

Zwischenbericht

LVR-Klinik Bonn

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 31.05.2022

Autoren:

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: Dipl.-Soz. Katrin Arnold¹, Franziska Claus, M.Sc.², Dipl.-Math. Nils Kossack², Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.¹, Prof. Dr. Stefanie March^{3,4}, Dr. rer. medic. Thomas Petzold¹, Dr. Olaf Schoffer¹, Dipl.-Volksw. 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.....	27
2. Hintergrund	40
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	40
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	40
5. Methoden	40
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	41
6.1 Patientenmatching	42
7. Darstellung Modellvorhaben LVR-Klinik Bonn	48
8. Ergebnisse: Effektivität	49
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	50
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter	66
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer	68
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	98
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	127
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem	173
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping.....	175
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten.....	186
8.2.7 Wiederaufnahmeraten.....	198
8.2.8 Komorbidität	203
8.2.9 Mortalität	207
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung.....	215
8.2.11 Leitlinienadhärenz	231
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	240
9.1 Patientenmix	240
9.2 Leistungserbringung.....	248
10. Ergebnisse: Kosten.....	260
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten	260
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	272
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	283
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	294

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 305	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	314
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung.....	325
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung	336
11.	Ergebnisse: Effizienz	346
12.	Diskussion	350
12.1	Hauptergebnisse	350
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich).....	359
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	362
13.	Literatur	364
14.	Anhang.....	365
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	365
14.2	Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	405
14.3	Ergebnisse Modellierung.....	436
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr	508
14.5	Ergebnisse Kosten	509
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	510
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ...	520
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	525
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	537
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)	547
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 549	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 551	

Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Outcome beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

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

Peak beschreibt ein spitzes Maximum im Verlauf einer Kurve.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 72

Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 80

Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 87

Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 95

Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 102

Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 109

Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 116

Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 124

Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 140

Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 151

Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 160

Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 169

Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 173

Abbildung 14: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 174

Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 178

Abbildung 16: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene 180

Abbildung 17: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 183

Abbildung 18: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche 184

Abbildung 19: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 189

Abbildung 20: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 195

Abbildung 21: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 198

Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 200

Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 202

Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	204
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene	206
Abbildung 26: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	208
Abbildung 27: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene	209
Abbildung 28: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr –Kinder und Jugendliche	212
Abbildung 29: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche	213
Abbildung 30: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	218
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene	222
Abbildung 32: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche	226
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	229
Abbildung 34: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	231
Abbildung 35: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene	237
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	241
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	242
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	243
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	245
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	246
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	247
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	261
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	262
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	264
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	267
Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	268
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	270
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	273
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	274

Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	276
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	278
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	279
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	281
Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	284
Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	285
Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	287
Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	289
Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	290
Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	292
Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	295
Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	296
Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	298
Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	300
Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	301
Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	303
Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	306
Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	307
Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	308

Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	310
Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	311
Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	312
Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	315
Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	316
Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	318
Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	320
Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	321
Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	323
Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	326
Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	327
Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	329
Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	331
Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	332
Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	334
Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	337
Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	338
Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	340
Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	342

Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	343
Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	344
Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	347
Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	349
Abbildung 92: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	405
Abbildung 93: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche	409
Abbildung 94: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	411
Abbildung 95: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	414
Abbildung 96: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	416
Abbildung 97: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	419
Abbildung 98: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	422
Abbildung 99: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	424
Abbildung 100: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	424
Abbildung 101: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	425
Abbildung 102: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	427
Abbildung 103: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	428
Abbildung 104: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	429
Abbildung 105: Grafische Darstellung für Mortalität - Erwachsene	430
Abbildung 106: Grafische Darstellung für Mortalität - Kinder und Jugendliche	430
Abbildung 107: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	431
Abbildung 108: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	432
Abbildung 109: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	433
Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting	547
Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting	548

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching..... 43

Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Erwachsene..... 43

Tabelle 3: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Kinder und Jugendliche..... 44

Tabelle 4: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching- Erwachsene..... 45

Tabelle 5: Versichertenzahlen vor und nach Matching..... 46

Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching - Kinder und Jugendliche..... 47

Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle - Erwachsene 50

Tabelle 8: Übersicht Diagnosen Referenzfälle – Kinder und Jugendliche 52

Tabelle 9: Übersicht Charakteristika Referenzfälle - Erwachsene..... 54

Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle – Kinder und Jugendliche..... 60

Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 69

Tabelle 12: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene 79

Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 84

Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 94

Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 99

Tabelle 16: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .. 108

Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 113

Tabelle 18: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 123

Tabelle 19: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 128

Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 146

Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 154

Tabelle 22: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 167

Tabelle 23: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr -Erwachsene..... 173

Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene 174

Tabelle 25: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- Erwachsene 176

Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 179

Tabelle 27: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 181

Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche 184

Tabelle 29: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 187

Tabelle 30: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 194

Tabelle 31: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 198

Tabelle 32: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Erwachsene 199

Tabelle 33: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche	201
Tabelle 34: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	203
Tabelle 35: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene	205
Tabelle 36: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	207
Tabelle 37: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene	209
Tabelle 38: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche ...	211
Tabelle 39: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	213
Tabelle 40: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	216
Tabelle 41: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene	221
Tabelle 42: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche	224
Tabelle 43: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Kinder und Jugendliche	229
Tabelle 44: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene	232
Tabelle 45: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene	233
Tabelle 46: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ...	234
Tabelle 47: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	236
Tabelle 48: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	241
Tabelle 49: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	242
Tabelle 50: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	243
Tabelle 51: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	245
Tabelle 52: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	246
Tabelle 53: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	247
Tabelle 54: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	249
Tabelle 55: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	250
Tabelle 56: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	251
Tabelle 57: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	251
Tabelle 58: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	252
Tabelle 59: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	252
Tabelle 60: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	253

Tabelle 61: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 253

Tabelle 62: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)..... 254

Tabelle 63: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 255

Tabelle 64: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 256

Tabelle 65: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 256

Tabelle 66: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 257

Tabelle 67: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 257

Tabelle 68: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 258

Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 258

Tabelle 70: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 261

Tabelle 71: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 262

Tabelle 72: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 264

Tabelle 73: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 266

Tabelle 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 267

Tabelle 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 268

Tabelle 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 270

Tabelle 77: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 271

Tabelle 78: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 273

Tabelle 79: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 274

Tabelle 80: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 276

Tabelle 81: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	278
Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	279
Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	281
Tabelle 84: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	284
Tabelle 85: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	284
Tabelle 86: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	287
Tabelle 87: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	289
Tabelle 88: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	290
Tabelle 89: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	292
Tabelle 90: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	295
Tabelle 91: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	296
Tabelle 92: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	298
Tabelle 93: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	300
Tabelle 94: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	301
Tabelle 95: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	303
Tabelle 96: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	306
Tabelle 97: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	307
Tabelle 98: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	308
Tabelle 99: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	310
Tabelle 100: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	311

Tabelle 101: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	312
Tabelle 102: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	315
Tabelle 103: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	316
Tabelle 104: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	318
Tabelle 105: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	320
Tabelle 106: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	321
Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	323
Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	326
Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	327
Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	329
Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	331
Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	332
Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	334
Tabelle 114: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	337
Tabelle 115: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	338
Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	340
Tabelle 117: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	342
Tabelle 118: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	343
Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	344
Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	347
Tabelle 121: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr	347

Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	349
Tabelle 123: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	365
Tabelle 124: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	367
Tabelle 125: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .	369
Tabelle 126: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	371
Tabelle 127: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	373
Tabelle 128: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	381
Tabelle 129: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	384
Tabelle 130: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	390
Tabelle 131: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	391
Tabelle 132: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	392
Tabelle 133: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	394
Tabelle 134: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	396
Tabelle 135: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	397
Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	399
Tabelle 137: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	400
Tabelle 138: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	401
Tabelle 139: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	402
Tabelle 140: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	403
Tabelle 141: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	437
Tabelle 142: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	439
Tabelle 143: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene	441
Tabelle 144: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene	443
Tabelle 145: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	445
Tabelle 146: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	446
Tabelle 147: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche	447
Tabelle 148: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	448
Tabelle 149: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	450

Tabelle 150: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	452
Tabelle 151: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene	454
Tabelle 152: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	456
Tabelle 153: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	457
Tabelle 154: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche	458
Tabelle 155: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	459
Tabelle 156: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	461
Tabelle 157: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene	463
Tabelle 158: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	465
Tabelle 159: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	466
Tabelle 160: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche	467
Tabelle 161: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	468
Tabelle 162: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	469
Tabelle 163: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene	470
Tabelle 164: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	471
Tabelle 165: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	472
Tabelle 166: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene	473
Tabelle 167: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	474
Tabelle 168: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	475
Tabelle 169: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche	476
Tabelle 170: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	477
Tabelle 171: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	478
Tabelle 172: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene	479
Tabelle 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene	480

Tabelle 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	482
Tabelle 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	483
Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene	484
Tabelle 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	485
Tabelle 178: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	486
Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche	487
Tabelle 180: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	488
Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	490
Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene	492
Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	494
Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	495
Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene	496
Tabelle 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	497
Tabelle 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	498
Tabelle 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche	499
Tabelle 189: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	500
Tabelle 190: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	501
Tabelle 191: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene	502
Tabelle 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	503
Tabelle 193: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche	504
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche	505
Tabelle 195: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene	506
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene	507
Tabelle 197: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)	508
Tabelle 198: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	510

Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 510

Tabelle 200: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 510

Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 511

Tabelle 202: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 511

Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 511

Tabelle 204: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 511

Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 512

Tabelle 206: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 512

Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 512

Tabelle 208: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 513

Tabelle 209: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 513

Tabelle 210: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 513

Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 514

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 514

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 514

Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 515

Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 515

Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 515

Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 516

Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 516

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 516

Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 517

Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 517

Tabelle 222: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 517

Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	518
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	518
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	518
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	520
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	520
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	520
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	520
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	521
Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	521
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	521
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	522
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	522
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	522
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	523
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	523
Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	523
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	523
Tabelle 240: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	526
Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	526
Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	526
Tabelle 243: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	526
Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	527
Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	527
Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	527

Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	528
Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	528
Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	528
Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	528
Tabelle 251: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	529
Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	529
Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	529
Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	530
Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	530
Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	531
Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	531
Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	531
Tabelle 259: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	531
Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	532
Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	532
Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	532
Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	533
Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	533
Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	533
Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	534
Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	534
Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	534
Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	535
Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	535

Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	535
Tabelle 272: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	537
Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	537
Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	537
Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	538
Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	538
Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	538
Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	538
Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	539
Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	539
Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	539
Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	540
Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	540
Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	540
Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	541
Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	541
Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	541
Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	542
Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	542
Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	542
Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	543
Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	543
Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	543
Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	544

Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	544
Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	544
Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	545
Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	545
Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	545
Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	547
Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	548
Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr.....	549
Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	549
Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	549
Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	549
Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr.....	550
Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	550
Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	550
Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	550
Tabelle 310: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	551
Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr	551
Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	551

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-effektiveren Verwendung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten erreicht werden.

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach § 64b SGB V der 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 erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten der 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 drei Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet (bzw. bis zu zwei Jahre bei dem Zielkriterium Wiederaufnahmerate). Längere Beobachtungszeiten sind für den später folgenden Abschlussbericht vorgesehen.

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

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

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

Analyse

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

lyse der Outcomes gliederte sich im Wesentlichen auf die deskriptive Langzeitbetrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr über die ersten drei Modelljahre sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.

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

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

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

Ergebnisse

Die Studienpopulation für die LVR-Klinik Bonn für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 3.577 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und 395 Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung zwischen beiden Gruppen waren jeweils vergleichbar.

Effektivität

Erwachsene

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 68 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG um 3,0 vollstationäre Behandlungstage höher als in der KG ausfiel. Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigeren Niveau in beiden Gruppen. Dieser Unterschied im ersten patientenindividuellen Jahr (bzw. im ersten Jahr nach Referenzfall) war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant. Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (mit überwiegend klinikneuen Patienten) zeigte sich in der Modellklinik eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Dieser Unterschied war sogar für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr etwas größer als für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr. Bei den *teilstationären Behandlungstagen* ist bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten und dritten Modelljahr jeweils ein stärkerer Anstieg teilstationärer Behandlungstage, analog dem der vollstationären Behandlungstage, zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Auch der Anstieg des *Anteils* an klinikneuen Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG größer als in der KG. Dies war sowohl für die Patienten mit Referenzfall im ersten als auch für die mit Referenzfall im dritten Modelljahr ersichtlich. Dieser Unterschied war jedoch nur für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (siehe Anhang) statistisch signifikant (Seite 69 ff.).

Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* und einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG größer als in der KG. Dieser Unterschied verringerte sich vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach und stabilisierte sich auf diesem geringeren Unterschied, welcher dennoch in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung war. Die stärkere Abnahme vollstationärer Behandlungstage zum Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik war in der Betrachtung mit nur einem Jahr Nachbeobachtung statistisch signifikant. Das Muster der Dauer *teilstationärer Behandlungsdauer*

war hier zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den *Anteilen* an klinikbekannten Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnose lässt sich keine eindeutige Tendenz ableiten (Seite 69 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigte sich bei den klinikneuen Patienten der IG im Vergleich zur KG im ersten Jahr nach Referenzfall ein stets größerer Peak (Vergleich Jahr vor Referenzfall mit Jahr danach). Dieser war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung um 15,3 AU-Tage, mit einjähriger Nachbeobachtung um 14,6 Tage und für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (alle Patienten) um 8,8 AU-Tage jeweils größer (die letzten beiden Unterschiede wurden inferenzstatistisch getestet und wiesen statistische Signifikanz auf) (Seite 187 ff.). Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl an AU-Tagen in der Modellklinik stets größer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied nahm ab Referenzfall weiter zu (prä: +3,6; 1. Jahr: +9,9; 2. Jahr: +6,1; 3. Jahr: +13,3 AU-Tage), so dass der größere Anstieg zum Jahr nach Referenzfall bei der Betrachtung mit einem Jahr Nachbeobachtung (siehe Anhang) statistisch signifikant war (Seite 187 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 98 ff.) klinikneuer Patienten bei der Betrachtung der ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose stets eine höhere Anzahl an PIA-Kontakten in der Modellklinik (+0,8 PIA-Kontakte zum ersten Jahr nach Referenzfall). Dieser Unterschied war bei der Betrachtung mit einem Jahr Nachbeobachtung statistisch signifikant (siehe Anhang). Auch bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anstieg der Anzahl an PIA-Kontakten in der IG mit 3,8 PIA-Kontakte mehr statistisch signifikant stärker, und vergrößerte sich somit über die Modelllaufzeit. Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war bei den klinikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier stets über der Anzahl der Kontakte der KG. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war die stärkere Zunahme der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es diese Unterschiede jedoch nicht mehr. Die Inanspruchnahme war jedoch sowohl im Prä-Zeitraum als auch im Jahr nach Referenzfall in der IG um etwas mehr als ein Kontakt größer als in der KG. Dies weist daraufhin, dass die Patienten der Modellklinik bereits vor erster Behandlung in der Modellklinik und auch danach einen entsprechenden Vertragsarzt aufgesucht hatten (Seite 99 ff.). Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen den Gruppen vergleichbare Verläufe mit stets etwas höherer PIA-Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG. Der Unterschied vergrößerte sich zum Jahr nach Referenzfall. Diese Zunahme war für die Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einem Jahr Nachbeobachtung statistisch signifikant. Die ambulante Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war jedoch, im Gegensatz zu den klinikneuen Patienten, für die klinikbekannten erwachsenen Patienten in der IG stets geringer als in der KG. Die stärkere Abnahme vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant (Seite 99 ff.).

Bei dem Zielparameter *Behandlungskontinuität* (Seite 127 ff.) zum psychiatrischen Sektor stieg die Kontinuität der Behandlung für die linikneuen Patienten im Vergleich vom Jahr vor Referenzfall (prä) zum Jahr nach Referenzfall in der IG stets stärker als in der KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum. Dieser Unterschied war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Die restlichen Jahre waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich stets ein numerisch größerer Anstieg der Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten ergaben sich im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen bezüglich der Kontinuität der Behandlung – abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streubereichs. Dabei war zudem jeweils auch kein deutlicher Unterschied zwischen IG und KG festzustellen.

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 198 ff.) für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt in der IG statistisch signifikant höher als in der KG. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war wiederum in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG. Dies bedeutet, dass Patienten der IG (mit Referenzfall im dritten Modelljahr) zum einen häufiger und zum anderen schneller wieder vollstationär behandelt wurden als Patienten der KG. Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (siehe Anhang) gab es hier jedoch (noch) keine statistisch signifikanten Unterschiede; während bei den linikbekannten Patienten dieser Betrachtung eine statistisch signifikante größere Dauer der Tage zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung zu verzeichnen war.

Bezüglich der *Mortalität* (Seite 207 ff.) waren die Gruppen bei den linikneuen Patienten vergleichbar (auch alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr). Bei den linikbekannten Patienten waren die Anteile an Verstorbenen in der IG stets leicht höher als in der KG. Die Unterschiede in der 1-Jahres Mortalität waren für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant.

Die Parameter *Arzt- und Krankenhausopping* (Seite 175 ff.), *Komorbidität* (Seite 203 ff.), *Progressionsrate* (Seite 215 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 231 ff.) zeigten keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

Kinder und Jugendliche

Die linikneuen Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr wiesen in der IG, analog zur Erwachsenenpsychiatrie, ein zwischen beiden Gruppen vergleichbares Muster, jedoch im bzw. zum ersten Jahr nach Referenzfall eine größere Anzahl bzw. ein größerer Anstieg der Anzahl an *vollstationären Behandlungstagen* im Vergleich zur KG auf. Dieser stärkere Anstieg (für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr um 14,5 und im dritten Modelljahr um 7,5 vollstationäre Tage, jeweils für Patienten mit einem Jahr Nachbeobachtung) war statistisch signifikant. Auch bei den linikbekannten Patienten war der in der IG um ca. 3 vollstationäre Tage stärkere Anstieg statistisch signifikant im Vergleich zur KG (bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, siehe Anhang). Auch hier zeigte sich das Muster, dass die Anzahl vollstationärer

Tage im Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall, entgegen der Hypothese, stärker stieg als in der Regelversorgung. Jedoch ist in den Daten auch ersichtlich, dass die Anzahl vollstationärer Tage im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG deutlich unter den Wert der KG fiel und sich der Wert im dritten Jahr nach Referenzfall auf einem zwischen IG und KG vergleichbaren Wert einpegelte.

Das Muster der Dauer *teilstationärer* Aufenthalte war bei den linikneuen Patienten ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr (also Veränderung vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach) in der IG um ca. 2,5 teilstationäre Tage geringer als in der KG. Im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall wies jedoch die IG mehr teilstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anstieg im ersten Jahr nach Referenzfall zwischen beiden Gruppen parallel. Der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war bei den linikbekannten Patienten der IG um 17,5 teilstationären Tagen größer als in der KG. Im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl der teilstationären Behandlungstage zwischen beiden Gruppen weitgehend vergleichbar. Während demnach die teilstationären Tage klinikneuer junger Patienten im Modellvorhaben zunächst (im ersten Modelljahr) noch geringer waren, glichen sich diese im Verlauf (im dritten Modelljahr) auf einem zur Regelversorgung vergleichbaren Niveau an.

Bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme bei den linikneuen Patienten der KJP zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und danach Absinken der PIA-Inanspruchnahme. Dabei war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG geringer als in der KG und ansonsten weitgehend vergleichbar. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr und einem Jahr Nachbeobachtung war der geringere Anstieg der PIA-Kontakte zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG statistisch signifikant. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war jedoch ein statistisch signifikant stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ersichtlich. Auch bei den linikbekannten Patienten waren die PIA-Kontakte in der IG stets etwas geringer als in der KG. Ein kleiner Peak im ersten Jahr nach Referenzfall war auch hier ersichtlich. Die Verläufe zwischen IG und KG waren jedoch vergleichbar.

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war für linikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zwischen IG und KG mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall vergleichbar. Dabei lag die IG im Durchschnitt über alle Patienten ab Referenzfall ca. 5 Kontakte über dem Niveau der KG. Auch war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG. Dieser Unterschied war bei der Betrachtung mit einem Jahr Nachbeobachtung statistisch signifikant. Auch war der um ca. 3,4 Kontakte stärkere Anstieg der Kontakte zu einem der genannten Vertragsärzte für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr statistisch signifikant.

Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich bei der Betrachtung der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, analog zu den klinikneuen jungen Patienten, eine größere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG. Da dieser Unterschied zu einem geringen Anteil bereits im Jahr vor Referenzfall vorlag, ergaben sich im Vergleich zum Jahr vor mit dem Jahr nach Referenzfall kein statistisch signifikanter

Unterschied (Betrachtung mit nur einem Jahr Nachbeobachtung, siehe Anhang). Jedoch vergrößerte sich dieser Unterschied im Zeitverlauf weiter.

Die Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter waren weitgehend vergleichbar (Hopping, Mortalität) bzw. die Fallzahlen für valide Aussagen zu gering (Behandlungskontinuität, Wiederaufnahme, Erkrankungsprogression).

Kosten

Erwachsene

Während sich im Prä-Zeitraum bei den linikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 1.530,01 € je Patient signifikant höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die unterschiedlich hohen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 1.123,32 € teurer als die KG, wobei in der IG mehr Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 841 von 1.514; KG: 769 von 1.514). Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je Patient ebenfalls um 328,73 € signifikant teurer, wobei auch hier mehr Patienten der IG einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 331; KG: 211). Die Kosten der PIA-Versorgung in der IG lagen in den Nachbeobachtungsperioden durchweg unter denen der KG, wenn auch nicht signifikant.

Die IG der linikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten signifikant teurer als die KG. Im ersten Jahr waren die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 1.812 € höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die höheren Kosten vollstationärer Behandlung zurückzuführen: Hier war die IG um 1.639,31 € je Patient teurer als die KG, wobei in der IG 277 von 515 Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten, während dies auf 261 von 519 Patienten der KG zutraf. Bzgl. durchschnittlicher teilstationärer Versorgungskosten war die IG vergleichbar teuer wie die KG.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 2.669,61 € signifikant teureren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich teureren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 2.233,94 € signifikant teurer als die KG. Während 1.113 von 1.498 Patienten der IG einen tagesklinischen Aufenthalt hatten, traf dies in der KG nur auf 1.059 von ebenfalls 1.498 Patienten zu. Dadurch entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten der tagesklinischen Behandlung in der IG um 244,55 € teurer ($p < 0,001$).

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung lagen in der IG sowohl bei den klinikneuen und -bekannten Patienten des ersten Modelljahres als auch bei den Patienten, die im dritten Modelljahr eingeschlossen wurden, in der IG durchweg über denen der KG.

Kinder und Jugendliche

Während sich im Prä-Zeitraum bei den linikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 5.867 € je Patient signifikant höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die unterschiedlich hohen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 6.418 € teurer als die KG, wobei in der IG mehr Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 86 von 119; KG: 63 von 119). Bei den teilstationären Kosten waren keine Unterschiede zwischen IG und KG ersichtlich. Die Kosten der PIA-Versorgung in der IG lagen insbesondere im ersten Nachbeobachtungsjahr unter denen der KG. Sie betragen in der IG 200,80 € je Patient und in der KG 482,29 € je Patient, wobei von den 119 Personen je Gruppe in der IG 56 und in der KG 90 Versicherte mindestens einen PIA-Fall aufwiesen.

Die IG der linikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten genau so teuer wie die KG (5.889€ vs. 5.829 € je Versicherten), im ersten Nachbeobachtungsjahr insignifikant teurer als die KG (16.957 € vs. 12.515 €) und im zweiten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger (1.604 € vs. 5.350 €). Diese Kostenunterschiede waren u.a. auf die höheren Kosten teilstationärer Behandlung im ersten Jahr zurückzuführen: Hier war die IG um 3527 € je Patient teurer als die KG, wobei in der IG 35 von 83 Patienten einen teilstationären Aufenthalt hatten, während dies auf 14 von 77 Patienten der KG zutraf. Der Unterschied im zweiten Jahr ist auf die deutlich geringeren Kosten in der IG für vollstationäre Versorgung zurückzuführen (753 € vs. 4.686 €).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 4.894,15 € signifikant teureren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich teureren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 4.527,33 € signifikant teurer als die KG.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung lagen in der IG sowohl bei den klinikneuen und -bekannten Patienten des ersten Modelljahres auf vergleichbarem Niveau wie die Kosten der KG. Bei den Patienten, die im dritten Modelljahr eingeschlossen wurden, entwickelte sich die IG mit einem um 82,45 € stärkeren Anstieg teurer als die KG.

Kosten-Effektivität

Erwachsene

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 2.669,61 € je Patient signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig fielen in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 4,1 vollstationäre Tage

Krankenhausaufenthalt zusätzlich an. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 645,22 €. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag fielen zusätzlich 645,22 € an psychiatrischen Versorgungskosten an.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 2.446,63 € je Patient signifikant teurer. Gleichzeitig fielen in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 8,8 Arbeitsunfähigkeitstage zusätzlich an. Hier ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 278,77 €. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag fielen zusätzlich 278,77 € psychiatrische Versorgungskosten an. Da in beiden Effizienz-Varianten sowohl stationäre bzw. AU-Tage hinzukamen und gleichzeitig höhere Kosten anfielen, kann nicht von einer kosteneffektiven Verwendung von knappen medizinischen Ressourcen ausgegangen werden.

Kinder und Jugendliche

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 4.894,15 € je Patient signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig fielen in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 7,5 zusätzliche vollstationäre Tage an. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 649,12 €. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag wurden 649,12 € an psychiatrischen Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Da in beiden Effizienz-Varianten sowohl stationäre Tage hinzukamen und gleichzeitig zusätzliche Kosten anfielen, kann nicht von einer kosteneffektiven Verwendung der finanziellen Ressourcen ausgegangen werden.

Diskussion

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

In diesem Bericht lassen sich vier Haupterkennnisse bezüglich der Effektivität herausstellen: 1) Sowohl bei den vollstationären Behandlungstagen und stationären Anteilen als auch bei den AU-Tagen lassen sich keine Modelleffekte hin zu einer Verringerung erkennen. In den Parametern ist hingegen eine Zunahme ersichtlich. Dies trifft für die vollstationären Behandlungstage auch für die KJP zu. Mögliche Veränderungen über die Modelllaufzeit werden im Abschlussbericht genauer untersucht. 2) Eine Stär-

kung der teilstationären Behandlungsdauer (bei den klinikneuen Patienten) und der PIA im Modellvorhaben ist in der Erwachsenenpsychiatrie ersichtlich. In der KJP zeichnet sich hier eine Veränderung über die Zeit hin zu einer Stärkung teilstationärer Inanspruchnahme und PIA-Kontakte ab. Auch dies wird im Abschlussbericht näher untersucht werden. 3) Eine Stärkung der Behandlungskontinuität bei den klinikneuen Patienten der Erwachsenenpsychiatrie ist jedoch ersichtlich. 4) Die klinikneuen Patienten im Modellvorhaben der Erwachsenenpsychiatrie wurden schneller und häufiger vollstationär wiederaufgenommen. Bei den klinikbekannten Patienten wurden diese jedoch weniger schnell wiederaufgenommen.

Der Peak bezüglich der vollstationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr eine durchschnittlich längere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war bzw. der Anstieg zum ersten patientenindividuellen Jahr größer war, ist der angenommene Modelleffekt bei den vollstationären Behandlungstagen (noch) nicht ersichtlich. Dies trifft sowohl auf die Patienten mit Referenzfall im ersten, als auch auf diese mit Referenzfall im dritten Modelljahr zu.

Diese größere Anzahl an AU-Tage bei den erwachsenen Patienten im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der längeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von vollstationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit ist auch, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, ein der Hypothese entgegengesetzter Verlauf bezüglich der Anzahl an AU-Tagen zu verzeichnen. Jedoch war bei der Dauer an AU-Tagen eine Verringerung über die Modelllaufzeit (Referenzfall im ersten vs. im dritten Modelljahr) ersichtlich, wobei die Patienten der Modellklinik weiterhin statistisch signifikant mehr AU-Tage aufwiesen. Die Anzahl an AU-Episoden war zwischen IG und KG vergleichbar. Für diesen Parameter muss einschränkend erwähnt werden, dass die AU von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann.

Die oben aufgeführten Ergebnisse geben Hinweise auf eine stärkere Einbindung der PIA in der Versorgung klinikneuer und klinikbekannter Patienten in der Modellklinik. In der KJP ist diese Entwicklung zunächst weiter zu beobachten. Dort war zunächst eine geringere PIA-Inanspruchnahme ersichtlich. Während sich diese über die Modelllaufzeit zu einer stärkeren Inanspruchnahme entwickelte. Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass mit Hilfe der vorliegenden GKV - Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität dieser Kontakte sowie deren Vollständigkeit kann aufgrund der vorhandenen Datenbasis keine Aussage getroffen werden.

Einschränkend ist sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche anzumerken, dass die Sekundärdaten der Krankenkassen nur bedingt geeignet sind, um Schwere oder Verlauf von psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Insbesondere ermöglichen die ausgewählten Outcomes nur zu einem gewissen Grad die Qualität der Versorgung von psychisch Erkrankten zu untersuchen und geeignetere Instrumente zur Darstellung von bspw. Lebensqualität, Symptombelastung oder Recovery

waren mit den verfügbaren Daten nicht einsetzbar. Daher wurde unter anderem das ergänzende Projekt PsychCare umgesetzt, um mit weiteren Datenquellen, besonders Primärerhebung mittels Fragebogen und Befragungen, ein umfassenderes Bild zu erlangen.

Weitere Entwicklungen im Modellvorhaben werden im Abschlussbericht genauer betrachtet.

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten für die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren deutlich höher als in der KG, was wiederum auf höhere voll- und teilstationäre Kosten zurückzuführen war. Entsprechend können die Hypothesen der geringeren voll- und teilstationären Kosten nicht bestätigt werden. Ebenso kann die Hypothese der insgesamt geringeren Kosten nicht bestätigt werden.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten klinikbekannter Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren deutlich höher als in der KG. Dies war ebenfalls auf die höheren durchschnittlichen Kosten der vollstationären Behandlung zurückzuführen. Insgesamt kann also auch hier die Hypothese, dass vollstationäre Kosten gesenkt und damit die Gesamtkosten sinken, nicht bestätigt werden.

Gleichermaßen entwickelten sich die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr in der IG ebenfalls deutlich höher als in der KG, was ebenfalls auf die deutlich höheren Kosten vollstationärer Behandlung zurückzuführen war. Auch hier kann die Hypothese der geringeren vollstationären Kosten, durch welche auch die Gesamtkosten sinken, nicht bestätigt werden.

Die Aussagen gelten dabei sowohl für die Erwachsenenpsychiatrie als auch die KJP.

Methodische Stärken und Limitationen

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

Vor dem Hintergrund der derzeit großen Dynamik der psychiatrischen Versorgung kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der Ergebnisqualität. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht

berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsausschuss des G-BA (Innovationsfonds) geförderte Projekt PsychCare (Beginn 1.7.2017) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Modelleffekte der primären Outcomeparameter sind (noch) nicht ersichtlich. Eine Stärkung des teilstationären Behandlungsbereichs und der PIA bzw. ein Trend dahin ist erkennbar. Die weiteren Auswertungen im Abschlussbericht sind für ein Fazit abzuwarten.

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

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

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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

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

- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse.

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- BKK Mobil Oil
- Knappschaft
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016, Fusion mit der landesunmittelbaren BKK Achenbach Buschhütten, Kreuztal zum 01.01.2021).

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

6.1 Patientenmatching

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

Insgesamt kamen 5.875 Individuen der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 5.875 Patienten verfügten über 5.259 Patienten (89,5 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 5.259 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 5.167 Patienten (98,3 %) 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 2).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 4). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannten Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergeben.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Anteil vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Fälle im Prä-Zeitraum.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	2.379	13.755	2.129 (89,5%)	12.200 (88,7%)	2.079 (87,4% ; 97,7%)	2.079 (15,1% ; 17,0%)
	Kohorte 2	1.803	11.114	1.615 (89,6%)	9.849 (88,6%)	1.590 (88,2% ; 98,5%)	1.590 (14,3% ; 16,1%)
	Kohorte 3	1.693	10.430	1.515 (89,5%)	9.319 (89,3%)	1.498 (88,5% ; 98,9%)	1.498 (14,4% ; 16,1%)
	Gesamt	5.875	35.299	5.259 (89,5%)	31.368 (88,9%)	5.167 (87,9% ; 98,3%)	5.167 (14,6% ; 16,5%)
Klinikneu	Kohorte 1	1.790	10.388	1.585 (88,5%)	9.124 (87,8%)	1.550 (86,6% ; 97,8%)	1.550 (14,9% ; 17,0%)
	Kohorte 2	1.629	10.080	1.452 (89,1%)	8.912 (88,4%)	1.434 (88,0% ; 98,8%)	1.434 (14,2% ; 16,1%)
	Kohorte 3	1.582	9.690	1.415 (89,4%)	8.636 (89,1%)	1.408 (89,0% ; 99,5%)	1.408 (14,5% ; 16,3%)
	Gesamt	5.001	30.158	4.452 (89,0%)	26.672 (88,4%)	4.392 (87,8% ; 98,7%)	4.392 (14,6% ; 16,5%)
Klinikbe- kannt	Kohorte 1	589	3.367	544 (92,4%)	3.076 (91,4%)	529 (89,8% ; 97,2%)	529 (15,7% ; 17,2%)
	Kohorte 2	174	1.034	163 (93,7%)	937 (90,6%)	156 (89,7% ; 95,7%)	156 (15,1% ; 16,6%)
	Kohorte 3	111	740	100 (90,1%)	683 (92,3%)	90 (81,1% ; 90,0%)	90 (12,2% ; 13,2%)
	Gesamt	874	5.141	807 (92,3%)	4.696 (91,3%)	775 (88,7% ; 96,0%)	775 (15,1% ; 16,5%)

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

Tabelle 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	1447
2	30,7	480
3	30,8	1229
4	31,1	902
5	31,1	1154
6	32,0	63
7	33,3	276
8	35,4	197
9	35,9	107
10	36,2	37

Tabelle 3: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Kinder und Jugendliche

Rangplatz der Kontroll- klinik	Score 0...100	Eingeschlos- sene Kontroll- patienten
1	23,2	69
2	25,5	36
3	26,2	175
4	26,6	153
5	27,5	126
6	28,2	17
7	28,6	7
8	30,7	27
9	31,2	10
10	36,8	27

Tabelle 4: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching- Erwachsene

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG
Anzahl Patienten	gesamt	5.167	5.167		2.079	2.079		1.590	1.590		1.498	1.498			
	klinikneu	4.392	4.392		1.550	1.550		1.434	1.434		1.408	1.408			
	linikbekannt	775	775		529	529		156	156		90	90			
Mittleres Alter	gesamt	51,5	52,4	0,127	51,2	51,8	>0,999	52,2	53,5	0,773	51,4	52,2	>0,999	>0,999	
	klinikneu	51,6	52,6	0,066	50,7	51,9	0,757	52,4	53,7	0,596	51,7	52,2	>0,999	>0,999	>0,999
	linikbekannt	51,4	51,4	>0,999	52,6	51,5	>0,999	50,4	51,1	>0,999	45,9	51,1	>0,999	>0,999	
Anteil Frauen	gesamt	57,8%	56,4%	0,869	58,7%	57,7%	>0,999	57,5%	56,1%	>0,999	56,7%	55,0%	>0,999	>0,999	
	klinikneu	58,6%	56,4%	0,234	59,9%	57,5%	0,945	58,2%	55,9%	>0,999	57,5%	55,6%	>0,999	>0,999	0,442
	linikbekannt	53,0%	56,6%	>0,999	55,2%	58,2%	>0,999	50,6%	57,7%	>0,999	44,4%	45,6%	>0,999	>0,999	
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	15,0%	15,0%	>0,999	25,4%	25,4%	>0,999	9,8%	9,8%	>0,999	6,0%	6,0%	>0,999	>0,999	
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		<0,001	<0,001
	linikbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%			
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	55,1%	57,8%	0,003	55,8%	57,9%	>0,999	52,9%	57,4%	0,126	56,5%	58,0%	>0,999	0,028	
	klinikneu	54,2%	57,2%	0,001	53,8%	56,6%	0,776	53,2%	57,6%	0,139	55,8%	57,5%	>0,999	0,006	0,743
	linikbekannt	60,0%	60,9%	>0,999	61,6%	61,8%	>0,999	50,0%	55,1%	>0,999	67,8%	65,6%	>0,999	>0,999	
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	42,9%	38,6%	<0,001	42,8%	38,9%	0,116	45,1%	39,1%	0,008	40,9%	37,7%	0,726	0,002	
	klinikneu	44,3%	39,2%	<0,001	45,0%	39,8%	0,037	45,5%	39,4%	0,009	42,2%	38,4%	0,334	0,001	0,212
	linikbekannt	35,5%	35,1%	>0,999	36,3%	36,1%	>0,999	41,0%	36,5%	>0,999	21,1%	26,7%	>0,999	>0,999	
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	2,0%	3,5%	<0,001	1,4%	3,0%	0,012	2,0%	3,5%	0,151	2,6%	4,3%	0,177	0,311	
	klinikneu	1,5%	3,5%	<0,001	1,2%	3,5%	0,001	1,3%	3,0%	0,015	2,1%	4,1%	0,021	0,600	0,072
	linikbekannt	4,5%	3,4%	>0,999	2,1%	1,5%	>0,999	9,0%	7,7%	>0,999	11,1%	6,7%	>0,999	>0,999	
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,1%	0,106	0,0%	0,2%	0,661	0,0%	0,1%	>0,999	0,0%	0,1%	>0,999	>0,999	
	klinikneu	0,0%	0,0%	>0,999	0,0%	0,1%	>0,999	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			>0,999
	linikbekannt	0,0%	0,6%	0,409	0,0%	0,6%	>0,999	0,0%	0,6%	>0,999	0,0%	1,1%	>0,999	>0,999	
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	9,3%	9,1%	>0,999	13,8%	12,8%	>0,999	5,9%	6,5%	>0,999	6,5%	6,6%	>0,999	>0,999	
	klinikneu	4,9%	5,0%	>0,999	6,1%	5,5%	>0,999	3,8%	4,5%	>0,999	4,6%	4,9%	>0,999	>0,999	>0,999
	linikbekannt	34,2%	32,1%	>0,999	36,5%	34,2%	>0,999	25,0%	24,4%	>0,999	36,7%	33,3%	>0,999	>0,999	
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,4%	1,5%	>0,999	2,5%	2,5%	>0,999	0,4%	0,6%	>0,999	0,9%	1,1%	>0,999	>0,999	
	klinikneu	0,6%	0,9%	0,578	1,0%	1,2%	>0,999	0,3%	0,4%	>0,999	0,6%	0,9%	>0,999	>0,999	>0,999
	linikbekannt	5,7%	5,2%	>0,999	7,2%	6,0%	>0,999	1,3%	2,6%	>0,999	4,4%	4,4%	>0,999	>0,999	
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	12,1%	12,1%	>0,999	17,3%	17,4%	>0,999	9,0%	8,7%	>0,999	8,3%	8,3%	>0,999	>0,999	
	klinikneu	5,3%	4,8%	>0,999	6,5%	5,4%	>0,999	4,7%	4,1%	>0,999	4,5%	4,8%	>0,999	>0,999	0,438
	linikbekannt	51,1%	53,7%	>0,999	49,1%	52,6%	>0,999	48,1%	51,3%	>0,999	67,8%	64,4%	>0,999	>0,999	
Anteil Pat. mit vertragsärztli. Fall Prä	gesamt	57,6%	55,6%	0,294	58,0%	55,9%	>0,999	57,0%	56,2%	>0,999	57,6%	54,5%	0,814	>0,999	
	klinikneu	57,8%	55,1%	0,066	58,6%	55,5%	0,705	56,8%	55,4%	>0,999	57,7%	54,3%	0,520	>0,999	>0,999
	linikbekannt	56,4%	58,5%	>0,999	56,0%	57,1%	>0,999	58,3%	64,1%	>0,999	55,6%	56,7%	>0,999	0,847	

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

für Kohorte 3 entfällt die Unterscheidung in klinikneue und -bekannte Patienten, sodass hier nur der Gesamtwert dargestellt wird;

Kohorte 1 umfasst Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, Kohorte 2 und 3 analog für die Modelljahre zwei und drei)

Insgesamt kamen 697 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 697 Patienten verfügten über 610 Individuen (87,5 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 610 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 585 Individuen (95,9 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 5).

