3 %
• Weder A noch B	70,0 %	71,1 %	66,2 %	67,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	15,6 %	13,4 %	12,9 %	12,4 %
• Familienversicherter	76,7 %	78,4 %	80,6 %	81,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	7,8 %	6,2 %	6,5 %	4,4 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	2,1 %	0,0 %	1,5 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Erwachsene

Tabelle 288: 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)	1.082	1.082	1.019	984	956	1.081	1.081	1.012	976	949
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	2,8	23,4	6,5	5,3	4,7	2,7	20,3	6,0	5,0	5,0
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 50 Jahre; KG: < 52 Jahre)	4,5 (n=528)	22,5 (n=528)	6,1 (n=526)	5,1 (n=521)	5,4 (n=520)	3,4 (n=539)	22,1 (n=539)	6,7 (n=537)	5,9 (n=535)	5,5 (n=534)
Älter (IG: ≥ 50 Jahre; KG: ≥ 52 Jahre)	1,2 (n=554)	24,4 (n=554)	6,9 (n=493)	5,6 (n=463)	3,8 (n=436)	2,1 (n=542)	18,5 (n=542)	5,1 (n=475)	3,9 (n=441)	4,4 (n=415)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	0,1 (n=14)	5,2 (n=14)	1,2 (n=13)	1,8 (n=13)	10,3 (n=10)	2,9 (n=14)	3,4 (n=14)	0,0 (n=11)	0,0 (n<10)	1,4 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n=10)	0,0 (n=10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n=11)	0,5 (n=11)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	55,0 (n<10)	23,0 (n<10)	23,0 (n<10)	22,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,2 (n=71)	3,6 (n=71)	1,1 (n=50)	0,3 (n=43)	0,0 (n=37)	0,0 (n=70)	4,3 (n=70)	1,5 (n=51)	0,4 (n=39)	5,0 (n=30)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,2 (n=20)	14,5 (n=20)	0,8 (n=12)	0,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n=21)	4,8 (n=21)	0,0 (n=13)	0,3 (n=12)	0,2 (n=10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	2,9 (n=126)	14,4 (n=126)	6,2 (n=123)	4,1 (n=119)	3,9 (n=118)	1,9 (n=134)	19,0 (n=134)	7,6 (n=125)	9,1 (n=123)	8,7 (n=118)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)	6,2 (n=146)	63,3 (n=146)	23,2 (n=142)	19,9 (n=140)	19,6 (n=138)	9,9 (n=145)	44,2 (n=145)	22,8 (n=139)	14,6 (n=135)	12,2 (n=134)
F 30-39 (Affektive Störungen)	2,1 (n=537)	23,5 (n=537)	4,5 (n=515)	3,4 (n=500)	2,3 (n=490)	2,0 (n=538)	21,7 (n=538)	3,3 (n=521)	2,8 (n=511)	3,1 (n=505)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,4 (n=71)	3,9 (n=71)	1,5 (n=70)	0,0 (n=70)	0,5 (n=70)	0,2 (n=64)	1,8 (n=64)	0,1 (n=63)	0,2 (n=62)	1,3 (n=62)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	26,1 (n<10)	0,0 (n<10)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,4 (n=33)	7,1 (n=33)	0,5 (n=33)	4,3 (n=33)	0,0 (n=31)	3,9 (n=32)	5,8 (n=32)	2,1 (n=29)	5,7 (n=29)	0,0 (n=28)
F 50 (Essstörungen)	92,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	16,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	21,8 (n<10)	41,0 (n<10)	7,6 (n<10)	5,4 (n<10)	3,6 (n<10)	3,3 (n<10)	27,7 (n<10)	7,5 (n<10)	0,7 (n<10)	5,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	6,1 (n=27)	0,5 (n=27)	0,0 (n=27)	0,0 (n=26)	0,0 (n=26)	0,0 (n=26)	13,7 (n=26)	1,7 (n=26)	5,2 (n=25)	10,9 (n=24)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,1 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	359	359	337	321	309	367	367	353	337	326
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	19,8	28,3	13,2	14,3	12,6	15,4	27,4	12,8	11,3	9,5
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 52 Jahre; KG: < 55 Jahre)	22,0 (n=173)	28,6 (n=173)	12,1 (n=170)	14,6 (n=167)	13,8 (n=167)	19,7 (n=177)	33,0 (n=177)	15,3 (n=175)	12,3 (n=172)	8,5 (n=171)
Älter (IG: ≥ 52 Jahre; KG: ≥ 55 Jahre)	17,8 (n=186)	28,0 (n=186)	14,3 (n=167)	14,1 (n=154)	11,2 (n=142)	11,4 (n=190)	22,1 (n=190)	10,3 (n=178)	10,3 (n=165)	10,5 (n=155)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	2,3 (n=10)	1,1 (n=10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n=12)	3,3 (n=12)	0,0 (n=10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	14,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,3 (n=20)	0,0 (n=20)	0,0 (n=14)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,4 (n=17)	1,9 (n=17)	1,3 (n=13)	3,8 (n=11)	0,0 (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)	0,0 (n<10)	0,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	9,7 (n=54)	17,2 (n=54)	7,9 (n=50)	14,1 (n=47)	15,1 (n=47)	12,1 (n=58)	27,7 (n=58)	15,4 (n=56)	10,7 (n=50)	7,2 (n=49)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	41,9 (n=89)	51,8 (n=89)	22,6 (n=86)	27,5 (n=86)	19,7 (n=84)	32,9 (n=105)	51,9 (n=105)	23,8 (n=104)	19,1 (n=102)	19,4 (n=101)
F 30-39 (Affektive Störungen)	14,1 (n=125)	25,4 (n=125)	13,7 (n=122)	7,7 (n=118)	7,2 (n=116)	9,3 (n=119)	19,1 (n=119)	6,6 (n=115)	8,7 (n=112)	6,0 (n=107)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,3 (n=20)	22,4 (n=20)	5,3 (n=20)	14,1 (n=20)	10,7 (n=20)	10,0 (n=21)	16,5 (n=21)	9,2 (n=21)	6,6 (n=21)	4,6 (n=21)
F 45 (Somatoforme Störungen)	16,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	26,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,2 (n<10)	7,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,2 (n<10)	0,0 (n<10)	1,1 (n<10)	0,7 (n<10)	0,3 (n<10)	0,4 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	38,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	71,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	36,3 (n=12)	51,2 (n=12)	24,6 (n=11)	18,3 (n=11)	27,3 (n=11)	20,5 (n<10)	42,5 (n<10)	27,2 (n<10)	30,7 (n<10)	5,2 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	55,8 (n<10)	63,2 (n<10)	10,2 (n<10)	16,0 (n<10)	28,4 (n<10)	8,8 (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)	2,0 (n<10)	5,3 (n<10)	9,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<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)

Tabelle 289: 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)	632	632	626	618	616	629	629	624	621	613
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	29,7	100,5	35,4	19,8	15,5	33,8	84,2	30,2	20,5	17,9
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 41 Jahre; KG: < 42 Jahre)	22,8 (n=316)	82,0 (n=316)	24,2 (n=316)	15,5 (n=314)	14,1 (n=314)	30,5 (n=303)	63,5 (n=303)	21,7 (n=303)	15,1 (n=303)	15,0 (n=303)
Älter (IG: ≥ 41 Jahre; KG: ≥ 42 Jahre)	36,7 (n=316)	119,1 (n=316)	46,8 (n=310)	24,1 (n=304)	17,0 (n=302)	36,8 (n=326)	103,4 (n=326)	38,3 (n=321)	25,6 (n=318)	20,8 (n=310)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	24,0 (n<10)	103,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	0,0 (n<10)	106,0 (n<10)	76,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	3,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,8 (n<10)	58,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	19,4 (n=94)	73,5 (n=94)	39,9 (n=93)	22,6 (n=89)	14,6 (n=89)	18,1 (n=96)	57,4 (n=96)	25,4 (n=91)	23,2 (n=91)	28,4 (n=88)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	12,7 (n=79)	123,3 (n=79)	45,1 (n=78)	33,4 (n=78)	25,4 (n=78)	23,1 (n=80)	76,2 (n=80)	43,2 (n=80)	27,3 (n=80)	23,2 (n=79)
F 30-39 (Affektive Störungen)	40,5 (n=347)	124,9 (n=347)	39,1 (n=344)	19,4 (n=341)	16,1 (n=340)	45,0 (n=335)	107,4 (n=335)	35,9 (n=335)	22,2 (n=334)	17,0 (n=332)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	3,3 (n=54)	28,8 (n=54)	14,5 (n=54)	10,3 (n=54)	5,9 (n=54)	26,1 (n=50)	46,7 (n=50)	6,6 (n=50)	2,3 (n=49)	6,5 (n=49)
F 45 (Somatoforme Störungen)	16,0 (n<10)	65,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	55,3 (n=18)	79,6 (n=18)	30,8 (n=18)	14,8 (n=18)	16,3 (n=18)	37,2 (n=18)	70,6 (n=18)	7,8 (n=18)	11,0 (n=18)	7,2 (n=17)
F 50 (Essstörungen)	185,0 (n<10)	68,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	46,0 (n<10)	30,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	60,7 (n<10)	54,8 (n<10)	20,2 (n<10)	7,3 (n<10)	9,2 (n<10)	63,8 (n<10)	113,6 (n<10)	16,2 (n<10)	77,8 (n<10)	44,8 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	7,9 (n=21)	3,1 (n=21)	0,0 (n=21)	0,8 (n=21)	2,7 (n=21)	6,7 (n=23)	24,3 (n=23)	3,3 (n=23)	10,4 (n=22)	12,7 (n=22)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	41,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,5 (n<10)	25,3 (n<10)	17,8 (n<10)	9,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,3 (n<10)	2,3 (n<10)	13,1 (n<10)	0,0 (n<10)	4,9 (n<10)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	178	178	177	175	174	174	174	172	169	164
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	46,3	63,3	31,5	34,8	24,5	39,4	56,9	27,1	21,9	19,8
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 42 Jahre; KG: < 44 Jahre)	43,5 (n=88)	73,4 (n=88)	24,2 (n=88)	26,6 (n=88)	24,0 (n=88)	43,9 (n=86)	49,0 (n=86)	24,3 (n=86)	28,5 (n=86)	16,6 (n=85)
Älter (IG: ≥ 42 Jahre; KG: ≥ 44 Jahre)	49,2 (n=90)	53,5 (n=90)	38,8 (n=89)	43,1 (n=87)	25,0 (n=86)	35,0 (n=88)	64,5 (n=88)	29,8 (n=86)	15,1 (n=83)	23,2 (n=79)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (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)	0,0 (n<10)

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	22,9 (n=38)	48,8 (n=38)	31,6 (n=38)	32,8 (n=36)	26,5 (n=36)	32,3 (n=37)	55,8 (n=37)	23,6 (n=37)	15,9 (n=35)	10,6 (n=34)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	52,4 (n=52)	47,3 (n=52)	23,9 (n=51)	45,0 (n=51)	28,4 (n=50)	49,5 (n=44)	68,3 (n=44)	26,4 (n=44)	32,1 (n=43)	25,0 (n=43)
F 30-39 (Affektive Störungen)	67,0 (n=57)	85,2 (n=57)	41,0 (n=57)	25,8 (n=57)	18,6 (n=57)	42,5 (n=52)	67,3 (n=52)	34,4 (n=52)	24,8 (n=52)	23,6 (n=50)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	16,9 (n=16)	70,6 (n=16)	47,4 (n=16)	57,0 (n=16)	35,4 (n=16)	61,1 (n=14)	66,9 (n=14)	41,4 (n=14)	16,3 (n=14)	37,6 (n=14)
F 45 (Somatoforme Störungen)	134,0 (n<10)	264,0 (n<10)	8,0 (n<10)	141,0 (n<10)	127,0 (n<10)	42,0 (n<10)	29,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,3 (n<10)	0,5 (n<10)	13,2 (n<10)	7,2 (n<10)	1,0 (n<10)	0,5 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	66,0 (n<10)	126,8 (n<10)	11,0 (n<10)	12,4 (n<10)	22,0 (n<10)	62,8 (n<10)	46,0 (n<10)	42,8 (n<10)	47,8 (n<10)	18,4 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	24,8 (n<10)	17,3 (n<10)	0,0 (n<10)	8,0 (n<10)	5,8 (n<10)	9,3 (n<10)	4,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	6,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	17,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

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

Kinder und Jugendliche

Tabelle 290: 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)	89	89	89	89	89	99	99	99	99	99
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	2,4	31,4	3,7	5,5	2,4	0,2	13,9	1,7	2,2	0,9
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 14 Jahre; KG: < 15 Jahre)	0,1 (n=37)	22,9 (n=37)	2,6 (n=37)	9,7 (n=37)	0,4 (n=37)	0,1 (n=46)	12,7 (n=46)	2,4 (n=46)	4,2 (n=46)	1,4 (n=46)
Älter (IG: ≥ 14 Jahre; KG: ≥ 15 Jahre)	4,1 (n=52)	37,5 (n=52)	4,5 (n=52)	2,4 (n=52)	3,9 (n=52)	0,3 (n=53)	15,0 (n=53)	1,2 (n=53)	0,4 (n=53)	0,4 (n=53)
• 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)	5,3 (n=32)	38,2 (n=32)	6,8 (n=32)	3,9 (n=32)	4,7 (n=32)	0,0 (n=35)	20,7 (n=35)	0,0 (n=35)	0,3 (n=35)	1,1 (n=35)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n<10)	33,5 (n<10)	0,4 (n<10)	4,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,2 (n<10)	1,6 (n<10)	5,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	15,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	1,0 (n<10)	62,9 (n<10)	0,0 (n<10)	14,3 (n<10)	0,0 (n<10)	2,1 (n<10)	61,6 (n<10)	3,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	23,0 (n<10)	3,0 (n<10)	6,0 (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)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n=36)	23,2 (n=36)	2,9 (n=36)	6,3 (n=36)	1,9 (n=36)	0,0 (n=43)	3,8 (n=43)	2,4 (n=43)	4,3 (n=43)	0,6 (n=43)

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)	58	58	58	58	58	61	61	61	61	61
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	14,3	23,2	2,2	5,4	4,5	4,6	12,5	5,7	7,0	4,0
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 15 Jahre)	1,4 (n=28)	9,0 (n=28)	3,7 (n=28)	7,0 (n=28)	0,3 (n=28)	4,0 (n=25)	10,8 (n=25)	3,8 (n=25)	3,7 (n=25)	0,5 (n=25)
Älter (IG/KG: ≥ 15 Jahre)	26,4 (n=30)	36,4 (n=30)	0,8 (n=30)	3,8 (n=30)	8,4 (n=30)	5,0 (n=36)	13,7 (n=36)	7,1 (n=36)	9,4 (n=36)	6,4 (n=36)
• 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.)	168,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,7 (n<10)	85,7 (n<10)	62,7 (n<10)	97,3 (n<10)	37,7 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	2,7 (n=21)	35,4 (n=21)	4,0 (n=21)	2,5 (n=21)	5,0 (n=21)	2,4 (n=17)	14,5 (n=17)	9,1 (n=17)	2,6 (n=17)	3,3 (n=17)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n<10)	18,3 (n<10)	0,0 (n<10)	17,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,0 (n<10)	11,3 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,0 (n<10)	44,0 (n<10)	0,0 (n<10)	15,4 (n<10)	13,1 (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)	117,0 (n<10)	39,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	156,0 (n<10)	26,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	2,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	7,3 (n=19)	2,9 (n=19)	2,3 (n=19)	4,2 (n=19)	3,3 (n=19)	2,7 (n=29)	7,3 (n=29)	0,0 (n=29)	2,6 (n=29)	0,9 (n=29)

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 291: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,27 0,92...1,75	2,49** 1,28...4,84	3,83** 1,35...6,31	2,19*** 1,13...3,25
DID Jahr 2	1,14 0,80...1,64	1,33 0,62...2,85	0,10 -2,38...2,58	-0,05 -1,11...1,01
DID Jahr 3	0,94 0,65...1,37	1,42 0,61...3,27	0,16 -2,32...2,64	-0,10 -1,16...0,96
DID Jahr 4	0,82 0,56...1,20	1,69 0,68...4,18	-0,30 -2,78...2,18	0,18 -0,88...1,24
DID Jahr 1-4	—	—	0,95 -1,09...2,98	0,56 -0,31...1,42
Gruppe	0,92 0,70...1,21	0,70 0,37...1,32	-0,12 -1,88...1,63	-0,22 -0,97...0,53
Jahr 1	21,07*** 16,66...26,66	10,72*** 6,89...16,68	17,64*** 15,88...19,40	6,02*** 5,27...6,77
Jahr 2	1,57** 1,22...2,02	2,00** 1,20...3,34	3,01** 1,25...4,77	0,67 -0,08...1,42
Jahr 3	1,36* 1,05...1,76	1,13 0,64...2,00	1,91* 0,15...3,67	0,14 -0,61...0,90
Jahr 4	1,13 0,86...1,47	0,73 0,39...1,38	1,48 -0,28...3,23	-0,12 -0,87...0,64
Indexgruppe 6 (F10)	2,91*** 2,55...3,32	0,77* 0,60...0,98	1,57** 0,47...2,66	-0,63** -1,10...-0,17
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,14*** 1,81...2,54	1,32 0,94...1,85	13,08*** 11,61...14,54	-0,09 -0,72...0,53
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,91 0,80...1,03	2,76*** 2,20...3,47	1,05* 0,10...2,00	1,66*** 1,25...2,06
Psy A ¹	1,51*** 1,33...1,73	1,95*** 1,60...2,37	2,93*** 1,96...3,90	1,19*** 0,78...1,60
Psy B ²	1,30*** 1,13...1,49	0,91 0,74...1,11	1,99*** 0,88...3,11	-0,24 -0,71...0,24
Alter	0,78*** 0,70...0,88	0,86 0,72...1,04	-1,04* -1,96...-0,13	-0,26 -0,65...0,13
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,84...1,04	1,09 0,92...1,29	0,01 -0,82...0,83	0,19 -0,17...0,54

Komorbidität ³	0,99 0,97...1,01	0,98 0,94...1,01	-0,08 -0,25...0,09	-0,10** -0,17...-0,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,98 0,85...1,14	0,40*** 0,29...0,54	0,90 -0,21...2,00	-0,99*** -1,46...-0,52
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,41*** 1,27...1,57	1,81*** 1,53...2,14	1,95*** 1,14...2,77	1,15*** 0,80...1,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,14*** 0,12...0,16	1,08 0,91...1,28	-7,67*** -8,51...-6,84	0,46* 0,11...0,82

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 292: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,06 0,70...1,61	0,92 0,43...1,98	-2,08 -8,57...4,42	-0,11 -1,63...1,42
DID Jahr 2	0,95 0,61...1,49	0,74 0,28...1,92	-3,62 -10,11...2,88	-0,23 -1,75...1,29
DID Jahr 3	1,38 0,88...2,17	0,78 0,27...2,29	-1,27 -7,76...5,23	-0,45 -1,98...1,07
DID Jahr 4	1,27 0,80...2,02	1,17 0,31...4,41	-2,10 -8,59...4,39	-0,24 -1,76...1,29
DID Jahr 1-4	—	—	-2,26 -7,47...2,94	-0,26 -1,47...0,95
Gruppe	1,08 0,80...1,46	1,86* 1,04...3,34	5,82* 1,22...10,41	0,38 -0,70...1,45
Jahr 1	2,66*** 1,98...3,57	1,52 0,83...2,78	11,31*** 6,73...15,89	1,09* 0,01...2,16
Jahr 2	0,60** 0,44...0,82	0,62 0,29...1,29	-3,19 -7,77...1,39	-0,67 -1,74...0,41
Jahr 3	0,42*** 0,31...0,59	0,41* 0,18...0,94	-5,36* -9,94...-0,77	-1,06 -2,13...0,01
Jahr 4	0,34*** 0,24...0,47	0,20** 0,07...0,60	-6,81** -11,39...-2,22	-1,41* -2,49...-0,34
Indexgruppe 6 (F10)	2,94*** 2,46...3,52	0,37*** 0,23...0,60	-0,45 -3,14...2,23	-1,55*** -2,18...-0,92
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,52*** 1,22...1,88	0,57* 0,34...0,96	9,03*** 5,82...12,24	-1,22** -1,97...-0,47
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,77** 0,64...0,92	1,73** 1,17...2,55	-1,52 -4,07...1,03	0,97** 0,37...1,56
Psy A ¹	1,72*** 1,37...2,16	1,36 0,80...2,32	4,71** 1,65...7,76	0,06 -0,66...0,77
Psy B ²	1,37*** 1,16...1,62	1,38 0,98...1,94	3,80** 1,36...6,25	1,15*** 0,57...1,72
Alter	0,72*** 0,62...0,85	0,62** 0,44...0,87	-1,09 -3,44...1,25	-0,52 -1,07...0,03
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,82...1,10	0,79 0,58...1,07	1,61 -0,56...3,79	-0,24 -0,75...0,27
Komorbidität ³	0,98 0,95...1,01	0,98 0,92...1,05	-0,92*** -1,37...-0,47	-0,05 -0,16...0,06

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,24* 1,03...1,50	0,85 0,56...1,30	6,26*** 3,64...8,88	-0,05 -0,67...0,56
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,32*** 1,98...2,72	2,01*** 1,41...2,86	10,03*** 7,82...12,23	1,01*** 0,49...1,52
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,19*** 0,16...0,22	0,69* 0,51...0,94	-18,26*** -20,49...-16,03	-0,71** -1,23...-0,19

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 293: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,40 -0,21...1,01	1,27* 0,14...2,39	-0,72 -2,05...0,62
DID Jahr 2	0,13 -0,49...0,74	0,84 -0,28...1,97	0,20 -1,13...1,54
DID Jahr 3	0,05 -0,56...0,66	0,49 -0,63...1,62	-0,49 -1,83...0,84
DID Jahr 4	-0,09 -0,71...0,52	0,49 -0,64...1,61	-0,35 -1,68...0,99
Gruppe	0,01 -0,42...0,45	0,54 -0,26...1,33	0,54 -0,40...1,49
Jahr 1	4,49*** 4,06...4,92	1,43*** 0,63...2,22	1,97*** 1,02...2,92
Jahr 2	2,60*** 2,17...3,03	0,42 -0,38...1,21	0,22 -0,73...1,16
Jahr 3	1,95*** 1,51...2,38	-0,37 -1,17...0,42	-0,41 -1,36...0,53
Jahr 4	1,55*** 1,11...1,98	-1,00* -1,80...-0,20	-0,69 -1,64...0,25
Indexgruppe 6 (F10)	0,18 -0,09...0,45	-1,69*** -2,19...-1,19	1,54*** 0,95...2,13
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,77*** 1,41...2,13	-0,91** -1,58...-0,25	-1,26** -2,05...-0,47
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,12 -0,35...0,12	1,13*** 0,70...1,56	0,32 -0,19...0,83
Psy A ¹	0,60*** 0,36...0,84	2,06*** 1,62...2,50	1,89*** 1,37...2,41
Psy B ²	-0,56*** -0,84...-0,29	3,20*** 2,70...3,71	3,28*** 2,69...3,88
Alter	0,28* 0,05...0,51	-2,05*** -2,46...-1,63	1,29*** 0,79...1,78
Geschlecht (m vs. w)	-0,02 -0,22...0,19	0,97*** 0,59...1,34	1,50*** 1,06...1,94
Komorbidität ³	-0,01 -0,05...0,03	-0,20*** -0,28...-0,12	0,74*** 0,65...0,83

Pflegestufe (nein vs. ja)	2,03*** 1,75...2,30	-1,49*** -1,99...-0,99	4,36*** 3,76...4,95
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,34** 0,14...0,54	1,43*** 1,06...1,80	0,58* 0,14...1,02
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,85*** 1,65...2,06	-1,53*** -1,91...-1,15	0,68** 0,23...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 294: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,49* 0,17...2,82	-0,39 -4,97...4,20	0,85 -4,61...6,31
DID Jahr 2	1,24 -0,09...2,56	0,02 -4,57...4,60	0,82 -4,64...6,28
DID Jahr 3	1,42* 0,10...2,75	0,50 -4,08...5,09	1,92 -3,55...7,38
DID Jahr 4	0,51 -0,82...1,83	2,60 -1,99...7,19	1,66 -3,80...7,12
Gruppe	0,05 -0,89...0,99	-2,37 -5,62...0,88	-0,44 -4,31...3,42
Jahr 1	3,70*** 2,77...4,64	-0,74 -3,98...2,50	0,11 -3,75...3,96
Jahr 2	1,84*** 0,90...2,77	-2,10 -5,34...1,14	-0,61 -4,47...3,24
Jahr 3	1,29** 0,35...2,22	-2,62 -5,86...0,62	-1,19 -5,05...2,66
Jahr 4	0,91 -0,03...1,84	-3,29* -6,52...-0,05	-1,73 -5,58...2,13
Indexgruppe 6 (F10)	0,09 -0,46...0,64	-2,40* -4,30...-0,51	4,71*** 2,45...6,97
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,06** 0,40...1,71	-3,27** -5,54...-1,00	-5,48*** -8,18...-2,78
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,59* -1,11...-0,07	0,98 -0,82...2,78	-3,31** -5,45...-1,17
Psy A ¹	0,58 -0,04...1,21	-0,90 -3,06...1,26	5,81*** 3,24...8,38
Psy B ²	0,40 -0,10...0,90	3,10*** 1,37...4,82	2,37* 0,31...4,43
Alter	0,92*** 0,45...1,40	-5,47*** -7,12...-3,81	-4,52*** -6,49...-2,55
Geschlecht (m vs. w)	0,79** 0,34...1,23	0,56 -0,98...2,10	0,45 -1,38...2,29
Komorbidität ³	-0,09* -0,19...0,00	0,67*** 0,35...0,98	1,59*** 1,21...1,97

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,47*** 0,93...2,01	-2,60** -4,46...-0,75	3,56** 1,35...5,77
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,53* 0,08...0,98	-1,21 -2,77...0,34	2,41* 0,56...4,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,47*** 3,02...3,92	-1,31 -2,88...0,27	0,90 -0,98...2,77

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 295: 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	1,22* 1,02...1,45	1,22* 1,02...1,46	1,39** 1,13...1,72
Indexgruppe 6 (F10)	0,46*** 0,36...0,59	0,43*** 0,34...0,54	0,41*** 0,32...0,53
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,97*** 1,46...2,65	2,11*** 1,55...2,87	2,77*** 1,89...4,06
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,64*** 1,29...2,09	1,78*** 1,41...2,25	2,08*** 1,60...2,69
Psy A ¹	1,61*** 1,28...2,02	1,54*** 1,23...1,93	1,69*** 1,31...2,18
Psy B ²	1,48** 1,19...1,85	1,44** 1,13...1,83	1,65** 1,22...2,22
Alter	0,98 0,80...1,19	0,89 0,73...1,09	0,95 0,75...1,20
Geschlecht (m vs. w)	1,34** 1,12...1,62	1,41*** 1,16...1,70	1,30* 1,04...1,62
Komorbidität ³	0,98 0,94...1,02	0,97 0,93...1,01	0,99 0,94...1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,63** 0,48...0,82	0,78 0,60...1,02	0,86 0,62...1,18
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23* 1,03...1,48	1,34** 1,11...1,62	1,29* 1,03...1,61
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,45*** 1,18...1,77	1,37** 1,10...1,69	1,34* 1,05...1,73

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 296: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,16 0,81...1,65	1,21 0,82...1,79	1,43 0,86...2,40
Indexgruppe 6 (F10)	0,32*** 0,21...0,49	0,28*** 0,17...0,44	0,32*** 0,18...0,57
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,40 0,81...2,42	2,18* 1,13...4,20	4,37** 1,72...11,05
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,65...1,54	1,01 0,63...1,63	1,97* 1,08...3,60
Psy A ¹	1,35 0,84...2,16	0,93 0,55...1,55	0,80 0,43...1,48
Psy B ²	0,93 0,59...1,48	0,80 0,47...1,35	1,19 0,59...2,40
Alter	1,86** 1,25...2,76	1,39 0,90...2,15	1,50 0,86...2,64
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,78...1,66	1,26 0,82...1,92	1,95* 1,14...3,34
Komorbidität ³	1,00 0,92...1,09	1,01 0,93...1,11	1,04 0,92...1,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,52* 0,31...0,89	0,58 0,32...1,06	0,76 0,34...1,70
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,29 0,89...1,88	1,14 0,76...1,73	0,98 0,57...1,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,48* 1,02...2,17	1,51 0,98...2,33	1,69 0,97...2,94

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 297: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,86 0,57...1,30	0,88 0,58...1,34	0,69 0,42...1,13
Indexgruppe 6 (F10)	0,29*** 0,17...0,50	0,31*** 0,19...0,52	0,42** 0,23...0,77
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,20 0,63...2,30	1,40 0,71...2,75	2,87* 1,16...7,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,36 0,79...2,34	1,02 0,60...1,74	1,18 0,63...2,22
Psy A ¹	1,02 0,58...1,80	1,15 0,66...2,01	1,61 0,85...3,06
Psy B ²	1,06 0,64...1,77	1,40 0,83...2,37	1,52 0,80...2,88
Alter	0,90 0,57...1,44	0,97 0,60...1,56	1,11 0,63...1,97
Geschlecht (m vs. w)	1,22 0,79...1,88	1,16 0,75...1,80	0,99 0,59...1,69
Komorbidität ³	0,98 0,89...1,09	0,95 0,86...1,05	0,96 0,85...1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,55 0,30...1,00	0,59 0,32...1,12	2,20 0,87...5,56
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,11 0,73...1,70	1,14 0,74...1,75	1,19 0,71...1,98
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90 0,58...1,40	0,91 0,59...1,42	1,39 0,81...2,36