Dabei wurden Kontrollpatienten nur aus den 10 Kliniken mit den niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen und unter diesen wiederum der Großteil dieser Patienten aus den vier Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 3).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 6). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannten Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergeben.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Anteil vollstationärer, teilstationärer und PIA-Fälle im Prä-Zeitraum. Unter den klinikbekannten Patienten hatte die IG signifikant mehr Versicherte mit vertragsärztlichen Fällen im Prä-Zeitraum.

Tabelle 5: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	252	3.234	216 (85,7%)	2.828 (87,4%)	206 (81,7% ; 95,4%)	206 (6,4% ; 7,3%)
	Kohorte 2	223	2.777	197 (88,3%)	2.399 (86,4%)	190 (85,2% ; 96,4%)	190 (6,8% ; 7,9%)
	Kohorte 3	222	2.703	197 (88,7%)	2.344 (86,7%)	189 (85,1% ; 95,9%)	189 (7,0% ; 8,1%)
	Gesamt	697	8.714	610 (87,5%)	7.571 (86,9%)	585 (83,9% ; 95,9%)	585 (6,7% ; 7,7%)
Klinikneu	Kohorte 1	162	2.274	132 (81,5%)	1.966 (86,5%)	123 (75,9% ; 93,2%)	123 (5,4% ; 6,3%)
	Kohorte 2	158	2.163	138 (87,3%)	1.863 (86,1%)	136 (86,1% ; 98,6%)	136 (6,3% ; 7,3%)
	Kohorte 3	157	2.123	137 (87,3%)	1.842 (86,8%)	134 (85,4% ; 97,8%)	134 (6,3% ; 7,3%)
	Gesamt	477	6.560	407 (85,3%)	5.671 (86,4%)	393 (82,4% ; 96,6%)	393 (6,0% ; 6,9%)
Klinikbe- kannt	Kohorte 1	90	960	84 (93,3%)	862 (89,8%)	83 (92,2% ; 98,8%)	83 (8,6% ; 9,6%)
	Kohorte 2	65	614	59 (90,8%)	536 (87,3%)	54 (83,1% ; 91,5%)	54 (8,8% ; 10,1%)
	Kohorte 3	65	580	60 (92,3%)	502 (86,6%)	55 (84,6% ; 91,7%)	55 (9,5% ; 11,0%)
	Gesamt	220	2.154	203 (92,3%)	1.900 (88,2%)	192 (87,3% ; 94,6%)	192 (8,9% ; 10,1%)

(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 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching - Kinder und Jugendliche

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs 3		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	p-Wert	IG	KG
Anzahl Patienten	gesamt	585	585		206	206		190	190		189	189				
	klinikneu	393	393		123	123		136	136		134	134				
	linikbekannt	192	192		83	83		54	54		55	55				
Mittleres Alter	gesamt	13,9	13,9	>0,999	13,8	14,0	>0,999	14,2	14,2	>0,999	13,6	13,5	>0,999	>0,999		
	klinikneu	14,0	14,0	>0,999	13,9	13,9	>0,999	14,2	14,4	>0,999	13,9	13,8	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	linikbekannt	13,6	13,6	>0,999	13,7	14,2	>0,999	14,2	13,7	>0,999	12,7	12,8	>0,999	>0,999		
Anteil Frauen	gesamt	53,5%	53,7%	>0,999	54,5%	49,5%	>0,999	53,7%	58,4%	>0,999	52,4%	53,4%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	56,2%	55,7%	>0,999	58,5%	53,7%	>0,999	54,4%	59,6%	>0,999	56,0%	53,7%	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	linikbekannt	47,9%	49,5%	>0,999	48,2%	43,4%	>0,999	51,9%	55,6%	>0,999	43,6%	52,7%	>0,999	>0,999		
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	32,4%	32,8%	>0,999	39,0%	40,3%	>0,999	28,4%	28,4%	>0,999	29,1%	29,1%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			<0,001	<0,001
	linikbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%				
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	35,6%	59,1%	<0,001	30,0%	59,2%	<0,001	35,3%	54,2%	0,003	42,3%	64,0%	<0,001	0,062		
	klinikneu	38,8%	60,8%	<0,001	30,0%	56,1%	0,002	41,2%	59,6%	0,029	44,8%	66,4%	0,005	0,166	0,616	>0,999
	linikbekannt	29,2%	55,7%	<0,001	30,1%	63,9%	<0,001	20,4%	40,7%	0,330	36,4%	58,2%	0,250	>0,999		
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	52,2%	33,3%	<0,001	53,5%	36,4%	0,017	53,2%	34,7%	0,004	49,7%	28,6%	<0,001	0,544		
	klinikneu	54,2%	34,6%	<0,001	60,0%	39,0%	0,035	53,7%	34,6%	0,020	49,3%	30,6%	0,026	0,829	>0,999	0,616
	linikbekannt	47,9%	30,7%	0,003	43,4%	32,5%	>0,999	51,9%	35,2%	0,964	50,9%	23,6%	0,052	>0,999		
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	12,2%	7,4%	0,012	16,4%	4,4%	0,001	11,6%	11,1%	>0,999	7,9%	6,9%	>0,999	0,837		
	klinikneu	7,0%	4,3%	0,311	10,0%	4,9%	0,911	5,1%	5,9%	>0,999	6,0%	2,2%	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	linikbekannt	22,9%	13,5%	0,111	26,5%	3,6%	0,001	27,8%	24,1%	>0,999	12,7%	18,2%	>0,999	>0,999		
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%				
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%				
	linikbekannt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%				
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	4,1%	3,1%	>0,999	7,0%	7,3%	>0,999	1,6%	0,5%	>0,999	3,2%	1,1%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	2,5%	1,0%	0,651	3,1%	0,8%	>0,999	0,7%	0,7%	>0,999	3,7%	1,5%	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	linikbekannt	7,3%	7,3%	>0,999	13,3%	16,9%	>0,999	3,7%	0,0%	>0,999	1,8%	0,0%	>0,999			
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,5%	1,5%	>0,999	2,8%	2,4%	>0,999	2,6%	1,6%	>0,999	2,1%	0,5%	>0,999			
	klinikneu	2,0%	0,5%	0,651	0,0%	0,0%		2,9%	1,5%	>0,999	3,0%	0,0%	0,915		>0,999	>0,999
	linikbekannt	3,6%	3,6%	>0,999	7,2%	6,0%	>0,999	1,9%	1,9%	>0,999	0,0%	1,8%	>0,999			
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	35,3%	34,2%	>0,999	35,7%	35,9%	>0,999	33,2%	33,7%	>0,999	37,0%	32,8%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	9,2%	6,9%	0,788	6,9%	4,9%	>0,999	8,8%	9,6%	>0,999	11,9%	6,0%	0,915	>0,999	<0,001	<0,001
	linikbekannt	89,6%	90,1%	>0,999	80,7%	81,9%	>0,999	94,4%	94,4%	>0,999	98,2%	98,2%	>0,999	>0,999		
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	70,6%	59,1%	0,005	75,1%	60,2%	0,023	67,9%	56,8%	0,274	68,3%	60,3%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	67,5%	60,1%	0,651	69,2%	59,3%	>0,999	67,6%	56,6%	0,561	65,7%	64,2%	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	linikbekannt	77,1%	57,3%	0,001	84,3%	61,4%	0,012	68,5%	57,4%	>0,999	74,5%	50,9%	0,144	>0,999		

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

für Kohorte 3 entfällt die Unterscheidung in klinikneue und -bekannte Patienten, sodass hier nur der Gesamtwert dargestellt wird;

Kohorte 1 umfasst Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, Kohorte 2 und 3 analog für die Modelljahre zwei und drei)

7. Darstellung Modellvorhaben 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. Sowohl die Allgemeine Psychiatrie als auch die Psychosomatik sind Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V. Weiterhin weist 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. Mehrerlöse für zusätzliche Patienten sind zu 65 % in Höhe der durchschnittlichen Patientenerlöse vom Krankenhaus zurückzuzahlen; darüberhinausgehende Mehrerlöse 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 werden die Ergebnisse der Effektivität des Modells laut Feinkonzept vom Dezember 2015 dargestellt. Dabei werden die Patienten der Modellklinik den Patienten der Kontrollkliniken gegenübergestellt. Die Interventionsgruppe (Modellvertrag) wird mit IG und die Kontrollgruppe (Routineversorgung) wird mit KG abgekürzt.

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

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

Ca. 70% der eingeschlossenen 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 sowohl bei Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

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

Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle - Erwachsene

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.550	1.550
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	72,1 %	72,4 %
• Zwei Diagnosen	24,5 %	23,0 %

• Drei Diagnosen	3,2 %	3,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	39	40
2. F10 & F33	37	38
3. F32 & F41	32	28

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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	529	529
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,1 %	69,9 %
• Zwei Diagnosen	24,0 %	24,4 %
• Drei Diagnosen	5,5 %	3,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	1,9 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	20	26
2. F10 & F32	15	12
3. IG: F10 & F43 / KG: F10 & F20	7	8

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.498	1.498
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	75,1 %	76,2 %
• Zwei Diagnosen	22,3 %	21,1 %
• Drei Diagnosen	2,5 %	2,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	39	35
2. F10 & F33	31	33
3. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F43	25	29

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

Auch ca. 70% der eingeschlossenen jungen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I).

Aufgrund der geringen Fallzahlen können keine häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen beschrieben werden.

Tabelle 8: Übersicht Diagnosen Referenzfälle – Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	123	123
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	76,4 %	81,3 %
• Zwei Diagnosen	22,0 %	16,3 %
• Drei Diagnosen	1,6 %	2,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F50 / KG: F32 & F40	4	7
2. IG: F32 & F40 / KG: F32 & F50	3	4
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 - Kinder und Jugendliche

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	83	83
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	66,3 %	74,7 %
• Zwei Diagnosen	30,1 %	25,3 %
• Drei Diagnosen	2,4 %	0,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,2 %	0,0 %

Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 & F98 / KG: F84 & F90	2	3
2. IG: F32 & F98 / KG: F32 & F90	2	3
3. IG: F90 & F93 / KG: F32 & F40	2	2

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	189	189
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	75,1 %	80,4 %
• Zwei Diagnosen	22,2 %	15,9 %
• Drei Diagnosen	2,6 %	2,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	1,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F93	9	4
2. IG: F32 & F93 / KG: F90 & F92	4	2
3. IG: F32 & F50 / KG: F32 & F90	3	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 aus dem Tätigkeitsschlüssel entnommen) sehr hoch sind, konnten diese Variablen nicht in die Auswertungen einfließen.

Tabelle 9: Übersicht Charakteristika Referenzfälle - Erwachsene
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum					
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)		
Gruppe	IG	KG	IG	KG	
Gesamtzahl (n)	1.118	1.122	1.550	1.550	
Referenzdiagnose					
• F 00 (Demenz)	1,3 %	1,2 %	2,0 %	1,9 %	
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,9 %	1,0 %	1,2 %	1,4 %	
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,6 %	
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	6,2 %	6,1 %	6,8 %	6,7 %	
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,8 %	2,2 %	4,3 %	4,7 %	
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	11,8 %	12,0 %	18,5 %	18,6 %	
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	13,6 %	13,0 %	12,1 %	11,4 %	
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,9 %	49,5 %	55,2 %	55,2 %	
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,8 %	7,1 %	11,5 %	11,4 %	
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,8 %	1,7 %	2,5 %	
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,0 %	2,8 %	8,2 %	8,6 %	
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	1,0 %	1,2 %	
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,7 %	0,4 %	2,3 %	3,0 %	
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	2,4 %	2,4 %	2,8 %	2,9 %	
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,4 %	0,6 %	0,8 %	1,0 %	
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,4 %	0,4 %	0,9 %	0,8 %	
Alter ¹					
• Mittelwert	50,8	52,2	50,7	51,9	
• Median	50	52	49	51	
• (Interquartilsabstand)	(34 - 65)	(36 - 67)	(33 - 66)	(36 - 66)	
Geschlecht (%)					
• Frauen	58,7 %	56,1 %	59,9 %	57,5 %	
• Männer	41,3 %	43,9 %	40,1 %	42,5 %	
Behandlungssetting bei Einschluss (%)					
• stationär	42,2 %	42,3 %	46,2 %	43,4 %	
• PIA	57,8 %	57,7 %	53,8 %	56,6 %	
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)					
• Ohne Schulabschluss	0,5 %	0,9 %	0,9 %	1,1 %	
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,0 %	5,2 %	4,7 %	4,8 %	
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,9 %	7,5 %	9,4 %	7,5 %	
• Abitur/Fachabitur	11,4 %	10,4 %	10,9 %	10,4 %	

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	10,4 %	11,2 %	9,8 %	11,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,5 %	4,9 %	5,9 %	5,0 %
	17,9 %	17,2 %	17,1 %	16,8 %
	1,2 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %
	0,5 %	0,4 %	0,8 %	0,3 %
	3,8 %	3,4 %	3,5 %	3,4 %
	0,5 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %
	6,7 %	8,1 %	6,8 %	8,3 %
	63,8 %	64,8 %	64,3 %	65,0 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	20,3 %	20,1 %	20,5 %	20,6 %
	62,3 %	65,2 %	62,1 %	64,7 %
	17,4 %	14,7 %	17,4 %	14,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	27,3 %	27,9 %	28,4 %	29,0 %
	26,0 %	22,0 %	26,8 %	23,7 %
	46,7 %	50,1 %	44,8 %	47,3 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	59,3 %	59,5 %	58,6 %	59,2 %
	6,1 %	5,1 %	6,3 %	5,4 %
	30,9 %	32,3 %	30,9 %	32,3 %
	3,7 %	3,1 %	4,2 %	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 - Erwachsene

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	371	370	529	529
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	2,7 %	2,7 %	2,8 %	2,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,9 %	1,6 %	1,7 %	1,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,3 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,9 %	3,5 %	4,0 %	2,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	1,1 %	2,1 %	1,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	15,4 %	16,5 %	24,8 %	25,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	24,3 %	27,6 %	19,8 %	25,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	35,3 %	34,3 %	45,2 %	44,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,2 %	5,1 %	11,3 %	11,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,8 %	0,5 %	2,6 %	2,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	1,6 %	2,2 %	10,0 %	9,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,3 %	1,1 %	1,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,2 %	1,4 %	5,3 %	3,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,8 %	0,0 %	0,6 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,5 %	1,4 %	1,3 %	1,9 %
Alter ¹				
• Mittelwert	52,8	53,5	52,6	51,5
• Median	52	53	52	52
• (Interquartilsabstand)	(37 - 68)	(40 - 67)	(38 - 65)	(36 - 64)
Geschlecht (%)				
• Frauen	53,9 %	58,1 %	55,2 %	58,2 %
• Männer	46,1 %	41,9 %	44,8 %	41,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	34,5 %	36,2 %	38,4 %	38,2 %
• PIA	65,5 %	63,8 %	61,6 %	61,8 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,8 %	0,8 %	1,1 %	0,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,8 %	2,7 %	4,3 %	3,6 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	4,9 %	5,4 %	6,0 %	6,2 %
• Abitur/Fachabitur	6,7 %	6,5 %	7,4 %	6,6 %
• Abschluss unbekannt	8,1 %	7,3 %	8,9 %	7,0 %

• Fehlende Angabe	75,7 %	77,3 %	72,2 %	76,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,1 %	3,2 %	5,7 %	2,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	9,4 %	12,7 %	11,9 %	14,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,8 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
• Bachelor	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,9 %	1,9 %	2,6 %	1,5 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	6,7 %	4,6 %	6,6 %	4,9 %
• Fehlende Angabe	75,7 %	77,3 %	72,2 %	76,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	24,5 %	25,7 %	23,8 %	22,1 %
• Nein	51,8 %	54,9 %	53,3 %	56,3 %
• Fehlende Angabe	23,7 %	19,5 %	22,9 %	21,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	30,5 %	29,7 %	31,2 %	30,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	45,0 %	43,8 %	46,9 %	45,4 %
• Weder A noch B	24,5 %	26,5 %	21,9 %	24,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	50,1 %	51,9 %	48,0 %	52,9 %
• Familienversicherter	4,3 %	6,2 %	4,7 %	7,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	42,6 %	39,7 %	44,0 %	37,8 %
• Fehlende Angabe	3,0 %	2,2 %	3,2 %	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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	1.125	1.141	1.498	1.498
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	6,0 %	6,0 %	5,9 %	6,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	0,7 %	1,1 %	1,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,5 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,8 %	5,3 %	5,9 %	6,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	1,7 %	2,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	9,9 %	10,9 %	15,9 %	16,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,2 %	11,0 %	9,2 %	10,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	47,7 %	47,2 %	53,5 %	52,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,3 %	10,1 %	14,2 %	13,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,1 %	1,3 %	2,5 %	2,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	2,6 %	2,4 %	7,8 %	7,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,8 %	0,9 %	2,3 %	2,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	2,5 %	2,5 %	3,0 %	3,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,4 %	0,4 %	0,9 %	0,7 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,0 %	0,7 %	1,5 %	1,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	51,9	52,5	51,4	52,2
• Median	50	51	51	51
• (Interquartilsabstand)	(32 - 71)	(34 - 72)	(33 - 68)	(34 - 69)
Geschlecht (%)				
• Frauen	55,8 %	54,7 %	56,7 %	55,0 %
• Männer	44,2 %	45,3 %	43,3 %	45,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	41,1 %	42,2 %	43,5 %	42,0 %
• PIA	58,9 %	57,8 %	56,5 %	58,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,5 %	0,8 %	1,3 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,0 %	4,1 %	4,0 %	4,3 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	7,2 %	9,0 %	7,3 %	8,5 %
• Abitur/Fachabitur	13,4 %	11,7 %	13,8 %	11,7 %
• Abschluss unbekannt	8,0 %	9,9 %	8,4 %	9,3 %

• Fehlende Angabe	65,9 %	64,4 %	65,2 %	65,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,4 %	4,4 %	4,5 %	4,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	16,1 %	16,4 %	16,5 %	16,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,8 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %
• Bachelor	1,1 %	0,8 %	1,0 %	0,7 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	5,2 %	4,6 %	5,0 %	4,5 %
• Promotion	0,9 %	0,1 %	0,7 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	5,6 %	8,3 %	5,9 %	7,9 %
• Fehlende Angabe	65,9 %	64,4 %	65,2 %	65,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	25,0 %	22,4 %	24,9 %	22,8 %
• Nein	59,8 %	62,9 %	59,0 %	62,4 %
• Fehlende Angabe	15,2 %	14,6 %	16,1 %	14,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	29,3 %	25,8 %	29,4 %	26,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	19,9 %	18,9 %	23,2 %	21,4 %
• Weder A noch B	50,8 %	55,3 %	47,3 %	52,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	57,3 %	58,7 %	58,1 %	59,3 %
• Familienversicherter	7,4 %	6,2 %	7,2 %	6,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	35,2 %	34,5 %	34,6 %	33,7 %
• Fehlende Angabe	0,1 %	0,5 %	0,1 %	0,6 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Auch das patientenindividuelle Matching (siehe Kapitel 6.1) in der KJP konnte, soweit es die Fallzahlen zulassen, die weitgehende Vergleichbarkeit zwischen IG und KG herstellen. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechend Kapitel zu finden.

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

Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle – Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	94	100	123	123
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 %	0,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	1,0 %	1,6 %	0,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	34,0 %	35,0 %	37,4 %	42,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,6 %	9,0 %	8,9 %	9,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,3 %	8,0 %	8,9 %	16,3 %
• F 50 (Essstörungen)	7,4 %	7,0 %	10,6 %	9,8 %
• 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 %	1,0 %	4,9 %	1,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	42,6 %	39,0 %	44,7 %	38,2 %
Alter ¹				
• Mittelwert	13,6	13,6	13,8	13,9
• Median	14	15	14	15
• (Interquartilsabstand)	(11 - 16)	(12 - 16)	(12 - 16)	(12 - 16)
Geschlecht (%)				
• weiblich	57,4 %	50,0 %	56,1 %	53,7 %

• männlich	42,6 %	50,0 %	43,9 %	46,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	61,7 %	40,0 %	68,3 %	43,9 %
• PIA	38,3 %	60,0 %	31,7 %	56,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,1 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,2 %	4,0 %	2,4 %	3,3 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	2,1 %	4,0 %	1,6 %	5,7 %
• Abitur/Fachabitur	12,8 %	6,0 %	13,0 %	8,1 %
• Abschluss unbekannt	5,3 %	8,0 %	4,9 %	8,1 %
• Fehlende Angabe	74,5 %	78,0 %	76,4 %	74,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,3 %	1,0 %	5,7 %	2,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	8,5 %	8,0 %	6,5 %	8,1 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	8,5 %	6,0 %	8,1 %	6,5 %
• Promotion	1,1 %	0,0 %	0,8 %	0,8 %
• Abschluss unbekannt	1,1 %	7,0 %	1,6 %	7,3 %
• Fehlende Angabe	74,5 %	78,0 %	76,4 %	74,8 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	6,4 %	5,0 %	7,3 %	4,9 %
• Nein	73,4 %	88,0 %	73,2 %	84,6 %
• Fehlende Angabe	20,2 %	7,0 %	19,5 %	10,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	13,8 %	12,0 %	16,3 %	13,8 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	2,1 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %
• Weder A noch B	84,0 %	88,0 %	81,3 %	86,2 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	6,4 %	6,0 %	10,6 %	7,3 %
• Familienversicherter	88,3 %	85,0 %	83,7 %	85,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	4,3 %	6,0 %	4,9 %	4,9 %
• Fehlende Angabe	1,1 %	3,0 %	0,8 %	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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	55	62	83	83
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	1,2 %	2,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,8 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	32,7 %	32,3 %	37,3 %	34,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	7,3 %	6,5 %	7,2 %	7,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	12,7 %	8,1 %	15,7 %	12,0 %
• F 50 (Essstörungen)	7,3 %	3,2 %	4,8 %	3,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	3,6 %	9,7 %	6,0 %	14,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	34,5 %	40,3 %	47,0 %	47,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	13,8	14,1	13,7	14,2
• Median	14	15	14	15
• (Interquartilsabstand)	(11 - 16)	(13 - 17)	(12 - 16)	(13 - 16)
Geschlecht (%)				
• weiblich	54,5 %	43,5 %	48,2 %	43,4 %
• männlich	45,5 %	56,5 %	51,8 %	56,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	63,6 %	33,9 %	69,9 %	36,1 %
• PIA	36,4 %	66,1 %	30,1 %	63,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,8 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,6 %	3,2 %	2,4 %	2,4 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	16,4 %	3,2 %	19,3 %	6,0 %
• Abitur/Fachabitur	21,8 %	9,7 %	21,7 %	15,7 %
• Abschluss unbekannt	7,3 %	17,7 %	9,6 %	14,5 %

• Fehlende Angabe	49,1 %	66,1 %	45,8 %	61,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	9,1 %	1,6 %	8,4 %	1,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	20,0 %	12,9 %	20,5 %	16,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	3,6 %	0,0 %	2,4 %	1,2 %
• Bachelor	0,0 %	1,6 %	0,0 %	1,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	12,7 %	8,1 %	12,0 %	9,6 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
• Abschluss unbekannt	5,5 %	9,7 %	10,8 %	7,2 %
• Fehlende Angabe	49,1 %	66,1 %	45,8 %	61,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	3,6 %	9,7 %	6,0 %	13,3 %
• Nein	76,4 %	67,7 %	74,7 %	66,3 %
• Fehlende Angabe	20,0 %	22,6 %	19,3 %	20,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,3 %	17,7 %	32,5 %	21,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	1,8 %	8,1 %	2,4 %	6,0 %
• Weder A noch B	70,9 %	74,2 %	65,1 %	72,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	14,5 %	12,9 %	12,0 %	12,0 %
• Familienversicherter	76,4 %	82,3 %	79,5 %	83,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	9,1 %	3,2 %	8,4 %	3,6 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	1,6 %	0,0 %	1,2 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	142	152	189	189
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 %	0,5 %	0,5 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,4 %	0,7 %	1,1 %	1,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	50,0 %	48,7 %	48,1 %	49,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,2 %	3,3 %	6,3 %	6,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,1 %	1,3 %	3,2 %	2,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,5 %	3,9 %	7,4 %	6,3 %
• F 50 (Essstörungen)	3,5 %	2,6 %	5,3 %	3,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	1,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,8 %	2,0 %	3,2 %	3,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	32,4 %	37,5 %	40,7 %	43,9 %
Alter ¹				
• Mittelwert	13,7	13,4	13,6	13,5
• Median	14	15	14	14
• (Interquartilsabstand)	(12 - 16)	(11 - 16)	(12 - 16)	(11 - 16)
Geschlecht (%)				
• weiblich	54,2 %	52,0 %	52,4 %	52,9 %
• männlich	45,8 %	48,0 %	47,6 %	47,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	50,7 %	29,6 %	57,7 %	36,0 %
• PIA	49,3 %	70,4 %	42,3 %	64,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,3 %	3,3 %	6,3 %	2,6 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	7,0 %	7,9 %	6,9 %	7,4 %
• Abitur/Fachabitur	23,9 %	13,8 %	19,6 %	13,2 %
• Abschluss unbekannt	5,6 %	7,9 %	5,3 %	8,5 %

• Fehlende Angabe	57,0 %	67,1 %	61,9 %	68,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,2 %	3,3 %	4,2 %	3,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,0 %	14,5 %	15,9 %	14,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,4 %	2,0 %	1,6 %	1,6 %
• Bachelor	1,4 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	9,9 %	6,6 %	8,5 %	6,3 %
• Promotion	2,8 %	1,3 %	2,1 %	1,1 %
• Abschluss unbekannt	4,2 %	5,3 %	4,8 %	5,3 %
• Fehlende Angabe	57,0 %	67,1 %	61,9 %	68,3 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	4,2 %	3,9 %	7,4 %	6,3 %
• Nein	79,6 %	80,3 %	76,2 %	76,2 %
• Fehlende Angabe	16,2 %	15,8 %	16,4 %	17,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	14,8 %	13,8 %	16,9 %	13,2 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	0,7 %	2,6 %	2,6 %	3,2 %
• Weder A noch B	84,5 %	83,6 %	80,4 %	83,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	7,7 %	6,6 %	7,4 %	6,3 %
• Familienversicherter	88,0 %	91,4 %	88,9 %	90,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	4,2 %	2,0 %	3,7 %	3,2 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

8.2 Ergebnisse Outcomeparameter

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

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

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

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

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

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

- In der jeweils ersten Tabelle bzw. Tabellen sind die deskriptiven Ergebnisse mit den Fallzahlen für die Outcomeparameter der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr von IG und KG über die Zeit (Prä-Zeit, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr) dargestellt.

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	8,5 %	36,5 %	15,1 %	12,1 %	7,8 %	28,1 %	14,2 %	12,9 %
	2,2 %	3,2 %	1,9 %	1,7 %	1,8 %	4,1 %	1,8 %	1,7 %
	14,8 %	14,1 %	11,2 %	9,3 %	14,3 %	15,1 %	12,1 %	9,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,9	24,4	6,4	5,6	2,4	20,9	6,6	4,9
	0,3	8,8	1,1	0,5	0,4	6,4	1,2	0,7
	3,3	33,2	7,5	6,1	2,8	27,4	7,8	5,7
	0,3	0,8	0,5	0,3	0,4	1,2	0,2	0,3
	0,3	0,7	0,5	0,3	0,4	0,9	0,2	0,3
	1,8	1,7	1,5	1,2	1,9	2,1	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)

Erwachsene, Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	515	515	483	464	519	519	503	481
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	34,4 %	32,8 %	25,7 %	26,7 %	32,8 %	32,9 %	27,2 %	23,1 %
	9,7 %	7,6 %	6,0 %	7,1 %	7,5 %	6,2 %	4,8 %	4,6 %
	17,1 %	17,3 %	14,9 %	16,6 %	16,6 %	20,2 %	15,3 %	13,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	19,5	28,7	13,5	14,1	13,7	25,7	12,6	11,3
	2,2	3,2	1,4	0,8	2,2	3,3	1,9	0,8
	21,7	31,9	14,9	14,8	15,9	29,0	14,5	12,0
	2,7	2,0	1,3	2,0	2,4	1,9	1,0	1,4
	2,6	1,9	1,3	2,0	2,2	1,9	1,0	1,4
	2,6	2,1	2,1	2,1	2,3	3,0	2,1	2,2

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

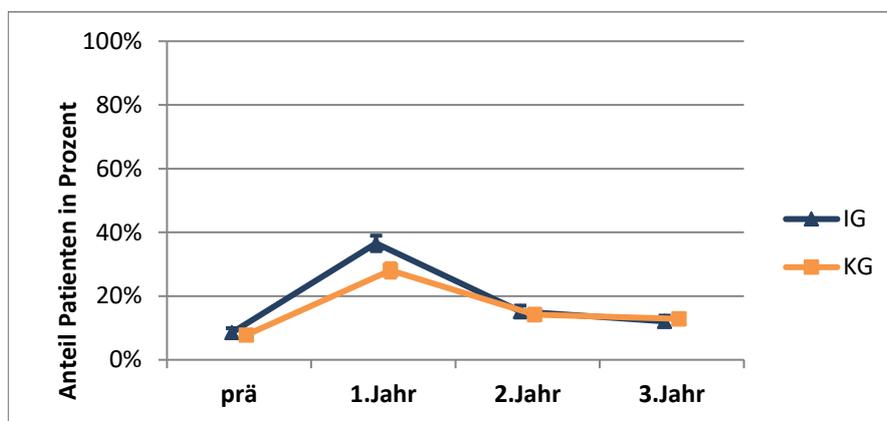
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

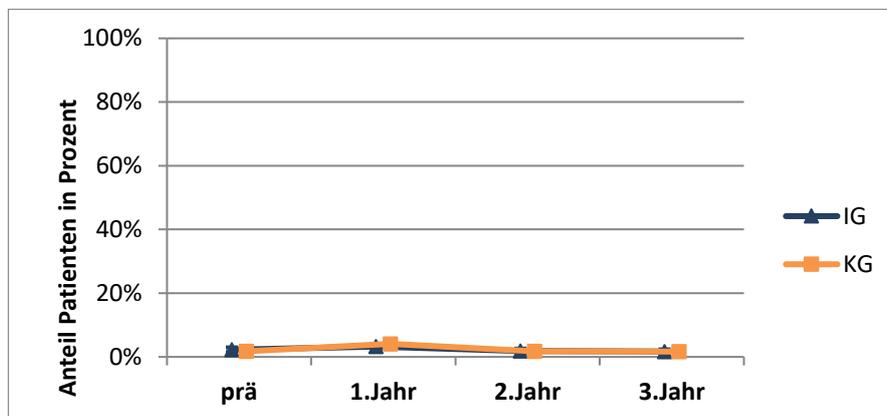
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

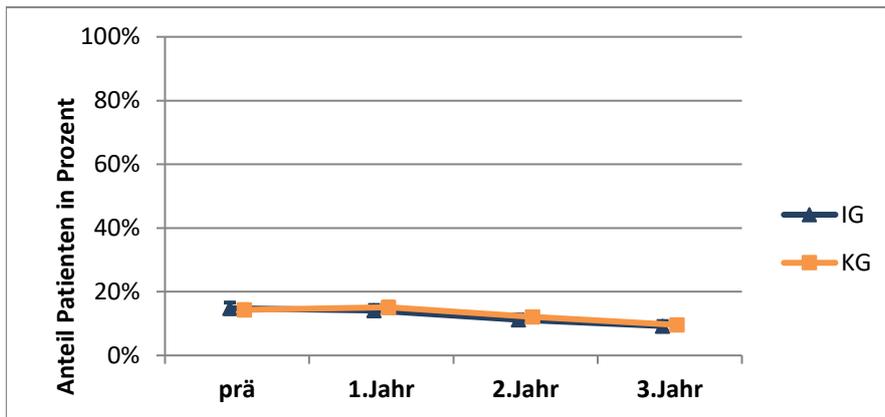
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

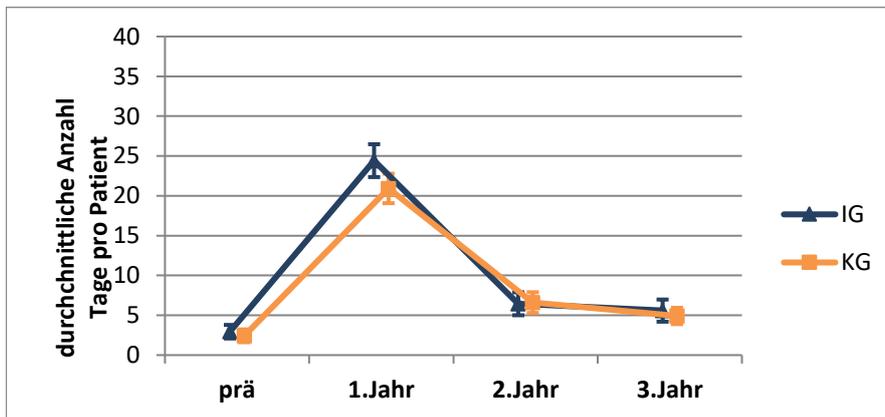


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

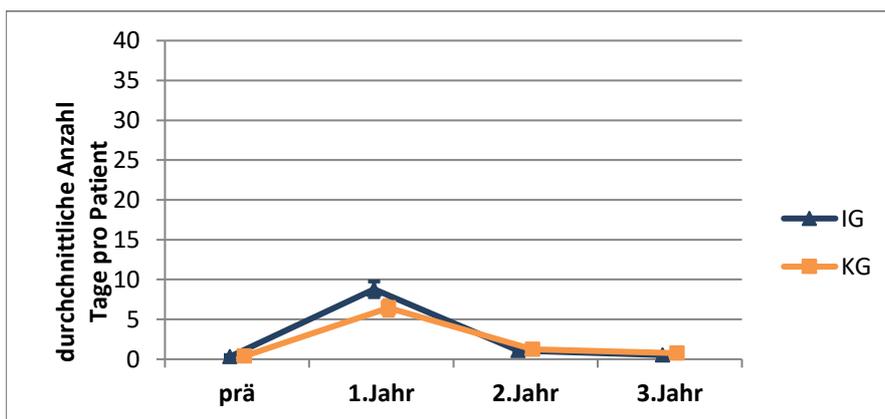


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

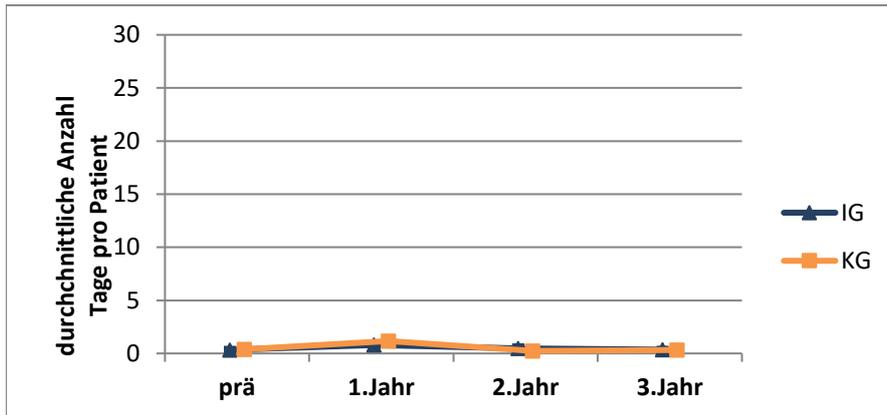
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