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 298: 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	1,01 0,65...1,56	1,04 0,67...1,63	0,94 0,52...1,72
Indexgruppe 6 (F10)	0,42** 0,25...0,70	0,38*** 0,23...0,63	0,41* 0,20...0,83
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,34 0,67...2,67	1,19 0,59...2,39	1,87 0,70...5,00
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,44 0,83...2,50	1,19 0,68...2,11	1,20 0,56...2,57
Psy A ¹	1,07 0,60...1,92	0,69 0,37...1,29	0,98 0,45...2,16
Psy B ²	0,70 0,41...1,20	1,24 0,71...2,17	1,85 0,86...3,99
Alter	1,22 0,77...1,94	1,25 0,76...2,06	0,98 0,52...1,85
Geschlecht (m vs. w)	1,76* 1,14...2,71	1,32 0,84...2,07	1,06 0,57...1,95
Komorbidität ³	1,03 0,93...1,14	1,05 0,95...1,17	1,10 0,95...1,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,59 0,32...1,12	0,59 0,31...1,12	1,09 0,42...2,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,64* 0,40...1,00	0,79 0,49...1,26	0,76 0,41...1,43
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90 0,55...1,46	1,50 0,91...2,47	2,48* 1,22...5,03

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 299: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,14 0,84...1,54	0,80 0,59...1,09	0,82 0,56...1,19
Indexgruppe 6 (F10)	0,70 0,48...1,02	0,46*** 0,32...0,67	0,32*** 0,21...0,49
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,74* 1,09...2,77	1,59* 1,00...2,52	1,35 0,77...2,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,96** 1,31...2,92	1,83** 1,24...2,71	1,39 0,88...2,20
Psy A ¹	1,30 0,75...2,24	1,68* 1,02...2,77	1,30 0,75...2,26
Psy B ²	1,30 0,92...1,85	1,29 0,91...1,83	2,02** 1,32...3,09
Alter	0,84 0,60...1,18	1,15 0,82...1,61	1,17 0,78...1,76
Geschlecht (m vs. w)	1,84*** 1,34...2,54	1,40* 1,02...1,92	1,41 0,96...2,08
Komorbidität ³	0,89** 0,83...0,96	0,93* 0,87...1,00	0,97 0,89...1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,21 0,81...1,79	1,42 0,93...2,15	1,48 0,86...2,54
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,02 0,75...1,41	0,94 0,68...1,29	1,06 0,71...1,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,38 0,97...1,98	2,06*** 1,42...3,00	2,10** 1,31...3,37

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 300: 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	0,93 0,61...1,40	0,83 0,53...1,28	0,70 0,39...1,26
Indexgruppe 6 (F10)	0,63 0,37...1,09	0,40** 0,23...0,71	0,32** 0,15...0,68
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,36 0,73...2,52	1,04 0,53...2,04	0,48 0,19...1,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,35 0,81...2,26	0,83 0,48...1,43	0,48 0,22...1,02
Psy A ¹	1,92 0,93...3,98	1,50 0,75...2,98	3,47** 1,41...8,54
Psy B ²	0,78 0,47...1,30	1,13 0,66...1,92	1,08 0,53...2,18
Alter	1,21 0,76...1,90	1,32 0,82...2,13	1,04 0,55...1,98
Geschlecht (m vs. w)	1,68* 1,08...2,62	1,07 0,67...1,72	0,76 0,41...1,42
Komorbidität ³	1,05 0,95...1,16	1,09 0,98...1,21	1,08 0,92...1,26
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09 0,63...1,89	1,13 0,62...2,03	3,81** 1,49...9,75
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,97 0,63...1,50	1,11 0,69...1,77	0,83 0,44...1,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,73* 1,11...2,71	2,48*** 1,50...4,10	2,00* 1,02...3,93

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 Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	2,08** 1,34...3,24	1,53 0,94...2,48	1,89 1,00...3,57
Indexgruppe 6 (F10)	1,12 0,63...2,00	0,88 0,46...1,69	1,36 0,59...3,15
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,30* 1,16...4,57	1,99 0,95...4,19	2,62* 1,03...6,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,65 0,94...2,90	1,94* 1,04...3,61	2,00 0,90...4,46
Psy A ¹	3,71** 1,61...8,55	2,56* 1,15...5,71	4,03** 1,44...11,29
Psy B ²	0,70 0,41...1,21	0,74 0,40...1,36	0,64 0,29...1,41
Alter	0,50** 0,30...0,84	0,73 0,42...1,26	0,61 0,30...1,23
Geschlecht (m vs. w)	1,51 0,93...2,46	1,07 0,63...1,82	1,36 0,68...2,72
Komorbidität ³	1,06 0,96...1,17	1,11 0,99...1,24	1,14 0,98...1,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,41...1,51	0,95 0,46...1,96	0,71 0,28...1,75
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,50 0,91...2,48	1,13 0,66...1,94	1,18 0,59...2,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,01 0,63...1,61	0,96 0,58...1,59	1,01 0,52...1,96

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 Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,41 0,88...2,28	1,32 0,78...2,22	0,88 0,46...1,68
Indexgruppe 6 (F10)	0,41** 0,23...0,75	0,43** 0,23...0,81	0,67 0,29...1,54
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,28 0,66...2,48	1,69 0,80...3,61	2,30 0,84...6,32
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,23 0,68...2,23	1,48 0,79...2,76	0,98 0,46...2,09
Psy A ¹	1,50 0,68...3,30	1,28 0,60...2,76	1,39 0,53...3,62
Psy B ²	1,14 0,64...2,04	1,06 0,56...2,00	1,28 0,59...2,78
Alter	0,72 0,42...1,23	0,88 0,49...1,59	1,08 0,54...2,20
Geschlecht (m vs. w)	0,79 0,47...1,31	1,01 0,57...1,81	1,62 0,76...3,44
Komorbidität ³	0,98 0,87...1,10	0,92 0,81...1,04	1,00 0,85...1,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,66 0,36...1,21	0,97 0,49...1,94	0,73 0,28...1,89
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,83 0,50...1,39	0,89 0,50...1,56	0,78 0,38...1,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,64...1,68	1,40 0,82...2,39	1,22 0,63...2,36

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 303: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

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

Tabelle 304: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

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

Tabelle 305: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 306: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 307: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,04 -0,17...0,09	17,12** 7,31...26,93
DID Jahr 2	-0,09 -0,22...0,04	8,99 -0,82...18,80
DID Jahr 3	-0,12 -0,25...0,01	4,51 -5,30...14,32
DID Jahr 4	-0,16* -0,29...-0,03	3,84 -5,97...13,65
DID Jahr 1-4	—	8,62* 0,33...16,89
Gruppe	0,08 -0,01...0,18	-5,14 -12,09...1,80
Jahr 1	0,45*** 0,36...0,54	51,71*** 44,80...58,62
Jahr 2	-0,08 -0,18...0,01	-4,58 -11,48...2,34
Jahr 3	-0,21*** -0,30...-0,12	-15,21*** -22,12...-8,30
Jahr 4	-0,25*** -0,34...-0,16	-17,66*** -24,57...-10,75
Indexgruppe 6 (F10)	0,28*** 0,22...0,33	-0,85 -5,08...3,38
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,11** 0,03...0,19	13,74*** 7,84...19,64
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,02 -0,07...0,04	10,73*** 6,81...14,65
Psy A ¹	0,15*** 0,10...0,20	12,59*** 8,85...16,34
Psy B ²	0,19*** 0,13...0,25	-1,54 -5,97...2,89
Alter	-0,08*** -0,13...-0,04	8,50*** 5,19...11,81
Geschlecht (m vs. w)	0,02 -0,02...0,07	2,86 -0,37...6,08
Komorbidität ³	0,01 -0,01...0,02	-0,44 -1,30...0,42

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,13** -0,21...-0,04	-10,57** -17,18...-3,96
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,19*** -0,23...-0,15	-3,55* -6,81...-0,28

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 308: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,01 -0,31...0,30	4,74 -13,06...22,54
DID Jahr 2	0,04 -0,26...0,35	4,07 -13,74...21,87
DID Jahr 3	0,05 -0,26...0,35	10,53 -7,27...28,33
DID Jahr 4	0,13 -0,17...0,44	1,25 -16,55...19,06
DID Jahr 1-4	—	5,15 -9,23...19,53
Gruppe	0,00 -0,21...0,22	5,84 -6,77...18,45
Jahr 1	0,50*** 0,29...0,71	18,60** 6,15...31,05
Jahr 2	-0,13 -0,35...0,08	-14,91* -27,36...-2,46
Jahr 3	-0,18 -0,40...0,03	-22,03** -34,48...-9,58
Jahr 4	-0,38*** -0,59...-0,17	-24,08*** -36,53...-11,63
Indexgruppe 6 (F10)	0,47*** 0,34...0,59	0,66 -6,71...8,03
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,12 -0,28...0,03	-6,06 -14,96...2,84
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,15* -0,27...-0,03	3,03 -4,15...10,20
Psy A ¹	0,18* 0,03...0,32	15,59*** 7,11...24,07
Psy B ²	0,15** 0,04...0,27	3,82 -2,82...10,45
Alter	0,06 -0,05...0,16	11,93*** 5,83...18,02
Geschlecht (m vs. w)	-0,06 -0,16...0,04	4,40 -1,49...10,29
Komorbidity ³	0,01 -0,02...0,03	-2,80*** -4,26...-1,34

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,20* -0,37...-0,02	4,28 -6,11...14,67
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,57*** -0,67...-0,47	-21,13*** -27,06...-15,21

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 309: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

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

Tabelle 310: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

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

Tabelle 311: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,19 -0,44...0,05
DID Jahr 2	-0,05 -0,29...0,20
DID Jahr 3	-0,07 -0,31...0,18
DID Jahr 4	-0,05 -0,30...0,19
Gruppe	-0,02 -0,19...0,16
Jahr 1	0,57*** 0,40...0,75
Jahr 2	-0,16 -0,33...0,02
Jahr 3	-0,33*** -0,50...-0,15
Jahr 4	-0,40*** -0,58...-0,23
Indexgruppe 6 (F10)	0,78*** 0,67...0,89
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,15* 0,01...0,30
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,26*** 0,16...0,35
Psy A ¹	0,46*** 0,37...0,56
Psy B ²	0,65*** 0,55...0,76
Alter	1,55*** 1,46...1,63
Geschlecht (m vs. w)	0,10* 0,02...0,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,80*** 0,69...0,90
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,50*** 0,42...0,57

Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01 -0,07...0,09
------------------------------	----------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 312: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,04 -0,48...0,41
DID Jahr 2	-0,24 -0,69...0,20
DID Jahr 3	-0,26 -0,70...0,18
DID Jahr 4	-0,14 -0,58...0,30
Gruppe	-0,03 -0,34...0,29
Jahr 1	0,21 -0,10...0,52
Jahr 2	-0,11 -0,43...0,20
Jahr 3	-0,23 -0,54...0,09
Jahr 4	-0,38* -0,69...-0,07
Indexgruppe 6 (F10)	0,70*** 0,52...0,88
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,15 -0,37...0,07
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,40*** 0,23...0,58
Psy A ¹	0,08 -0,13...0,29
Psy B ²	0,66*** 0,50...0,83
Alter	1,08*** 0,92...1,23
Geschlecht (m vs. w)	-0,16* -0,31...-0,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78*** 0,60...0,95
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,53*** 0,38...0,67

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,16* -0,32...-0,01
------------------------------	-------------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 313: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,12 0,93...1,35
Psy A ¹	0,58*** 0,45...0,74
Psy B ²	0,89 0,66...1,20
Alter	10,52*** 7,01...15,79
Geschlecht (m vs. w)	0,78* 0,65...0,95
Komorbidität ³	1,17*** 1,14...1,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,88*** 1,53...2,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,83...1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,28* 1,05...1,56

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 314: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,37 1,00...1,88
Psy A ¹	0,50** 0,34...0,74
Psy B ²	0,61* 0,41...0,93
Alter	3,32*** 2,03...5,42
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,76...1,47
Komorbidität ³	1,24*** 1,17...1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,62** 1,16...2,28
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,77 0,55...1,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,13 0,80...1,59

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 315: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,29* 1,02...1,62	1,67** 1,18...2,37	0,97 0,81...1,17
Psy A ¹	1,35* 1,04...1,76	1,91** 1,27...2,88	0,77* 0,62...0,96
Psy B ²	0,69* 0,50...0,95	0,98 0,64...1,49	0,92 0,70...1,22
Alter	0,93 0,71...1,21	1,14 0,78...1,67	0,97 0,78...1,21
Geschlecht (m vs. w)	1,25 0,98...1,61	1,15 0,80...1,64	0,60*** 0,50...0,73
Komorbidität ³	1,02 0,96...1,07	0,93 0,85...1,02	0,93** 0,87...0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,01 0,65...1,57	0,75 0,36...1,55	0,47*** 0,33...0,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23 0,97...1,56	1,14 0,80...1,60	0,82* 0,68...1,00
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,42*** 0,34...0,53	0,76 0,54...1,07	0,66*** 0,55...0,80

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 316: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,62 0,92...2,86	1,28 0,51...3,21	1,36 0,90...2,07
Psy A ¹	2,51* 1,12...5,63	0,18 0,02...1,78	0,95 0,46...1,97
Psy B ²	1,12 0,62...2,03	13,78* 1,81...104,76	1,25 0,76...2,04
Alter	0,79 0,43...1,45	0,38 0,12...1,14	0,78 0,50...1,24
Geschlecht (m vs. w)	0,58 0,33...1,02	1,32 0,51...3,43	0,63* 0,41...0,96
Komorbidität ³	0,97 0,85...1,11	0,95 0,75...1,20	0,97 0,87...1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,50 0,54...4,16	1,02 0,22...4,84	0,79 0,44...1,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,45 0,79...2,67	1,20 0,46...3,14	1,02 0,65...1,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,55* 0,31...0,98	0,80 0,31...2,05	0,50** 0,33...0,78

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 317: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (2).