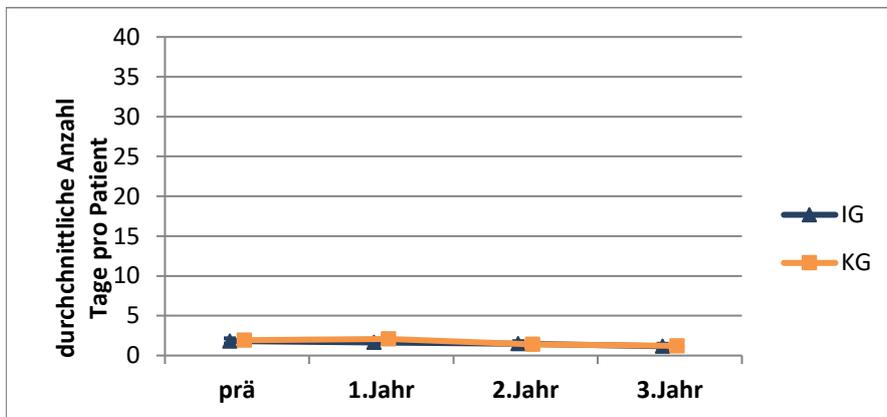
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



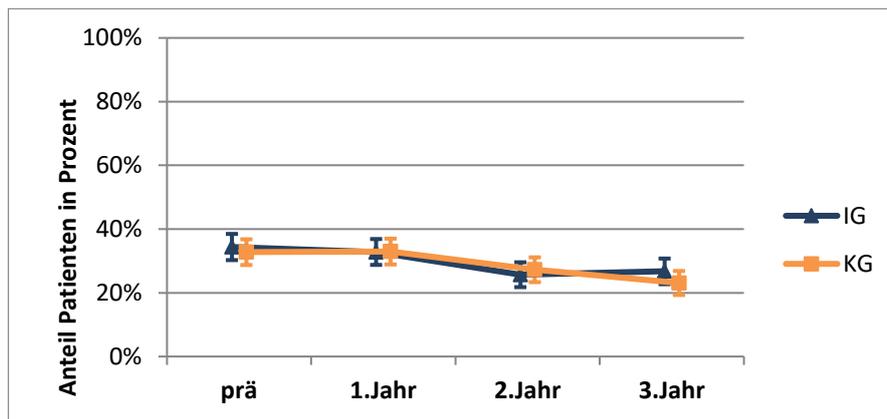
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

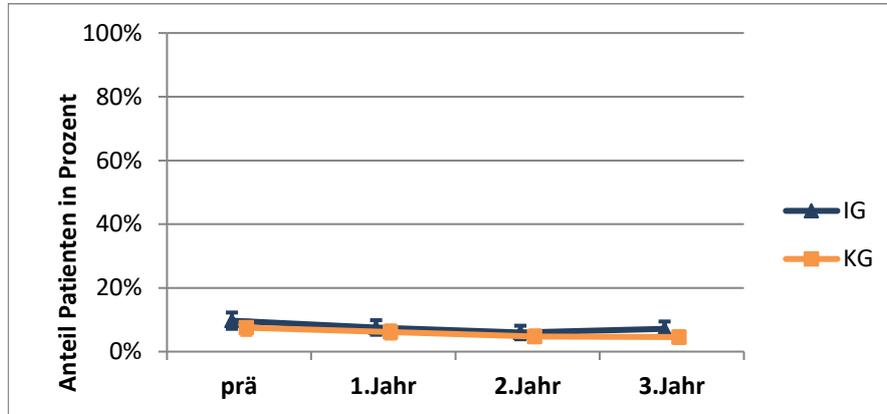
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

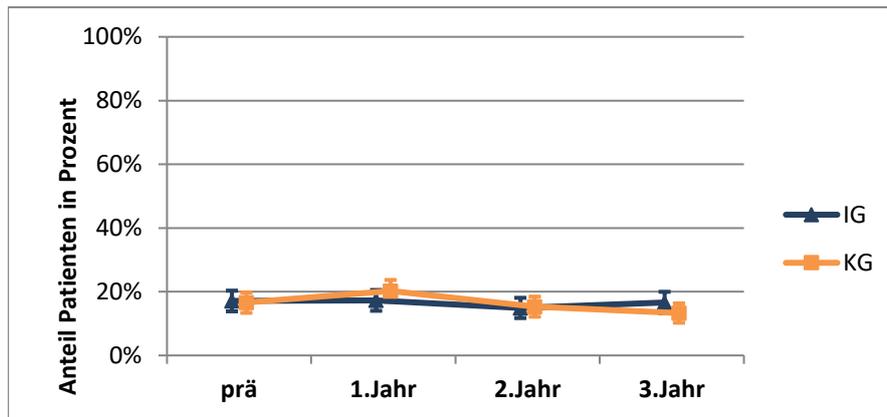
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

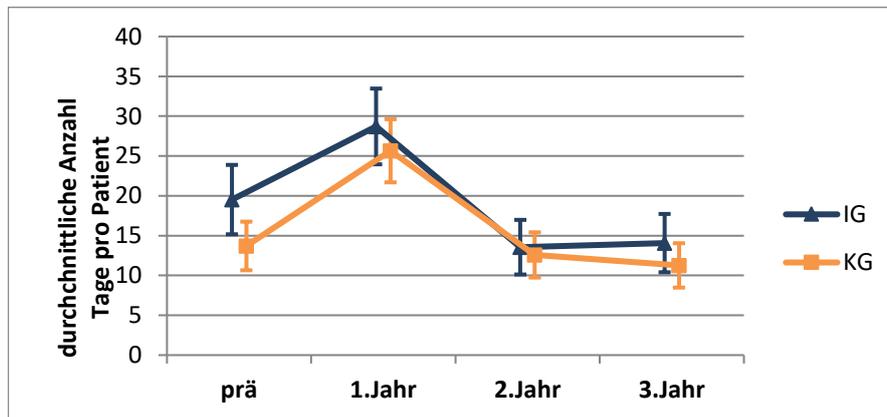


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

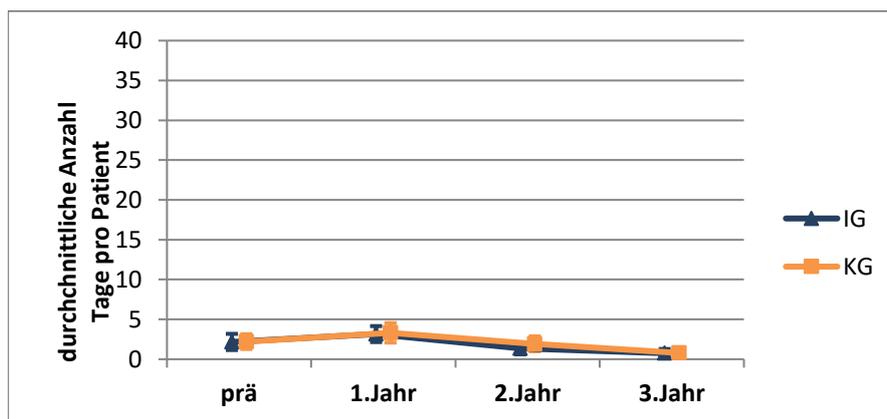


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

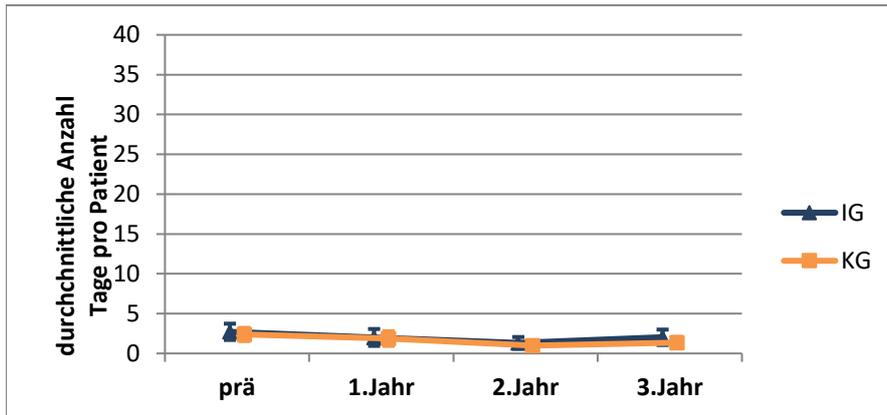
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



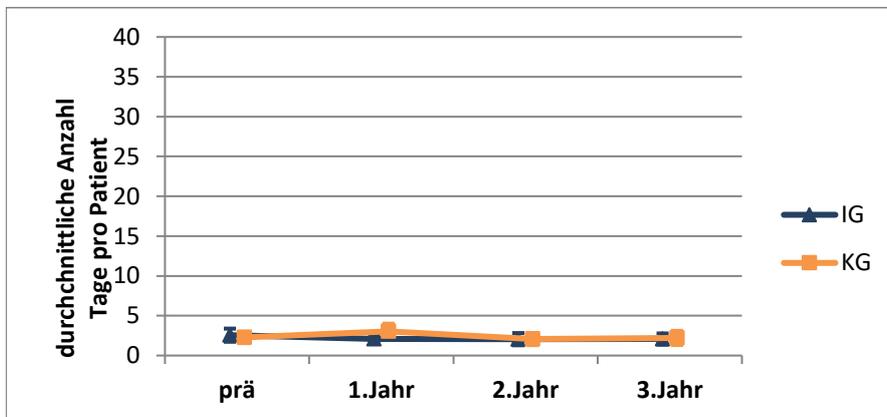
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle erwachsene Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 1.513, KG = 1.514; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 515, KG = 519).

Sowohl in der IG als auch in der KG zeigte sich bei den klirikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,9; KG: 2,4 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 24,4; KG: 20,9 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 6,4 und 6,6 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 6,6 und 4,9 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall vom Jahr davor war in der IG um 3,0 vollstationäre Tage größer als in der KG (IG: +21,5; KG: +18,5 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten nach Referenzfall waren die vollstationären Behandlungstage zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Auch hier war der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (IG: +8,5; KG: +6,1 teilstationäre Tage; Difference-in-Difference: +2,4 teilstationäre Tage) und in den weiteren Jahren vergleichbar.

Auch bei den klirikbekannt Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG größer als in der KG (prä: +5,8; 1. Jahr: +3,1; 2. Jahr: +1,0; 3. Jahr: +2,8 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war im Jahr vor Referenzfall am größten. Sowohl das Muster als auch das Niveau der Dauer teilstationärer Aufenthalte war zwischen IG und KG bei den klinikbekannt Patienten vergleichbar.

Die Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnosen als Hauptdiagnose stieg sowohl bei den klirikneuen als auch bei den klirikbekannt Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG weniger stark im Vergleich zur KG. Die durchschnittlichen absoluten Höhen waren jedoch gering.

Auch der Anstieg des Anteils an klirikneuen Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG größer als in der KG (IG: +28,0; KG: +20,3 %-Punkte). Bei den Anteilen an klirikbekannt Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt lässt sich keine eindeutige Tendenz ableiten.

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	1.498	1.498	1.498	1.498
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	7,7 %	36,6 %	7,3 %	26,2 %
	4,1 %	3,9 %	3,5 %	2,7 %
	13,0 %	15,4 %	12,9 %	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) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,4	23,2	2,4	19,1
	0,4	6,7	0,3	6,7
	2,8	29,9	2,7	25,8
	0,8	0,6	0,9	0,8
	0,8	0,5	0,8	0,8
	1,8	2,0	1,8	2,2

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

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

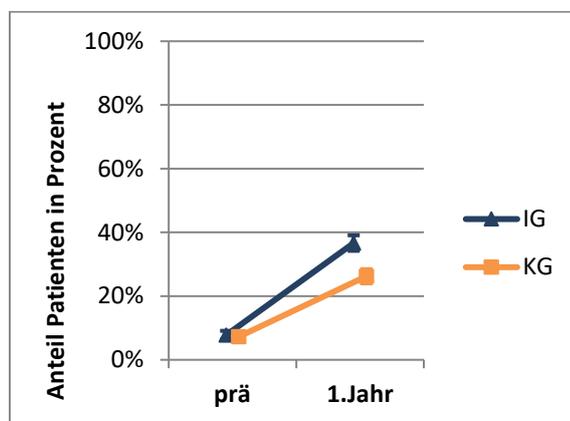
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

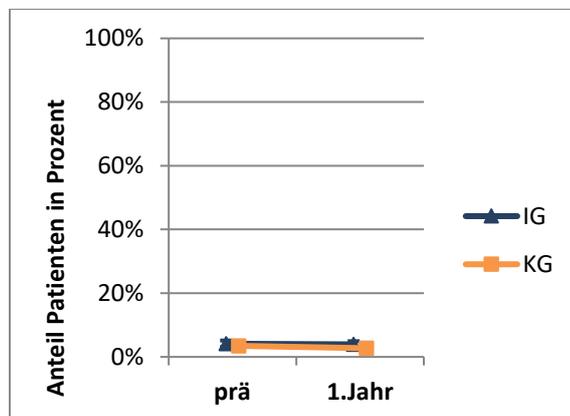
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

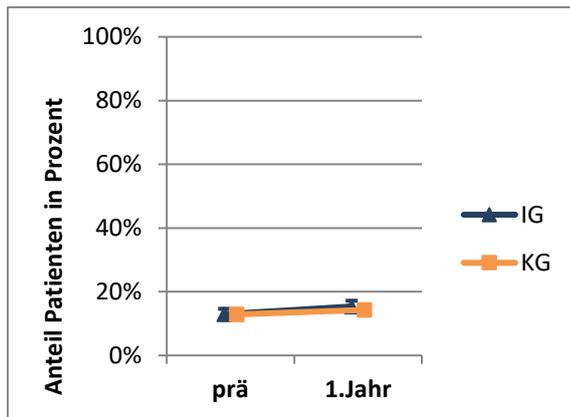
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

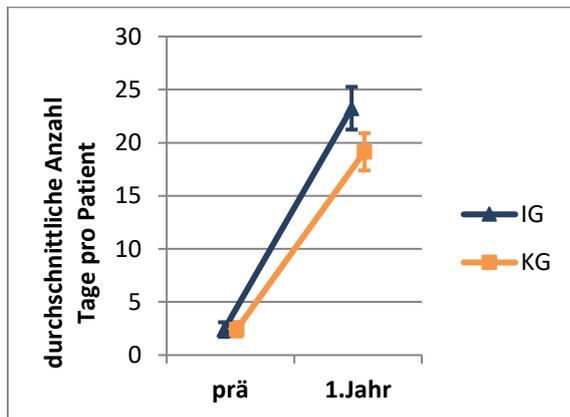


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

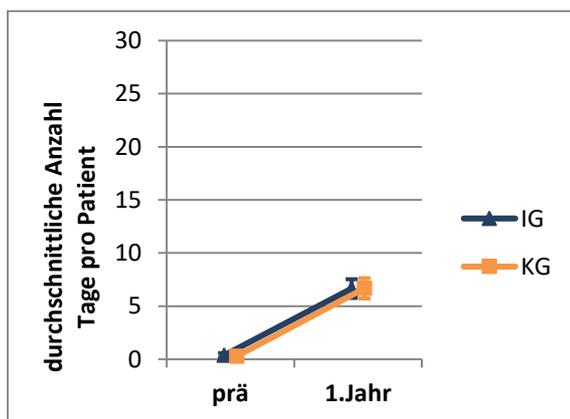


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

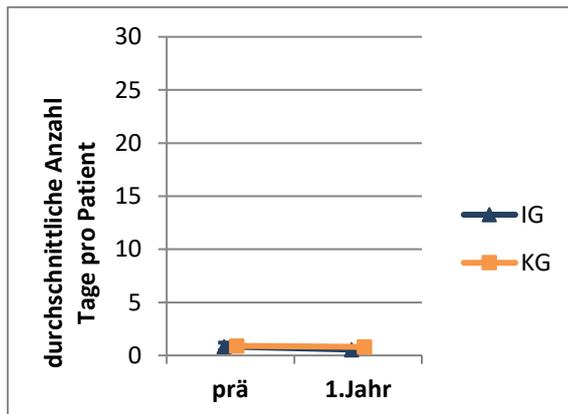
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



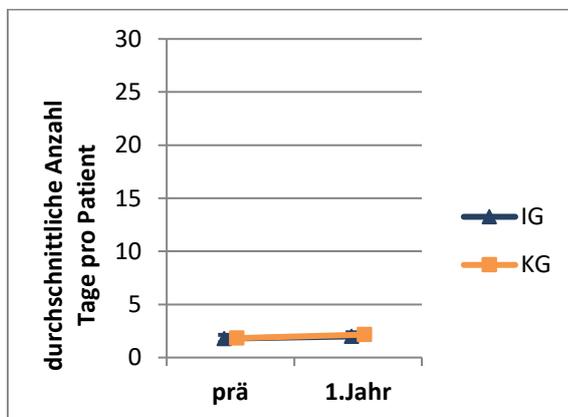
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n = 1.498 pro Gruppe) zeigte sich in der IG eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG (DiD: +4,1 vollstationäre Tage). Beide Gruppen starteten auf einem vergleichbar niedrigen Niveau (IG: 2,4; KG: 2,4 vollstationäre Tage) und stiegen im ersten Jahr nach Referenzfall an, wobei dieser Anstieg in der IG stärker als in der KG war (IG: +20,8; KG: +16,7 vollstationäre Tage). Auch die Anzahl teilstationärer Behandlungstage stieg in der IG stärker als in der KG an (IG: +9,8; KG: +6,6 teilstationäre Tage).

Während der Anstieg des Anteils der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund anderer F-Diagnose in der IG statistisch signifikant weniger stark sank im Vergleich zur KG (IG: -0,2; KG: -0,7 %-Punkte; DiD: +0,9 %-Punkte), sank die Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnose in der IG, während diese in der KG konstant blieb (IG: -0,3; KG: -0,0). Dieser Unterschied war

statistisch signifikant (DiD: -0,2 vollstationäre Tage). Die numerische Werte bei der Betrachtung der stationären Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnose waren jedoch gering.

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

Statistisch signifikant mehr vollstationäre Behandlungstage, unabhängig von der Gruppe, waren für die Patienten mit den Referenzdiagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen und affektive Störungen im Vergleich zu den anderen Referenzdiagnosen ersichtlich.

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	119							
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	6,7 %	35,3 %	20,2 %	12,6 %	2,5 %	37,0 %	14,3 %	11,8 %
	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,8 %	3,4 %	3,4 %	0,8 %	3,4 %
	0,0 %	3,4 %	1,7 %	2,5 %	1,7 %	5,0 %	3,4 %	5,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,0	36,2	3,4	4,0	0,2	19,9	6,4	2,8
	0,0	12,7	3,0	1,6	0,0	15,2	0,5	0,3
	2,0	48,9	6,4	5,6	0,2	35,1	6,9	3,2
	0,0	0,0	0,2	0,0	1,1	0,7	0,2	1,6
	0,0	0,0	0,2	0,0	1,1	0,7	0,2	1,6
	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1	0,4

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Kinder, Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	83	83	83	83	77	77	77	76
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	25,3 %	34,9 %	9,6 %	12,0 %	20,8 %	37,7 %	13,0 %	14,5 %
	1,2 %	1,2 %	1,2 %	0,0 %	2,6 %	3,9 %	3,9 %	1,3 %
	3,6 %	6,0 %	2,4 %	2,4 %	5,2 %	3,9 %	3,9 %	2,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	10,2	25,2	1,6	4,0	9,9	21,9	9,2	3,8
	4,5	25,0	0,3	0,0	4,4	7,6	0,0	1,7
	14,6	50,2	1,8	4,0	14,4	29,5	9,2	5,5
	0,0	0,0	1,1	0,0	0,5	0,3	1,4	0,3
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3	1,4	0,3
	0,0	0,3	0,0	0,1	0,3	0,2	0,5	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)

⁴Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

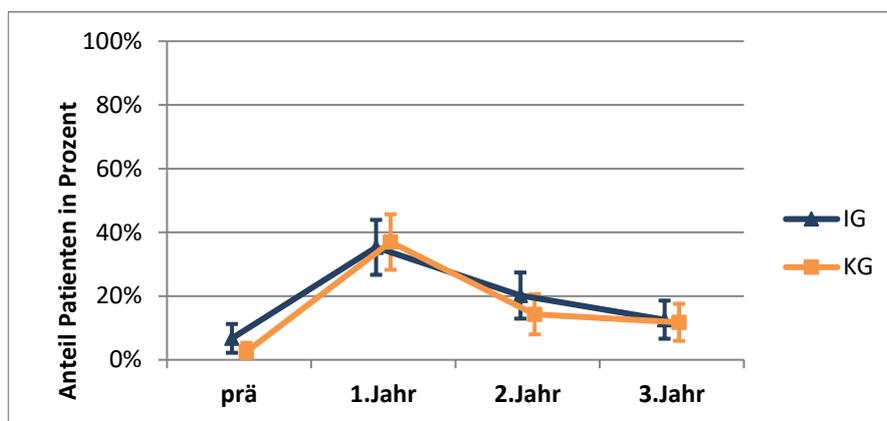
Kinder, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

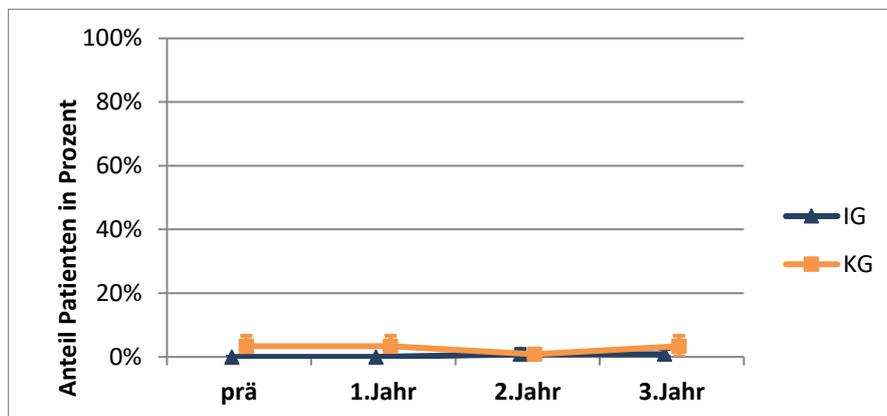
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

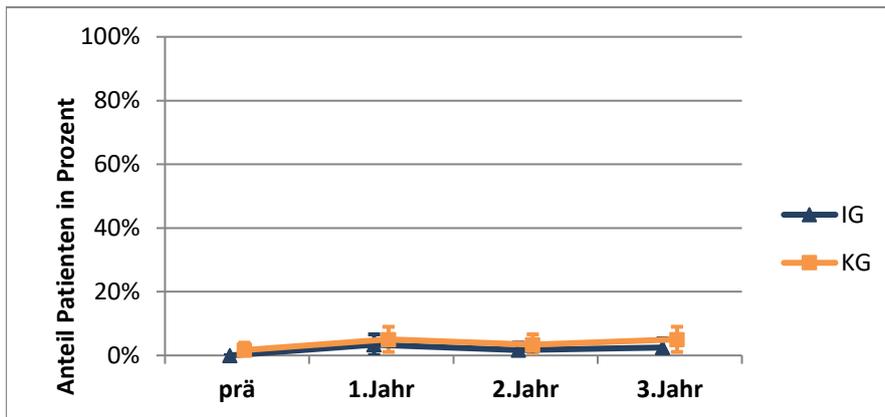
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

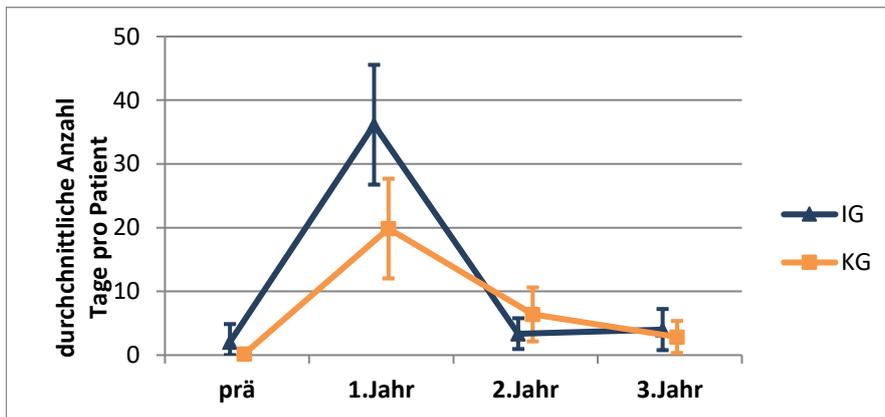


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

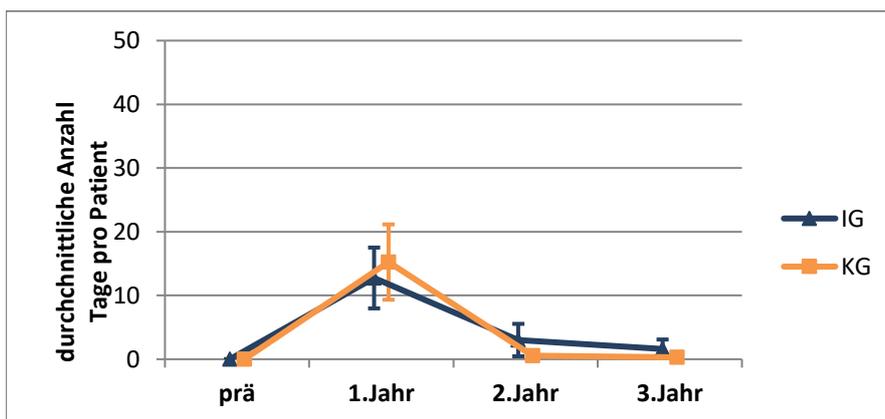


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

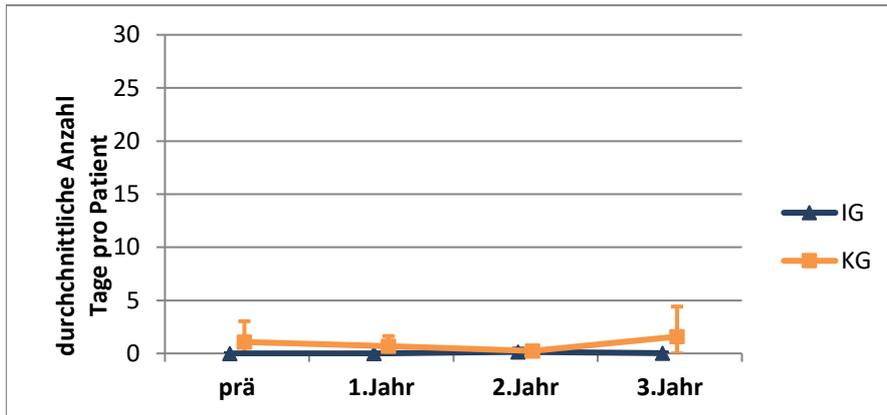
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



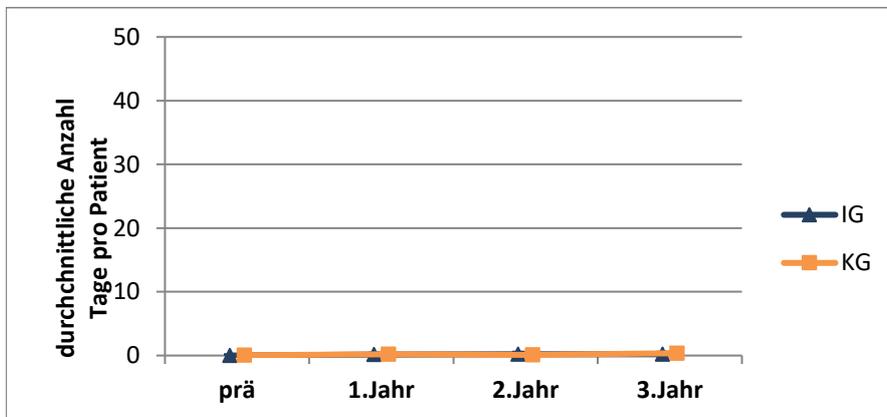
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



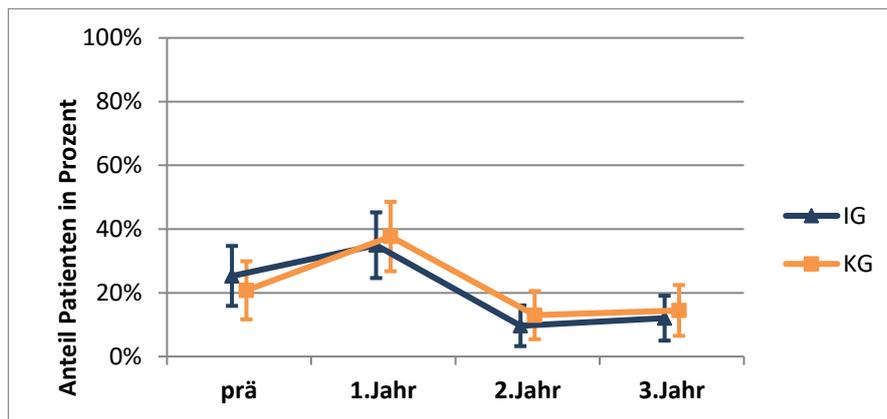
Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

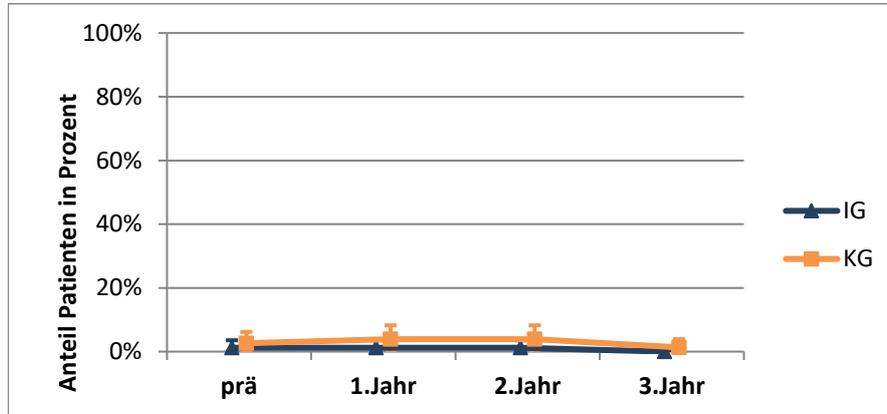
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

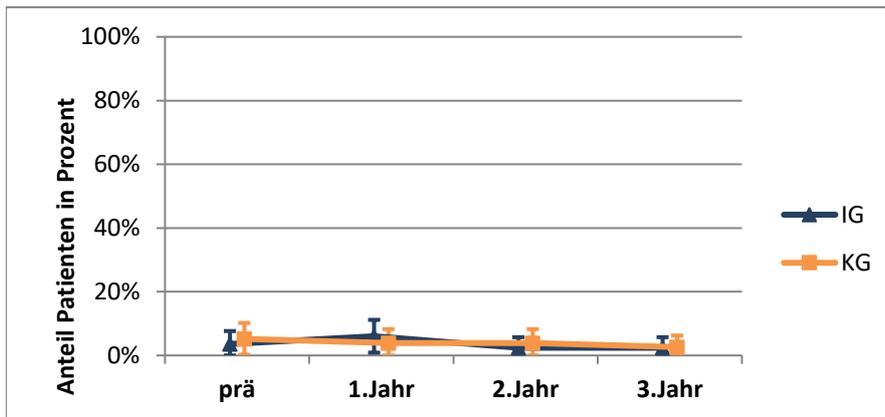
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

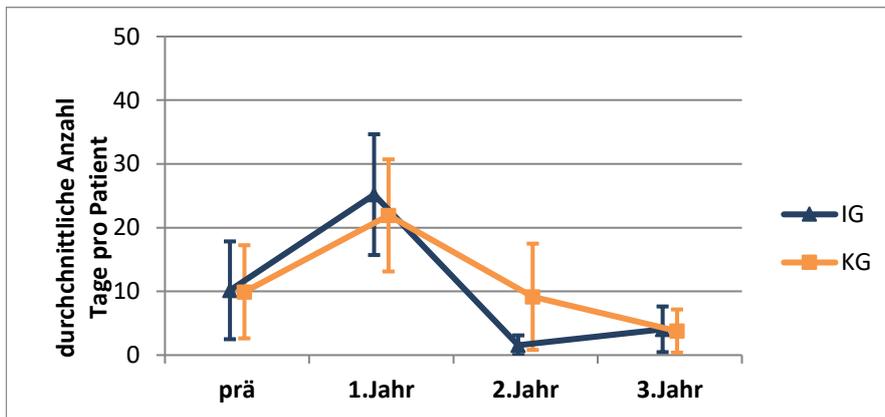


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

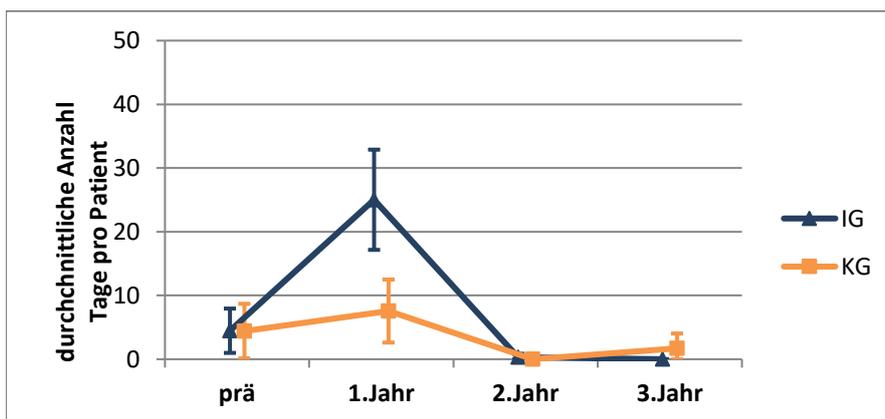


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

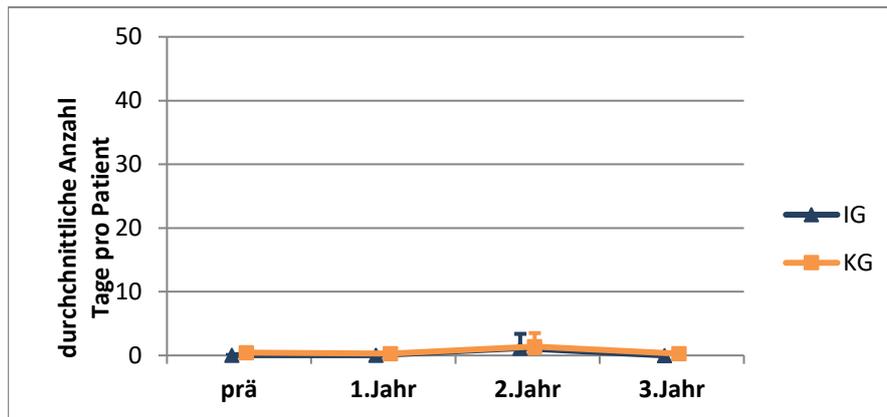
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



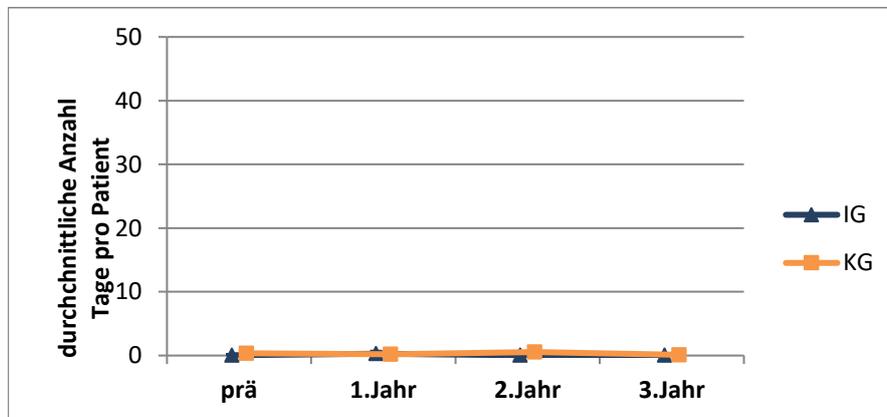
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle jungen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 119, KG = 119; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 83, KG = 77).

Sowohl in der IG als auch in der KG zeigte sich bei den klirikneuen jungen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,0; KG: 0,2 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 36,2; KG: 19,9 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 3,4 und 4,0 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 6,4 und 2,8 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war, analog zu den erwachsenen Patienten, in der IG stärker als in der KG (IG: +34,1; KG: +19,7; Difference-in-Difference: +14,4 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG geringer als in der KG (IG: +12,7 teilstationäre Tage; KG: +15,2 teilstationäre Tage; Difference-in-Difference: -2,5 teilstationäre Tage). Im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall wies jedoch die IG mehr teilstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf.

Bei den klirikbekannten jungen Patienten zeigte sich zunächst in der IG im Vergleich zur KG eine stärkere Zunahme vollstationärer Behandlungstage im ersten Jahr nach Referenzfall und dann eine stärkere Abnahme im zweiten Jahr nach Referenzfall bis zu einer vergleichbaren Höhe im dritten Jahr nach Referenzfall (prä: +0,2; 1. Jahr: +3,3; 2. Jahr: -7,6; 3. Jahr: +0,3 vollstationäre Tage). Der Anstieg der teilstationären Behandlungstage war in der IG deutlich größer als in der KG (IG: +20,6; KG: +3,1 teilstationäre Tage). Die weiteren patientenindividuellen Jahre waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar.

Für die Dauer und den Anteil stationärer Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnosen als Hauptdiagnose ergab sich sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten über den gesamten Beobachtungszeitraum in beiden Gruppen ein vergleichbarer Verlauf mit wenigen Aufnahmen. Die Fallzahlen waren sehr gering.

Der Anteil an jungen Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt war zwischen IG und KG bei den klinikneuen jungen Patienten weitgehend vergleichbar. Der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall war in der IG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten geringer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile zudem ab dem Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der KG.

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	189	189	189	189
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	9,0 %	37,0 %	4,2 %	34,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,5 %	1,1 %	0,0 %	1,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	5,8 %	3,7 %	4,8 %	3,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ^{3,4} (B1)	1,5	26,9	1,1	18,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,4	13,4	0,4	12,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,9	40,3	1,4	31,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,1	0,0	0,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,1	0,0	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,2	0,2	0,1	0,4

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

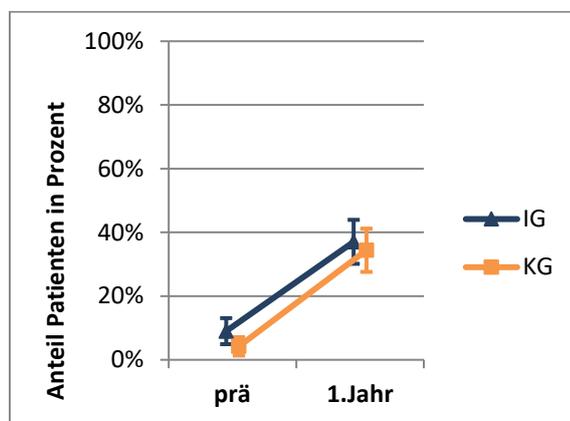
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

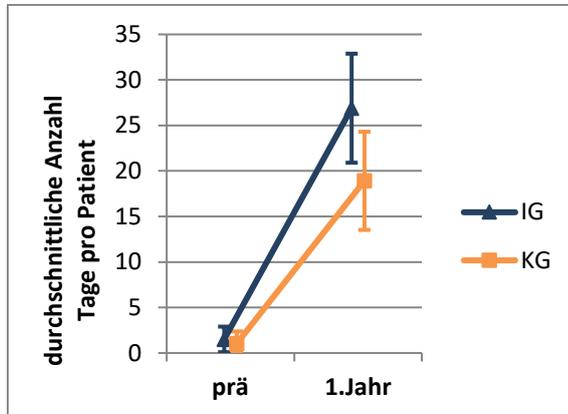
Fallzahl zu klein

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

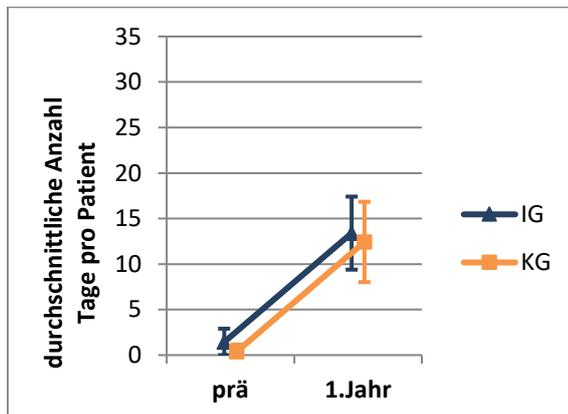
Fallzahl zu klein

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

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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

Fallzahl zu klein

- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

Fallzahl zu klein

Für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n = 189 pro Gruppe) zeigte sich ein statistisch signifikant stärkerer Anstieg der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in der IG im Vergleich zur KG (DiD: +7,5 vollstationäre Tage). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 1,5; KG: 1,1 vollstationäre Tage), während die vollstationären Tage in der IG stärker stiegen als in der KG (IG: +25,4; KG: +17,9 vollstationäre Tage).

Die Fallzahlen bezüglich stationärer Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnose sind generell in beiden Gruppen sehr gering. Aufgrund dieser geringen Fallzahlen wurde kein inferenzstatistischer Vergleich durchgeführt.

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

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte vollstationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit Essstörungen verglichen mit den anderen Indexdiagnosen.

Abbildung 1 und Abbildung 3 zeigen die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 und Abbildung 4 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 508 ff.).

8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.482	1.485	1.395	1.320	1.478	1.481	1.380	1.333
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	0,3	4,4	2,7	2,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,9	7,6	6,6	5,6	3,9	5,4	4,9	4,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,0	10,3	10,0	9,0	8,6	10,8	9,2	8,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,3	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,0	1,3	1,3	1,6	0,7	0,6	0,8	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3	0,4	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,6	6,1	4,5	4,2	5,3	6,1	5,1	4,4

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Erwachsene, Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	515	515	483	464	519	519	503	481
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	497	493	463	451	508	506	490	471
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	2,2	7,3	5,5	5,3	2,0	6,3	4,6	4,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	6,5	5,2	4,6	4,8	7,1	7,3	6,4	5,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,0	14,0	14,1	15,2	12,3	12,0	11,5	12,1
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	0,3	0,4	0,3	0,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,2	1,3	1,6	0,7	0,7	0,7	0,4	0,6

• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	3,1	3,5	5,0	5,0	1,2	1,6	0,9	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,3	0,2	0,2	0,7	0,3	0,2	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	11,6	11,1	3,8	3,5	8,0	8,2	6,2	6,4

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

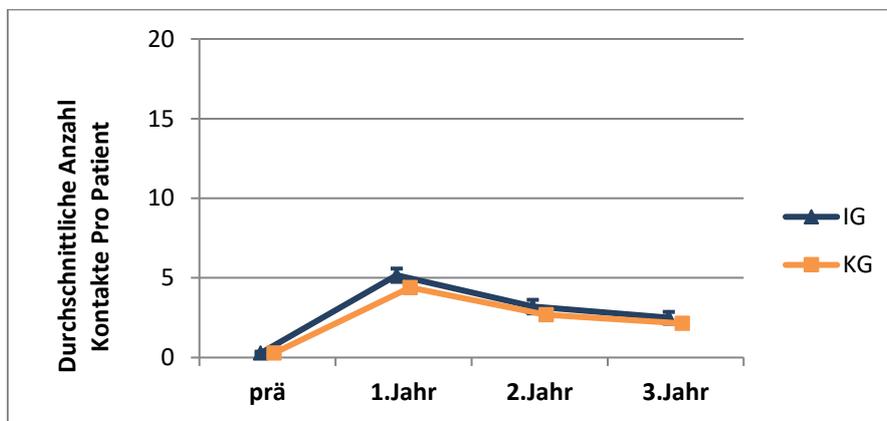
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

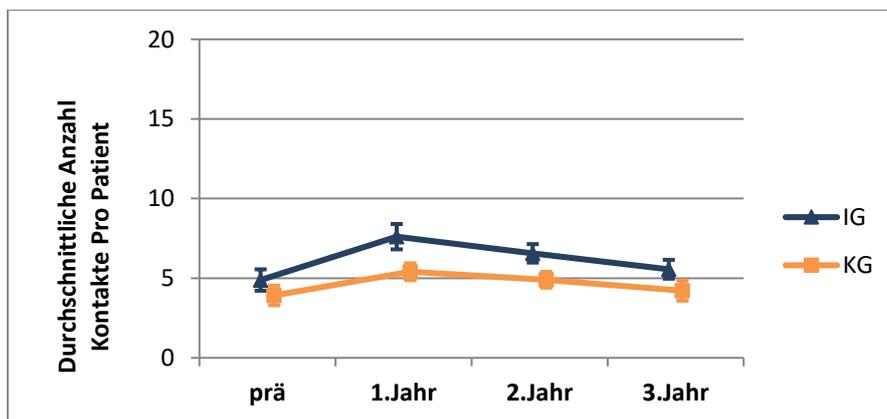
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

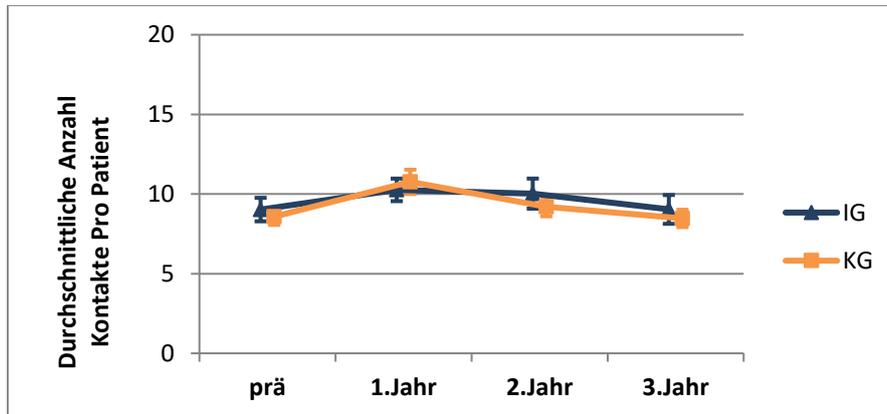
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

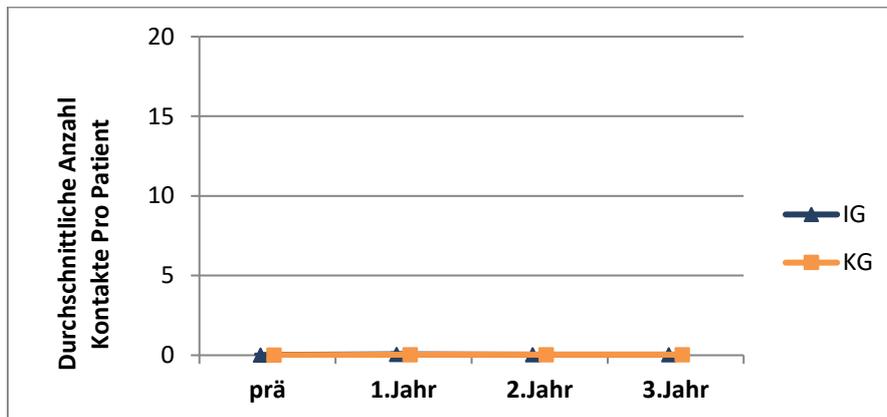


- bei anderen Vertragsärzten (E)

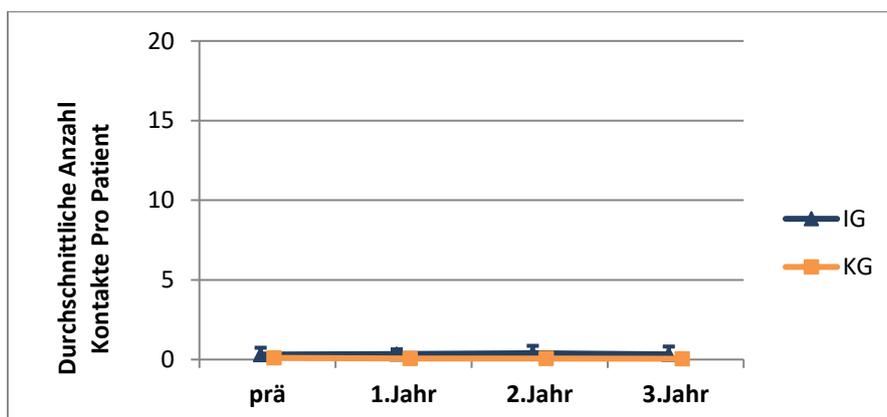


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

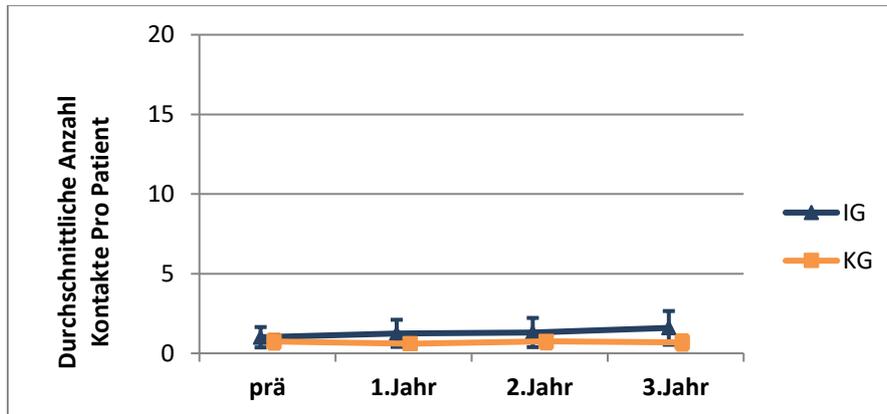
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

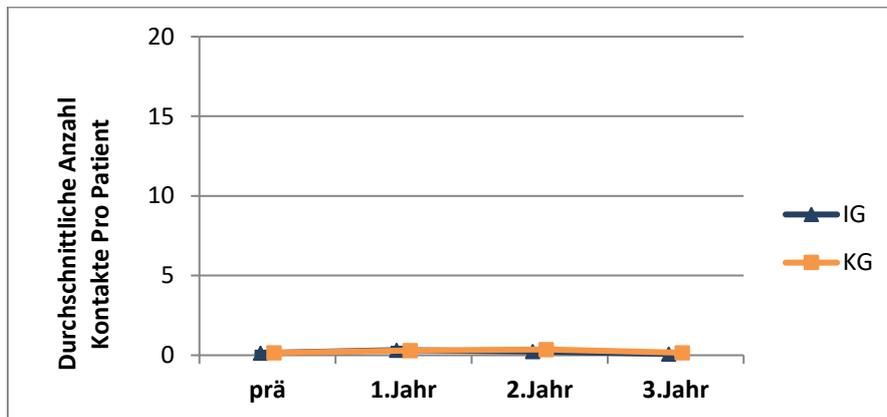


- bei anderen Vertragsärzten (F)

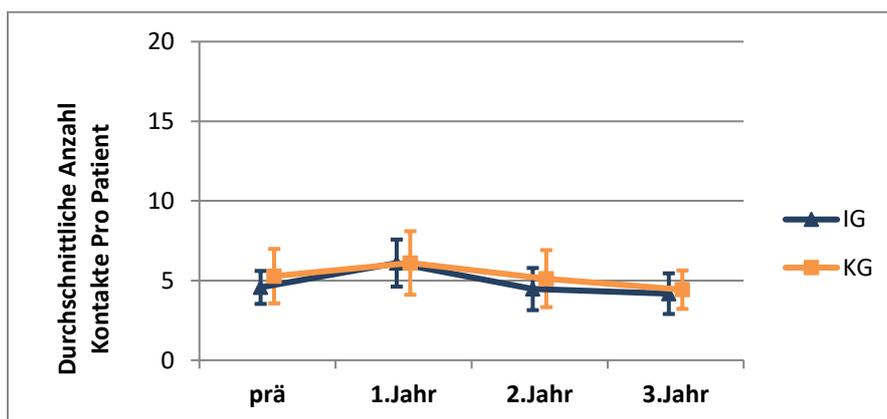


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



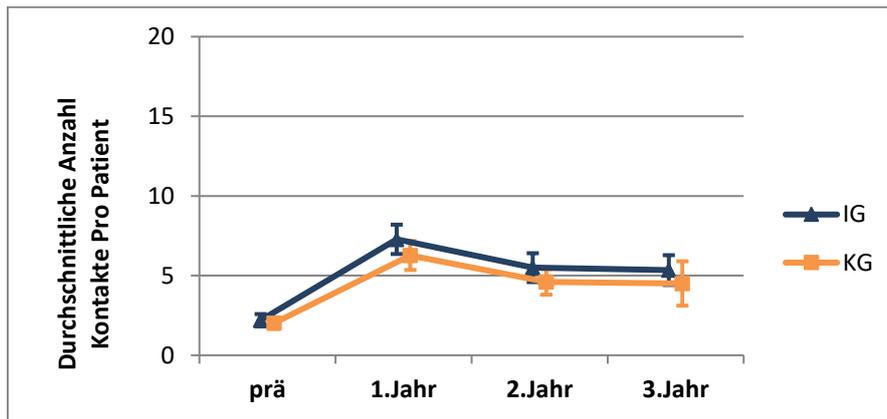
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

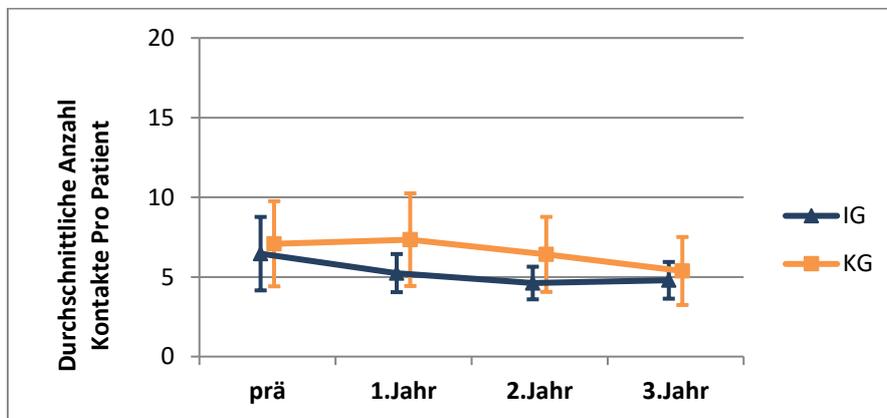
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

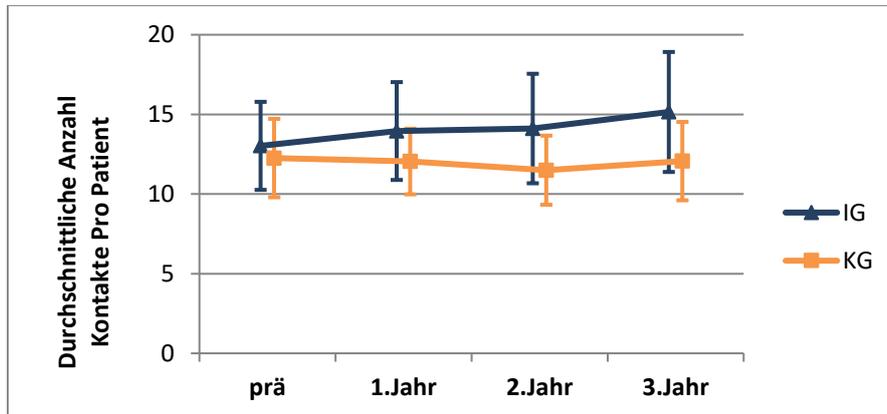
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

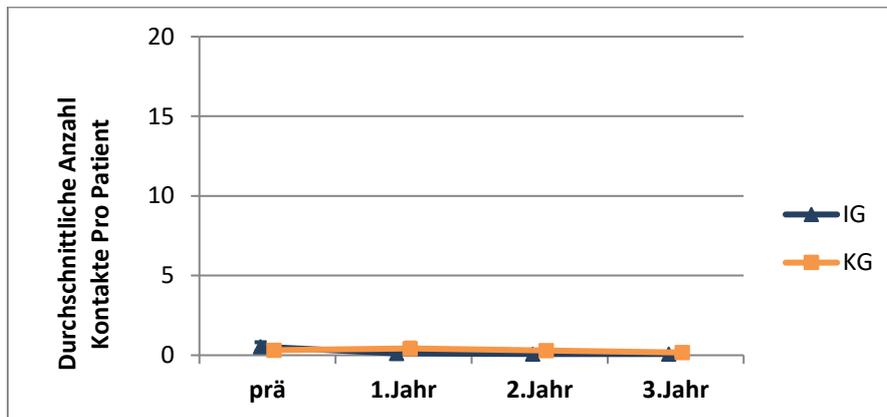


- bei anderen Vertragsärzten (E)

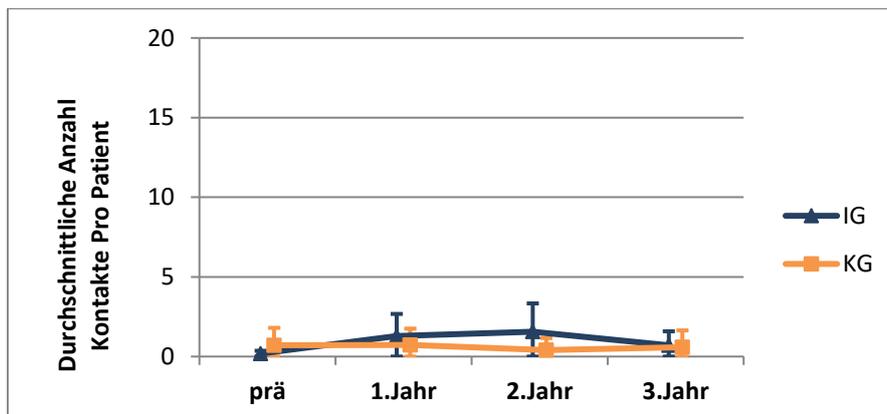


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

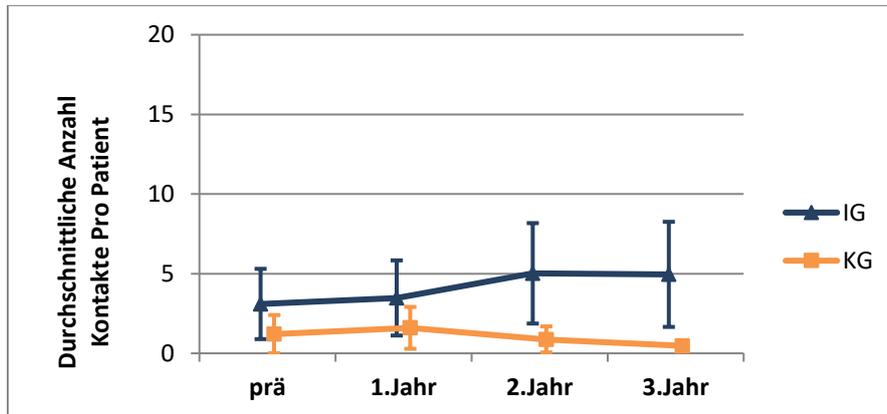
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

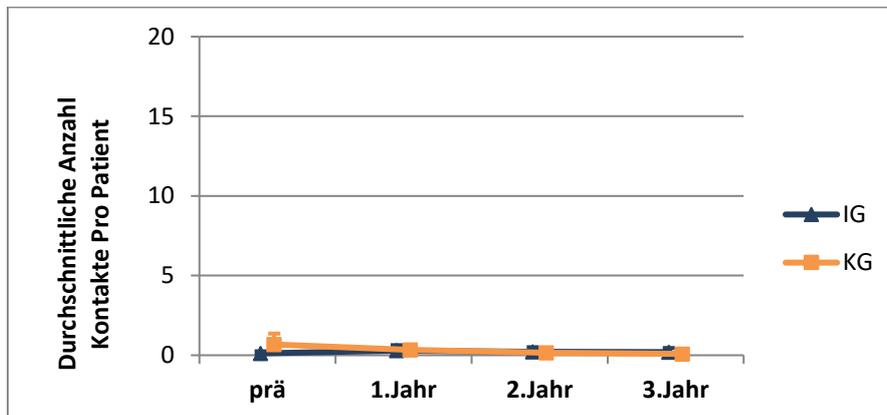


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

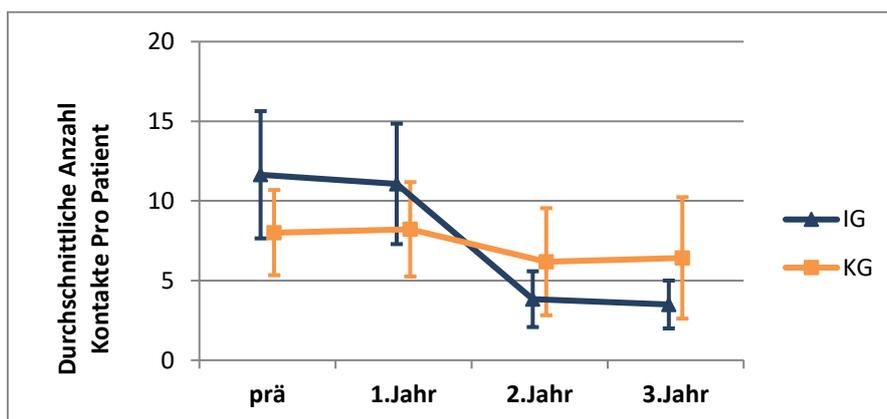


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 1.485, KG = 1.481; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 493, KG = 506). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei klินิกneuen erwachsenen Patienten zeigten sich bei einem zwischen beiden Gruppen vergleichbaren Verlauf über die Beobachtungszeit in der IG stets etwas mehr PIA-Kontakte aufgrund von Indexdiagnose im Vergleich zur KG (prä: 0,0; 1. Jahr: +0,8; 2. Jahr: +0,5; 3. Jahr: +0,3 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war im Verlauf vergleichbar und in der IG numerisch stets größer als in der KG (prä: +1,0; 1. Jahr: +2,2; 2. Jahr: +1,7; 3. Jahr: +1,3 Kontakte).

Auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten zeigten sich zwischen den Gruppen vergleichbare Verläufe mit stets etwas höherer PIA-Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,2; 1. Jahr: +1,0; 2. Jahr: +0,9; 3. Jahr: +0,8 PIA-Kontakte).

Die ambulante Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war jedoch für die klinikbekannten erwachsenen Patienten in der IG stets geringer als in der KG (prä: -0,6; 1. Jahr: -2,1; 2. Jahr: -1,8; 3. Jahr: -0,6 Kontakte).

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

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	1.498	1.498	1.498	1.498
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.464	1.468	1.462	1.461
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	8,0	0,2	4,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	5,0	7,3	3,8	6,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	8,2	9,8	8,1	9,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,0	0,0

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

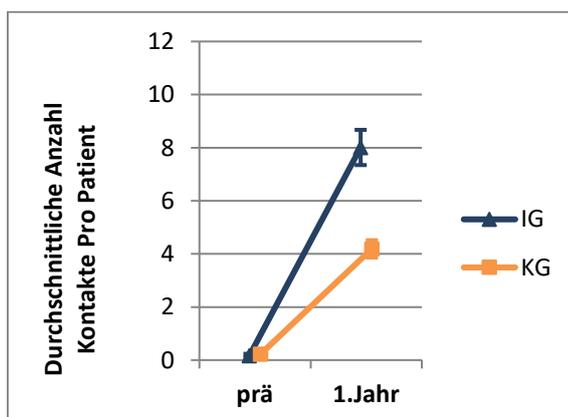
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

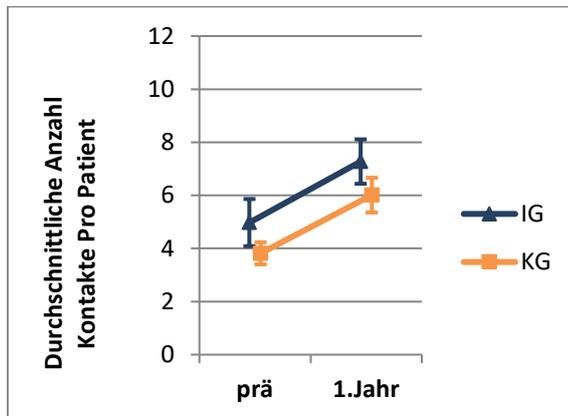
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

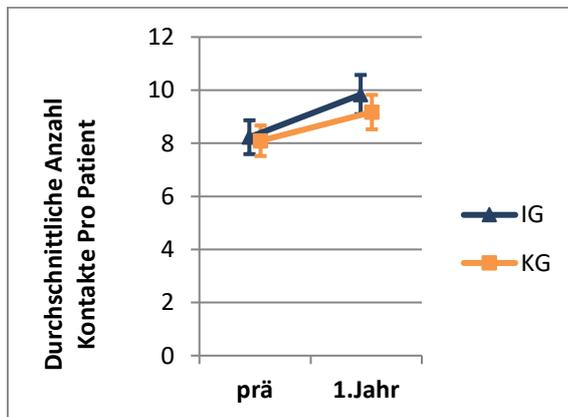
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

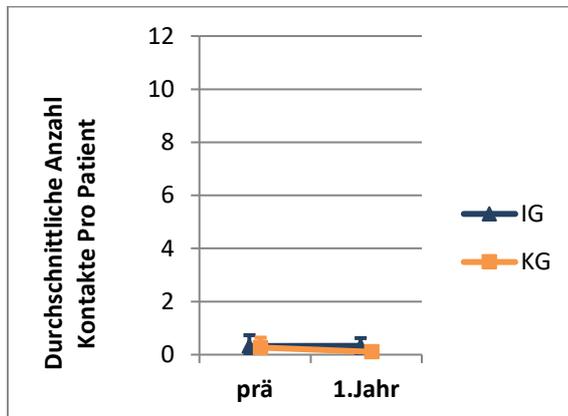


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

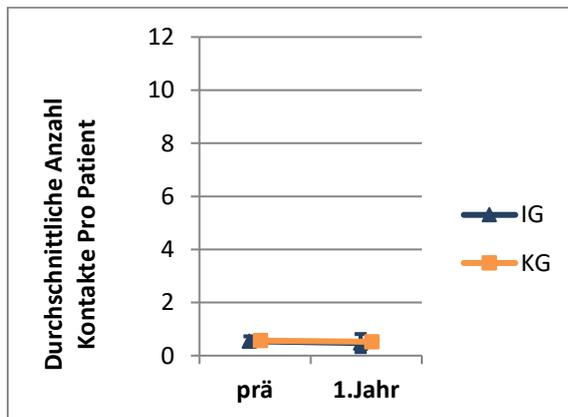
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

Fallzahl zu klein

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



- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

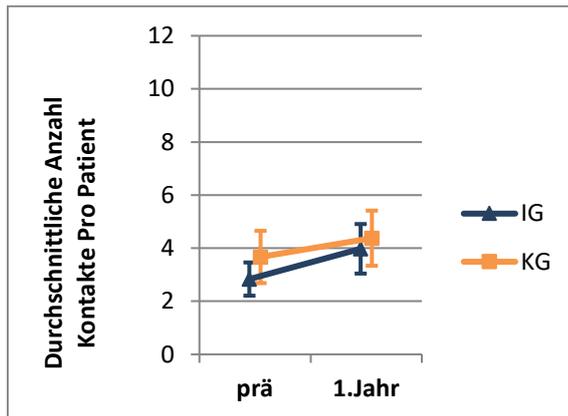


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

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



Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 1.468 und 1.461) zeigte sich eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der Inanspruchnahme PIA bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG (IG: +7,8; KG: +4,0 PIA-Kontakte; DiD: +3,9 PIA-Kontakte). Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war sowohl im Prä-Zeitraum als auch im patientenindividuellen 1. Jahr in der IG um etwas mehr als ein PIA-Kontakt größer als in der KG (IG: von 5,0 auf 7,3 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 3,8 auf 6,0 Kontakte im 1. Jahr). Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war jedoch zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Auch die Inanspruchnahme von anderen Vertragsärzten aufgrund von einer Indexdiagnose stieg in der IG leicht, aber statistisch signifikant stärker, im Vergleich zur KG (DiD: +0,5 Kontakte).

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	119							
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	119	119	119	116	119	119	117	118
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	0,2	3,1	1,1	0,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	6,5	13,8	12,5	10,7	5,3	9,2	7,4	5,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	4,2	4,8	4,0	4,1	4,2	5,9	4,4	4,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	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	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,5	0,4	0,3	0,6	0,4	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,1	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	3,9	1,8	1,7	1,5	1,7	0,7	0,4	0,7

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	83	83	83	83	77	77	77	76
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	82	83	80	80	77	76	72	75
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	1,1	3,6	1,7	1,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	7,9	12,3	11,8	10,2	7,2	10,9	8,2	6,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	4,5	5,9	5,9	4,6	5,7	6,5	5,9	5,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,3	0,3	0,2	0,2	0,8	0,3	0,1	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,5	0,4	0,8	0,3	0,4	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	3,1	2,9	3,0	2,5	5,1	2,8	1,1	1,1

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

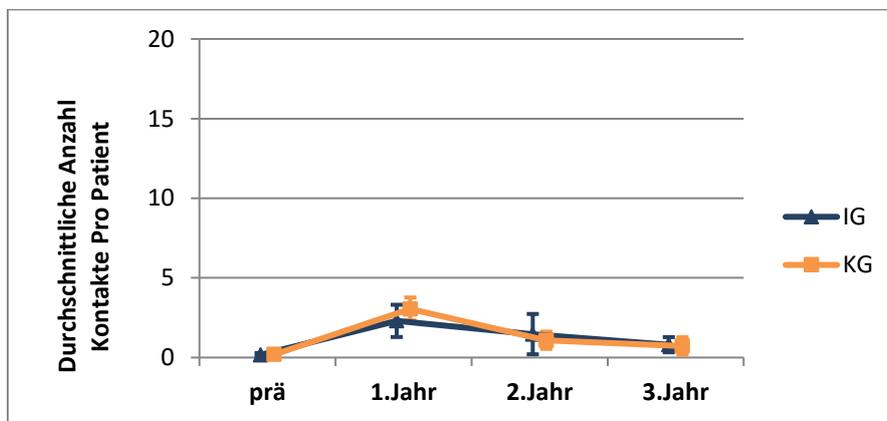
Kinder, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

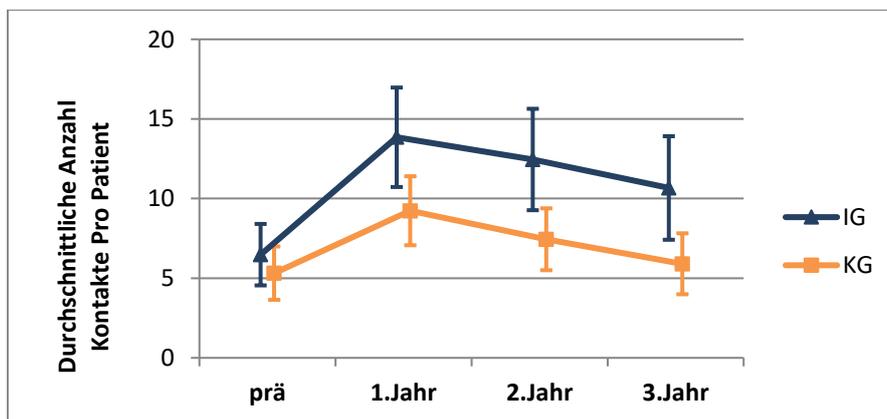
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

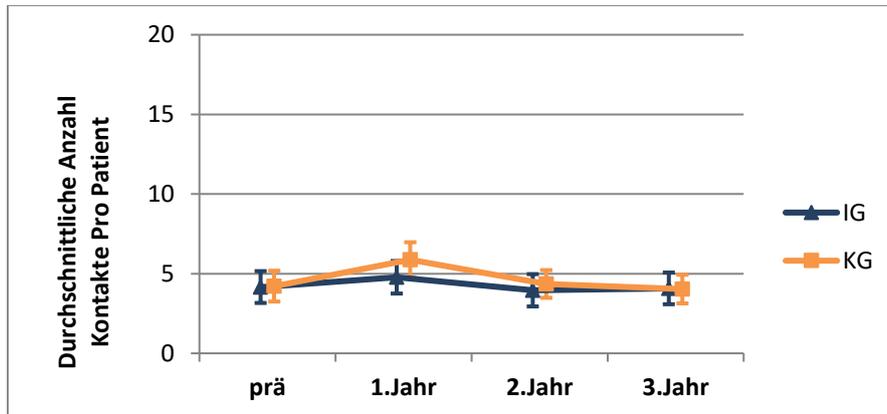
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

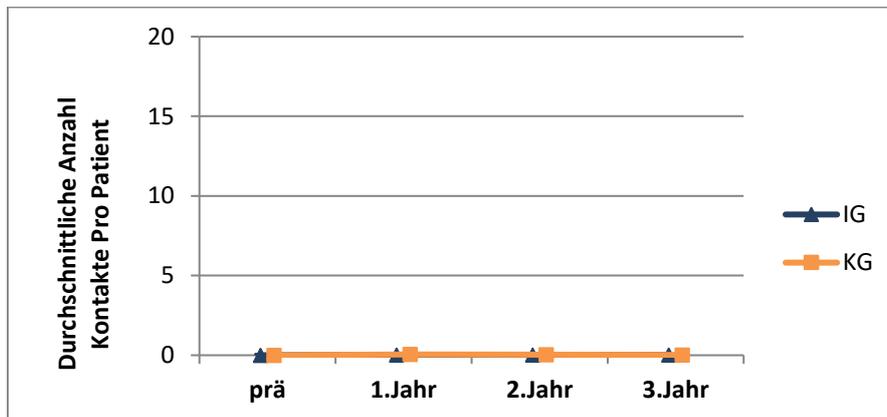


- bei anderen Vertragsärzten (E)

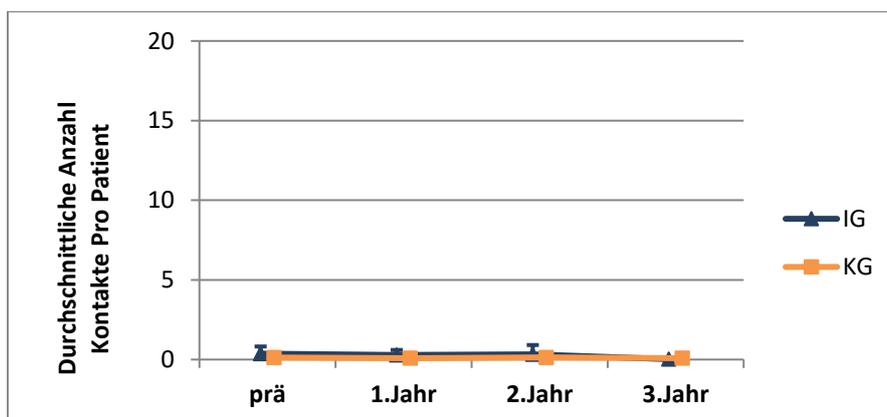


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

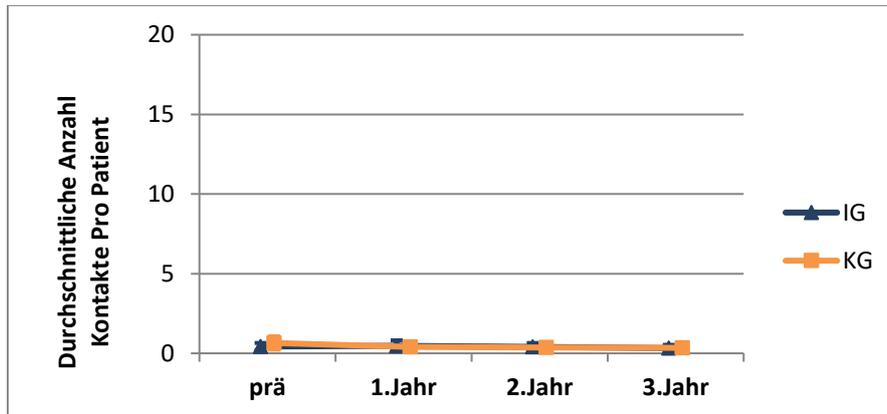
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