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

Tabelle 318: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,03 0,00...0,05	6,98 -1,16...15,13	0,01 -0,01...0,04	5,19 -2,55...12,93
Psy B ²	-0,05** -0,08...-0,02	-18,25*** -26,60...-9,89	-0,05*** -0,08...-0,03	-18,57*** -26,51...-10,63
Alter	0,01 -0,02...0,04	3,90 -5,18...12,97	0,01 -0,01...0,04	4,38 -4,24...13,01
Geschlecht (m vs. w)	-0,07*** -0,10...-0,04	-18,33*** -26,78...-9,88	-0,05*** -0,07...-0,02	-14,61*** -22,63...-6,59
Komorbidität ³	0,01** 0,01...0,02	2,52** 0,65...4,40	0,01 0,00...0,01	1,70 -0,09...3,48
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 -0,04...0,04	3,12 -8,62...14,85	0,01 -0,03...0,04	3,18 -7,97...14,32

Tabelle 319: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,05 0,93...1,18	1,87 -8,18...11,91
Psy A ¹	1,26** 1,08...1,46	-14,35* -27,07...-1,64
Psy B ²	1,34*** 1,15...1,56	3,50 -9,25...16,25
Alter	0,72*** 0,63...0,82	7,33 -3,87...18,52
Geschlecht (m vs. w)	0,86* 0,76...0,97	5,43 -4,73...15,59
Komorbidität ³	1,04** 1,01...1,07	0,44 -1,92...2,81
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,04 0,88...1,22	3,34 -10,24...16,92
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,12 0,99...1,26	-14,17** -24,73...-3,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,12 0,97...1,28	7,49 -4,20...19,18

Tabelle 320: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2), Erwachsene

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	<u>t</u>									
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	0,84 0,47...1,51	kf	0,96 0,62...1,4 8	0,98 0,63...1,5 2	0,88 0,65...1,1 8	1,00 0,89...1,1 3	1,13 0,64...1,9 8	1,52* 1,01...2,2 7	1,53 0,87...2,7 0	1,09 0,59...2,0 1
Alter	0,68 0,36...1,29	kf	0,54 0,06...4,6 7	>100 0,00...INF	0,46 0,04...5,2 5	1,22** 1,06...1,4 0	0,33** 0,15...0,7 1	0,84 0,53...1,3 2	0,89 0,44...1,8 0	1,21 0,61...2,4 3
Geschlecht (m vs. w)	1,93* 1,09...3,41	kf	0,47*** 0,31...0,7 2	0,87 0,55...1,3 9	0,76 0,56...1,0 5	1,19** 1,05...1,3 5	1,94* 1,02...3,6 6	0,96 0,64...1,4 4	0,67 0,38...1,2 0	0,99 0,53...1,8 5
Komorbidität ³	1,04 0,91...1,18	kf	0,91* 0,84...0,9 9	0,95 0,88...1,0 3	1,05 1,00...1,1 0	1,05** 1,02...1,0 8	1,01 0,87...1,1 7	1,25*** 1,11...1,4 1	1,79*** 1,43...2,2 5	1,32*** 1,15...1,5 3
Pflegestufe (nein vs. ja)	3,04* 1,26...7,32	kf	0,68 0,41...1,1 1	0,44* 0,23...0,8 4	0,38*** 0,25...0,5 9	1,09 0,90...1,3 2	0,69 0,19...2,4 6	2,52** 1,37...4,6 6	1,48 0,60...3,6 3	0,94 0,45...1,9 8
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26 0,70...2,27	kf	0,81 0,50...1,3 0	1,14 0,70...1,8 6	0,71* 0,51...0,9 7	1,23** 1,09...1,3 9	1,88* 1,01...3,5 0	0,95 0,62...1,4 7	1,91 0,89...4,1 0	1,00 0,52...1,9 4
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,51...1,72	kf	1,03 0,65...1,6 1	2,45*** 1,57...3,8 1	2,67*** 1,90...3,7 5	0,57*** 0,51...0,6 4	0,71 0,40...1,2 5	0,55** 0,36...0,8 2	1,10 0,47...2,5 9	1,27 0,39...4,1 8

kf = kleine Fallzahl

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

Tabelle 321: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,36** 1,11...1,67	1,43 0,87...2,35	6,02*** 4,50...7,54	0,88* 0,18...1,59
DID Jahr 2	1,22 0,97...1,53	0,96 0,55...1,66	0,63 -0,89...2,15	-0,15 -0,86...0,56
Gruppe	0,98 0,83...1,17	1,06 0,65...1,72	-0,55 -1,63...0,53	-0,02 -0,52...0,48
Jahr 1	31,09*** 26,68...36,23	24,70*** 17,23...35,41	17,29*** 16,21...18,36	6,50*** 6,00...7,00
Jahr 2	1,64*** 1,39...1,92	3,48*** 2,34...5,18	2,70*** 1,63...3,77	0,67** 0,17...1,17
Indexgruppe 6 (F10)	3,06*** 2,76...3,38	0,59*** 0,50...0,71	0,70 -0,18...1,59	-1,42*** -1,84...-1,01
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,93*** 1,69...2,20	1,28* 1,01...1,62	12,59*** 11,40...13,77	-0,09 -0,64...0,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,94 0,86...1,04	3,32*** 2,86...3,86	2,25*** 1,52...2,98	2,61*** 2,27...2,95
Psy A ¹	1,42*** 1,29...1,56	1,79*** 1,58...2,03	2,35*** 1,58...3,12	1,38*** 1,02...1,74
Psy B ²	1,20** 1,08...1,33	0,88 0,77...1,01	3,05*** 2,16...3,95	-0,11 -0,52...0,31
Alter	0,85*** 0,78...0,93	0,87* 0,77...0,98	-1,11** -1,84...-0,38	-0,26 -0,60...0,09
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,86...1,01	1,07 0,96...1,20	0,11 -0,54...0,75	0,16 -0,14...0,46
Komorbidität ³	1,00 0,98...1,01	0,95*** 0,92...0,97	-0,12 -0,26...0,02	-0,18*** -0,24...-0,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,98 0,88...1,10	0,44*** 0,36...0,54	0,76 -0,11...1,63	-1,26*** -1,67...-0,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,38*** 1,28...1,50	1,82*** 1,63...2,04	2,52*** 1,87...3,17	1,65*** 1,34...1,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,08*** 0,07...0,09	1,06 0,95...1,18	-11,25*** -11,91...-10,59	0,40* 0,09...0,71

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 322: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	2,16*** 1,76...2,56	0,66 -0,01...1,32	-0,29 -1,08...0,50
DID Jahr 2	0,56** 0,17...0,96	0,33 -0,34...0,99	-0,13 -0,92...0,67
Gruppe	-0,02 -0,30...0,27	0,58* 0,11...1,05	0,09 -0,48...0,65
Jahr 1	4,19*** 3,91...4,47	1,74*** 1,26...2,21	1,66*** 1,09...2,22
Jahr 2	2,21*** 1,93...2,49	0,83** 0,36...1,30	0,11 -0,45...0,67
Indexgruppe 6 (F10)	0,22 -0,01...0,45	-1,76*** -2,15...-1,38	0,07 -0,40...0,53
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,33*** 1,02...1,64	-0,51 -1,03...0,01	-2,15*** -2,77...-1,54
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,36*** 0,17...0,55	1,37*** 1,05...1,69	-0,63** -1,01...-0,25
Psy A ¹	0,48*** 0,28...0,68	2,47*** 2,13...2,81	1,58*** 1,18...1,98
Psy B ²	-0,33** -0,56...-0,10	2,88*** 2,48...3,27	3,33*** 2,86...3,79
Alter	0,30** 0,10...0,49	-1,73*** -2,05...-1,41	0,94*** 0,56...1,32
Geschlecht (m vs. w)	0,21* 0,04...0,38	1,37*** 1,09...1,65	0,66*** 0,33...1,00
Komorbidität ³	-0,04* -0,08...-0,01	-0,18*** -0,24...-0,12	1,01*** 0,94...1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,04*** 1,81...2,27	-1,80*** -2,18...-1,42	4,40*** 3,94...4,85
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,45*** 0,28...0,62	1,51*** 1,23...1,80	0,87*** 0,53...1,21
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,14*** 1,97...2,31	-1,08*** -1,37...-0,79	0,40* 0,06...0,74

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 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	1,26*** 1,14...1,40	1,13* 1,02...1,26	1,09 0,97...1,23
Indexgruppe 6 (F10)	0,48*** 0,42...0,55	0,42*** 0,37...0,48	0,38*** 0,32...0,44
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,54*** 1,29...1,84	1,53*** 1,28...1,84	1,99*** 1,61...2,47
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,48*** 1,29...1,69	1,53*** 1,34...1,74	1,73*** 1,49...2,00
Psy A ¹	1,38*** 1,22...1,57	1,51*** 1,32...1,72	1,57*** 1,35...1,82
Psy B ²	1,39*** 1,21...1,58	1,52*** 1,32...1,75	1,59*** 1,34...1,89
Alter	0,92 0,82...1,03	0,87* 0,77...0,98	0,92 0,80...1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,23*** 1,11...1,37	1,19** 1,06...1,32	1,23** 1,09...1,40
Komorbidität ³	0,96*** 0,93...0,98	0,95*** 0,93...0,98	0,98 0,95...1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,66*** 0,56...0,77	0,74*** 0,64...0,87	0,82* 0,69...0,98
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,40*** 1,26...1,55	1,40*** 1,25...1,56	1,38*** 1,22...1,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,47*** 1,31...1,65	1,43*** 1,27...1,62	1,57*** 1,36...1,81

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 324: 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	1,11 0,90...1,38	1,07 0,85...1,35	0,82 0,61...1,09
Indexgruppe 6 (F10)	0,42*** 0,32...0,55	0,34*** 0,26...0,45	0,41*** 0,29...0,57
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,70** 1,20...2,40	2,00*** 1,36...2,96	3,09*** 1,84...5,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,30 0,99...1,69	1,28 0,97...1,69	1,87*** 1,33...2,64
Psy A ¹	1,17 0,89...1,55	0,88 0,65...1,19	0,93 0,65...1,32
Psy B ²	0,88 0,67...1,15	1,03 0,76...1,41	1,65* 1,11...2,45
Alter	1,38** 1,08...1,75	1,11 0,85...1,44	0,88 0,64...1,22
Geschlecht (m vs. w)	1,17 0,94...1,45	1,33* 1,05...1,69	1,55** 1,15...2,09
Komorbidität ³	0,95 0,91...1,00	0,98 0,93...1,03	1,02 0,95...1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,56*** 0,40...0,78	0,64* 0,45...0,90	0,74 0,48...1,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,52*** 1,22...1,90	1,44** 1,13...1,84	1,30 0,96...1,76
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,09 0,87...1,37	1,21 0,95...1,55	1,69** 1,24...2,30

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 325: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

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

Tabelle 326: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 327: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,01 -0,06...0,08	13,58*** 6,97...20,20
DID Jahr 2	-0,05 -0,12...0,03	2,25 -4,37...8,86
Gruppe	0,06* 0,01...0,12	-1,59 -6,27...3,10
Jahr 1	0,40*** 0,35...0,45	58,90*** 54,26...63,55
Jahr 2	-0,16*** -0,21...-0,11	-0,18 -4,82...4,47
Indexgruppe 6 (F10)	0,28*** 0,24...0,33	-1,75 -5,46...1,96
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,17*** 0,12...0,23	18,18*** 12,85...23,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,07*** 0,03...0,10	19,05*** 15,75...22,36
Psy A ¹	0,12*** 0,08...0,16	14,88*** 11,63...18,13
Psy B ²	0,16*** 0,12...0,21	-1,74 -5,66...2,17
Alter	-0,03 -0,06...0,00	12,56*** 9,68...15,45
Geschlecht (m vs. w)	-0,02 -0,05...0,02	3,45* 0,66...6,23
Komorbidität ³	0,01* 0,00...0,02	-0,23 -0,99...0,52
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,16*** -0,22...-0,09	-14,01*** -19,78...-8,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,26*** -0,29...-0,22	-10,79*** -13,66...-7,93

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 328: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

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

Tabelle 329: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,09 -0,23...0,05
DID Jahr 2	-0,08 -0,22...0,06
Gruppe	0,01 -0,09...0,11
Jahr 1	0,53*** 0,44...0,63
Jahr 2	-0,16** -0,26...-0,06
Indexgruppe 6 (F10)	0,74*** 0,66...0,82
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,11* 0,00...0,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,21*** 0,14...0,28
Psy A ¹	0,37*** 0,30...0,44
Psy B ²	0,64*** 0,56...0,72
Alter	1,73*** 1,67...1,79
Geschlecht (m vs. w)	0,02 -0,05...0,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,38*** 1,31...1,46
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,75*** 0,69...0,81
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,05 -0,01...0,11

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 330: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,10 0,96...1,26
Psy A ¹	0,59*** 0,50...0,71
Psy B ²	0,82 0,66...1,02
Alter	11,23*** 8,22...15,34
Geschlecht (m vs. w)	0,83** 0,72...0,95
Komorbidität ³	1,19*** 1,16...1,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,23** 1,06...1,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,88...1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02 0,88...1,17

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 Progression, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,23** 1,06...1,41	1,64*** 1,28...2,10	0,88* 0,78...1,00
Psy A ¹	1,27** 1,08...1,49	1,51** 1,13...2,01	0,63*** 0,54...0,73
Psy B ²	0,82* 0,67...1,00	1,15 0,85...1,57	0,93 0,78...1,13
Alter	0,98 0,83...1,16	0,92 0,70...1,22	1,10 0,96...1,28
Geschlecht (m vs. w)	1,21* 1,04...1,40	1,06 0,82...1,36	0,87* 0,77...0,98
Komorbidität ³	0,98 0,95...1,02	0,98 0,92...1,04	0,97 0,94...1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,80...1,30	0,57* 0,35...0,93	0,91 0,72...1,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,35*** 1,17...1,56	1,26 0,98...1,62	0,86* 0,76...0,98
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,42*** 0,36...0,48	1,13 0,88...1,44	0,95 0,84...1,07

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 332: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (2).

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 333: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,13 0,28...4,49	>100 0,00...INF	18,72*** 8,42...29,02	-1,91 -7,15...3,34
DID Jahr 2	0,81 0,19...3,56	>100 0,00...INF	0,80 -9,50...11,11	-0,32 -5,57...4,92
DID Jahr 3	0,56 0,13...2,51	>100 0,00...INF	3,18 -7,13...13,48	1,63 -3,62...6,87
DID Jahr 4	0,47 0,10...2,29	>100 0,00...INF	0,10 -10,20...10,41	0,62 -4,63...5,86
DID Jahr 1-4	—	—	5,70 -2,93...14,33	0,00 -4,34...4,35
Gruppe	1,75 0,50...6,08	0,00 0,00...INF	0,27 -7,07...7,62	-0,89 -4,63...2,85
Jahr 1	51,20*** 17,04...153,87	45,07*** 6,00...338,75	18,64*** 11,40...25,89	14,05*** 10,37...17,73
Jahr 2	3,38* 1,04...11,01	12,36* 1,56...97,83	3,56 -3,68...10,80	3,35 -0,34...7,03
Jahr 3	3,38* 1,04...11,01	0,00 0,00...INF	1,73 -5,51...8,97	-0,03 -3,72...3,65
Jahr 4	2,42 0,71...8,24	1,00 0,06...16,24	1,74 -5,50...8,98	-0,01 -3,69...3,68
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,27 0,77...2,11	1,27 0,63...2,57	3,62 -1,13...8,37	1,05 -1,37...3,47
Indexgruppe 9 (F43)	1,10 0,55...2,19	0,57 0,20...1,62	-0,27 -6,95...6,41	-2,13 -5,53...1,27
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,87 0,50...1,50	1,15 0,55...2,40	6,76** 1,84...11,68	0,54 -1,96...3,05
Alter	1,09 0,73...1,64	0,56* 0,33...0,95	3,83* 0,19...7,46	-2,42* -4,27...-0,56
Geschlecht (m vs. w)	1,54* 1,02...2,33	0,78 0,46...1,32	4,59* 1,00...8,18	-0,78 -2,61...1,05
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,22*** 0,13...0,36	0,34** 0,18...0,62	-6,83** -10,82...-2,83	-3,13** -5,16...-1,10