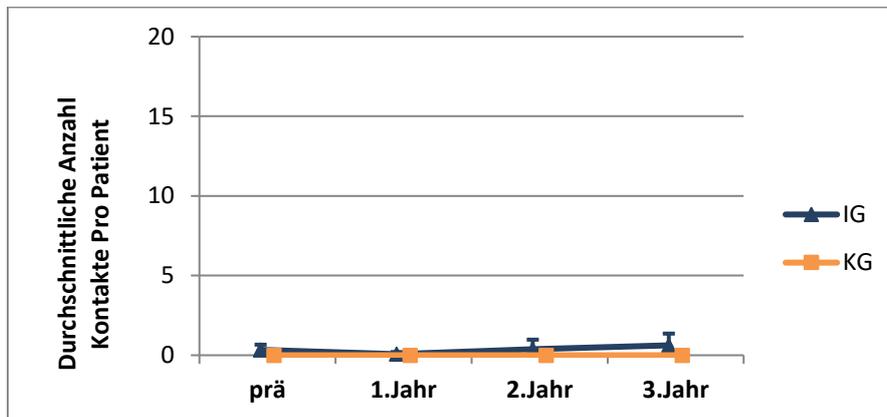


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

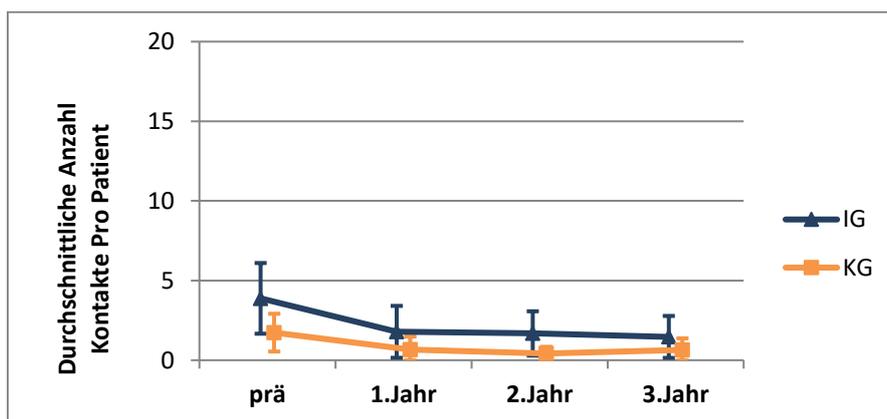


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



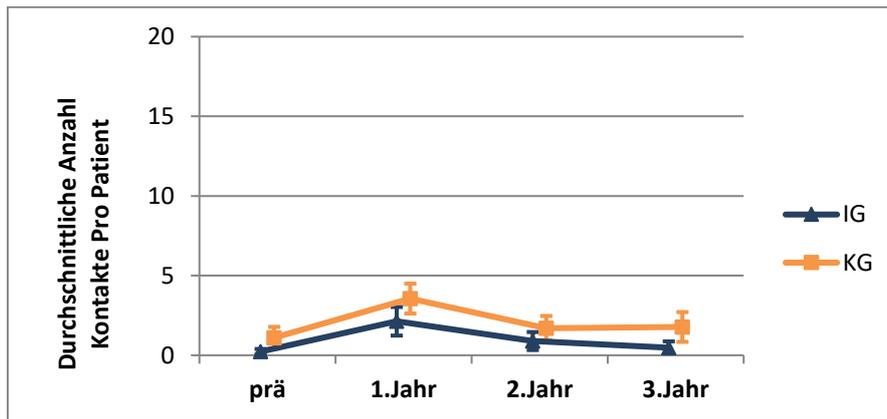
Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

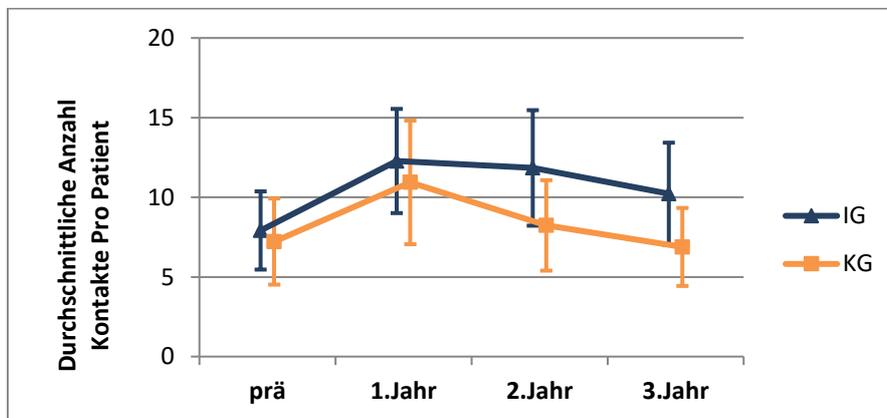
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

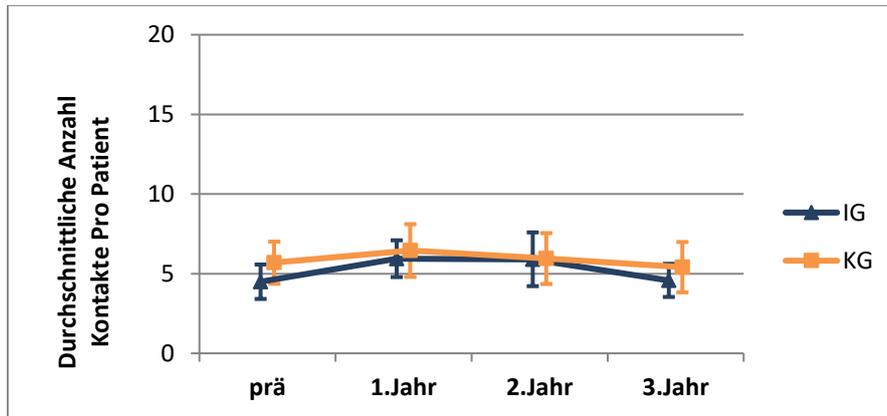
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

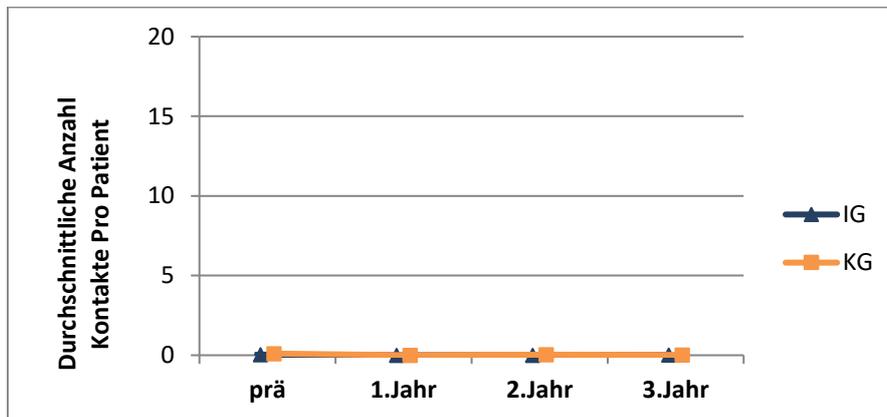


- bei anderen Vertragsärzten (E)

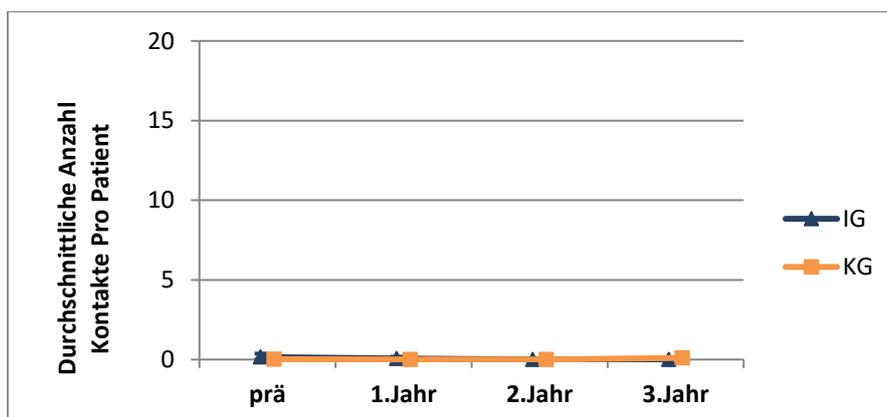


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

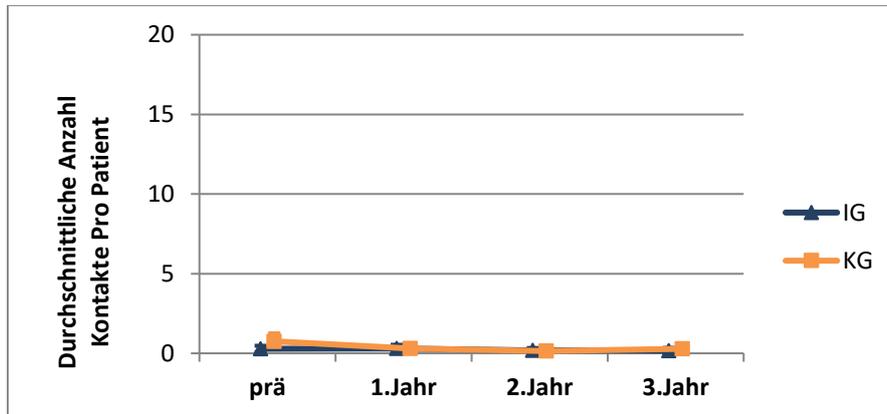
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

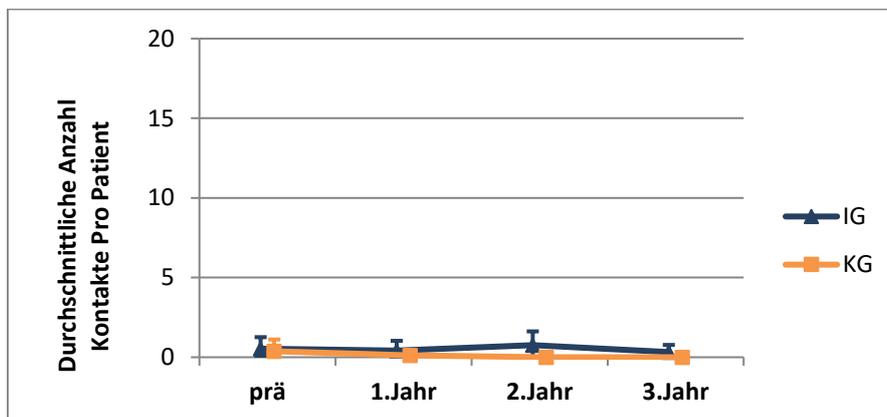


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

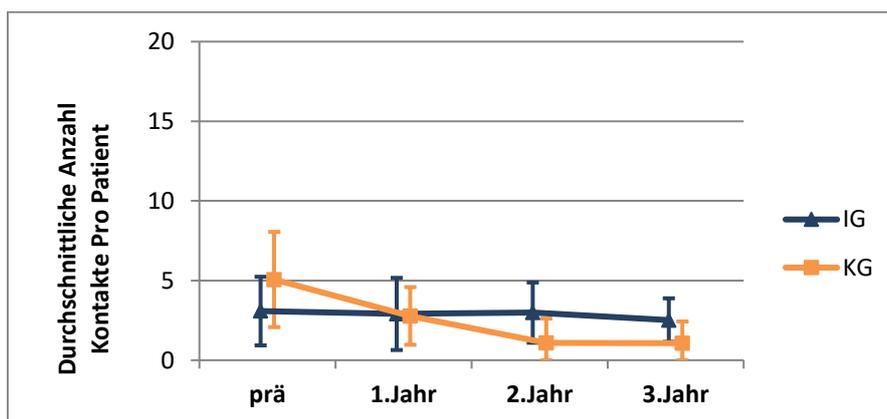


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle jungen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 119, KG = 119; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 83, KG = 77). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei klินิกneuen jungen Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und danach Absinken der PIA-Inanspruchnahme. Dabei war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG geringer als in der KG und ansonsten weitgehend vergleichbar (prä: +0,0; 1. Jahr: -0,7; 2. Jahr: +0,4; 3. Jahr: +0,1 PIA-Kontakte).

Auch das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall vergleichbar. Dabei lag die IG im Durchschnitt über alle Patienten ab Referenzfall ca. 5 Kontakte über dem Niveau der KG (prä: +1,2; 1. Jahr: +4,6; 2. Jahr: +5,0; 3. Jahr: +4,8 Kontakte). Auch war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG (IG: +7,4; KG: +3,9 Kontakte).

Bei den kllinikbekannten jungen Patienten war die PIA-Inanspruchnahme in der IG stets geringer als in der KG (prä: -0,9; 1. Jahr: -1,4; 2. Jahr: -0,8; 3. Jahr: -1,3 PIA-Kontakte).

Auch bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich, analog zu den klinikneuen jungen Patienten, eine größere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,7; 1. Jahr: +1,3; 2. Jahr: +3,6; 3. Jahr: +3,3 Kontakte).

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	189	189	189	189
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	183	188	186	189
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	4,3	0,2	3,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	6,8	11,8	8,2	9,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	4,1	5,1	4,6	5,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,2	0,3	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,4	0,4	0,2	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,3	0,7	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,5	0,4	0,2	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	2,3	2,1	2,9	2,2

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

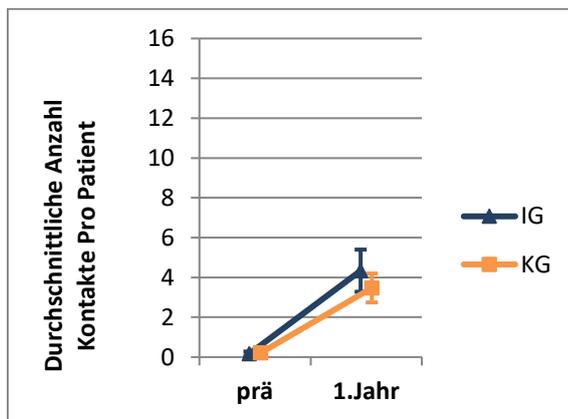
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

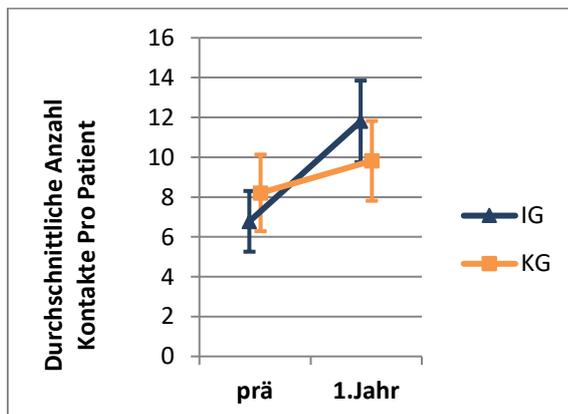
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

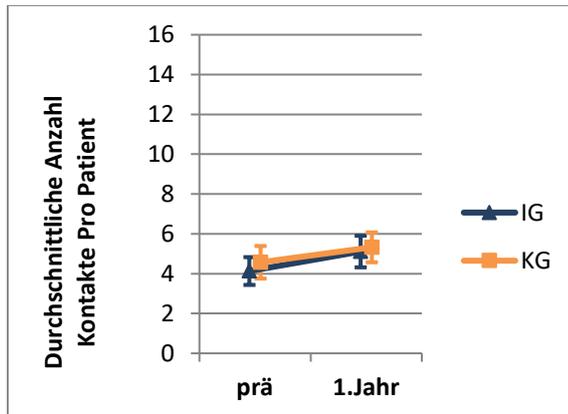
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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



- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



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

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

Fallzahl zu klein

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 188 und 189) zeigte sich eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der PIA-Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen in der IG im Vergleich zur KG (IG: +4,2; KG: +3,3 Kontakte; DiD: +0,9 Kontakte). Auch die Inanspruchnahme bei einem *Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* stieg in der IG in diesem Zeitraum statistisch signifikant stärker im Vergleich zur KG (IG: +5,0; KG: +1,6 Kontakte; DiD: +3,4 Kontakte).

Abbildung 5 und Abbildung 7 zeigen die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 6 und Abbildung 8 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	168	1.269	285	224	151	1.139	309	272
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	5,4 %	15,2 %	18,9 %	14,7 %	11,3 %	12,9 %	21,4 %	18,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,9 %	20,4 %	19,6 %	13,8 %	19,2 %	16,9 %	14,9 %	15,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	33,9 %	37,7 %	29,5 %	25,9 %	38,4 %	38,1 %	40,8 %	31,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,7 %	12,5 %	7,7 %	8,5 %	9,3 %	11,1 %	10,4 %	11,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	9,3 %	7,4 %	5,4 %	4,6 %	6,3 %	7,4 %	6,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	1,8 %	1,4 %	3,6 %	4,0 %	2,5 %	5,5 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,0 %	40,3 %	42,1 %	31,3 %	31,8 %	33,1 %	39,5 %	37,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	53,6 %	32,0 %	35,8 %	46,4 %	43,0 %	37,5 %	34,3 %	40,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	131	813	187	157	117	709	219	182
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,1 %	16,6 %	18,7 %	13,4 %	14,5 %	15,0 %	18,7 %	15,4 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,7 %	25,6 %	25,7 %	15,3 %	23,9 %	22,4 %	17,8 %	19,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,9 %	35,7 %	29,9 %	28,7 %	38,5 %	37,7 %	39,7 %	30,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,6 %	15,1 %	8,0 %	8,3 %	8,5 %	11,4 %	11,0 %	9,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,1 %	11,1 %	8,6 %	5,7 %	3,4 %	8,3 %	7,3 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	1,8 %	0,5 %	2,5 %	4,3 %	2,7 %	7,3 %	4,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,1 %	47,2 %	47,1 %	31,8 %	37,6 %	41,3 %	39,7 %	38,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	49,6 %	27,8 %	32,6 %	45,2 %	40,2 %	33,7 %	33,8 %	41,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	71	411	112	92	64	367	128	93
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	8,5 %	15,3 %	18,8 %	8,7 %	15,6 %	11,7 %	18,8 %	12,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,9 %	33,6 %	28,6 %	20,7 %	25,0 %	27,5 %	21,1 %	24,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	28,2 %	35,5 %	28,6 %	27,2 %	42,2 %	37,6 %	39,8 %	36,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,0 %	16,3 %	6,3 %	7,6 %	4,7 %	11,2 %	10,9 %	9,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,0 %	11,2 %	4,5 %	5,4 %	6,3 %	6,8 %	9,4 %	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	1,5 %	0,9 %	3,3 %	6,3 %	4,1 %	8,6 %	5,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,2 %	52,8 %	46,4 %	31,5 %	40,6 %	42,5 %	44,5 %	43,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	53,5 %	23,6 %	33,9 %	44,6 %	34,4 %	32,4 %	31,3 %	33,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	136	1.192	248	197	121	1.062	251	230
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	14,0 %	23,6 %	28,6 %	26,4 %	27,3 %	22,1 %	31,5 %	28,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,6 %	33,7 %	31,0 %	22,8 %	28,9 %	27,5 %	25,1 %	23,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,0 %	59,5 %	58,1 %	48,7 %	59,5 %	62,2 %	60,2 %	52,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,7 %	32,3 %	27,8 %	26,4 %	28,9 %	31,1 %	29,1 %	28,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,4 %	17,4 %	17,7 %	13,2 %	9,9 %	13,8 %	13,5 %	12,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,4 %	5,5 %	6,9 %	6,6 %	9,1 %	6,2 %	12,7 %	13,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,4 %	60,3 %	64,1 %	51,3 %	52,9 %	53,7 %	59,8 %	55,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,6 %	12,1 %	12,1 %	20,3 %	20,7 %	15,5 %	12,4 %	21,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	109	767	163	140	92	657	171	157
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	16,5 %	22,7 %	25,8 %	25,0 %	29,3 %	23,4 %	27,5 %	28,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,9 %	41,7 %	37,4 %	26,4 %	35,9 %	36,1 %	29,2 %	28,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,0 %	57,9 %	58,3 %	53,6 %	59,8 %	62,4 %	57,9 %	52,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,4 %	36,9 %	30,7 %	25,7 %	29,3 %	32,4 %	28,7 %	31,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,3 %	19,9 %	20,2 %	12,9 %	9,8 %	17,4 %	14,0 %	14,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,3 %	5,5 %	6,1 %	7,1 %	9,8 %	6,5 %	14,6 %	12,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,7 %	66,6 %	67,5 %	52,9 %	58,7 %	63,6 %	59,1 %	60,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,6 %	8,7 %	8,6 %	17,1 %	18,5 %	11,7 %	13,5 %	16,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	56	394	95	80	52	332	101	78
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	19,6 %	21,3 %	26,3 %	20,0 %	36,5 %	19,9 %	27,7 %	30,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,9 %	48,2 %	42,1 %	36,3 %	46,2 %	41,0 %	31,7 %	37,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,9 %	57,4 %	62,1 %	53,8 %	67,3 %	61,4 %	61,4 %	57,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,1 %	41,6 %	31,6 %	25,0 %	32,7 %	32,2 %	30,7 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,6 %	19,5 %	13,7 %	12,5 %	15,4 %	15,4 %	13,9 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,7 %	4,6 %	8,4 %	2,5 %	15,4 %	9,0 %	17,8 %	12,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,9 %	70,6 %	67,4 %	56,3 %	76,9 %	65,1 %	63,4 %	70,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,7 %	7,4 %	8,4 %	15,0 %	5,8 %	11,4 %	10,9 %	9,0 %

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			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	98	1.064	201	155	80	925	185	184
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	31,6 %	27,7 %	34,8 %	32,3 %	42,5 %	27,6 %	41,1 %	35,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,6 %	45,0 %	45,8 %	36,1 %	33,8 %	36,5 %	33,0 %	31,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,6 %	78,9 %	77,1 %	71,0 %	81,3 %	80,0 %	83,2 %	79,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,0 %	52,9 %	50,2 %	46,5 %	60,0 %	52,8 %	55,7 %	47,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,4 %	25,6 %	23,4 %	18,7 %	16,3 %	21,2 %	17,3 %	16,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,2 %	12,9 %	12,4 %	7,1 %	20,0 %	13,0 %	18,9 %	21,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,1 %	73,0 %	77,6 %	63,2 %	65,0 %	65,1 %	73,5 %	68,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,2 %	4,7 %	4,0 %	11,0 %	10,0 %	6,5 %	3,2 %	9,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	80	687	134	113	55	563	122	125
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,5 %	27,5 %	32,1 %	31,0 %	43,6 %	30,4 %	38,5 %	35,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,8 %	54,0 %	53,7 %	41,6 %	43,6 %	46,4 %	37,7 %	38,4 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,5 %	80,1 %	76,9 %	77,0 %	83,6 %	80,1 %	83,6 %	82,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,5 %	58,5 %	50,0 %	49,6 %	65,5 %	55,2 %	54,9 %	54,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	23,8 %	27,8 %	25,4 %	18,6 %	18,2 %	27,2 %	18,9 %	17,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,5 %	14,4 %	9,7 %	7,1 %	18,2 %	13,9 %	19,7 %	19,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,8 %	79,6 %	79,9 %	66,4 %	72,7 %	76,6 %	76,2 %	76,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,8 %	2,9 %	4,5 %	7,1 %	9,1 %	4,3 %	3,3 %	4,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	38	350	76	66	28	274	66	62
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	36,8 %	25,4 %	32,9 %	30,3 %	64,3 %	27,0 %	36,4 %	30,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	50,0 %	63,1 %	63,2 %	50,0 %	53,6 %	54,4 %	45,5 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,8 %	80,6 %	84,2 %	77,3 %	89,3 %	82,1 %	86,4 %	85,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,9 %	62,3 %	51,3 %	53,0 %	78,6 %	57,3 %	53,0 %	61,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	28,9 %	27,4 %	15,8 %	19,7 %	21,4 %	26,3 %	15,2 %	16,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,2 %	13,4 %	11,8 %	3,0 %	21,4 %	16,8 %	18,2 %	17,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,7 %	83,4 %	84,2 %	72,7 %	96,4 %	82,1 %	81,8 %	80,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,3 %	2,6 %	3,0 %	0,0 %	2,2 %	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 - Erwachsene
A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	224	445	211	211	262	498	294	241
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,4 %	15,1 %	18,0 %	22,3 %	8,0 %	16,5 %	19,4 %	13,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,5 %	14,8 %	13,3 %	18,5 %	12,2 %	12,4 %	10,9 %	12,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	27,2 %	29,9 %	31,8 %	28,4 %	29,0 %	33,1 %	23,5 %	27,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,5 %	8,1 %	12,3 %	9,5 %	9,2 %	9,2 %	6,1 %	6,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,4 %	5,4 %	2,4 %	4,7 %	5,3 %	4,0 %	3,4 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	3,4 %	3,8 %	3,3 %	3,8 %	3,8 %	3,7 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,0 %	32,6 %	32,2 %	42,2 %	24,0 %	31,5 %	32,7 %	26,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,4 %	43,8 %	40,3 %	39,3 %	51,1 %	41,4 %	50,7 %	52,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	193	366	180	183	219	403	251	200
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,8 %	16,1 %	17,2 %	21,9 %	8,7 %	16,9 %	21,1 %	16,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,2 %	17,2 %	15,0 %	21,3 %	14,6 %	14,6 %	12,4 %	15,0 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	28,0 %	32,2 %	33,9 %	28,4 %	27,9 %	31,3 %	23,5 %	25,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,8 %	9,3 %	10,0 %	9,8 %	9,1 %	9,7 %	6,8 %	7,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,2 %	6,0 %	2,8 %	4,4 %	5,9 %	4,7 %	4,0 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	3,8 %	3,3 %	3,8 %	3,7 %	4,7 %	4,4 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,6 %	36,3 %	33,3 %	44,3 %	27,4 %	34,7 %	36,3 %	31,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,5 %	38,8 %	37,8 %	37,2 %	50,2 %	40,0 %	47,0 %	50,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	123	247	121	125	120	258	152	118
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	7,3 %	15,8 %	14,9 %	16,8 %	9,2 %	15,5 %	15,1 %	10,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,8 %	22,3 %	19,0 %	25,6 %	17,5 %	17,8 %	13,8 %	16,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	26,8 %	34,8 %	37,2 %	29,6 %	24,2 %	34,5 %	27,6 %	28,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,8 %	10,1 %	14,0 %	12,0 %	10,8 %	10,1 %	7,9 %	8,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	8,5 %	4,1 %	5,6 %	3,3 %	3,9 %	4,6 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	2,8 %	3,3 %	2,4 %	4,2 %	5,4 %	5,3 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,0 %	42,1 %	35,5 %	44,8 %	28,3 %	36,0 %	32,9 %	27,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,5 %	34,8 %	33,1 %	38,4 %	49,2 %	36,8 %	47,4 %	50,8 %

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			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	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	206	396	180	166	228	429	224	187
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,5 %	22,7 %	28,3 %	35,5 %	18,0 %	26,8 %	32,6 %	27,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,2 %	27,8 %	20,0 %	28,9 %	22,8 %	24,7 %	22,8 %	24,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,6 %	50,0 %	53,9 %	48,8 %	53,1 %	55,7 %	50,9 %	56,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,2 %	24,7 %	30,0 %	25,3 %	25,0 %	26,8 %	19,6 %	21,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	9,8 %	9,4 %	10,2 %	8,3 %	8,6 %	7,1 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,8 %	7,6 %	7,2 %	6,6 %	10,1 %	9,1 %	9,4 %	10,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,7 %	51,3 %	52,8 %	63,9 %	40,4 %	52,7 %	54,0 %	51,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	26,2 %	20,7 %	20,0 %	15,7 %	24,1 %	17,2 %	24,1 %	18,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	178	327	153	144	189	345	187	155
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,0 %	24,2 %	28,1 %	34,7 %	18,5 %	27,2 %	33,2 %	31,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,2 %	31,8 %	22,9 %	33,3 %	27,5 %	29,3 %	26,2 %	27,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,3 %	52,3 %	57,5 %	49,3 %	51,9 %	55,1 %	52,9 %	56,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,2 %	26,9 %	28,1 %	26,4 %	22,8 %	28,1 %	21,9 %	21,9 %

<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 %	10,7 %	10,5 %	10,4 %	9,0 %	10,1 %	8,6 %	5,2 %
	6,7 %	8,6 %	7,8 %	6,9 %	9,0 %	9,9 %	11,2 %	12,3 %
	48,3 %	56,6 %	56,2 %	66,7 %	45,0 %	57,7 %	58,3 %	56,8 %
	21,9 %	17,1 %	16,3 %	15,3 %	24,3 %	15,4 %	19,3 %	16,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	111	219	101	98	103	217	115	94
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,2 %	22,4 %	26,7 %	29,6 %	15,5 %	19,8 %	27,0 %	24,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	34,2 %	39,7 %	27,7 %	37,8 %	34,0 %	36,9 %	32,2 %	28,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,5 %	56,2 %	61,4 %	52,0 %	48,5 %	60,8 %	56,5 %	55,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,6 %	29,7 %	35,6 %	31,6 %	28,2 %	29,0 %	20,0 %	24,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,5 %	13,7 %	12,9 %	11,2 %	5,8 %	10,1 %	11,3 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,4 %	7,3 %	5,9 %	6,1 %	12,6 %	10,1 %	11,3 %	13,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,4 %	63,0 %	59,4 %	67,3 %	44,7 %	57,6 %	60,0 %	50,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,7 %	12,8 %	11,9 %	14,3 %	22,3 %	14,3 %	18,3 %	18,1 %

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			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	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	169	321	135	118	172	307	143	127
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,0 %	29,6 %	38,5 %	45,8 %	26,7 %	35,2 %	45,5 %	41,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,1 %	40,8 %	31,1 %	40,7 %	33,1 %	34,9 %	31,5 %	29,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,0 %	72,6 %	73,3 %	66,9 %	79,1 %	76,5 %	76,9 %	79,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,3 %	45,8 %	45,9 %	50,0 %	45,9 %	50,5 %	46,2 %	40,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,0 %	13,4 %	14,8 %	15,3 %	14,0 %	13,7 %	11,9 %	10,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,1 %	17,4 %	13,3 %	12,7 %	14,0 %	15,0 %	16,8 %	18,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,8 %	66,0 %	68,1 %	76,3 %	57,6 %	67,8 %	72,0 %	66,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	11,8 %	8,1 %	7,4 %	6,8 %	10,5 %	7,2 %	7,0 %	5,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	148	262	117	105	148	251	120	105
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,7 %	30,2 %	41,0 %	45,7 %	26,4 %	36,7 %	47,5 %	43,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	37,8 %	46,9 %	35,0 %	45,7 %	38,5 %	39,4 %	35,8 %	34,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,2 %	75,6 %	75,2 %	68,6 %	78,4 %	76,1 %	78,3 %	79,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,3 %	50,0 %	47,0 %	50,5 %	44,6 %	53,4 %	50,0 %	39,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	16,9 %	14,9 %	17,1 %	15,2 %	14,2 %	14,7 %	14,2 %	11,4 %
	10,8 %	18,3 %	14,5 %	14,3 %	12,8 %	15,5 %	20,0 %	19,0 %
	64,2 %	72,1 %	74,4 %	79,0 %	60,8 %	72,9 %	78,3 %	72,4 %
	11,5 %	4,6 %	4,3 %	6,7 %	11,5 %	5,6 %	3,3 %	5,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	93	176	78	76	79	160	78	65
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) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	29,0 %	29,5 %	39,7 %	42,1 %	22,8 %	27,5 %	38,5 %	30,8 %
	45,2 %	56,8 %	37,2 %	44,7 %	49,4 %	50,6 %	43,6 %	38,5 %
	74,2 %	80,7 %	76,9 %	71,1 %	82,3 %	78,1 %	83,3 %	78,5 %
	53,8 %	55,1 %	53,8 %	56,6 %	46,8 %	51,9 %	53,8 %	41,5 %
	20,4 %	19,3 %	17,9 %	17,1 %	13,9 %	13,8 %	16,7 %	10,8 %
	6,5 %	18,2 %	12,8 %	14,5 %	17,7 %	15,6 %	19,2 %	24,6 %
	69,9 %	80,7 %	76,9 %	78,9 %	65,8 %	73,8 %	78,2 %	64,6 %
	8,6 %	0,6 %	3,8 %	6,6 %	8,9 %	5,0 %	3,8 %	6,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

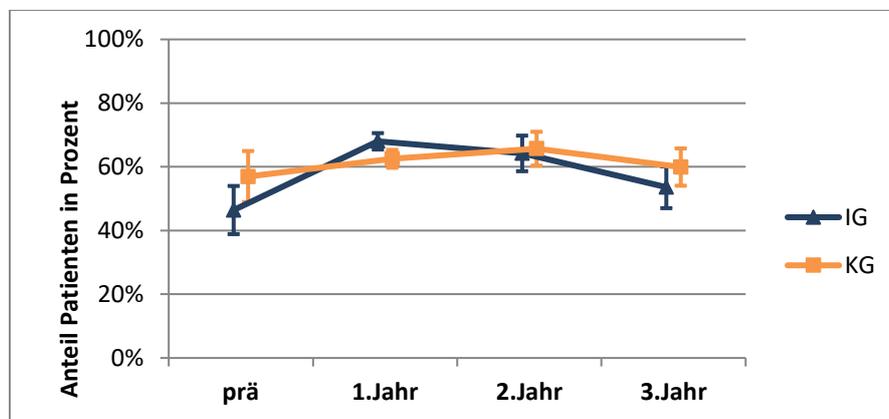
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

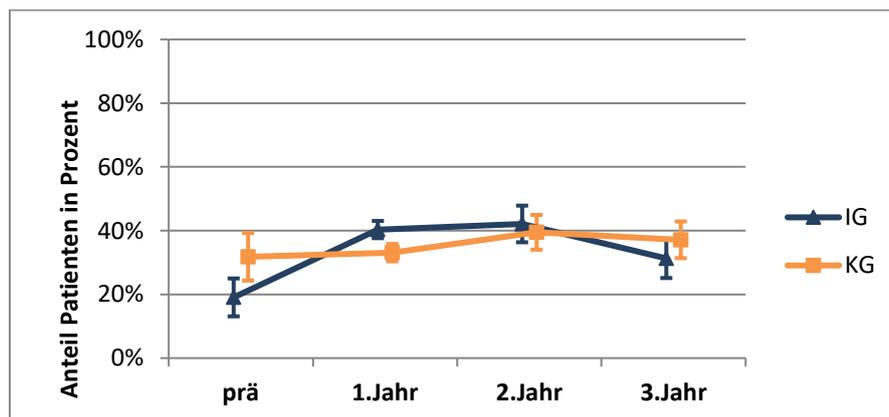
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



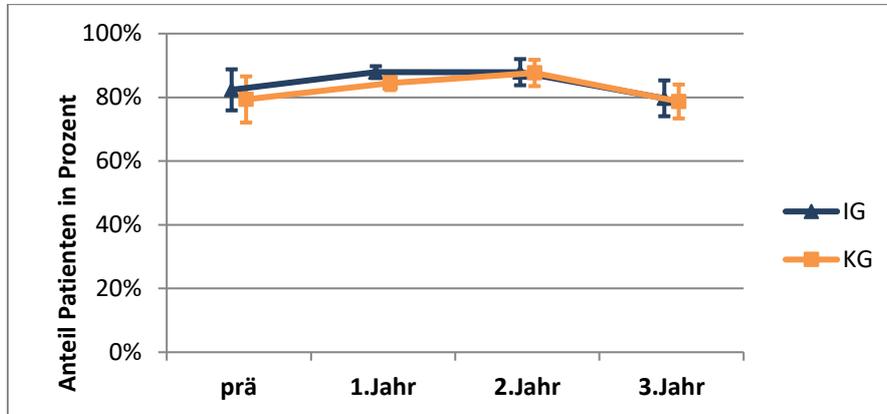
- Alle (psychiatrischer Sektor)



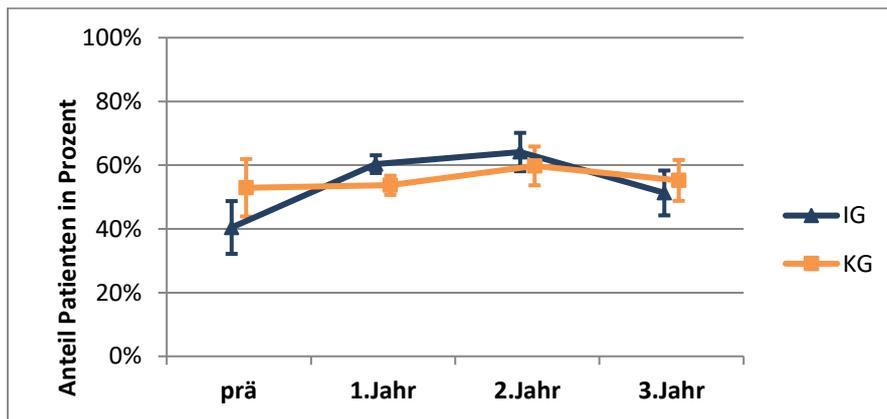
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



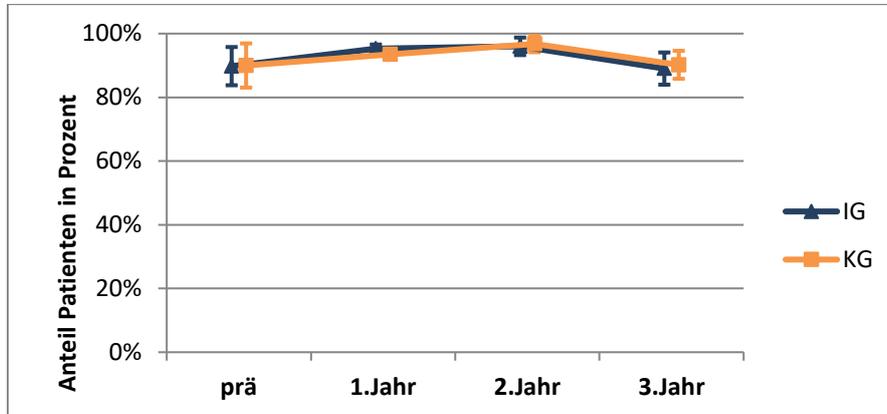
- Alle (psychiatrischer Sektor)



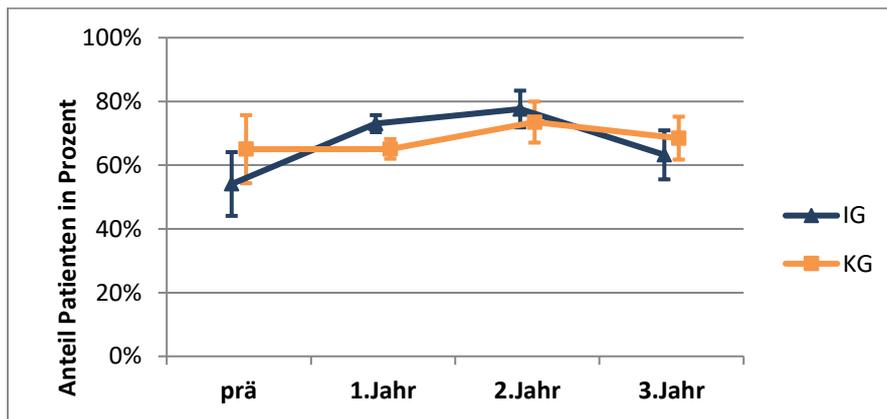
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



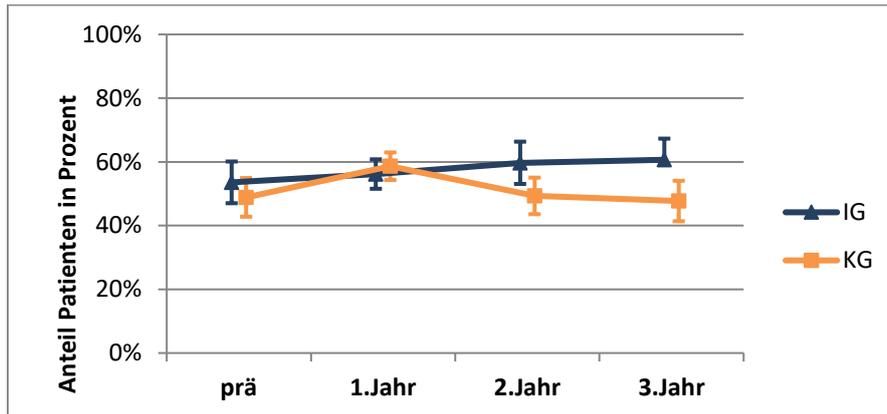
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

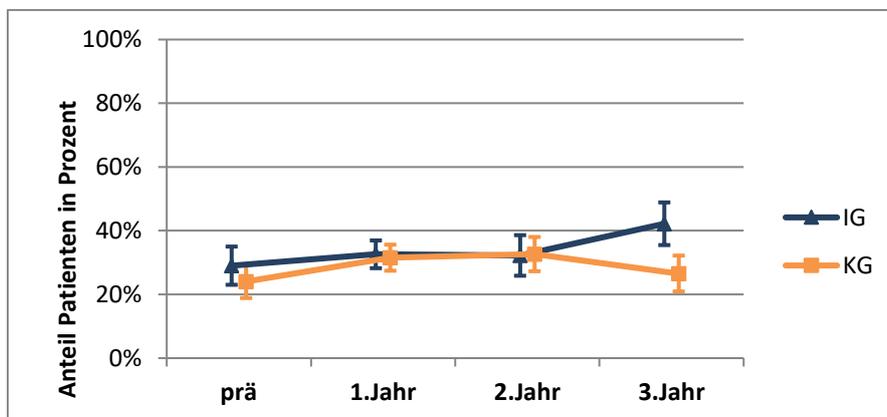
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



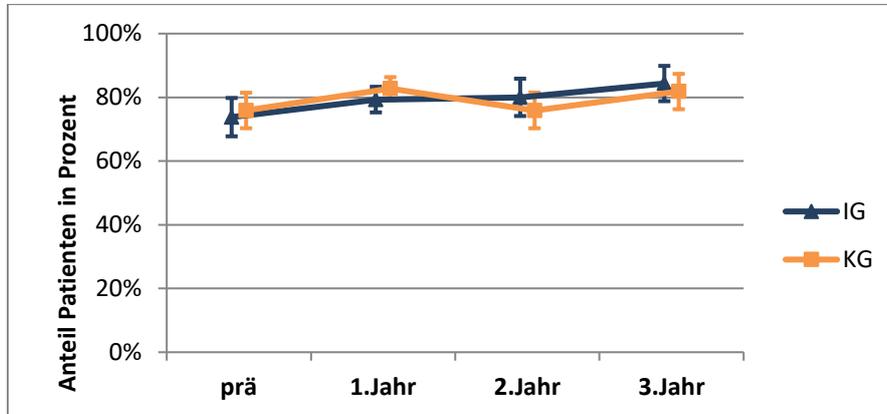
- Alle (psychiatrischer Sektor)



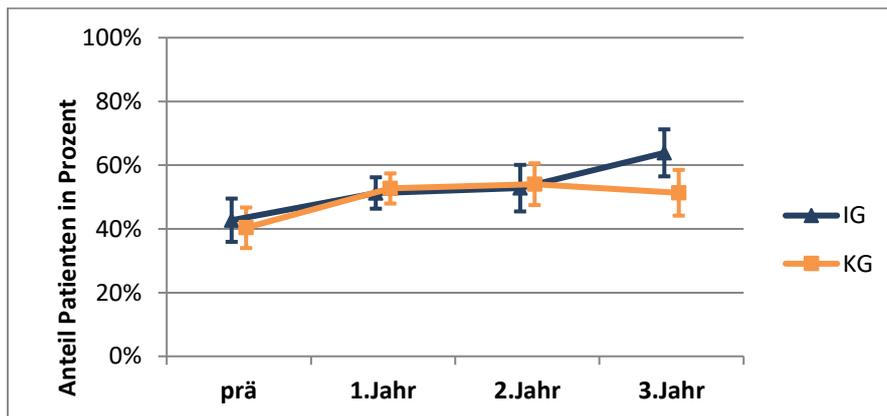
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



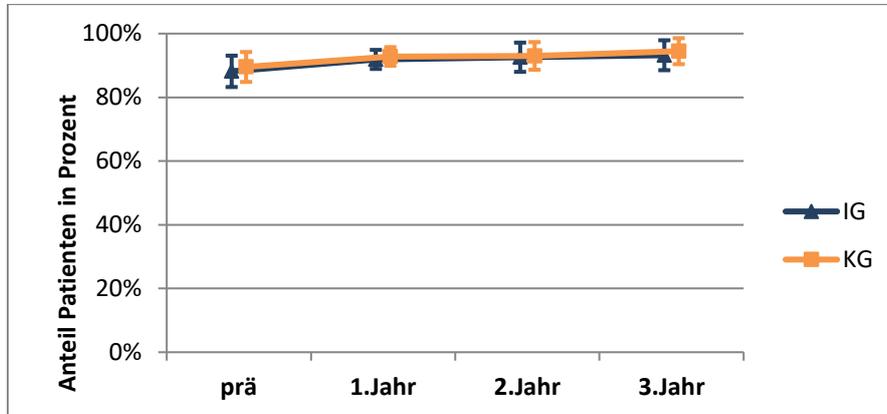
- Alle (psychiatrischer Sektor)



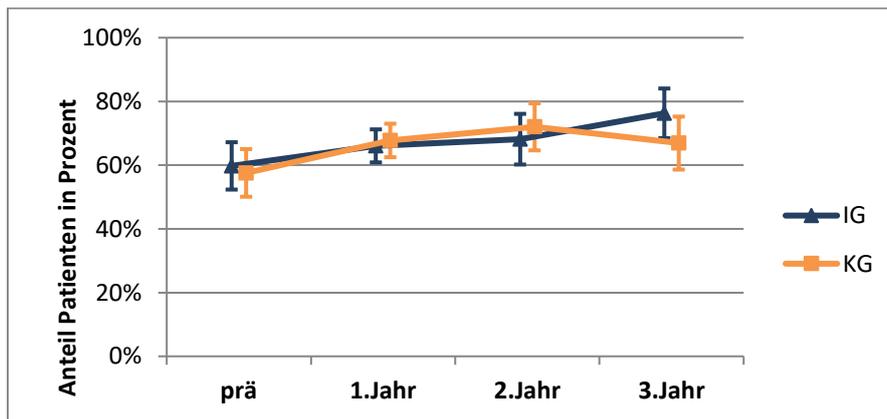
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 1.269, KG = 1.139; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 445, KG = 498). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Bei den klirikneuen erwachsenen Patienten war die Behandlungskontinuität weitgehend zwischen IG und KG vergleichbar. Der Anzahl vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war jedoch in der IG größer als in der KG. Dies war für alle drei Nachbeobachtungszeiträume ersichtlich. Für klirikbekannte Patienten ergaben sich im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen bezüglich der Kontinuität der Behandlung – abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streubereichs. Dabei war zudem jeweils auch kein deutlicher Unterschied zwischen IG und KG festzustellen.

Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	108	1.257	130	1.074
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,3 %	25,4 %	11,5 %	15,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,8 %	14,7 %	16,9 %	15,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,1 %	36,0 %	35,4 %	38,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	18,5 %	13,7 %	13,1 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	8,7 %	7,7 %	7,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,6 %	3,8 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,7 %	42,8 %	30,8 %	34,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,7 %	30,3 %	38,5 %	36,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	90	751	111	638
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,9 %	24,1 %	11,7 %	14,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,8 %	17,7 %	17,1 %	21,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,1 %	34,5 %	30,6 %	38,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	20,0 %	15,4 %	12,6 %	10,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,1 %	10,0 %	7,2 %	9,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,1 %	3,6 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,1 %	45,5 %	32,4 %	40,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,6 %	28,6 %	41,4 %	31,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	43	353	56	303
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	11,6 %	21,0 %	14,3 %	11,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,9 %	21,8 %	21,4 %	25,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,8 %	36,3 %	26,8 %	35,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,2 %	13,9 %	14,3 %	12,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,3 %	9,1 %	5,4 %	9,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	4,5 %	5,4 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,5 %	46,5 %	39,3 %	41,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	20,9 %	28,6 %	35,7 %	31,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	91	1.145	103	1.009
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,9 %	32,8 %	23,3 %	23,7 %

<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	25,3 %	26,4 %	29,1 %	28,6 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	52,7 %	60,3 %	53,4 %	57,0 %
	11,0 %	10,9 %	12,6 %	15,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	77	682	86	592
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	19,5 %	31,2 %	24,4 %	23,3 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	53,2 %	65,1 %	59,3 %	65,9 %
	7,8 %	8,5 %	12,8 %	10,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	37	316	42	281
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	18,9 %	29,1 %	28,6 %	19,9 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	64,9 %	68,0 %	71,4 %	68,7 %
	8,1 %	4,7 %	7,1 %	7,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	67	1.016	69	890
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	38,8 %	36,5 %	33,3 %	28,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	37,3 %	37,2 %	52,2 %	39,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,6 %	79,0 %	79,7 %	77,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,7 %	52,4 %	55,1 %	49,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	23,9 %	26,3 %	27,5 %	23,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,9 %	15,7 %	21,7 %	16,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,7 %	69,9 %	71,0 %	69,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,5 %	4,0 %	5,8 %	6,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	56	597	54	523
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	41,1 %	36,3 %	31,5 %	27,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	39,3 %	43,0 %	59,3 %	49,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,3 %	80,9 %	77,8 %	79,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,7 %	55,4 %	61,1 %	52,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	26,8 %	31,0 %	29,6 %	28,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,1 %	17,1 %	25,9 %	15,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,6 %	75,0 %	77,8 %	79,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	1,8 %	5,6 %	3,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	27	268	23	243
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	44,4 %	34,7 %	21,7 %	24,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	51,9 %	49,3 %	69,6 %	58,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	96,3 %	84,7 %	82,6 %	80,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,3 %	58,2 %	52,2 %	58,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	33,3 %	27,6 %	26,1 %	27,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,4 %	17,9 %	26,1 %	18,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,5 %	79,1 %	78,3 %	84,0 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,7 %	0,0 %	1,2 %
----------------------------	-------	-------	-------	-------

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

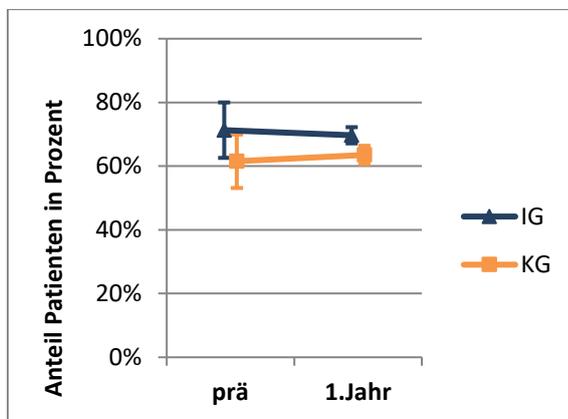
Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

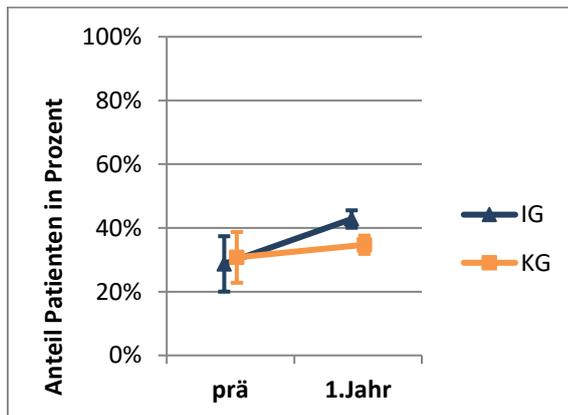
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

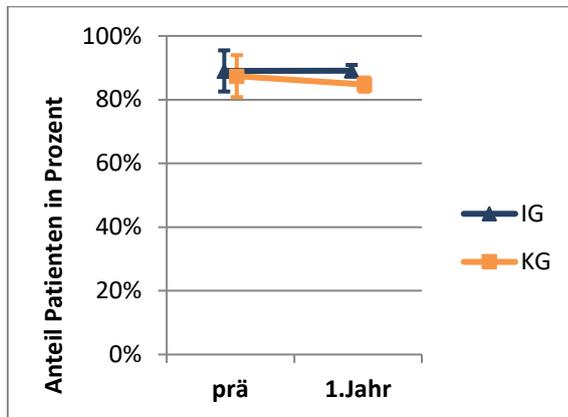


- Alle (psychiatrischer Sektor)

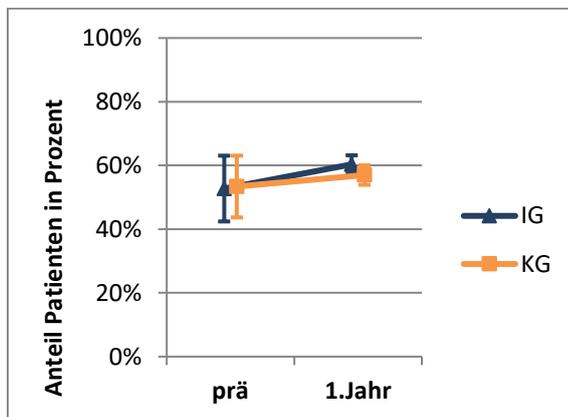


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

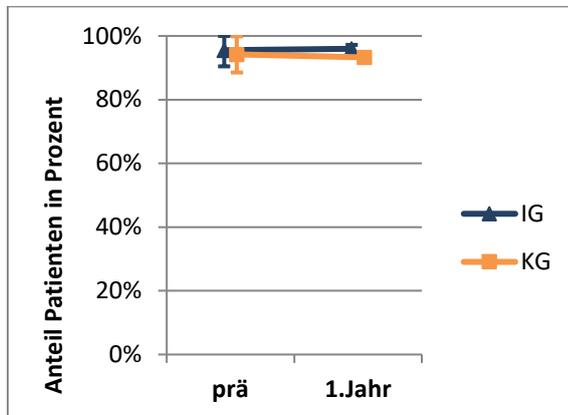
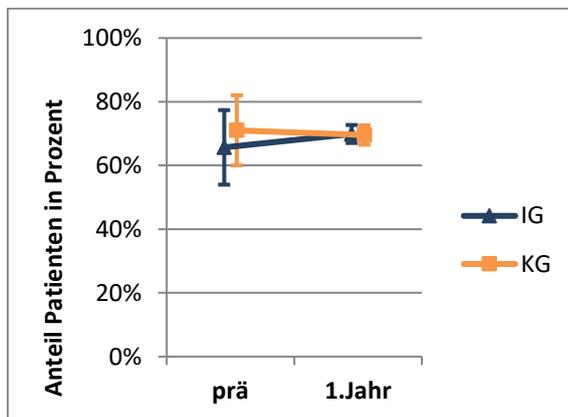
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

Bei den erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich stets ein größerer Anstieg der Behandlungskontinuität im psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7 Tage: IG = +14,1 %-Punkte vs. KG = +4,0 %-Punkte; 30 Tage: IG = +7,6 %-Punkte vs. KG = +3,6 %-Punkte; 90 Tage: IG: = +4,2 %-Punkte vs. KG = -1,5 %-Punkte). Jedoch waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Zu beachten ist zudem, dass die Fallzahlen für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum teilweise gering waren.

Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche
Kinder, klinikneue Patienten
A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	122	35	18	<10	104	24	19
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	6,6 %	20,0 %	11,1 %	0,0 %	17,3 %	4,2 %	10,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	12,3 %	8,6 %	5,6 %	0,0 %	24,0 %	25,0 %	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	16,7 %	18,0 %	20,0 %	16,7 %	33,3 %	28,8 %	33,3 %	47,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,7 %	2,5 %	8,6 %	5,6 %	0,0 %	3,8 %	8,3 %	15,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,7 %	15,6 %	14,3 %	22,2 %	0,0 %	14,4 %	25,0 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %	15,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	28,7 %	40,0 %	38,9 %	0,0 %	46,2 %	41,7 %	31,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	59,8 %	45,7 %	50,0 %	66,7 %	35,6 %	29,2 %	42,1 %

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			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	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	<10	118	33	18	<10	89	24	17
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	16,9 %	30,3 %	27,8 %	0,0 %	24,7 %	12,5 %	11,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,0 %	37,3 %	24,2 %	33,3 %	0,0 %	34,8 %	33,3 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	20,0 %	50,8 %	42,4 %	72,2 %	0,0 %	60,7 %	70,8 %	58,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	20,0 %	17,8 %	30,3 %	16,7 %	0,0 %	13,5 %	37,5 %	23,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	40,0 %	28,0 %	24,2 %	27,8 %	0,0 %	28,1 %	33,3 %	23,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,5 %	6,1 %	5,6 %	0,0 %	3,4 %	16,7 %	29,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,0 %	63,6 %	63,6 %	66,7 %	0,0 %	67,4 %	66,7 %	47,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,0 %	14,4 %	18,2 %	11,1 %	100,0 %	11,2 %	4,2 %	23,5 %

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			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	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	<10	105	28	17	<10	82	20	14
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,0 %	21,9 %	46,4 %	35,3 %	0,0 %	35,4 %	30,0 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	50,0 %	45,7 %	39,3 %	52,9 %	0,0 %	45,1 %	40,0 %	21,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,0 %	77,1 %	82,1 %	94,1 %	100,0 %	84,1 %	85,0 %	85,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	43,8 %	60,7 %	29,4 %	0,0 %	36,6 %	50,0 %	35,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	50,0 %	38,1 %	35,7 %	47,1 %	0,0 %	37,8 %	35,0 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	9,5 %	10,7 %	11,8 %	0,0 %	6,1 %	25,0 %	28,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	75,2 %	75,0 %	88,2 %	0,0 %	78,0 %	85,0 %	57,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %	0,0 %	7,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	20	78	<10	11	18	59	11	12
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	14,1 %	12,5 %	18,2 %	33,3 %	20,3 %	9,1 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,0 %	20,5 %	12,5 %	27,3 %	11,1 %	18,6 %	9,1 %	8,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	15,0 %	15,4 %	37,5 %	36,4 %	38,9 %	32,2 %	36,4 %	25,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	5,0 %	1,3 %	12,5 %	9,1 %	22,2 %	3,4 %	0,0 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	15,4 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	11,9 %	18,2 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,0 %	42,3 %	25,0 %	45,5 %	61,1 %	47,5 %	36,4 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,0 %	51,3 %	37,5 %	36,4 %	22,2 %	39,0 %	36,4 %	41,7 %

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			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	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	20	75	<10	11	17	57	11	12
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	29,3 %	12,5 %	18,2 %	41,2 %	42,1 %	27,3 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,0 %	32,0 %	50,0 %	45,5 %	17,6 %	29,8 %	18,2 %	8,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,0 %	50,7 %	62,5 %	72,7 %	52,9 %	50,9 %	72,7 %	41,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,0 %	16,0 %	25,0 %	36,4 %	29,4 %	12,3 %	0,0 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,0 %	30,7 %	0,0 %	9,1 %	41,2 %	29,8 %	45,5 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	8,0 %	0,0 %	0,0 %	11,8 %	3,5 %	18,2 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	62,7 %	62,5 %	54,5 %	76,5 %	75,4 %	72,7 %	41,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,0 %	20,0 %	12,5 %	27,3 %	23,5 %	12,3 %	9,1 %	33,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	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	16	70	<10	11	16	50	11	11
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	31,3 %	35,7 %	12,5 %	18,2 %	56,3 %	46,0 %	36,4 %	36,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	50,0 %	40,0 %	50,0 %	72,7 %	31,3 %	36,0 %	27,3 %	27,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,8 %	80,0 %	75,0 %	72,7 %	87,5 %	76,0 %	81,8 %	54,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	18,8 %	54,3 %	25,0 %	45,5 %	37,5 %	40,0 %	36,4 %	27,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,5 %	34,3 %	25,0 %	18,2 %	56,3 %	34,0 %	45,5 %	18,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	15,7 %	12,5 %	0,0 %	12,5 %	18,0 %	36,4 %	36,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,8 %	70,0 %	75,0 %	81,8 %	87,5 %	80,0 %	81,8 %	45,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,3 %	2,9 %	0,0 %	9,1 %	6,3 %	4,0 %	0,0 %	9,1 %

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

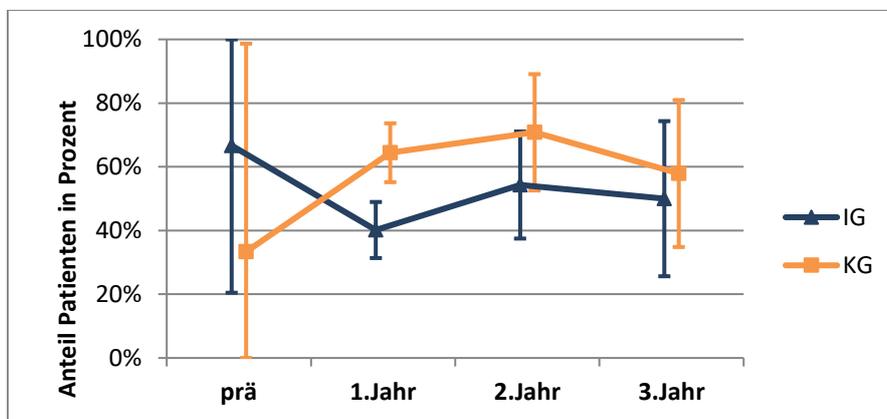
Kinder, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

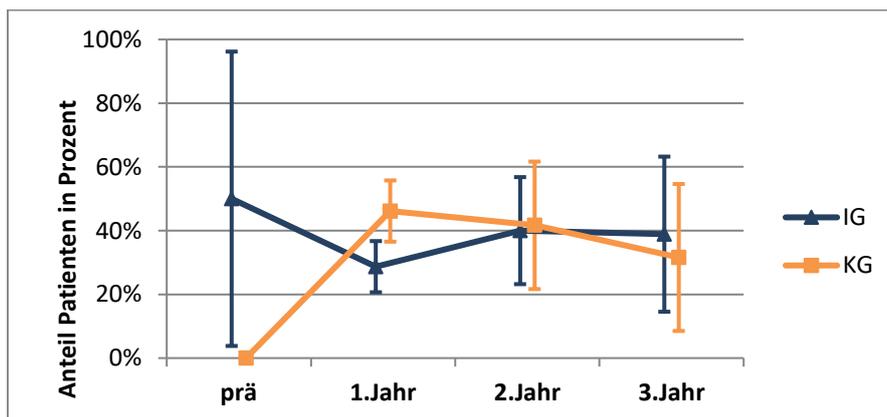
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



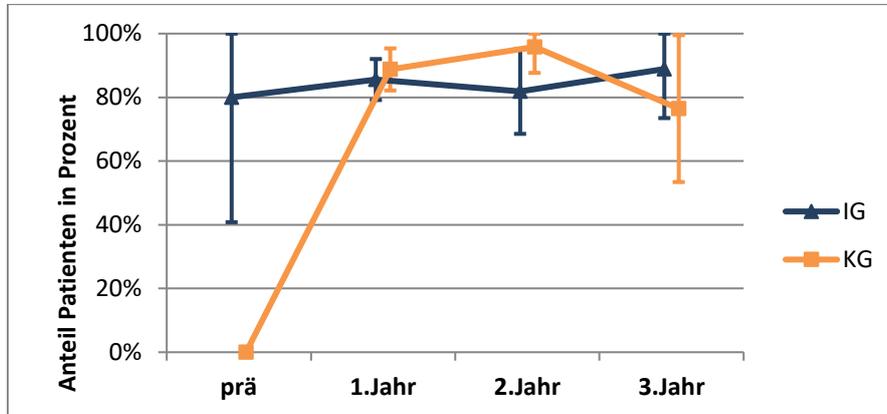
- Alle (psychiatrischer Sektor)



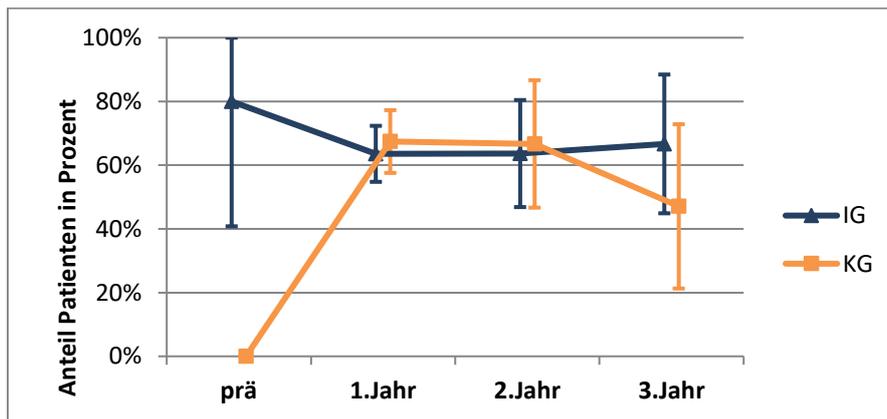
Kinder, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



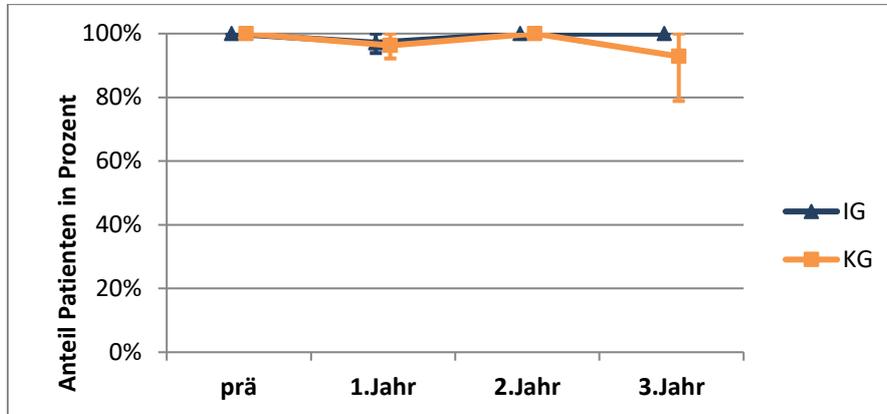
- Alle (psychiatrischer Sektor)



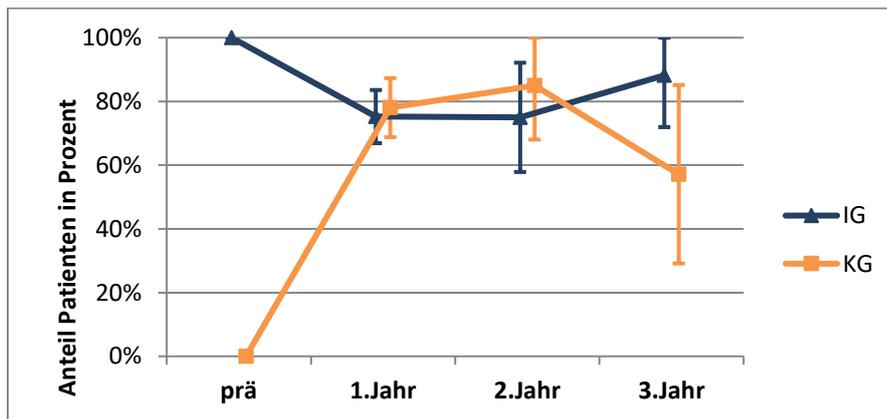
Kinder, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



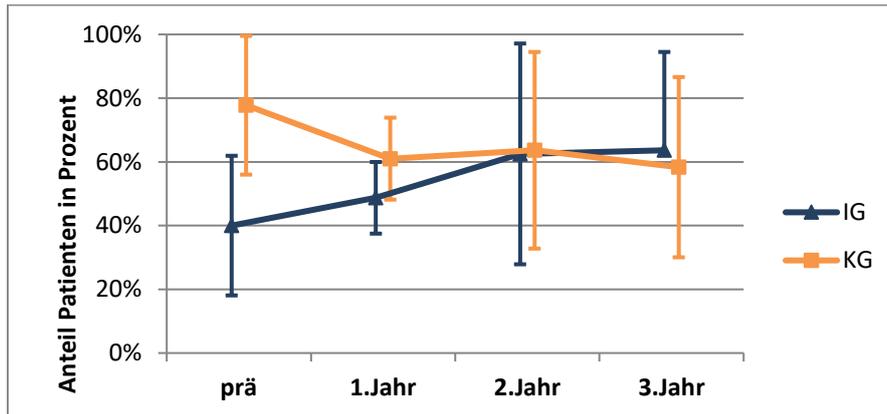
Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

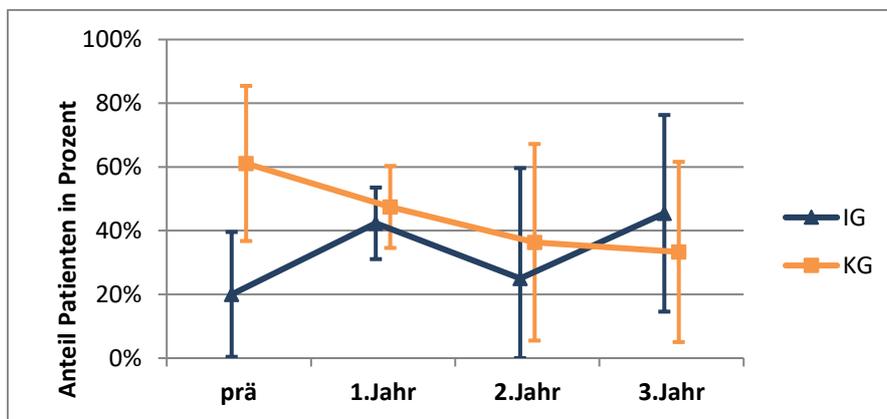
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



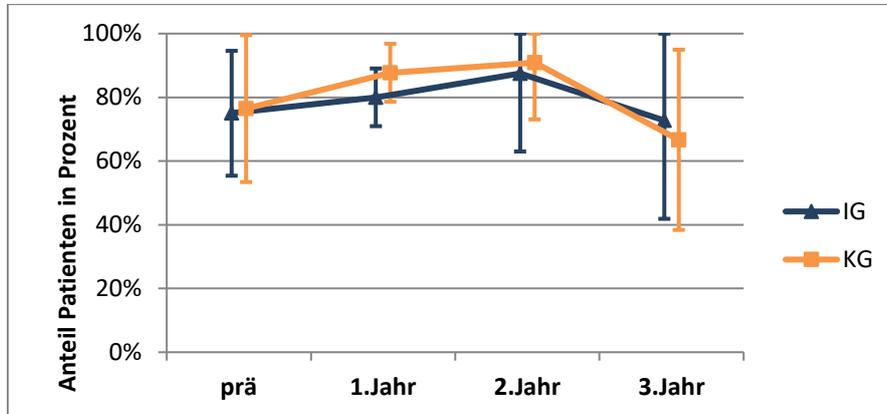
- Alle (psychiatrischer Sektor)



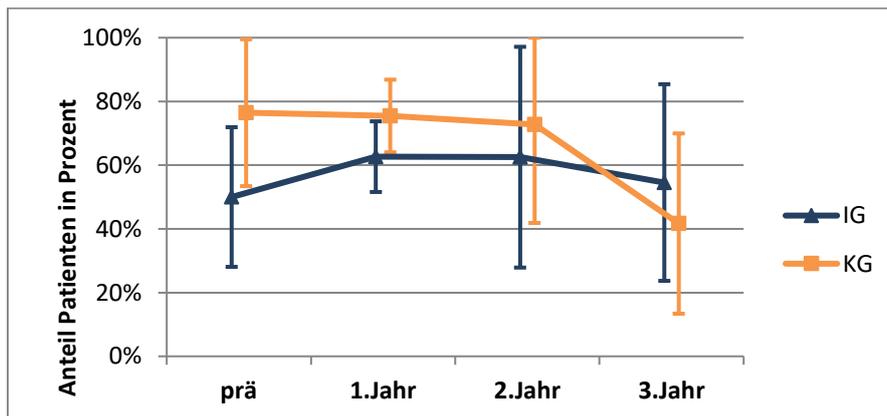
Kinder, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



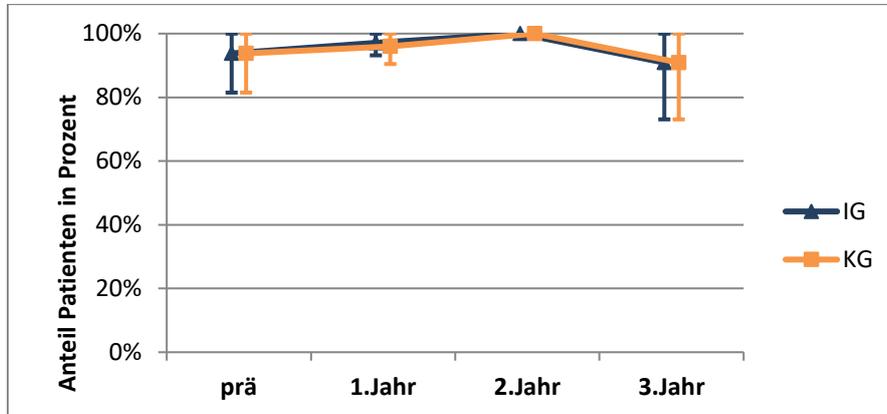
- Alle (psychiatrischer Sektor)



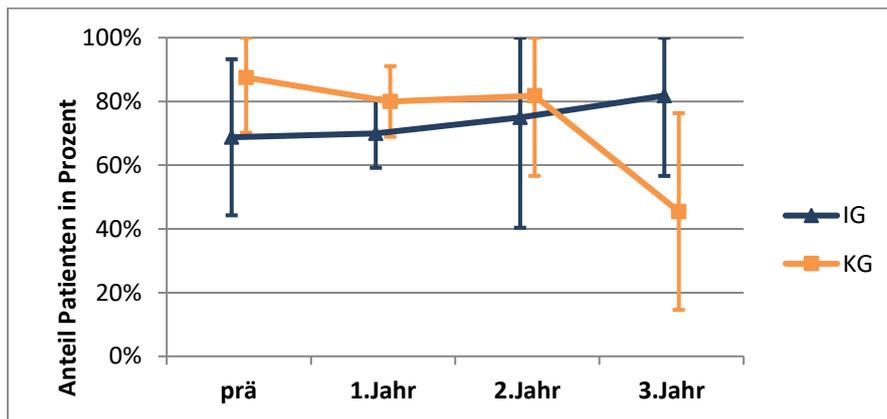
Kinder, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 122, KG = 104; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 78, KG = 59). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Sowohl für Klinikneue als auch für Klinikbekannte junge Patienten waren die Fallzahlen, besonders im Jahr vor Referenzfall und dem zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall zu gering, um valide Difference-in-Difference Aussagen ableiten zu können. Im ersten Jahr nach Referenzfall (Fallzahlen siehe oben) war die Behandlungskontinuität in der IG stets (etwas) geringer als in der KG (7 Tage: -17,5 %-Punkte; 30 Tage: -3,9 %-Punkte; 90 Tage: -2,8 %-Punkte).