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 334: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,74 0,24...2,26	2,58 0,60...11,13	9,51 -1,05...20,07	10,12** 2,75...17,50
DID Jahr 2	0,54 0,13...2,28	0,33 0,02...4,47	-6,59 -17,14...3,97	-0,26 -7,63...7,11
DID Jahr 3	0,97 0,24...3,99	0,00 0,00...INF	-4,73 -15,29...5,83	-0,75 -8,13...6,62
DID Jahr 4	0,40 0,10...1,63	0,00 0,00...INF	-4,20 -14,76...6,36	-2,05 -9,42...5,33
DID Jahr 1-4	—	—	-1,50 -10,15...7,15	1,77 -4,53...8,06
Gruppe	1,29 0,51...3,25	0,89 0,24...3,24	1,27 -6,31...8,85	-0,22 -5,51...5,08
Jahr 1	7,99*** 3,40...18,77	4,09** 1,42...11,76	7,00 -0,51...14,51	9,35*** 4,11...14,60
Jahr 2	0,75 0,26...2,17	0,58 0,13...2,53	-1,90 -9,41...5,61	-3,06 -8,31...2,18
Jahr 3	0,63 0,21...1,90	0,79 0,20...3,06	-1,29 -8,80...6,22	-2,85 -8,10...2,39
Jahr 4	1,00 0,37...2,73	0,58 0,13...2,53	-2,69 -10,21...4,82	-1,56 -6,81...3,68
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15 0,71...1,86	1,24 0,63...2,44	-6,93** -11,13...-2,73	0,90 -2,03...3,84
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,43** 0,23...0,81	1,99 0,91...4,33	-3,70 -8,88...1,49	5,44** 1,82...9,06
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,61 0,36...1,04	1,18 0,56...2,47	-6,53** -11,01...-2,05	1,41 -1,72...4,54
Alter	1,37 0,86...2,20	0,83 0,44...1,57	5,31** 1,40...9,22	-1,59 -4,32...1,15
Geschlecht (m vs. w)	1,19 0,76...1,85	0,83 0,45...1,55	2,05 -1,73...5,83	-0,94 -3,58...1,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,38*** 0,23...0,63	0,72 0,38...1,36	-7,07*** -11,02...-3,12	-1,37 -4,13...1,40

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 335: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,01 -1,54...1,52	4,89 -0,19...9,98	-0,25 -2,39...1,90
DID Jahr 2	0,55 -0,98...2,08	5,12* 0,04...10,21	-0,14 -2,28...2,01
DID Jahr 3	-0,32 -1,85...1,22	5,51* 0,43...10,60	0,94 -1,20...3,09
DID Jahr 4	-0,52 -2,05...1,01	5,65* 0,57...10,74	1,50 -0,65...3,64
Gruppe	-0,13 -1,22...0,97	-2,77 -6,39...0,86	-0,81 -2,33...0,72
Jahr 1	2,11*** 1,03...3,18	2,46 -1,11...6,03	1,02 -0,49...2,52
Jahr 2	0,75 -0,32...1,83	0,88 -2,69...4,45	0,03 -1,47...1,54
Jahr 3	0,93 -0,15...2,00	-1,41 -4,98...2,17	-0,89 -2,40...0,61
Jahr 4	1,17* 0,10...2,25	-3,93* -7,50...-0,36	-1,39 -2,89...0,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,18 -0,52...0,89	1,46 -0,88...3,81	-1,13* -2,11...-0,14
Indexgruppe 9 (F43)	-0,28 -1,27...0,71	-0,66 -3,96...2,63	-1,88** -3,27...-0,49
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,16 -0,57...0,89	-1,04 -3,46...1,39	-1,15* -2,17...-0,12
Alter	-0,23 -0,77...0,32	-1,98* -3,77...-0,19	-0,46 -1,22...0,30
Geschlecht (m vs. w)	-0,61* -1,14...-0,08	2,45** 0,68...4,22	0,50 -0,25...1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,52 -1,11...0,08	-2,02* -3,99...-0,05	0,25 -0,58...1,08

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 Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,19 -1,12...1,50	4,13 -1,51...9,77	0,87 -1,66...3,39
DID Jahr 2	0,36 -0,95...1,67	3,48 -2,16...9,12	1,51 -1,01...4,03
DID Jahr 3	-0,21 -1,52...1,10	3,58 -2,06...9,22	-0,05 -2,57...2,47
DID Jahr 4	-0,29 -1,60...1,02	0,90 -4,74...6,54	0,41 -2,11...2,93
Gruppe	-0,56 -1,50...0,38	0,79 -3,26...4,84	-0,69 -2,50...1,12
Jahr 1	1,68*** 0,75...2,62	1,13 -2,88...5,15	0,62 -1,17...2,42
Jahr 2	0,32 -0,62...1,25	1,21 -2,80...5,22	-0,26 -2,05...1,54
Jahr 3	0,49 -0,44...1,42	-0,73 -4,74...3,28	-0,01 -1,81...1,78
Jahr 4	0,29 -0,64...1,23	-0,27 -4,28...3,74	-1,07 -2,87...0,72
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,17 -0,69...0,35	0,65 -1,60...2,89	-0,29 -1,29...0,72
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,25 -0,89...0,40	2,08 -0,68...4,85	-0,40 -1,64...0,84
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,38 -0,18...0,93	0,01 -2,39...2,40	1,94*** 0,87...3,01
Alter	0,37 -0,12...0,85	0,86 -1,23...2,95	1,21* 0,28...2,14
Geschlecht (m vs. w)	-0,15 -0,62...0,32	2,09* 0,08...4,11	0,89 -0,02...1,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,05*** 0,56...1,55	-0,82 -2,93...1,30	-0,52 -1,46...0,43

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 337: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,38** 0,21...0,67	0,78 0,43...1,43	0,96 0,48...1,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	1,70 0,93...3,11	2,11* 1,16...3,83	1,83 0,91...3,66
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,55...1,86	1,22 0,66...2,27	1,18 0,58...2,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,81 0,35...1,86	1,01 0,45...2,30	0,83 0,34...2,06

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 338: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,97 0,31...3,02	0,71 0,18...2,78	0,67 0,12...3,74
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,42 0,12...1,45	0,15* 0,03...0,82	0,07* 0,01...0,91
Geschlecht (m vs. w)	0,64 0,20...2,06	0,86 0,22...3,36	0,97 0,18...5,12
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,74 0,19...2,94	0,21 0,04...1,18	0,10 0,01...1,08

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 Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,41 0,30...6,67	2,42 0,51...11,44	10,25 0,94...112,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	1,03 0,22...4,98	0,99 0,19...5,05	0,35 0,04...3,49
Geschlecht (m vs. w)	0,76 0,16...3,55	0,70 0,14...3,43	1,47 0,18...12,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,16...5,39	0,94 0,15...5,79	1,39 0,09...20,96

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 Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,76 0,12...4,70	2,97 0,39...22,77	1,42 0,16...12,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,34 0,05...2,31	0,52 0,06...4,24	2,13 0,22...20,31
Geschlecht (m vs. w)	0,68 0,08...5,91	2,76 0,25...30,48	3,90 0,37...40,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,49 0,06...3,88	0,24 0,03...2,19	0,75 0,09...6,53

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 341: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	2,07 0,97...4,39	1,68 0,81...3,51	1,68 0,76...3,70
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	1,99 0,93...4,26	1,33 0,64...2,79	1,41 0,64...3,12
Geschlecht (m vs. w)	0,80 0,38...1,68	1,72 0,82...3,57	1,50 0,68...3,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,06 0,39...2,87	1,18 0,45...3,10	1,80 0,60...5,38

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 342: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,69 0,07...6,92	2,77 0,19...39,89	0,33 0,01...12,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,58 0,05...7,41	0,84 0,06...11,26	0,00 0,00...INF
Geschlecht (m vs. w)	0,77 0,09...6,56	0,70 0,06...8,04	0,64 0,01...29,52
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,66 0,05...8,82	0,10 0,00...2,08	0,13 0,01...3,56

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 343: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,36 0,04...44,04	0,64 0,03...15,28	4,23 0,09...193,02
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,79 0,11...5,76	0,64 0,09...4,52	2,69 0,16...46,14
Geschlecht (m vs. w)	3,53 0,21...58,23	1,48 0,12...19,16	>100 0,00...INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,54 0,30...69,56	0,84 0,07...10,65	3,89 0,12...128,86

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 344: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,60 0,06...5,93	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,94 0,12...7,56	5,38 0,33...88,10	2,16 0,09...54,01
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,11...11,46	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,11* 0,01...0,99	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 345: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 346: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 347: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

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

Tabelle 348: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

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

Tabelle 349: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 350: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 351: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,25 0,56...2,76	2,14 0,45...10,11	0,97 0,52...1,81
Alter	1,52 0,64...3,66	>100 0,00...INF	2,46** 1,25...4,84
Geschlecht (m vs. w)	1,39 0,54...3,58	0,43 0,08...2,20	0,85 0,45...1,61
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,38 0,57...3,33	1,73 0,32...9,29	0,77 0,39...1,54

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 352: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,22 0,04...1,20	2,96 0,27...33,20	1,17 0,44...3,07
Alter	2,14 0,22...20,58	2,34 0,24...23,28	1,66 0,59...4,71
Geschlecht (m vs. w)	1,83 0,19...17,82	0,69 0,10...4,99	2,80 0,94...8,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,00 0,00...INF	0,91 0,08...10,24	0,68 0,23...2,06

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

Tabelle 353: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,62* 0,43...0,90	23,45 -7,22...54,13
Alter	1,20 0,82...1,76	-22,93 -55,34...9,48
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,71...1,54	-4,09 -36,87...28,68
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,76 0,48...1,20	1,32 -36,56...39,21

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

Tabelle 354: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,83 0,39...1,78	0,44 0,11...1,74	6,87* 0,79...12,95	2,29 -1,55...6,12
DID Jahr 2	0,62 0,28...1,40	0,41 0,09...1,76	4,25 -1,84...10,33	-0,46 -4,30...3,37
Gruppe	1,47 0,74...2,89	2,35 0,62...8,97	-1,46 -5,80...2,89	0,28 -2,46...3,02
Jahr 1	67,45*** 36,29...125,33	35,94*** 11,21...115,23	19,57*** 15,27...23,87	10,74*** 8,03...13,45
Jahr 2	4,11*** 2,18...7,77	7,45** 2,20...25,26	3,25 -1,06...7,55	2,20 -0,51...4,91
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,26 0,90...1,76	1,17 0,79...1,74	0,74 -2,69...4,16	-0,13 -2,29...2,03
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,88 0,56...1,37	2,28*** 1,45...3,58	3,12 -1,34...7,58	3,20* 0,39...6,01
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,86 0,61...1,22	0,89 0,60...1,32	0,30 -3,12...3,71	-0,54 -2,70...1,61
Alter	1,48** 1,12...1,96	0,61** 0,44...0,84	1,15 -1,63...3,92	-2,69** -4,44...-0,94
Geschlecht (m vs. w)	1,56** 1,18...2,06	0,72* 0,52...1,00	5,08*** 2,34...7,82	-1,17 -2,90...0,56
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,12*** 0,09...0,16	0,46*** 0,32...0,64	-8,37*** -11,23...-5,51	-3,54*** -5,35...-1,74

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 355: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,13 -0,69...0,95	1,59 -1,19...4,36	-0,65 -1,78...0,49
DID Jahr 2	0,11 -0,71...0,93	3,00* 0,23...5,78	-0,12 -1,26...1,01
Gruppe	0,00 -0,59...0,59	-0,97 -2,96...1,01	-0,42 -1,23...0,39
Jahr 1	3,02*** 2,44...3,60	4,13*** 2,17...6,09	1,69*** 0,89...2,49
Jahr 2	1,02** 0,44...1,60	1,29 -0,68...3,25	0,40 -0,40...1,20
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,41 -0,87...0,05	4,30*** 2,74...5,87	-0,90** -1,54...-0,26
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,24 -0,36...0,85	6,23*** 4,19...8,26	-0,21 -1,04...0,62
Indexgruppe 16 (F90-F98)	-0,14 -0,60...0,33	2,12** 0,56...3,68	-0,13 -0,77...0,51
Alter	-0,06 -0,43...0,32	-0,69 -1,95...0,57	0,05 -0,46...0,57
Geschlecht (m vs. w)	0,06 -0,31...0,43	1,57* 0,32...2,82	0,25 -0,26...0,76
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44* 0,06...0,83	-1,95** -3,26...-0,64	0,22 -0,31...0,75

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 356: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,68* 0,50...0,92	0,94 0,67...1,32	0,82 0,54...1,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	1,10 0,80...1,50	1,31 0,93...1,85	1,51* 1,00...2,27
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,85...1,59	1,31 0,93...1,85	0,96 0,63...1,47
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,68...1,41	1,05 0,70...1,57	1,09 0,67...1,77

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 357: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,09 0,60...1,98	0,98 0,51...1,87	1,21 0,53...2,76
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	1,53 0,83...2,84	0,80 0,41...1,56	0,58 0,23...1,43
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,55...2,06	1,25 0,63...2,49	1,85 0,81...4,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,39* 0,18...0,82	0,42* 0,21...0,85	0,54 0,22...1,30

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 358: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 359: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten, Kinder und Jugendliche (U3)

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

Tabelle 360: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 361: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,06 0,63...1,79	1,38 0,53...3,60	0,86 0,57...1,29
Alter	2,46* 1,24...4,86	3,80 0,87...16,69	1,84* 1,09...3,13
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,63...1,92	1,56 0,55...4,47	0,57* 0,37...0,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,77 0,44...1,38	2,15 0,81...5,71	0,85 0,55...1,31

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

14.5 Ergebnisse Kosten

Ergebnisse Kosten, Erwachsene

14.5.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 362: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	1460	1458	1372	1288	1254	1453	1459	1349	1292	1260
Mittelwert	3.636,51 €	2.658,23 €	2.739,29 €	2.691,14 €	3.219,23 €	3.646,56 €	3.357,09 €	2.971,68 €	3.236,56 €	3.110,70 €
Standardabweichung	9.723,71 €	5.576,75 €	6.193,09 €	6.762,37 €	9.719,57 €	8.829,30 €	7.035,65 €	6.998,84 €	9.076,30 €	8.408,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	253 €	256 €	254 €	234 €	267 €	288 €	295 €	302 €	270 €	292 €
Median	864 €	778 €	785 €	733 €	807 €	881 €	921 €	817 €	797 €	822 €
75%-Perzentil	3.527 €	2.780 €	2.740 €	2.531 €	2.851 €	3.346 €	3.271 €	2.864 €	2.762 €	2.772 €
Maximum	232.320 €	89.020 €	108.413 €	114.194 €	187.635 €	177.529 €	81.862 €	134.934 €	152.526 €	156.424 €

Tabelle 363: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	497	487	464	447	427	499	499	479	463	443
Mittelwert	3.375,29 €	2.956,07 €	2.849,31 €	3.402,81 €	3.781,04 €	3.162,69 €	3.499,15 €	4.111,27 €	4.633,04 €	4.214,09 €
Standardabweichung	7.991 €	6.261 €	9.669 €	9.664 €	10.968 €	5.689 €	7.789 €	10.320 €	22.088 €	9.344 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	241 €	221 €	214 €	250 €	241 €	264 €	300 €	343 €	290 €	311 €
Median	767 €	818 €	792 €	1.012 €	848 €	928 €	938 €	1.066 €	951 €	1.035 €
75%-Perzentil	2.881 €	3.312 €	2.650 €	2.931 €	2.869 €	3.434 €	3.181 €	3.408 €	3.377 €	3.551 €
Maximum	80.569 €	67.614 €	186.730 €	157.676 €	129.025 €	63.022 €	69.078 €	131.537 €	453.774 €	98.940 €

Tabelle 364: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	468	368	297	255	273	460	402	319	281	253
Mittelwert	2.174,24 €	1.331,13 €	1.324,59 €	1.318,91 €	1.763,75 €	2.232,84 €	1.884,12 €	1.448,77 €	1.603,46 €	1.376,34 €
Standardabweichung	6.667,04 €	4.192,74 €	4.514,30 €	5.709,73 €	8.662,57 €	7.783,29 €	5.932,46 €	5.840,07 €	7.159,33 €	5.814,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.666 €	0 €	0 €	0 €	0 €	1.789 €	921 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	94.958 €	81.088 €	72.161 €	106.465 €	185.427 €	168.912 €	80.032 €	132.862 €	151.184 €	143.396 €