Tabelle 22: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche
Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt
A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	12	184	<10	146
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,7 %	20,7 %	14,3 %	16,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,3 %	12,5 %	57,1 %	19,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	16,3 %	42,9 %	26,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,3 %	3,8 %	0,0 %	4,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,3 %	10,9 %	14,3 %	13,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	39,1 %	71,4 %	41,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	50,0 %	14,3 %	43,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	12	170	<10	133
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	31,8 %	20,0 %	31,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	27,6 %	40,0 %	36,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	47,6 %	60,0 %	60,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,0 %	21,8 %	40,0 %	19,5 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,0 %	28,8 %	20,0 %	27,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,0 %	4,7 %	0,0 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,3 %	66,5 %	60,0 %	70,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,7 %	17,1 %	0,0 %	12,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	155	<10	118
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	55,6 %	36,1 %	60,0 %	41,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,2 %	40,6 %	40,0 %	45,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	72,9 %	100,0 %	82,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	44,4 %	43,9 %	60,0 %	54,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	22,2 %	38,7 %	20,0 %	28,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	11,6 %	20,0 %	22,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,8 %	77,4 %	80,0 %	78,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	22,2 %	5,8 %	0,0 %	2,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

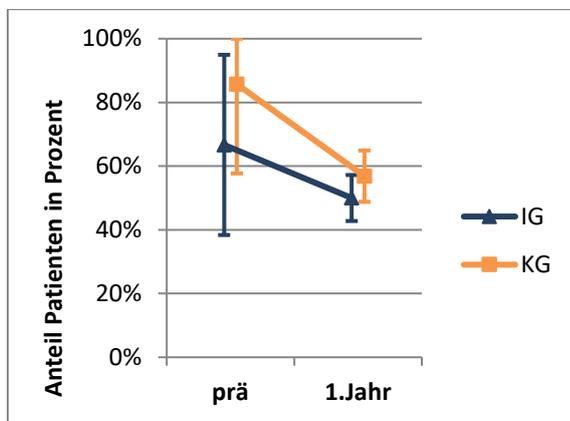
Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

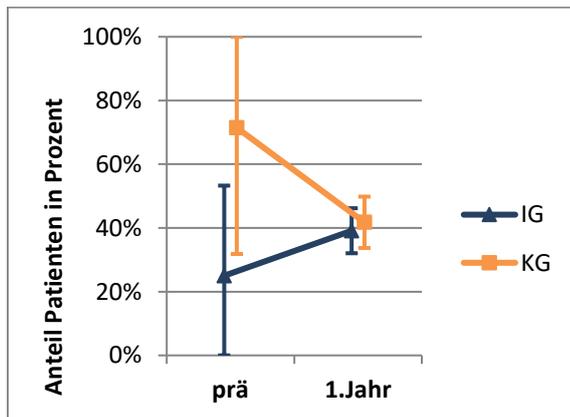
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

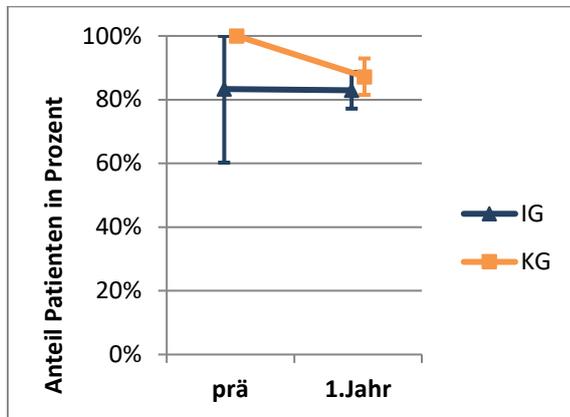


- Alle (psychiatrischer Sektor)

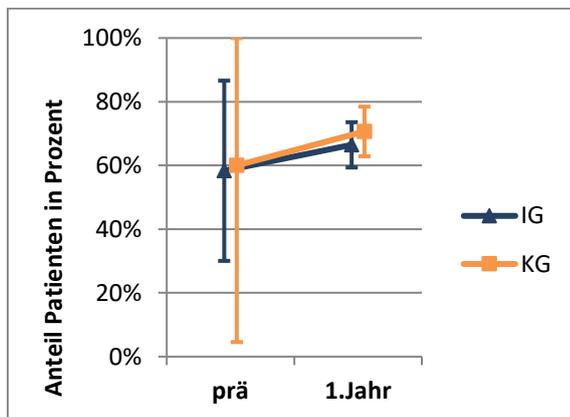


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

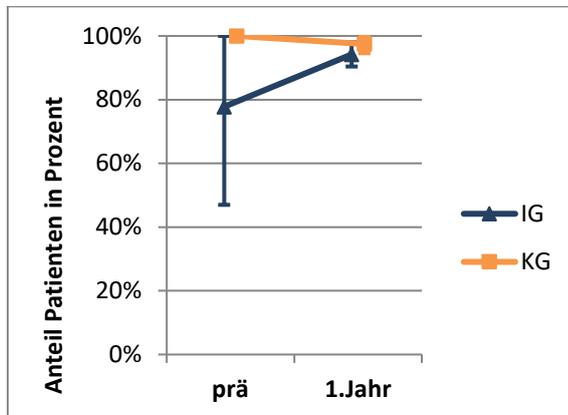
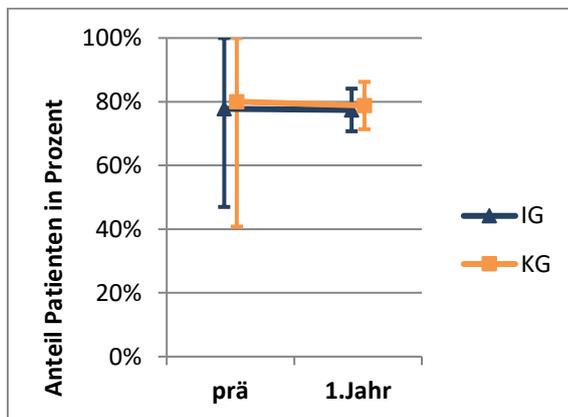
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

Auch bei den jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr war die Fallzahl im Jahr vor Referenzfall zu gering, um valide Difference-in-Difference Aussagen zur Behandlungskontinuität ableiten zu können. Die Werte im ersten Jahr nach Referenzfall waren zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar (7 Tage: IG = 39,1 vs. KG = 41,8 %-Punkte; 30 Tage: IG = 66,5 vs. KG = 70,7 %-Punkte; 90 Tage: IG = 77,4 vs. KG = 78,8 %-Punkte).

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

dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff).

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

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.513	1.513	1.513	1.513	1.514	1.514	1.514	1.514
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.482	1.485	1.395	1.320	1.478	1.481	1.381	1.333
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%	2,8%	1,4%	1,1%	2,0%	3,4%	1,3%	1,4%
• Vier (B)	0,3%	0,4%	0,1%	0,3%	0,3%	0,6%	0,3%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,3%	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)

Erwachsen, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	515	515	515	515	519	519	519	519
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	497	493	463	451	508	506	490	471
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%	3,3%	3,1%	1,3%	1,3%
• Vier (B)	0,4%	0,6%	0,4%	0,2%	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,6%

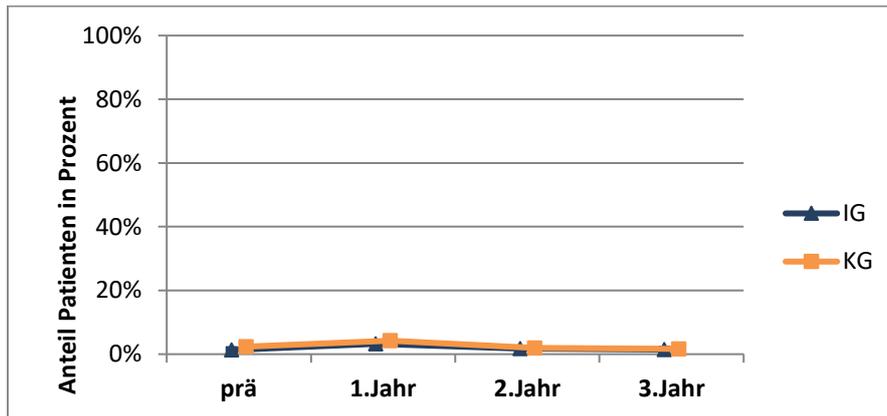
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

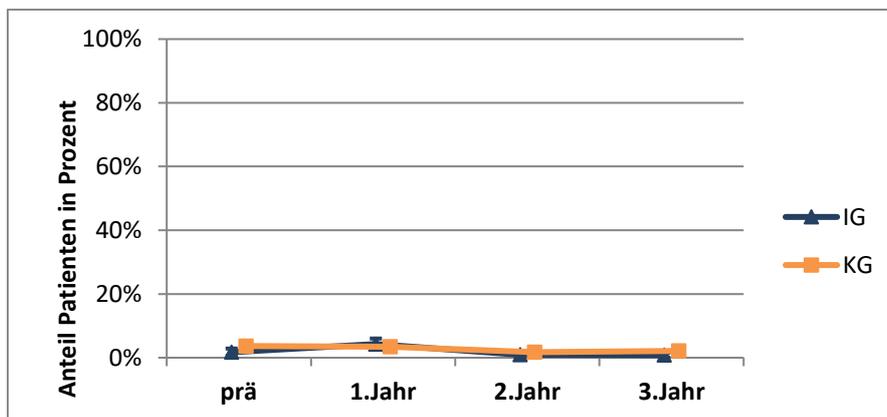
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaus-Hopping ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 1.485, KG = 1.481; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 493, KG = 506) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster vergleichbar verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.

Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.498	1.498	1.498	1.498
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.464	1.468	1.462	1.461
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)	1,5%	2,6%	1,7%	3,1%
• Vier (B)	0,5%	0,9%	0,6%	0,7%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,6%	0,2%	0,3%

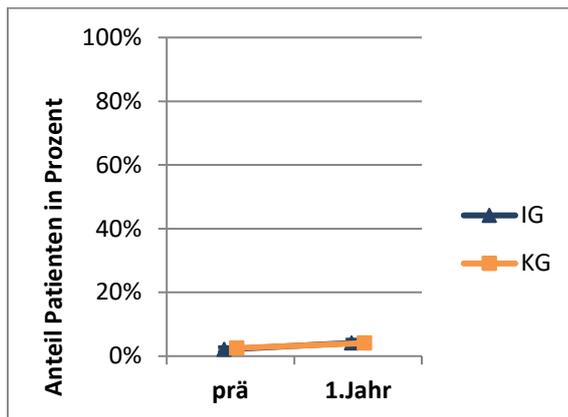
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 16: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene

Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Auch bei den Patienten mit Referenzfall mit dritten Modelljahr und einem Jahr Nachbeobachtung war bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaus hopping die betreffende Fallzahl an Patienten (Personen mit „Arzt- bzw. Krankenhaus hopping“) gering. Insgesamt war das Arzt- bzw. Krankenhaus hopping in der IG (unabhängig von der Häufigkeit des Wechsels) statistisch signifikant höher.

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	119							
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	119	119	119	116	119	119	117	118
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%	1,7%	0,8%	0,8%	7,6%	3,4%	3,4%
• Vier (B)	0,0%	1,7%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%	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)

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	83	83	83	83	77	77	77	77
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	82	83	80	80	77	76	72	75
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%	2,6%	3,9%	1,3%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%	1,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

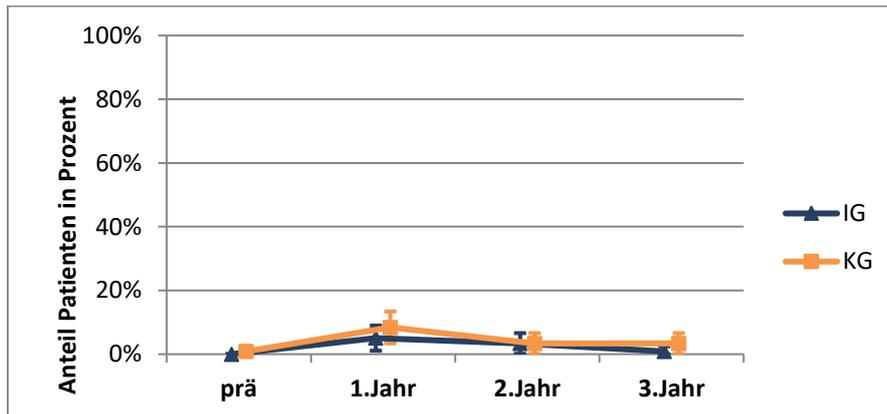
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Kinder, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

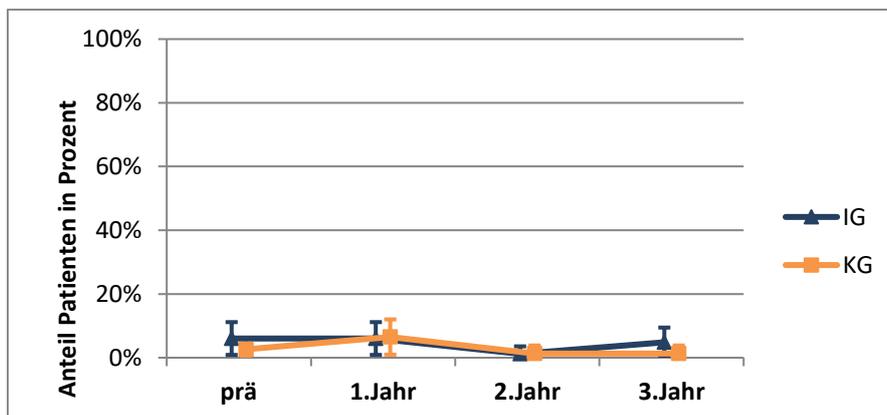
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaushopping ($n_{\text{klinikneu}}$: IG = 119, KG = 119; $n_{\text{klinikbekannt}}$: IG = 83, KG = 76) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige junge Patienten betraf und die Muster identisch verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.

Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche
Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	189	189	189	189
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	183	188	186	189
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)	1,1%	3,2%	0,0%	3,2%
• Vier (B)	0,0%	1,1%	1,1%	0,5%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Abbildung 18: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche
Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Fallzahl zu klein

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

Abbildung 15 und Abbildung 17 zeigen die Zeitreihendiagramme für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 und Abbildung 18 die Graphischen Darstellungen für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	880	880	871	859	892	892	887	886
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	404	700	318	231	387	661	293	230
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4	1,7	1,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	30,5	100,0	35,5	18,6	32,1	86,3	29,8	17,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	25,5%	20,9%	8,6%	4,3%	26,0%	15,6%	6,7%	4,1%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	22	19	17	15	17	26	11	12
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,5	1,7	1,4	1,8	1,2	1,3	1,1	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,8	0,6	0,4	0,5	0,7	0,2	0,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%

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

Erwachsene, 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)	247	247	245	242	274	274	272	269
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	129	175	102	96	139	179	106	101
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,7	2,0	1,9	1,9	1,8	2,1	2,4	2,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	46,9	69,8	37,7	35,9	43,3	59,9	31,6	22,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,8%	14,6%	10,2%	7,9%	15,3%	11,7%	5,5%	4,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	21	22	18	21	20	18	17	12
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,6	1,5	1,4	1,7	1,9	1,9	1,4	2,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,9	2,2	1,3	1,9	2,3	3,1	1,2	1,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	1,1%	0,4%	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

²Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

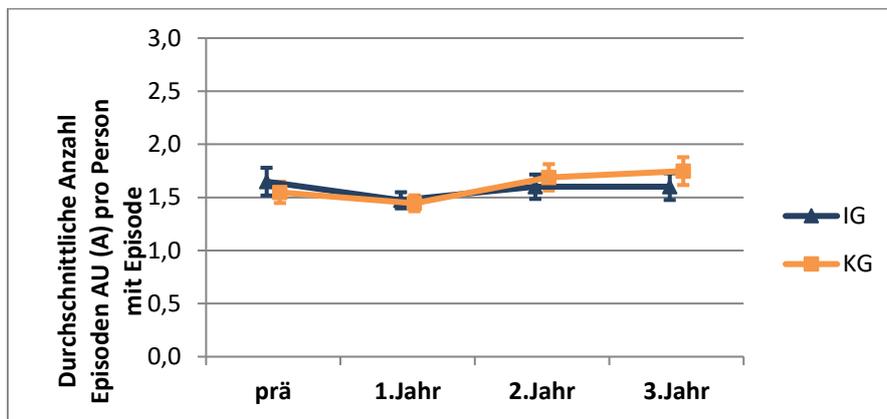
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

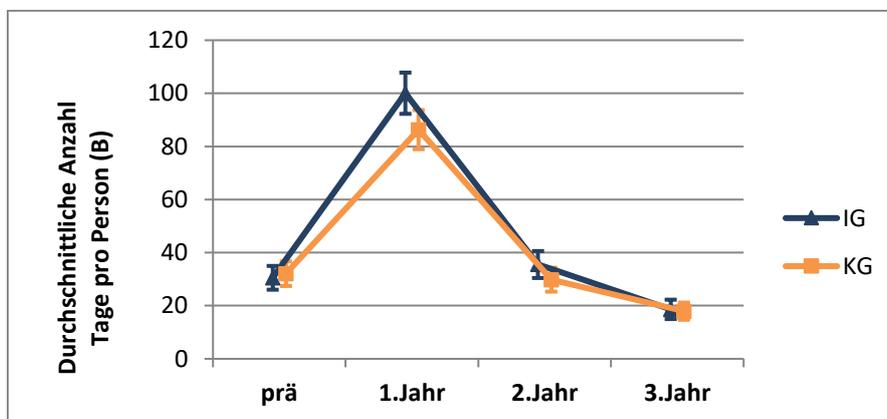
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

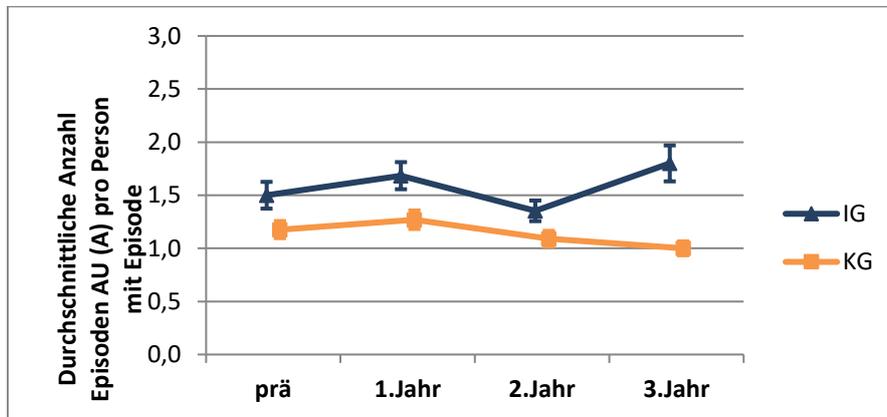


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

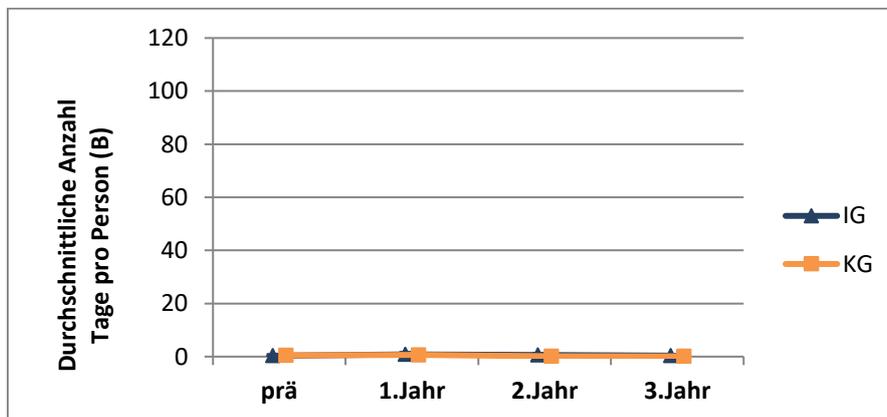


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



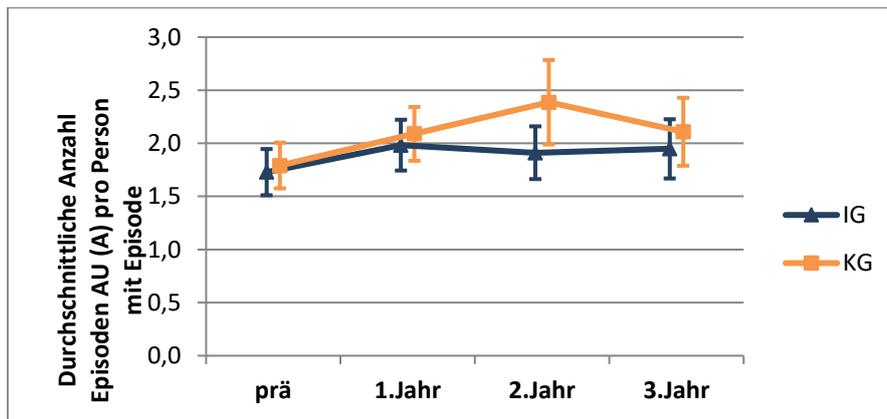
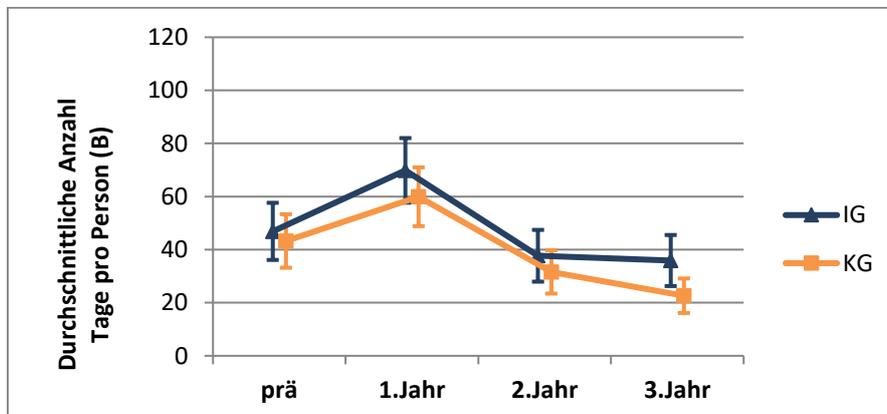
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

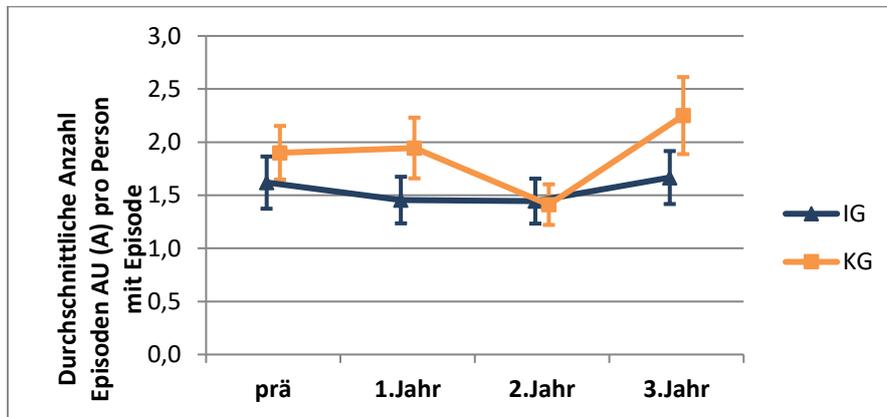
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

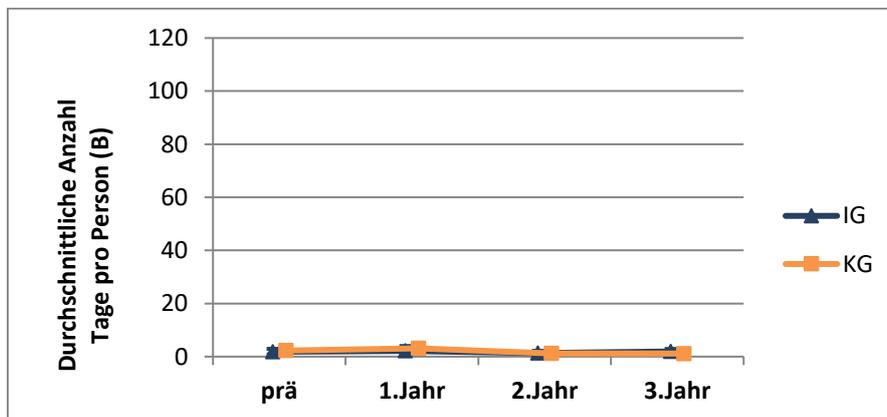
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode****- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr mit Versichertenstatus „Mitglied“ betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 880, KG = 892; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 247, KG = 274). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster bezüglich der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen. Diese blieben bei den klirikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert und zwischen IG und KG vergleichbar (1,4-1,7). Auch das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war jedoch in der IG um 15,3 AU-Tage größer als in der KG (IG: +69,5; KG: +54,3 AU-Tage).

Bei den klirikbekannten Patienten waren die Verläufe der *AU-Episoden* identisch; jedoch wies die IG etwas geringere Werte bezüglich der AU-Episoden als die KG auf (prä: -0,1; 1. Jahr: -0,1; 2. Jahr: -0,5; 3. Jahr: -0,2 AU-Episoden). Die Anzahl der *AU-Tage* war in der IG stets größer als in der KG (prä: +3,6; 1. Jahr: +9,9; 2. Jahr: + 6,1; 3. Jahr: +13,3 AU-Tage).

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	871	871	888	888
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)² • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	399 1,5 33,3 27,4%	671 1,4 94,4 16,5%	400 1,5 33,7 25,9%	631 1,4 86,0 13,4%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	31 1,5 0,7 0,0%	24 1,3 0,3 0,0%	34 1,3 0,8 0,1%	19 1,3 0,5 0,0%

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

² Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

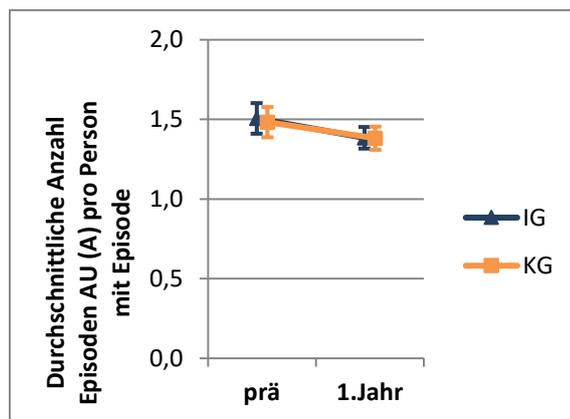
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

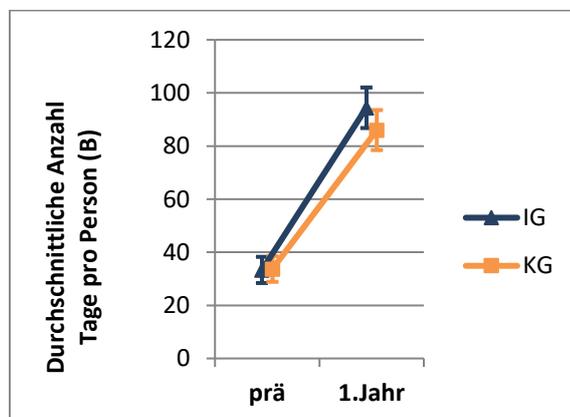
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

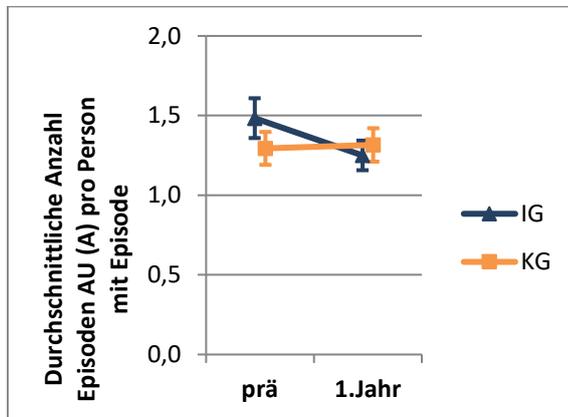


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

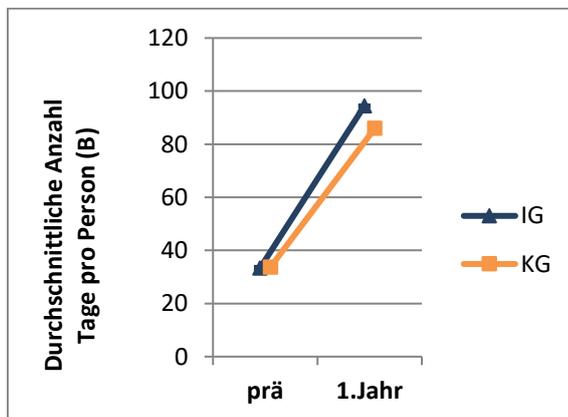


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 871 und 888) verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen parallel. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG statistisch signifikant stärker an als in der KG (IG: +61,1; KG: +52,3 AU-Tage; DiD = +8,8 AU-Tage).

In der *Gesamtregression* aller linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer von

Arbeitsunfähigkeitsepisoden mit Indexdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Anstieg war in allen Subkohorten in der IG signifikant größer als in der KG.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Episoden in beiden Gruppen bei Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen und affektiven Störungen im Vergleich zu den anderen Indexdiagnosen.

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

Abbildung 19 und zeigt die Zeitreihendiagramme für Arbeitsunfähigkeit gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die Graphischen Darstellungen für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 508 ff.).

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

8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

Tabelle 31: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

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

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

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

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	817	707
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	30,5% 102,5	26,9% 118,7
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	466	409
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	19,5% 97,2	17,7% 121,4
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	203	187
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	9,4% 94,1	9,2% 116,7

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, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

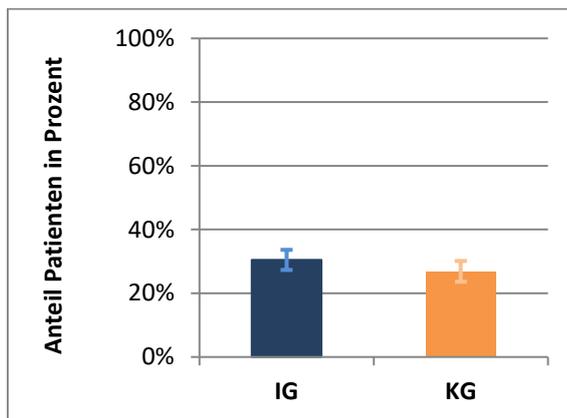
Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

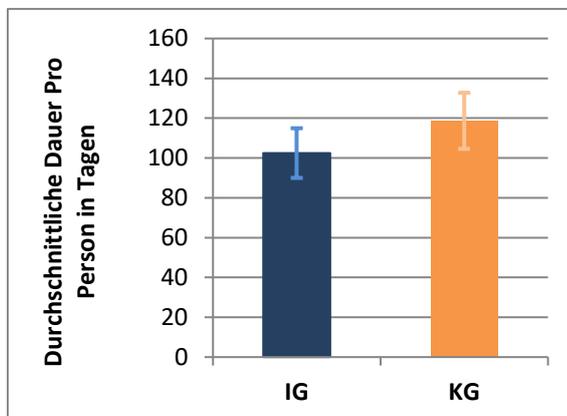
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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



Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 817 und 707) war der *Anteil Personen mit Wiederaufnahme* innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (+3,6 %-Punkte). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war wiederum in der IG statistisch signifikant niedriger als in der KG (IG: 102,5 Tage; KG: 118,7 Tage).

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

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

Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	118	91
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	36,4% 129,7	34,1% 113,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	30	20
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	11,0% 117,2	9,9% 85,1
Anzahl Personen mit stationärem 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) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	1,7% 17,0	1,1% 30,0

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 23: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n =118 und 91) war der *Anteil Personen mit Wiederaufnahme* innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar (IG: 36,4%; KG: 34,1%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war in der IG größer als in der KG (IG: 129,7 Tage; KG: 113,3 Tage). Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnte jedoch kein inferenzstatistischer Test durchgeführt werden.

Abbildung 22 und Abbildung 23 zeigen die Graphischen Darstellungen für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

8.2.8 Komorbidität

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

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

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,2	3,6	3,2	3,1	3,3	3,8	3,3	3,2

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	515	515	483	464	519	519	503	481
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,8	3,9	3,7	3,7	3,9	4,1	4,0	4,0

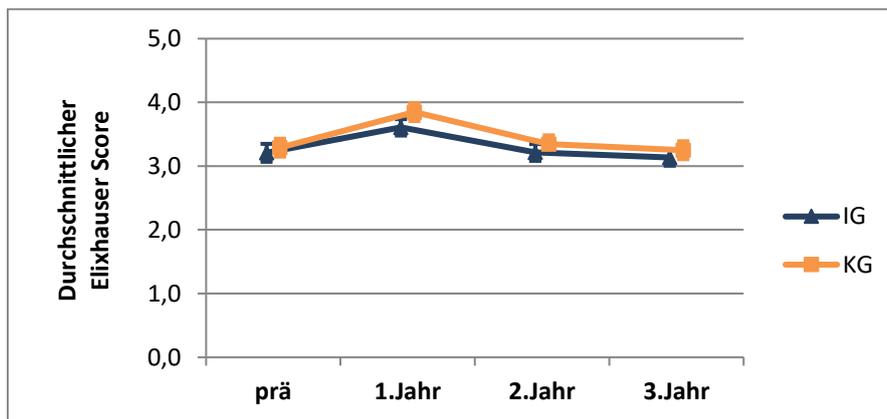
Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

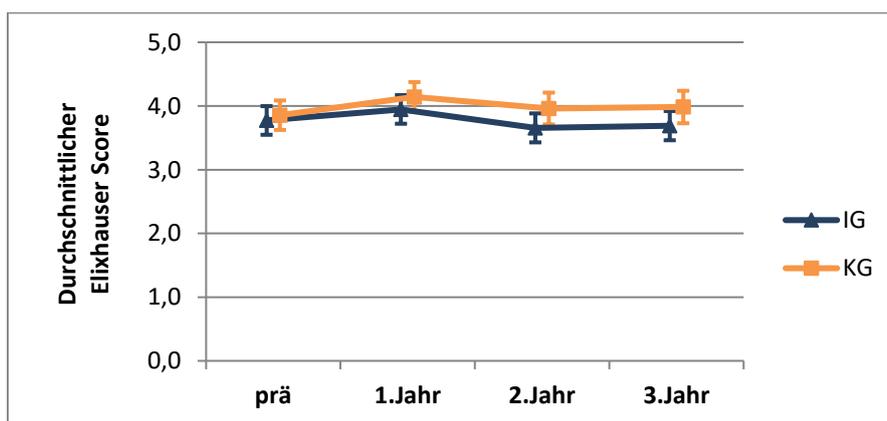


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (n_{linikneu} : IG = 1.513, KG = 1.514; $n_{\text{linikbekannt}}$: IG = 515, KG = 519) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen IG und KG sowohl für linikneue als auch für linikbekannte erwachsene Patienten vergleichbar. Dabei wiesen die Patienten der IG stets einen etwas geringeren Score auf als die Patienten der KG (-0.1 bis -0,3).

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

Erwachsen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.498	1.498
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,6 3 2 - 5	3,7 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,5 2 1 - 3	2,5 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,2 1 0 - 2	1,1 1 0 - 2

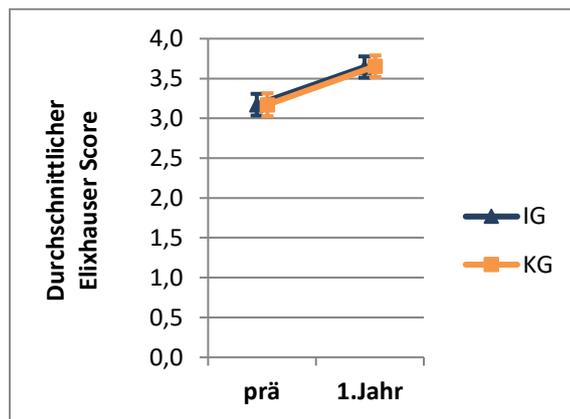
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneuen und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach identisch (jeweils +0,5).

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

Abbildung 24 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 25 die Graphischen Darstellungen für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

8.2.9 Mortalität

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

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

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	1.513	1.513	1.513	1.514	1.514	1.514
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	6,1 %	10,0 %	12,6 %	5,9 %	9,1 %	12,0 %

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	515	515	515	519	519	519
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	6,2 %	9,9 %	13,0 %	3,1 %	7,3 %	10,4 %

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

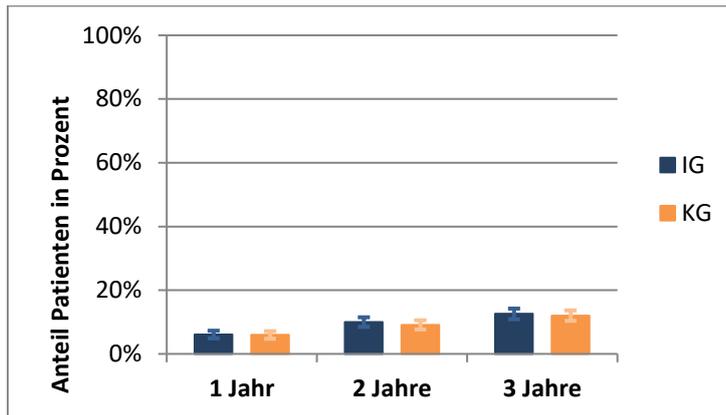
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

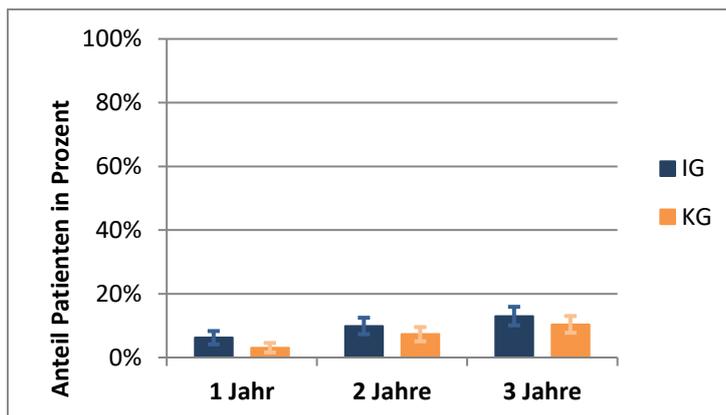
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Bei den erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 1.513, KG= 1.514; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 515, KG = 519) zeigten sich bei klินิกneuen Patienten vergleichbare Anteile zwischen den Patienten der IG und der KG. Die Verläufe waren zwischen beiden Gruppen auch vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile der Verstorbenen in der IG stets leicht höher als in der KG (1 Jahr: +3,1; 2 Jahre: + 2,6; 3 Jahre: +2,6 %-Punkte).