Tabelle 365: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	139	136	110	119	92	156	154	143	122	110
Mittelwert	1.962,83 €	1.534,37 €	1.573,67 €	2.023,54 €	2.394,39 €	1.765,17 €	2.067,02 €	2.277,74 €	2.967,77 €	2.305,82 €
Standardabweichung	6.647 €	4.591 €	9.118 €	8.602 €	10.471 €	3.980 €	6.150 €	8.582 €	21.583 €	7.240 €
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	783 €	880 €	0 €	849 €	0 €	1.838 €	1.371 €	1.095 €	899 €	0 €
Maximum	78.204 €	65.689 €	181.973 €	153.046 €	126.032 €	27.058 €	66.425 €	131.157 €	452.437 €	96.907 €

Tabelle 366: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	9,84 €	2,03 €	7,35 €	1,76 €	4,34 €	10,50 €	23,49 €	22,87 €	12,24 €	7,06 €
Standardabweichung	160,95 €	78,76 €	171,05 €	64,63 €	114,00 €	192,41 €	770,26 €	579,75 €	233,79 €	255,60 €
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	3.242 €	3.051 €	5.368 €	2.376 €	3.491 €	5.678 €	29.498 €	20.757 €	6.632 €	9.247 €

Tabelle 367: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	<10	<10	<10	0	<10	<10	0	0	0	0
Mittelwert	17,54 €	2,36 €	6,28 €	0,00 €	5,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	229 €	53 €	137 €	0 €	123 €	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	3.188 €	1.207 €	3.006 €	0 €	2.598 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 368: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	124	160	166	152	147	125	148	139	132	121
Mittelwert	46,52 €	70,03 €	111,27 €	87,35 €	67,53 €	32,61 €	55,72 €	93,17 €	74,54 €	66,55 €
Standardabweichung	787,93 €	341,27 €	540,99 €	467,43 €	343,17 €	176,60 €	283,41 €	519,03 €	485,73 €	377,82 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	29.990 €	4.715 €	5.635 €	9.068 €	5.367 €	3.117 €	3.979 €	7.312 €	13.700 €	6.850 €

Tabelle 369: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	55	56	54	51	56	31	37	37	35	40
Mittelwert	31,88 €	45,76 €	72,14 €	78,84 €	86,57 €	18,88 €	33,37 €	70,44 €	85,70 €	67,83 €
Standardabweichung	195,11 €	242,19 €	396,96 €	361,19 €	414,27 €	154,89 €	253,95 €	477,70 €	826,10 €	396,89 €
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	3.479 €	3.767 €	5.200 €	3.585 €	4.579 €	2.888 €	5.059 €	5.704 €	17.125 €	4.127 €

Tabelle 370: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	1453	1447	1363	1277	1242	1435	1443	1342	1282	1248
Mittelwert	541,52 €	488,37 €	507,18 €	501,99 €	490,32 €	532,37 €	534,17 €	525,99 €	511,71 €	513,36 €
Standardabweichung	533,93 €	485,19 €	507,93 €	500,82 €	502,13 €	672,84 €	576,44 €	541,21 €	516,65 €	541,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	172 €	145 €	151 €	148 €	145 €	167 €	170 €	185 €	166 €	151 €
Median	381 €	350 €	362 €	355 €	346 €	377 €	376 €	376 €	373 €	367 €
75%-Perzentil	754 €	677 €	698 €	702 €	690 €	735 €	746 €	728 €	715 €	694 €
Maximum	5.689 €	4.086 €	4.265 €	4.608 €	4.490 €	17.394 €	11.458 €	8.192 €	5.549 €	6.807 €

Tabelle 371: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	488	482	457	441	421	495	494	475	457	436
Mittelwert	473,27 €	464,86 €	474,06 €	488,18 €	485,57 €	535,73 €	511,26 €	519,02 €	524,73 €	520,96 €
Standardabweichung	511,01 €	545,89 €	552,83 €	531,22 €	562,66 €	584,26 €	525,05 €	502,69 €	530,96 €	580,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	127 €	119 €	126 €	139 €	132 €	145 €	156 €	165 €	176 €	161 €
Median	331 €	292 €	330 €	333 €	330 €	377 €	367 €	399 €	363 €	352 €
75%-Perzentil	652 €	643 €	631 €	667 €	623 €	750 €	691 €	692 €	733 €	713 €
Maximum	4.873 €	4.487 €	4.860 €	5.215 €	5.495 €	5.189 €	3.561 €	4.020 €	4.525 €	5.696 €

Tabelle 372: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	1238	1221	1130	1080	1066	1263	1243	1159	1130	1112
Mittelwert	729,79 €	586,97 €	604,94 €	595,52 €	729,57 €	711,28 €	686,69 €	706,83 €	856,45 €	1.000,98 €
Standardabweichung	4.679,41 €	2.988,96 €	2.859,95 €	2.283,95 €	2.950,50 €	2.560,83 €	2.109,45 €	2.647,27 €	4.361,57 €	4.894,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	24 €	17 €	16 €	16 €	26 €	26 €	28 €	28 €	28 €	39 €
Median	103 €	108 €	102 €	107 €	149 €	130 €	146 €	126 €	128 €	159 €
75%-Perzentil	430 €	402 €	419 €	422 €	558 €	446 €	458 €	440 €	491 €	593 €
Maximum	134.597 €	86.990 €	80.039 €	53.842 €	68.292 €	47.292 €	26.318 €	37.804 €	92.924 €	123.789 €

Tabelle 373: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	414	408	390	378	365	432	418	423	398	405
Mittelwert	757,06 €	723,48 €	577,49 €	703,71 €	730,25 €	731,83 €	763,19 €	1.109,64 €	933,33 €	1.205,72 €
Standardabweichung	3.779,09 €	3.723,69 €	1.670,03 €	2.647,84 €	2.042,15 €	2.595,92 €	3.066,09 €	4.919,86 €	3.799,32 €	4.441,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	22 €	19 €	18 €	26 €	21 €	27 €	26 €	36 €	36 €	50 €
Median	123 €	121 €	117 €	153 €	199 €	127 €	140 €	154 €	143 €	208 €
75%-Perzentil	535 €	583 €	553 €	571 €	741 €	500 €	511 €	516 €	558 €	725 €
Maximum	68.411 €	57.313 €	27.244 €	39.370 €	30.098 €	32.284 €	44.009 €	52.611 €	48.560 €	49.473 €

Tabelle 374: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1501	1501	1409	1351	1312	1491	1491	1396	1349	1309
N mit Fall	356	339	281	279	256	339	332	288	255	241
Mittelwert	134,60 €	179,69 €	183,95 €	185,62 €	163,72 €	126,96 €	172,90 €	174,05 €	178,16 €	146,42 €
Standardabweichung	561,92 €	604,22 €	734,51 €	754,15 €	656,69 €	593,14 €	726,06 €	713,74 €	773,56 €	640,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	12.489 €	6.115 €	12.389 €	10.285 €	8.339 €	11.181 €	10.685 €	10.857 €	10.857 €	8.511 €

Tabelle 375: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	512	512	479	460	444	516	516	496	478	463
N mit Fall	113	112	77	77	66	116	108	87	77	83
Mittelwert	132,70 €	185,24 €	145,67 €	108,54 €	78,42 €	111,08 €	124,31 €	134,44 €	121,52 €	113,76 €
Standardabweichung	422,58 €	801,84 €	791,66 €	373,86 €	277,36 €	425,26 €	458,96 €	628,76 €	516,39 €	439,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.400 €	14.408 €	14.646 €	3.012 €	1.937 €	5.155 €	4.823 €	8.734 €	5.086 €	4.274 €

14.5.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 376: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	5574	5592	5579	5591
Mittelwert	3.951,05 €	3.631,44 €	3.982,77 €	3.600,31 €
Standardabweichung	13.230 €	15.271 €	9.868 €	8.962 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	283,67 €	279,92 €	295,79 €	295,52 €
Median	930,98 €	857,37 €	927,17 €	912,77 €
75%-Perzentil	3.509,08 €	3.291,98 €	3.493,70 €	3.314,49 €
Maximum	604.173,85 €	919.516,57 €	231.356,47 €	201.120,40 €

Tabelle 377: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	1737	1461	1750	1451
Mittelwert	2.300,77 €	2.050,49 €	2.356,59 €	1.970,88 €
Standardabweichung	8.872 €	11.213 €	7.573 €	7.138 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.662,55 €	816,89 €	1.758,22 €	798,45 €
Maximum	364.997,09 €	583.068,55 €	168.911,56 €	193.761,90 €

Tabelle 378: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	28	12	22	<10
Mittelwert	16,29 €	5,91 €	7,15 €	7,99 €
Standardabweichung	438,81 €	140,58 €	150,71 €	400,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	30.437,29 €	4.879,44 €	5.678,41 €	29.498,33 €

Tabelle 379: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	654	770	527	566
Mittelwert	64,26 €	97,30 €	46,17 €	70,71 €
Standardabweichung	557,05 €	428,51 €	304,09 €	409,14 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	29.990,00 €	5.786,00 €	13.662,60 €	14.870,72 €

Tabelle 380: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	5531	5541	5534	5544
Mittelwert	551,13 €	505,23 €	553,17 €	529,18 €
Standardabweichung	568,04 €	521,15 €	581,38 €	539,15 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	180,24 €	152,00 €	184,33 €	171,45 €
Median	394,91 €	351,70 €	405,72 €	381,25 €
75%-Perzentil	749,42 €	694,36 €	748,74 €	724,26 €
Maximum	7.718,50 €	7.870,95 €	17.394,12 €	11.458,25 €

Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	4710	4686	4825	4764
Mittelwert	887,65 €	806,33 €	883,36 €	874,33 €
Standardabweichung	8.792,54 €	5.387,27 €	5.002,81 €	4.322,03 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	22,69 €	21,27 €	26,44 €	27,56 €
Median	116,57 €	120,86 €	131,39 €	141,32 €
75%-Perzentil	477,72 €	515,07 €	502,68 €	524,57 €
Maximum	591.689,17 €	333.986,92 €	227.515,10 €	159.136,46 €

Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	5736	5736	5736	5736
N mit Fall	1231	1181	1240	1163
Mittelwert	130,95 €	166,18 €	136,33 €	147,22 €
Standardabweichung	547,59 €	651,39 €	609,11 €	621,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	12.885,28 €	12.490,38 €	13.332,30 €	12.377,88 €

14.5.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 383: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	4245	4256	3952	4239	4258	3981
Mittelwert	3.832,21 €	3.251,06 €	3.165,86 €	3.862,43 €	3.510,91 €	3.230,35 €
Standardabweichung	10.689 €	8.118 €	8.088 €	9.778 €	8.669 €	8.322 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	283,50 €	269,99 €	263,26 €	292,45 €	289,77 €	291,29 €
Median	922,17 €	839,68 €	851,23 €	928,35 €	897,85 €	820,71 €
75%-Perzentil	3.545,27 €	3.161,10 €	2.907,58 €	3.456,06 €	3.288,06 €	2.969,62 €
Maximum	365.693,57 €	241.200,88 €	201.659,18 €	231.356,47 €	201.120,40 €	210.232,24 €

Tabelle 384: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	1337	1116	873	1358	1127	929
Mittelwert	2.282,52 €	1.757,72 €	1.545,99 €	2.305,19 €	1.899,72 €	1.526,99 €
Standardabweichung	8.941,76 €	6.978,74 €	5.823,40 €	7.579,79 €	6.675,24 €	5.254,63 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.674,85 €	816,37 €	0 €	1.756,23 €	852,72 €	0 €
Maximum	364.997,09 €	241.104,39 €	178.727,05 €	168.911,56 €	193.761,90 €	132.861,77 €

Tabelle 385: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	24	10	<10	18	<10	10
Mittelwert	20,31 €	6,64 €	3,76 €	7,27 €	9,77 €	8,43 €
Standardabweichung	501,31 €	149,12 €	123,85 €	144,48 €	456,78 €	338,59 €
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 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	30.437,29 €	4.879,44 €	5.367,88 €	5.678,41 €	29.498,33 €	20.756,70 €

Tabelle 386: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	464	562	529	397	428	394
Mittelwert	59,52 €	93,05 €	125,57 €	43,95 €	70,40 €	91,26 €
Standardabweichung	592,33 €	419,49 €	561,53 €	305,93 €	423,26 €	559,14 €
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	29.990,00 €	5.786,00 €	6.521,00 €	13.662,60 €	14.870,72 €	14.606,59 €

Tabelle 387: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	4217	4222	3917	4207	4219	3952
Mittelwert	551,90 €	503,29 €	509,80 €	548,21 €	527,58 €	508,29 €
Standardabweichung	566,57 €	520,64 €	522,64 €	587,45 €	538,28 €	507,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	180,76 €	153,38 €	149,24 €	182,97 €	174,95 €	172,92 €
Median	394,91 €	351,70 €	355,97 €	400,91 €	380,96 €	361,51 €
75%-Perzentil	749,33 €	690,43 €	705,17 €	745,49 €	720,58 €	688,57 €
Maximum	7.718,50 €	7.870,95 €	5.255,08 €	17.394,12 €	11.458,25 €	8.191,78 €

Tabelle 388: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	3605	3550	3355	3687	3598	3437
Mittelwert	781,83 €	713,24 €	817,71 €	818,50 €	846,17 €	952,31 €
Standardabweichung	4.127,45 €	3.149,32 €	4.103,71 €	4.763,32 €	4.465,00 €	5.637,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	24,32 €	19,28 €	23,26 €	26,35 €	26,22 €	29,19 €
Median	117,40 €	112,80 €	123,43 €	127,87 €	135,15 €	136,55 €
75%-Perzentil	470,91 €	477,67 €	514,38 €	488,18 €	504,56 €	529,82 €
Maximum	134.597,48 €	101.905,55 €	127.604,41 €	227.515,10 €	159.136,46 €	204.104,31 €

Tabelle 389: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	4366	4366	4102	4367	4367	4109
N mit Fall	955	892	793	944	908	818
Mittelwert	136,12 €	177,12 €	163,03 €	139,31 €	157,27 €	143,07 €
Standardabweichung	577,37 €	706,90 €	654,31 €	644,63 €	655,60 €	617,98 €
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	12.885,28 €	12.490,38 €	12.388,77 €	13.332,30 €	12.377,88 €	14.483,85 €

14.5.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 390: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	2843	2855	2651	2496	2840	2861	2654	2513
Mittelwert	3.946,27 €	3.166,77 €	3.164,89 €	3.015,92 €	3.821,93 €	3.409,63 €	3.184,46 €	3.347,34 €
Standardabweichung	11.745 €	7.577 €	8.201 €	7.780 €	9.394 €	8.025 €	7.358 €	9.297 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	275 €	266 €	262 €	245 €	298 €	299 €	307 €	274 €
Median	939 €	850 €	845 €	790 €	959 €	946 €	833 €	840 €
75%-Perzentil	3.548 €	3.075 €	2.880 €	2.704 €	3.334 €	3.344 €	2.990 €	2.916 €
Maximum	365.694 €	187.528 €	201.659 €	145.580 €	177.529 €	201.120 €	134.934 €	152.526 €

Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	650	639	607	587	653	651	619	595
Mittelwert	3.715,48 €	3.068,65 €	3.168,44 €	3.754,96 €	3.173,34 €	3.565,10 €	3.885,17 €	4.620,85 €
Standardabweichung	8.236 €	6.295 €	9.622 €	10.127 €	5.788 €	7.662 €	9.527 €	20.641 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	221 €	205 €	210 €	245 €	291 €	319 €	329 €	316 €
Median	791 €	807 €	836 €	980 €	1.005 €	1.027 €	1.068 €	987 €
75%-Perzentil	3.137 €	3.428 €	2.817 €	3.078 €	3.477 €	3.252 €	3.344 €	3.443 €
Maximum	80.569 €	67.614 €	186.730 €	157.676 €	63.022 €	69.078 €	131.537 €	453.774 €

Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	903	747	593	511	913	785	647	562
Mittelwert	2.388,64 €	1.694,51 €	1.531,47 €	1.428,47 €	2.327,72 €	1.870,50 €	1.564,21 €	1.683,43 €
Standardabweichung	10.016 €	6.292 €	5.246 €	5.381 €	7.900 €	6.760 €	5.449 €	7.139 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.663 €	795 €	0 €	0 €	1.747 €	963 €	0 €	0 €
Maximum	364.997 €	185.220 €	88.653 €	106.465 €	168.912 €	193.762 €	132.862 €	151.184 €

Tabelle 393: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	188	188	151	160	206	200	184	157
Mittelwert	2.260,42 €	1.652,36 €	1.791,84 €	2.228,38 €	1.760,52 €	2.121,65 €	2.138,79 €	2.963,91 €
Standardabweichung	6.822 €	4.652 €	8.701 €	8.545 €	4.259 €	6.288 €	7.902 €	20.194 €
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	903 €	1.142 €	0 €	928 €	1.915 €	1.381 €	1.201 €	904 €
Maximum	78.204 €	65.689 €	181.973 €	153.046 €	47.965 €	66.425 €	131.157 €	452.437 €

Tabelle 394: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	15	<10	<10	<10	10	<10	<10	<10
Mittelwert	24,48 €	4,41 €	3,78 €	0,91 €	7,04 €	13,23 €	12,18 €	6,47 €
Standardabweichung	600,96 €	125,49 €	122,65 €	46,40 €	151,84 €	553,49 €	413,97 €	167,75 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	30.437 €	4.877 €	5.368 €	2.376 €	5.678 €	29.498 €	20.757 €	6.632 €

Tabelle 395: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	<10	<10	<10	0	<10	0	<10	0
Mittelwert	15,95 €	1,80 €	5,69 €	0,00 €	0,55 €	0,00 €	0,45 €	0,00 €
Standardabweichung	211 €	47 €	122 €	0 €	14 €	0 €	11 €	0 €
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	3.188 €	1.207 €	3.006 €	0 €	367 €	0 €	291 €	0 €

Tabelle 396: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	290	350	337	312	261	273	261	242
Mittelwert	49,27 €	88,50 €	118,81 €	91,67 €	40,10 €	68,19 €	87,31 €	91,34 €
Standardabweichung	599,27 €	424,23 €	541,85 €	450,99 €	316,07 €	437,24 €	531,64 €	1.080,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	29.990 €	5.786 €	5.635 €	9.068 €	13.663 €	14.871 €	14.607 €	50.712 €

Tabelle 397: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	71	83	76	71	47	60	57	49
Mittelwert	33,04 €	55,67 €	89,22 €	82,80 €	28,52 €	40,24 €	64,98 €	73,74 €
Standardabweichung	210,18 €	263,81 €	440,84 €	380,12 €	213,36 €	246,66 €	425,33 €	730,23 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.479 €	3.767 €	5.200 €	3.850 €	3.334 €	5.059 €	5.704 €	17.125 €

Tabelle 398: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	2825	2832	2632	2474	2815	2834	2641	2492
Mittelwert	557,20 €	505,68 €	515,26 €	505,13 €	541,63 €	533,90 €	515,12 €	515,57 €
Standardabweichung	573,55 €	529,76 €	532,78 €	513,39 €	599,46 €	539,30 €	509,27 €	517,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	178 €	152 €	150 €	150 €	181 €	175 €	180 €	163 €
Median	400 €	355 €	363 €	356 €	400 €	386 €	372 €	375 €
75%-Perzentil	763 €	703 €	714 €	709 €	742 €	745 €	695 €	716 €
Maximum	7.718 €	7.871 €	5.255 €	4.608 €	17.394 €	11.458 €	8.192 €	5.624 €

Tabelle 399: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	640	631	599	580	648	646	614	587
Mittelwert	483,46 €	467,81 €	481,12 €	481,82 €	539,23 €	525,36 €	530,70 €	544,66 €
Standardabweichung	526,33 €	546,28 €	556,13 €	528,35 €	574,19 €	532,90 €	545,16 €	583,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	130 €	115 €	133 €	130 €	160 €	169 €	163 €	178 €
Median	338 €	288 €	330 €	319 €	386 €	379 €	399 €	359 €
75%-Perzentil	667 €	638 €	643 €	669 €	752 €	710 €	719 €	739 €
Maximum	4.873 €	4.487 €	4.860 €	5.215 €	5.189 €	4.856 €	4.784 €	4.525 €

Tabelle 400: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	2428	2399	2230	2122	2476	2425	2291	2195
Mittelwert	786,77 €	697,90 €	817,58 €	834,17 €	773,38 €	761,50 €	853,02 €	908,38 €
Standardabweichung	4.194,89 €	3.345,55 €	4.591,90 €	4.497,12 €	3.115,46 €	2.892,59 €	3.911,97 €	4.137,07 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25 €	20 €	19 €	19 €	27 €	27 €	29 €	29 €
Median	116 €	115 €	115 €	120 €	137 €	144 €	134 €	147 €
75%-Perzentil	488 €	489 €	487 €	523 €	491 €	505 €	501 €	567 €
Maximum	134.597 €	101.906 €	127.604 €	137.936 €	62.680 €	60.246 €	112.048 €	92.924 €

Tabelle 401: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	535	523	508	499	571	555	546	516
Mittelwert	759,78 €	699,71 €	621,24 €	848,03 €	717,37 €	736,84 €	1.007,61 €	914,44 €
Standardabweichung	3.488,99 €	3.405,28 €	2.028,45 €	3.346,57 €	2.515,99 €	2.792,91 €	4.413,56 €	3.448,47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	16 €	15 €	16 €	24 €	33 €	29 €	36 €	41 €
Median	119 €	113 €	116 €	162 €	145 €	149 €	154 €	166 €
75%-Perzentil	547 €	586 €	569 €	616 €	500 €	534 €	524 €	665 €
Maximum	68.411 €	57.313 €	33.250 €	39.370 €	32.284 €	44.009 €	52.611 €	48.560 €

Tabelle 402: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2932	2932	2742	2622	2922	2922	2744	2633
N mit Fall	684	612	542	525	648	621	564	473
Mittelwert	139,92 €	175,77 €	178,00 €	155,57 €	132,07 €	162,31 €	152,63 €	142,15 €
Standardabweichung	596,89 €	680,04 €	700,73 €	636,09 €	614,00 €	659,65 €	660,68 €	641,51 €
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	12.885 €	12.490 €	12.389 €	10.285 €	11.441 €	10.685 €	14.484 €	10.857 €

Tabelle 403: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	671	671	629	606	673	673	641	615
N mit Fall	151	135	103	99	148	144	119	105
Mittelwert	162,84 €	191,30 €	179,33 €	113,92 €	127,15 €	141,01 €	142,63 €	124,10 €
Standardabweichung	555,52 €	815,66 €	875,97 €	395,75 €	545,43 €	563,83 €	637,23 €	515,87 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.820 €	14.408 €	14.646 €	3.012 €	8.286 €	9.185 €	8.734 €	5.087 €

Ergebnisse Kosten, Kinder- und Jugendliche

14.5.5 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 404: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	117	114	116	115	113	119	120	117	116	115
Mittelwert	720,08 €	819,65 €	943,29 €	916,82 €	852,57 €	905,44 €	1.073,13 €	1.068,66 €	1.110,42 €	1.171,19 €
Standardabweichung	994,93 €	1.144,86 €	1.695,40 €	1.602,62 €	1.982,69 €	1.515,38 €	2.227,77 €	3.268,66 €	3.592,29 €	2.817,21 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	169 €	127 €	162 €	167 €	111 €	136 €	170 €	140 €	124 €	127 €
Median	314 €	312 €	361 €	374 €	291 €	329 €	325 €	328 €	304 €	356 €
75%-Perzentil	668 €	920 €	887 €	737 €	598 €	961 €	826 €	750 €	944 €	787 €
Maximum	5.126 €	4.906 €	10.574 €	11.428 €	13.906 €	9.613 €	16.485 €	34.334 €	37.598 €	24.698 €

Tabelle 405: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	82	84	81	78	78	81	80	80	79	79
Mittelwert	702,14 €	800,26 €	1.250,98 €	1.265,03 €	1.071,10 €	990,61 €	974,60 €	1.079,18 €	685,83 €	1.098,60 €
Standardabweichung	927,10 €	2.157,34 €	4.295,45 €	3.221,14 €	3.395,69 €	1.533,63 €	1.358,28 €	1.986,99 €	1.428,19 €	2.367,82 €
Minimum	0 €	1 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	162 €	150 €	145 €	103 €	123 €	184 €	168 €	161 €	87 €	113 €
Median	319 €	234 €	345 €	330 €	241 €	425 €	365 €	313 €	340 €	315 €
75%-Perzentil	767 €	618 €	760 €	767 €	661 €	1.057 €	1.142 €	1.168 €	598 €	695 €
Maximum	5.455 €	19.102 €	38.375 €	24.385 €	28.950 €	8.980 €	7.260 €	14.073 €	10.368 €	16.010 €

Tabelle 406: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	15	15	12	11	<10	16	18	15	10	15
Mittelwert	228,21 €	303,79 €	281,65 €	305,29 €	201,40 €	408,39 €	509,01 €	377,25 €	317,45 €	408,04 €
Standardabweichung	666,67 €	888,50 €	1.130,70 €	1.245,02 €	893,79 €	1.306,51 €	1.684,48 €	1.798,59 €	1.438,68 €	1.450,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.350 €	4.619 €	8.404 €	10.599 €	6.162 €	8.482 €	11.473 €	18.558 €	12.556 €	11.446 €

Tabelle 407: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	14	<10	<10	<10	<10	11	11	12	<10	10
Mittelwert	253,76 €	330,70 €	426,77 €	189,06 €	188,83 €	326,39 €	321,37 €	403,21 €	138,38 €	296,03 €
Standardabweichung	717,82 €	1.836,56 €	2.150,09 €	779,52 €	717,63 €	1.040,23 €	956,83 €	1.444,03 €	806,97 €	904,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.645 €	16.385 €	18.476 €	5.358 €	4.219 €	6.193 €	5.568 €	11.485 €	6.604 €	5.511 €

Tabelle 408: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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 409: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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 410: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	13	19	19	17	15	12	10	14	11	12
Mittelwert	37,84 €	90,17 €	154,78 €	137,46 €	98,42 €	41,58 €	101,93 €	95,77 €	155,60 €	133,25 €
Standardabweichung	241,12 €	309,46 €	629,05 €	504,82 €	380,40 €	216,70 €	556,98 €	468,86 €	657,33 €	626,45 €
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	2.560 €	2.229 €	4.587 €	3.316 €	2.521 €	1.638 €	4.968 €	4.358 €	4.226 €	4.968 €

Tabelle 411: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	<10	<10	11	12	11	<10	15	12	11	12
Mittelwert	17,53 €	26,90 €	172,68 €	285,81 €	156,57 €	17,04 €	173,08 €	194,32 €	147,38 €	213,55 €
Standardabweichung	86,47 €	123,27 €	612,50 €	960,06 €	899,12 €	101,13 €	560,09 €	856,90 €	702,18 €	1.122,70 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	657 €	1.053 €	3.418 €	4.933 €	8.079 €	886 €	2.693 €	6.236 €	5.886 €	9.670 €

Tabelle 412: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	117	111	115	113	113	119	120	117	115	115
Mittelwert	254,87 €	240,70 €	285,00 €	264,99 €	270,71 €	290,16 €	269,14 €	280,85 €	276,51 €	264,30 €
Standardabweichung	202,10 €	223,24 €	309,04 €	221,24 €	324,99 €	290,70 €	229,63 €	314,87 €	331,22 €	266,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	121 €	88 €	110 €	128 €	85 €	103 €	119 €	114 €	91 €	79 €
Median	213 €	189 €	209 €	196 €	186 €	199 €	213 €	174 €	171 €	176 €
75%-Perzentil	342 €	295 €	350 €	353 €	333 €	366 €	363 €	317 €	324 €	389 €
Maximum	1.121 €	1.271 €	1.859 €	1.151 €	2.340 €	1.614 €	1.617 €	2.219 €	2.297 €	1.333 €

Tabelle 413: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	82	83	80	78	77	80	79	80	79	78
Mittelwert	250,17 €	224,44 €	262,10 €	240,95 €	218,07 €	303,06 €	257,30 €	254,60 €	247,80 €	299,16 €
Standardabweichung	168,89 €	175,53 €	296,11 €	262,16 €	207,85 €	240,90 €	249,64 €	251,28 €	297,32 €	604,63 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	115 €	116 €	90 €	65 €	83 €	136 €	111 €	89 €	63 €	76 €
Median	214 €	173 €	191 €	172 €	151 €	258 €	184 €	175 €	167 €	176 €
75%-Perzentil	351 €	289 €	327 €	317 €	290 €	422 €	352 €	331 €	300 €	289 €
Maximum	717 €	935 €	1.915 €	1.560 €	970 €	1.240 €	1.692 €	1.407 €	1.821 €	5.168 €

Tabelle 414: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	87	91	87	91	82	94	97	91	86	87
Mittelwert	104,31 €	78,73 €	158,53 €	149,77 €	234,12 €	94,47 €	129,88 €	248,95 €	307,16 €	332,82 €
Standardabweichung	287,94 €	121,60 €	723,30 €	603,28 €	1.194,13 €	168,04 €	385,63 €	1.228,55 €	2.028,39 €	1.736,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	8 €	0 €	10 €	0 €	3 €	12 €	11 €	0 €	0 €
Median	33 €	36 €	42 €	56 €	42 €	31 €	35 €	47 €	41 €	46 €
75%-Perzentil	98 €	111 €	112 €	129 €	126 €	106 €	104 €	125 €	126 €	161 €
Maximum	2.492 €	856 €	7.646 €	6.429 €	12.524 €	958 €	3.829 €	12.257 €	21.897 €	18.361 €

Tabelle 415: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	58	57	52	57	52	67	60	60	62	58
Mittelwert	102,89 €	111,77 €	316,86 €	500,59 €	493,17 €	195,77 €	118,18 €	174,03 €	139,20 €	270,94 €
Standardabweichung	233,10 €	275,43 €	2.086,53 €	2.833,48 €	3.144,20 €	873,77 €	414,75 €	640,12 €	273,32 €	1.318,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	8 €	0 €	0 €	6 €	0 €
Median	28 €	24 €	23 €	34 €	26 €	40 €	33 €	41 €	54 €	34 €
75%-Perzentil	74 €	85 €	106 €	128 €	93 €	107 €	103 €	130 €	147 €	137 €
Maximum	1.535 €	2.070 €	19.125 €	22.670 €	28.132 €	7.842 €	3.705 €	5.617 €	2.021 €	11.908 €

Tabelle 416: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	118	118	118	118	118	121	121	121	121	121
N mit Fall	15	13	12	10	9	18	11	9	12	7
Mittelwert	94,85 €	106,26 €	63,33 €	59,30 €	47,91 €	70,84 €	63,17 €	65,83 €	53,71 €	32,79 €
Standardabweichung	389,05 €	489,92 €	288,88 €	249,92 €	239,11 €	288,74 €	348,96 €	359,05 €	218,59 €	167,32 €
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	2.662 €	3.637 €	1.916 €	1.858 €	1.915 €	2.474 €	3.274 €	3.223 €	1.594 €	1.275 €

Tabelle 417: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	84	84	84	84	84	82	82	82	82	82
N mit Fall	<10	<10	<10	13	<10	11	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	77,78 €	106,45 €	72,57 €	48,62 €	14,46 €	148,35 €	104,67 €	53,02 €	13,06 €	18,92 €
Standardabweichung	342,01 €	445,20 €	330,61 €	200,42 €	86,53 €	590,53 €	429,63 €	269,63 €	89,18 €	121,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.369 €	2.890 €	2.439 €	1.640 €	763 €	4.223 €	2.496 €	1.751 €	785 €	1.042 €

14.5.6 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 418: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	489	494	497	499
Mittelwert	883,76 €	952,41 €	952,16 €	1.082,95 €
Standardabweichung	1.524,56 €	1.548,70 €	1.837,01 €	2.236,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	151,67 €	141,68 €	154,22 €	167,74 €
Median	343,07 €	370,61 €	334,27 €	392,98 €
75%-Perzentil	802,51 €	1.029,69 €	974,82 €	1.065,64 €
Maximum	11.970,53 €	13.408,60 €	24.477,31 €	30.200,48 €

Tabelle 419: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	74	73	70	61
Mittelwert	353,52 €	386,49 €	391,09 €	332,04 €
Standardabweichung	1.116,44 €	1.220,97 €	1.458,46 €	1.229,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	11.201,47 €	12.890,02 €	20.068,86 €	11.472,69 €

Tabelle 420: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	<10	0	0	<10
Mittelwert	0,79 €	0,00 €	0,00 €	1,25 €
Standardabweichung	17,68 €	0,00 €	0,00 €	28,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	396,83 €	0,00 €	0,00 €	631,44 €

Tabelle 421: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	61	76	40	72
Mittelwert	72,78 €	90,84 €	55,20 €	194,20 €
Standardabweichung	393,02 €	342,85 €	371,02 €	760,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.861,00 €	3.615,00 €	5.637,00 €	8.674,00 €

Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	489	487	495	497
Mittelwert	268,26 €	254,32 €	270,72 €	254,69 €
Standardabweichung	253,70 €	216,23 €	230,07 €	207,33 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	108,48 €	104,25 €	106,50 €	115,29 €
Median	213,07 €	200,27 €	214,56 €	210,24 €
75%-Perzentil	344,08 €	347,36 €	352,44 €	335,05 €
Maximum	2.457,42 €	1.271,26 €	1.613,66 €	1.616,67 €

Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	358	387	380	384
Mittelwert	110,30 €	146,48 €	123,20 €	211,45 €
Standardabweichung	400,24 €	511,59 €	486,22 €	1.548,79 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	7,65 €	1,78 €	5,91 €
Median	30,82 €	38,80 €	33,84 €	36,91 €
75%-Perzentil	93,68 €	114,88 €	96,47 €	114,47 €
Maximum	6.829,39 €	7.726,83 €	9.399,86 €	29.990,12 €

Tabelle 424: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	504	504	504	504
N mit Fall	57	48	77	57
Mittelwert	78,11 €	74,27 €	111,94 €	89,31 €
Standardabweichung	344,93 €	359,51 €	413,40 €	366,98 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.174,38 €	3.636,78 €	3.550,10 €	3.274,30 €

14.5.7 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 425: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	381	383	376	384	387	379
Mittelwert	831,70 €	874,02 €	1.090,63 €	972,31 €	1.028,15 €	1.070,87 €
Standardabweichung	1.332,41 €	1.410,13 €	2.560,34 €	1.917,56 €	1.908,99 €	2.416,67 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	167,27 €	139,41 €	138,97 €	151,99 €	167,79 €	148,22 €
Median	359,94 €	360,62 €	336,77 €	332,48 €	379,98 €	342,79 €
75%-Perzentil	784,10 €	916,73 €	842,25 €	972,97 €	1.018,48 €	1.003,93 €
Maximum	11.970,53 €	13.408,60 €	35.459,70 €	24.477,31 €	17.487,67 €	34.333,73 €

Tabelle 426: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	59	53	43	58	48	45
Mittelwert	325,81 €	349,98 €	397,18 €	414,41 €	353,32 €	380,26 €
Standardabweichung	948,94 €	1.153,31 €	1.427,20 €	1.523,59 €	1.311,36 €	1.545,98 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0 €	0,00 €	0,00 €	0 €
Maximum	6.959,94 €	12.890,02 €	10.907,05 €	20.068,86 €	11.472,69 €	18.557,70 €

Tabelle 427: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	0	0	<10	0	0	0
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	1,43 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0 €	0 €	28,28 €	0 €	0 €	0 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	0 €	558,40 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 428: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	45	58	51	31	54	54
Mittelwert	58,22 €	82,28 €	139,00 €	48,97 €	171,02 €	168,73 €
Standardabweichung	366,08 €	297,26 €	618,43 €	348,17 €	667,10 €	674,75 €
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	5.861,00 €	2.460,00 €	4.869,85 €	5.637,00 €	4.968,19 €	5.487,90 €

Tabelle 429: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	381	376	373	382	386	377
Mittelwert	265,87 €	250,68 €	269,23 €	272,65 €	259,49 €	275,10 €
Standardabweichung	234,48 €	208,88 €	296,96 €	231,27 €	210,55 €	280,93 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	119,73 €	102,61 €	90,35 €	106,65 €	117,62 €	101,20 €
Median	224,63 €	201,93 €	190,06 €	209,56 €	209,94 €	188,72 €
75%-Perzentil	343,43 €	344,83 €	357,64 €	358,90 €	347,17 €	344,21 €
Maximum	2.457,42 €	1.271,26 €	2.884,06 €	1.613,66 €	1.616,67 €	2.219,06 €

Tabelle 430: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	285	301	299	298	299	299
Mittelwert	95,92 €	108,09 €	218,94 €	134,41 €	159,07 €	173,65 €
Standardabweichung	258,21 €	311,13 €	1.593,40 €	545,78 €	897,45 €	872,25 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	8,73 €	6,67 €	5,82 €	8,52 €	11,65 €
Median	33,66 €	37,26 €	42,93 €	33,38 €	36,03 €	39,72 €
75%-Perzentil	91,67 €	107,57 €	131,20 €	101,98 €	103,72 €	115,20 €
Maximum	2.684,25 €	3.829,02 €	30.122,61 €	9.399,86 €	16.762,21 €	12.256,99 €

Tabelle 431: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	390	390	390	389	389	389
N mit Fall	47	39	44	58	41	38
Mittelwert	85,87 €	82,99 €	64,84 €	101,87 €	85,26 €	73,14 €
Standardabweichung	371,35 €	392,61 €	301,87 €	395,23 €	365,80 €	347,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.174,38 €	3.636,78 €	2.439,42 €	3.550,10 €	3.274,30 €	3.222,55 €

14.5.8 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 432: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	247	247	246	238	255	257	252	246
Mittelwert	751,84 €	794,30 €	1.122,11 €	841,64 €	1.014,54 €	990,05 €	1.094,43 €	1.121,39 €
Standardabweichung	1.042,77 €	1.391,91 €	2.909,47 €	1.451,80 €	2.210,44 €	1.980,55 €	2.613,04 €	2.939,79 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	161 €	134 €	131 €	148 €	143 €	167 €	145 €	141 €
Median	345 €	328 €	311 €	368 €	323 €	354 €	340 €	360 €
75%-Perzentil	740 €	690 €	764 €	701 €	912 €	899 €	1.099 €	882 €
Maximum	5.458 €	13.409 €	35.460 €	11.428 €	24.477 €	17.488 €	34.334 €	37.598 €

Tabelle 433: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	136	139	136	130	136	135	131	132
Mittelwert	761,21 €	1.051,93 €	1.253,64 €	1.065,37 €	1.247,77 €	1.205,08 €	1.548,51 €	3.119,54 €
Standardabweichung	1.168 €	3.484 €	3.984 €	2.676 €	3.169 €	3.446 €	4.080 €	24.926 €
Minimum	0 €	1 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	158 €	146 €	145 €	89 €	164 €	166 €	125 €	136 €
Median	321 €	283 €	362 €	292 €	399 €	344 €	288 €	360 €
75%-Perzentil	930 €	780 €	813 €	770 €	1.062 €	1.056 €	1.279 €	640 €
Maximum	9.989 €	35.979 €	38.375 €	24.385 €	31.366 €	37.626 €	32.230 €	290.007 €

Tabelle 434: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	37	29	26	30	40	33	36	27
Mittelwert	299,01 €	319,12 €	410,46 €	312,90 €	489,98 €	338,79 €	391,59 €	368,25 €
Standardabweichung	836,05 €	1.202,11 €	1.512,85 €	1.064,72 €	1.790,62 €	1.239,45 €	1.526,23 €	1.367,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.250 €	12.890 €	10.907 €	10.599 €	20.069 €	11.473 €	18.558 €	12.556 €

Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	19	16	16	10	19	16	22	9
Mittelwert	234,33 €	525,31 €	522,25 €	194,47 €	356,82 €	262,57 €	528,05 €	128,93 €
Standardabweichung	851,94 €	3.306,13 €	2.585,48 €	770,66 €	1.078,72 €	890,44 €	1.552,95 €	673,24 €
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	7.485 €	35.154 €	22.990 €	5.358 €	6.193 €	5.568 €	11.485 €	6.604 €

Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	0	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
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 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 437: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	0	0	0	0	0	0	0	<10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4,01 €
Standardabweichung	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	549 €

Tabelle 438: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	25	33	35	31	20	32	36	27
Mittelwert	40,64 €	75,07 €	145,90 €	119,10 €	37,52 €	147,83 €	153,60 €	139,12 €
Standardabweichung	246,56 €	285,93 €	618,76 €	545,98 €	223,29 €	624,33 €	640,89 €	595,80 €
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	2.767 €	2.247 €	4.587 €	5.346 €	2.537 €	4.968 €	5.488 €	4.278 €

Tabelle 439: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	13	15	20	19	<10	25	20	16
Mittelwert	45,41 €	62,90 €	134,18 €	239,43 €	28,41 €	182,21 €	196,27 €	151,14 €
Standardabweichung	237,27 €	314,37 €	503,78 €	897,11 €	197,50 €	597,42 €	755,21 €	680,76 €
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	2.177 €	2.975 €	3.418 €	5.546 €	2.125 €	3.984 €	6.236 €	5.886 €

Tabelle 440: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	247	242	244	234	255	257	250	242
Mittelwert	254,39 €	239,85 €	264,58 €	252,32 €	273,73 €	251,93 €	277,41 €	281,12 €
Standardabweichung	200,60 €	206,08 €	285,10 €	230,10 €	250,96 €	198,80 €	285,43 €	280,74 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	117 €	98 €	88 €	104 €	104 €	119 €	99 €	105 €
Median	222 €	190 €	190 €	194 €	202 €	203 €	183 €	196 €
75%-Perzentil	340 €	317 €	335 €	342 €	353 €	323 €	344 €	395 €
Maximum	1.283 €	1.271 €	1.859 €	1.843 €	1.614 €	1.617 €	2.219 €	2.297 €

Tabelle 441: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	136	137	135	130	135	134	130	132
Mittelwert	256,04 €	258,54 €	279,12 €	240,10 €	283,86 €	264,27 €	244,41 €	249,90 €
Standardabweichung	180,00 €	234,79 €	303,10 €	252,61 €	225,74 €	243,23 €	234,78 €	287,59 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	112 €	114 €	96 €	64 €	130 €	109 €	89 €	71 €
Median	217 €	180 €	200 €	171 €	226 €	191 €	165 €	174 €
75%-Perzentil	352 €	362 €	332 €	317 €	411 €	354 €	329 €	310 €
Maximum	855 €	1.685 €	1.915 €	1.560 €	1.240 €	1.692 €	1.407 €	1.821 €

Tabelle 442: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	181	198	192	188	198	205	201	194
Mittelwert	88,67 €	88,29 €	241,07 €	118,93 €	145,43 €	183,86 €	205,98 €	284,49 €
Standardabweichung	237,27 €	222,42 €	1.962,31 €	422,09 €	650,43 €	1.086,75 €	1.059,56 €	1.656,26 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	12 €	6 €	0 €	3 €	12 €	12 €	4 €
Median	30 €	37 €	37 €	55 €	33 €	41 €	34 €	54 €
75%-Perzentil	87 €	102 €	109 €	138 €	102 €	108 €	116 €	141 €
Maximum	2.492 €	2.983 €	30.123 €	6.429 €	9.400 €	16.762 €	12.257 €	21.897 €

Tabelle 443: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	102	102	97	92	105	101	101	109
Mittelwert	143,34 €	118,97 €	256,14 €	355,99 €	403,80 €	365,45 €	492,45 €	2.525,14 €
Standardabweichung	329 €	288 €	1.633 €	2.216 €	2.525 €	2.614 €	2.943 €	24.779 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	3 €	0 €	0 €	13 €
Median	30 €	26 €	33 €	34 €	40 €	39 €	40 €	68 €
75%-Perzentil	88 €	82 €	113 €	133 €	107 €	110 €	141 €	163 €
Maximum	1.884 €	2.070 €	19.125 €	22.670 €	27.693 €	29.674 €	25.328 €	288.280 €

Tabelle 444: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	252	252	252	252	258	258	258	258
N mit Fall	24	26	27	18	34	22	19	27
Mittelwert	69,13 €	71,98 €	60,10 €	38,38 €	67,88 €	67,64 €	65,84 €	48,42 €
Standardabweichung	327,76 €	368,71 €	291,23 €	186,36 €	291,07 €	340,08 €	354,84 €	205,37 €
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	2.662 €	3.637 €	2.439 €	1.858 €	2.553 €	3.274 €	3.223 €	1.596 €

Tabelle 445: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder- und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	139	139	139	139	137	137	137	137
N mit Fall	16	14	12	18	22	18	<10	<10
Mittelwert	82,09 €	86,21 €	61,95 €	35,38 €	174,87 €	130,58 €	87,33 €	60,43 €
Standardabweichung	345,35 €	397,12 €	320,86 €	159,51 €	602,68 €	616,87 €	512,09 €	466,69 €
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 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.369 €	2.890 €	2.439 €	1.640 €	4.223 €	5.902 €	5.328 €	5.311 €