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

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.498	1.498
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	5,3 %	6,2 %

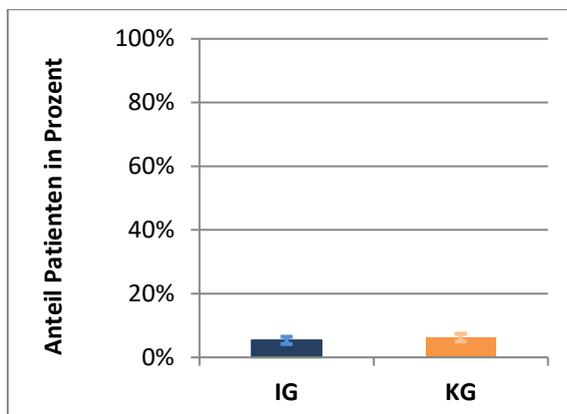
Abbildung 27: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Anzahl Tode



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

Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, zwischen IG und KG identisch (je 6,7 %).

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

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	119	119	119	119	119	119
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	83	83	83	77	77	77
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %	1,3 %

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

Kinder, klinikneue Patienten

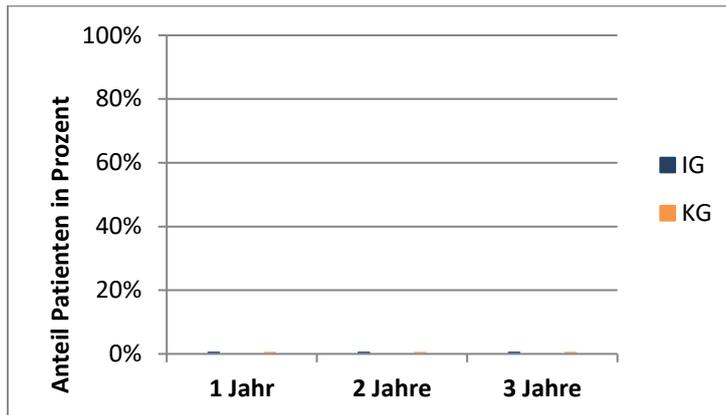
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Kinder, klinikbekannte Patienten

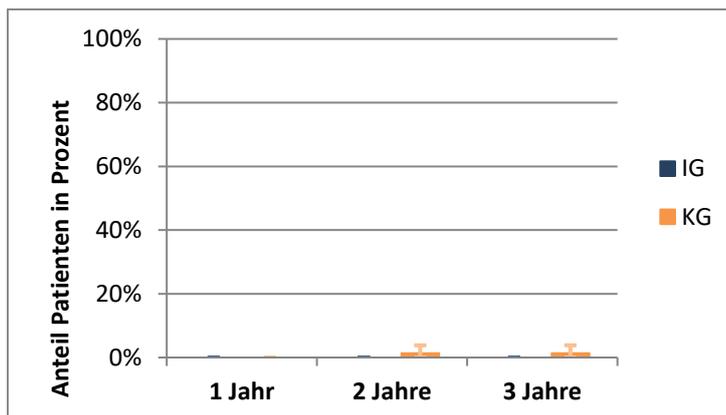
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (n_{linikneu} : IG = 119, KG = 199; $n_{\text{linikbekannt}}$: IG = 83, KG = 77) zeigten sich sowohl bei den linikneuen als auch bei den klinikbekannten jungen Patienten vergleichbare, sehr niedrige Anteile an Verstorbenen.

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

Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	189	189
<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 29: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Anzahl Tode

Fallzahl zu klein

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

Für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, zwischen IG und KG identisch (kein Verstorbener).

Abbildung 26 und Abbildung 28 zeigen den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 27 und

Abbildung 29

Abbildung 29 die grafischen Darstellungen für Mortalität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

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

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

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.421	1.362	1.323	1.424	1.376	1.332
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	403	409	413	479	494	483
• Jegliche depr. Episode ³	809	794	775	850	847	821
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.031	988	958	967	931	894
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	33,0 %	36,4 %	36,8 %	28,4 %	28,9 %	32,3 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,8 %	7,7 %	8,5 %	2,0 %	3,5 %	4,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	16,0 %	19,6 %	22,5 %	17,2 %	19,7 %	22,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	483	464	448	503	481	465
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	103	101	104	105	112	113
• Jegliche depr. Episode ³	224	215	211	237	233	232
• ohne Suchterkrankung ⁵	250	236	223	260	248	241
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	22,3 %	27,7 %	28,8 %	14,3 %	15,2 %	17,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	1,8 %	3,7 %	5,2 %	2,5 %	3,9 %	3,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	9,2 %	15,7 %	20,2 %	8,8 %	12,1 %	15,8 %

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

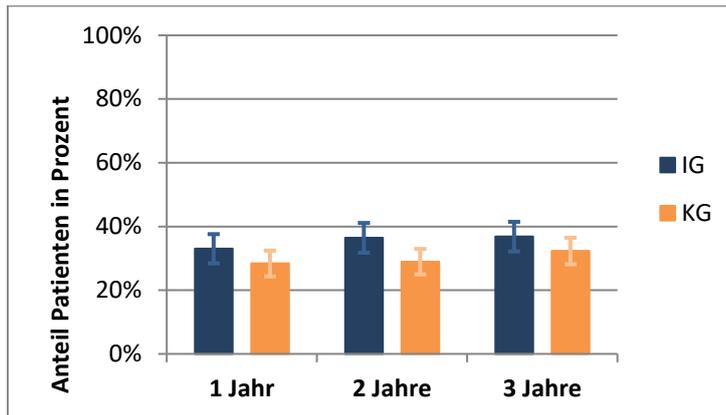
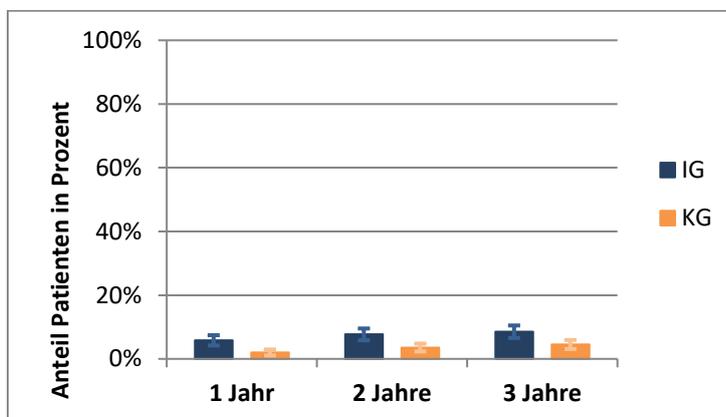
Abbildung 30: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**Erwachsene, klinikneue Patienten**

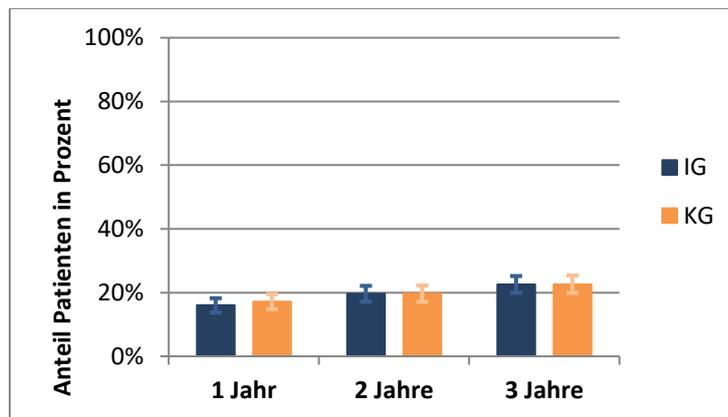
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

Progression C (→ Suchterkrankung)

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

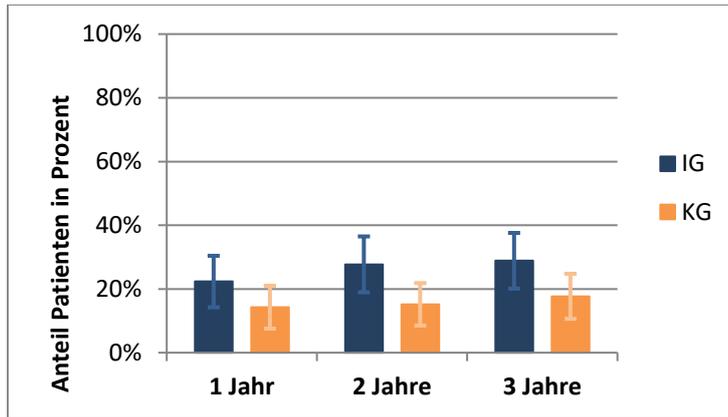
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

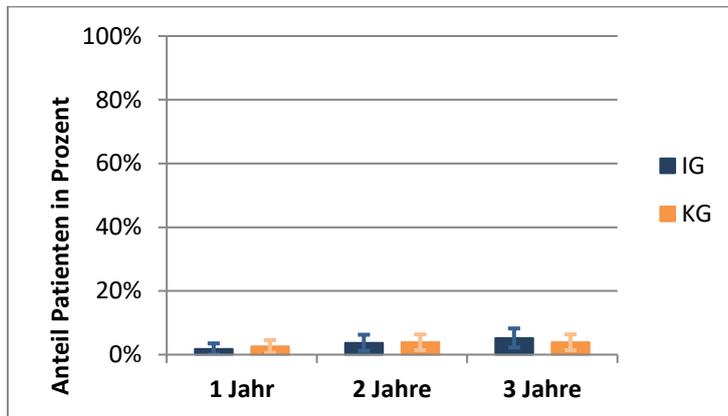
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

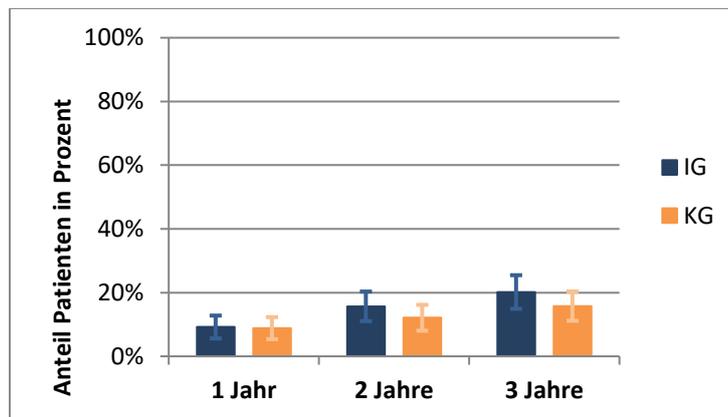
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)


Bei den erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 1.421, KG = 1.424; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 483, KG = 503880) entwickelten sowohl die klinikneuen als auch die klinikbekannten Patienten der IG zu höheren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A) im Vergleich zu Patienten der KG. Eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) entwickelten die klinikneuen Patienten der IG zu höheren Anteilen als die KG. Bei den klinikbekannten Patienten waren diese Anteile vergleichbar. Die Entwicklung einer Suchterkrankung war zwischen IG und KG bei den klinikneuen Patienten vergleichbar und bei den klinikbekannten Patienten in der IG etwas höher als in der KG.

Tabelle 41: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	1.418	1.404
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	418	453
• Jegliche depr. Episode ³	823	820
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.024	1.035
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	28,0 %	28,0 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,1 %	2,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	15,7 %	14,2 %

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 31: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

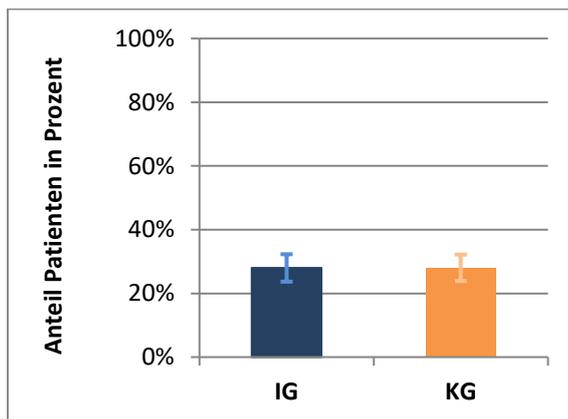
Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

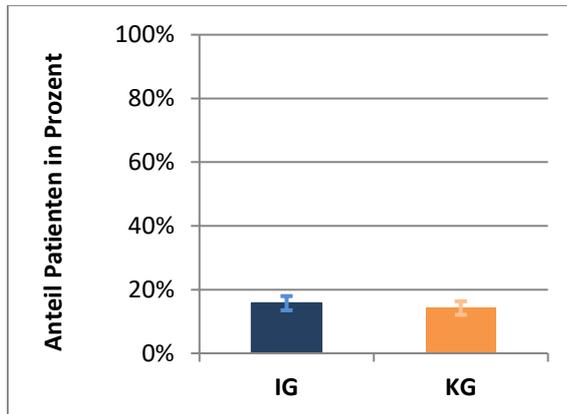
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)

Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) und von der Entwicklung von jeglicher depressiver Episode zu einer rezidivierenden depressiven Störung (*Progression B*) bzw. der Anteil mit Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) zwischen IG und KG vergleichbar.

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

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

Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	119	119	119	119	119	119
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	54	57	63	58	62	64
• Jegliche depr. Episode ³	62	64	70	64	69	71
• ohne Suchterkrankung ⁵	117	117	117	115	115	115
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	13,0 %	15,8 %	17,5 %	8,6 %	11,3 %	10,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,2 %	4,7 %	5,7 %	1,6 %	1,4 %	1,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	6,8 %	12,8 %	15,4 %	10,4 %	12,2 %	20,0 %

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

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	83	83	83	77	76	76
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	34	35	37	31	32	36
• Jegliche depr. Episode ³	44	44	46	39	40	41
• ohne Suchterkrankung ⁵	77	77	77	70	69	69
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	2,9 %	2,9 %	2,7 %	12,9 %	21,9 %	19,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	0,0 %	0,0 %	4,3 %	0,0 %	2,5 %	2,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	6,5 %	7,8 %	7,8 %	8,6 %	11,6 %	14,5 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Kinder, klinikneue Patienten

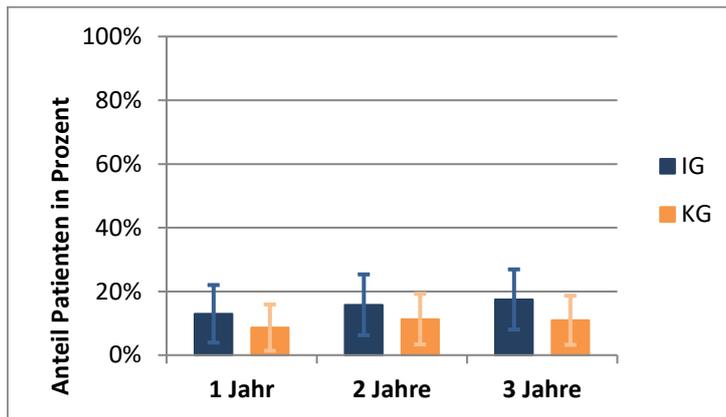
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

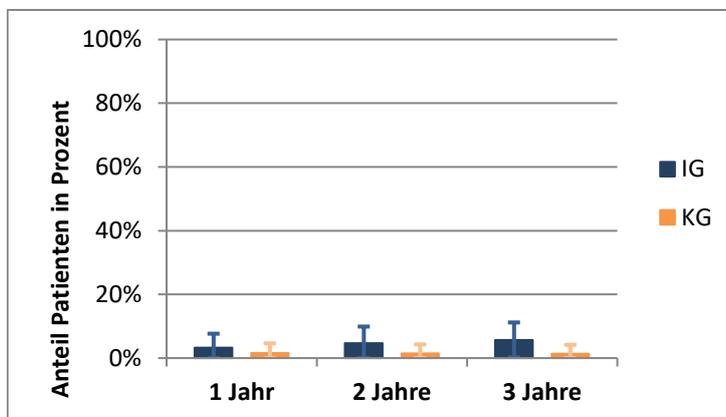
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

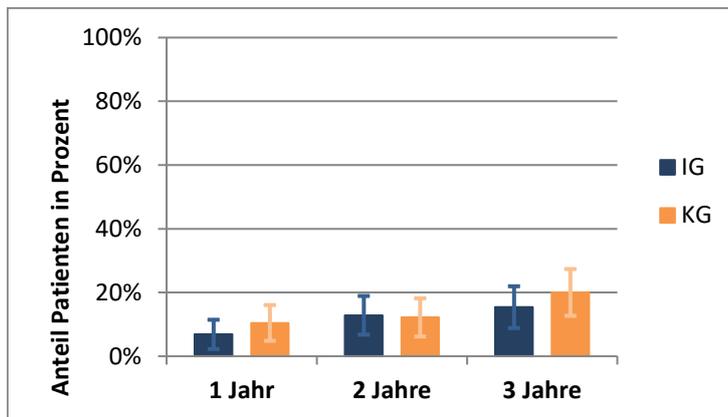
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



Kinder, klinikbekannte Patienten

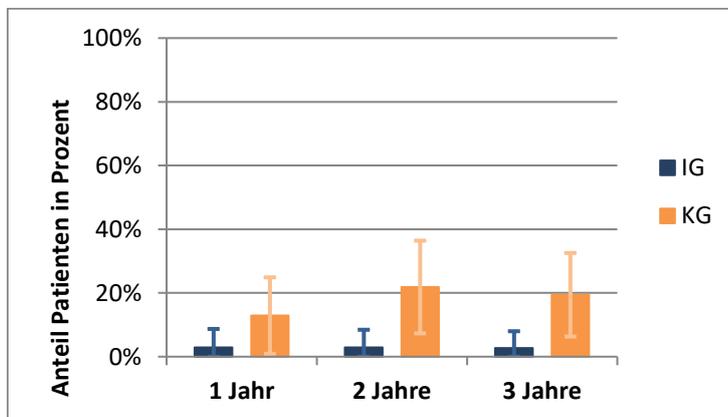
Legende für die folgenden Abbildungen:

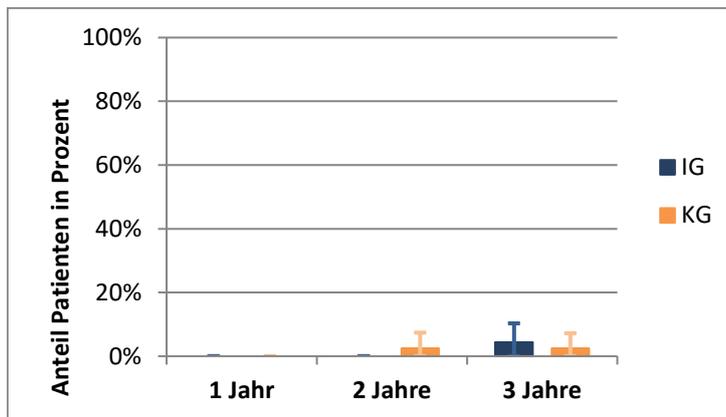
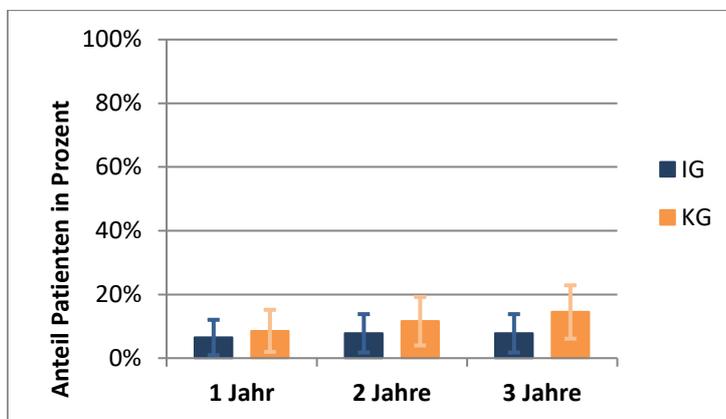
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



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

Bei den jungen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 119, KG = 119; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 83, KG = 76) war der Anteil der Patienten mit Entwicklung einer schweren depressiven Störung (Progression A) oder eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) bei den linikneuen Patienten in der IG größer als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten war die Progression A stets geringer bei den Patienten der IG im Vergleich zur KG. Die Entwicklung einer Suchterkrankung (Progression C) erfolgte in der IG stets zu geringeren Anteilen als in der KG, sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten, ausgenommen 2-Jahres Entwicklung bei den klinikneuen Patienten.

Es ist jedoch zu beachten, dass die darunterliegenden Fallzahlen jeweils sehr gering waren.

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	189	189
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	104	93
• Jegliche depr. Episode ³	109	102
• ohne Suchterkrankung ⁵	181	184
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	7,7 %	6,5 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	1,8 %	1,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	6,1 %	7,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

**Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr
Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)

Fallzahl zu klein

Für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*), von der Entwicklung von jeglicher depressiver Episode zu einer rezidivierenden depressiven Störung (*Progression B*) und der Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) zwischen IG und KG vergleichbar. Die Fallzahlen waren für die Durchführung von inferenzstatistischen Tests jeweils zu klein.

Abbildung 30 und Abbildung 32 zeigen den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 31 und Abbildung 33 die grafischen Darstellungen für Progression für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

8.2.11 Leitlinienadhärenz

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

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

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

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

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

Tabelle 44: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, alle Patienten

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 	85 5,9 %	94 9,6 %
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 	89 4,5 %	124 4,0 %

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

Bei diesem Parameter war die Anzahl der Personen, die untersucht wurden, zu gering, um Aussagen zur Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit ableiten zu können.

Demenz

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

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

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

Tabelle 45: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, alle Patienten

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
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 	203 6,4 %	207 8,2 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	44 45,5 %	47 55,3 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	107 42,1 %	108 57,4 %

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 ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

Alle Untersuchungen zur Demenz zeigten zwischen IG und KG vergleichbare Ergebnisse.

Depression

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

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

Tabelle 46: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, alle Patienten

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 	539 50,5 %	602 54,3 %
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 	454 0,0 %	452 0,0 %

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

² ACT 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

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war in der IG geringer als in der KG (Kontrollgruppe) (IG: 50,5 %; KG: 54,3 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar.

Schizophrenie

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

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

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

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

Tabelle 47: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**Erwachsene, alle Patienten**

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 	113 86,7 %	110 92,7 %
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 	69 88,4 %	70 98,6 %
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 	24 25,0 %	23 4,3 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre² ICD-10: F20, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum³ ACT-Codes: N05A⁴ ICD-10: F20, nur stationäre Fälle, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum⁵ 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 Monaten⁷ Monitoring abgebildet über EBM: 27320 (Ruhe-EKG), 32057 (Blutuntersuchung, Blutzucker), Gewichtskontrolle lässt sich über EBM nicht abbilden

Der Anteil an Erwachsenen mit einer Schizophrenie (J) und antipsychotischer Medikation war zwischen IG und KG vergleichbar. Der Anteil Erwachsener und einer ersten Episode (K) mit antipsychotischer Medikation war in der IG statistisch signifikant geringer. Aufgrund zu geringer Fallzahlen kann für die weitere Fragestellung (Leitlinienadhärenz Schizophrenie) keine Aussagen getroffen werden.

Abbildung 35: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

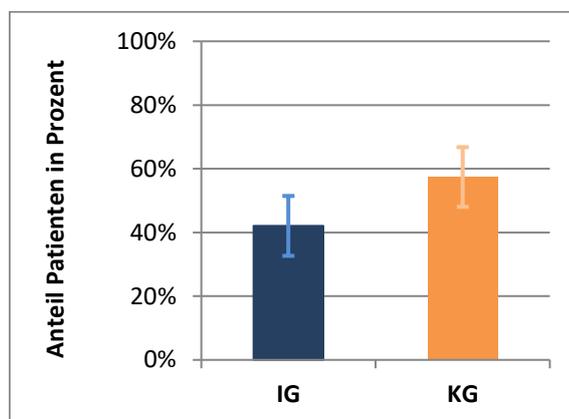
Fallzahl zu klein

Demenz D

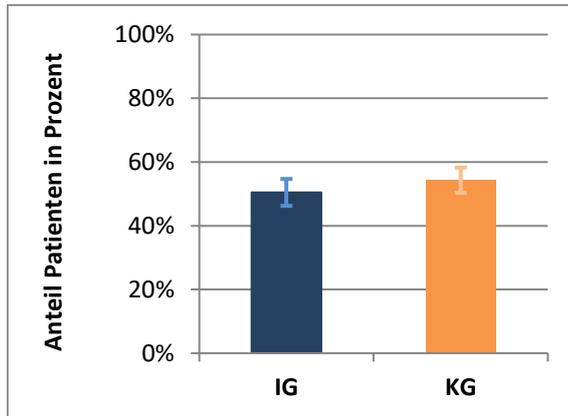
Fallzahl zu klein

Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

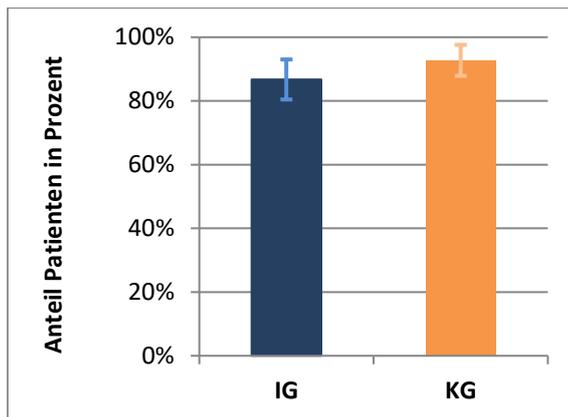
Depression G



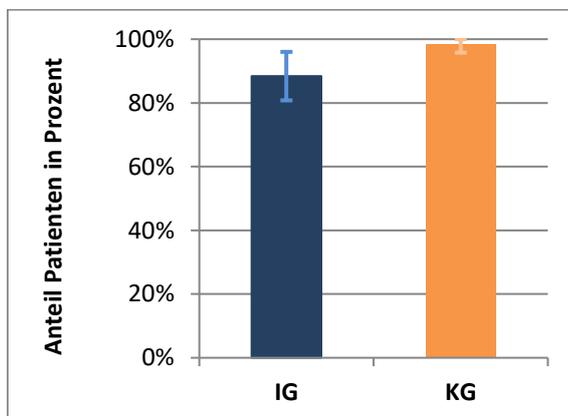
Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

Für Kinder und Jugendliche wird von einer Auswertung des Outcomes Leitlinienadhärenz abgesehen, da die zugrundeliegenden Qualitätsindikatoren der Publikation von Großimlinghaus et al. (2013) auf Erwachsene fokussiert sind.

Abbildung 35 zeigt die grafischen Darstellungen für Leitlinienadhärenz für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 405 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 427 ff.).

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr im Zeitverlauf erhoben.

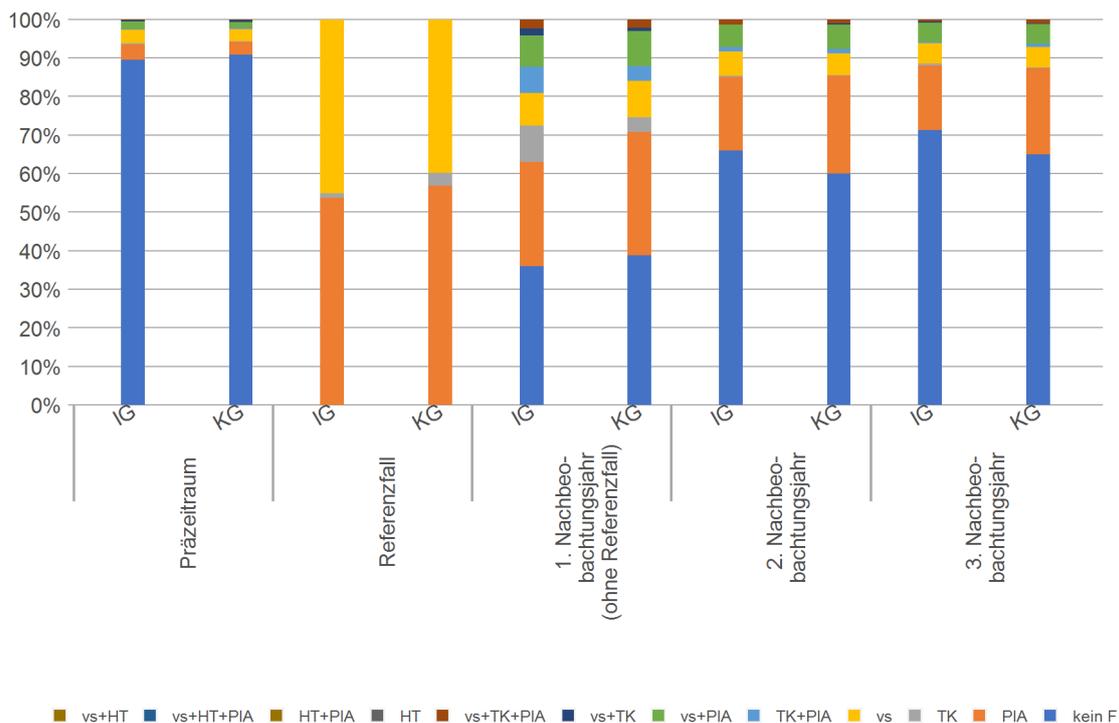
Erwachsenenpsychiatrie

Klinikneue Patienten

Tabelle 48: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)

Behandlung-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	<10	>0,999				36	35	>0,999	19	15	>0,999	<10	14	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	>0,999				29	11	0,034	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	30	24	>0,999				122	138	>0,999	81	89	>0,999	67	71	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	>0,999				103	58	0,003	17	18	>0,999	<10	12	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	53	47	>0,999	682	603	0,008	127	142	>0,999	89	80	>0,999	72	72	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	18	51	<0,001	144	59	<0,001	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	62	50	>0,999	813	860	0,097	408	483	0,020	270	360	<0,001	227	307	0,002
HT															
kein Fall	1.353	1.374	>0,999				544	588	0,437	936	855	0,011	971	894	0,004
Gesamt-ergebnis	1.513	1.514	>0,999	1.513	1.514	<0,001	1.513	1.514	<0,001	1.420	1.424	0,025	1.362	1.376	0,031

Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf

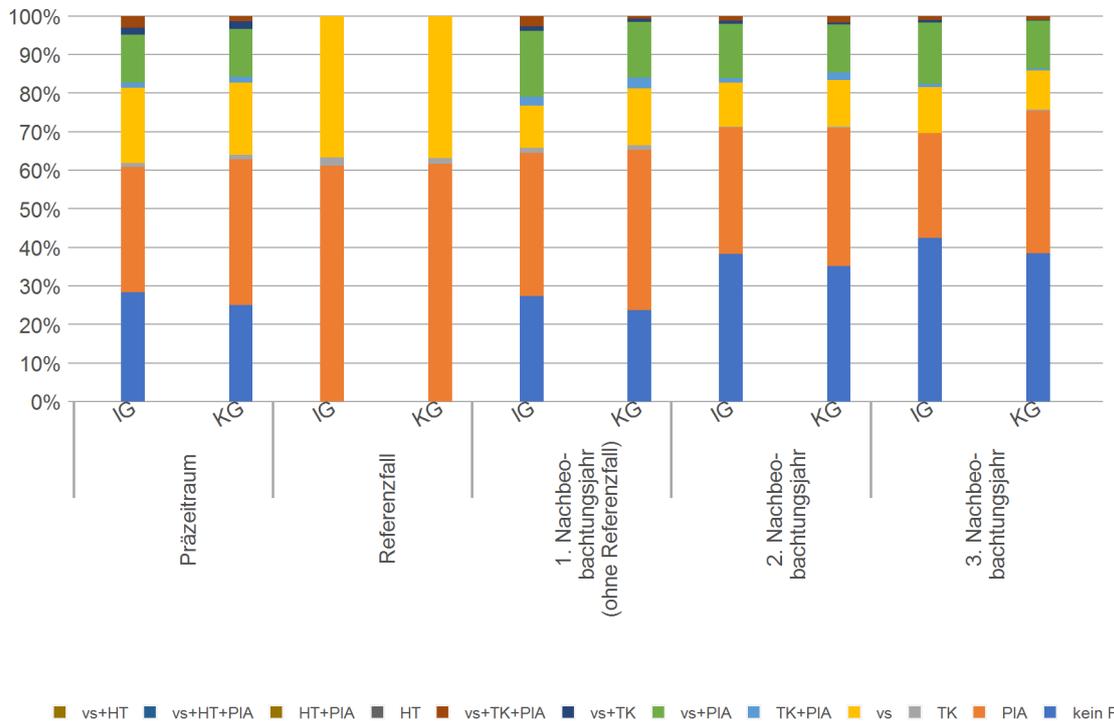


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 49: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	16	<10	0,748				14	<10	0,279	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	11	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	64	64	>0,999				88	75	>0,999	68	63	>0,999	74	60	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	>0,999				12	15	>0,999	<10	10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	101	97	>0,999	189	191	>0,999	56	76	0,594	55	61	>0,999	55	49	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	11	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	167	196	0,748	315	320	>0,999	191	216	0,921	158	180	>0,999	126	178	0,014
HT															
kein Fall	146	130	>0,999				141	123	0,993	185	177	>0,999	197	185	>0,999
Gesamtergebnis	515	519	>0,999	515	519	>0,999	515	519	0,543	483	503	>0,999	464	481	0,496

Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf



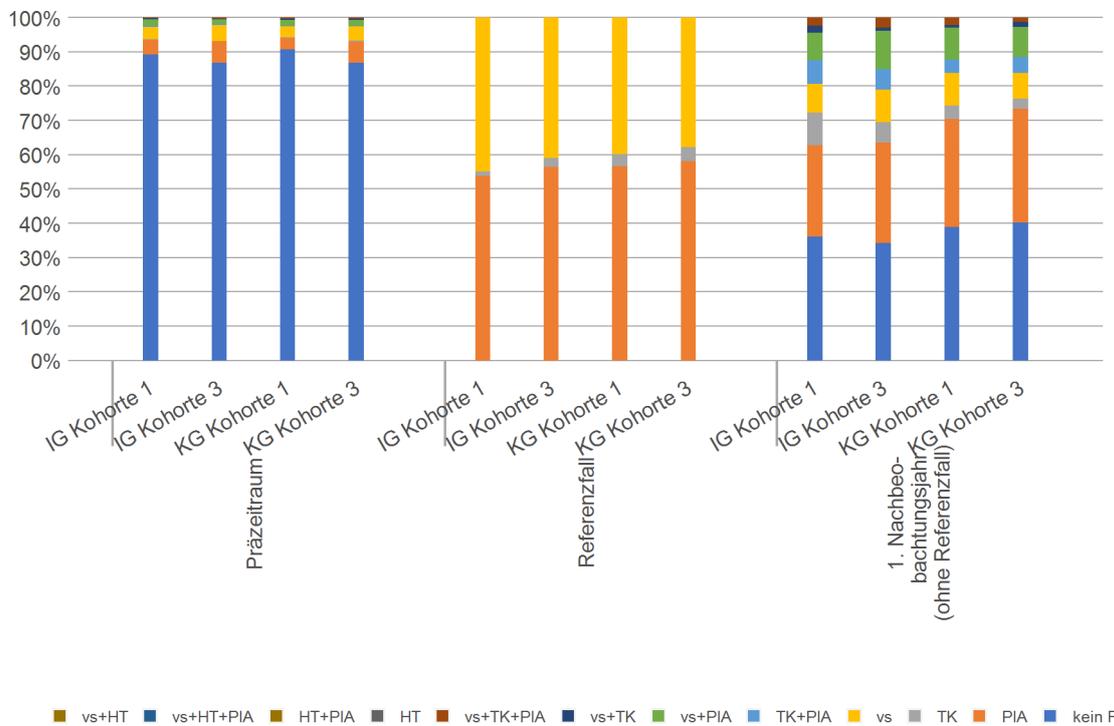
Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr erhoben.

Tabelle 50: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)

	Präzeit- raum	Präzeit- raum	Präzeit- raum	Präzeit- raum	Refe- renzfall	Refe- renzfall	Refe- renzfall	Refe- renzfall	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr
	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG
Behandlungs- setting	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3										
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	<10	<10	<10	<10					38	44	35	19
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA										<10		
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10	<10	<10	<10					30	12	12	23
vs+PIA	30	21	25	25					126	170	144	130
vs+HT												
TK+PIA	<10	<10	<10	<10					106	89	59	71
TK+HT												
HT+PIA												
vs	56	70	49	63	697	613	619	565	130	140	148	111
TK	<10	<10	<10	<10	19	39	54	64	148	91	60	44
PIA	65	95	51	92	834	846	877	869	413	439	490	497
HT												
kein Fall	1.384	1.299	1.406	1.301					559	512	602	603
Gesamt-er- gebnis	1.550	1.498	1.550	1.498	1.550	1.498	1.550	1.498	1.550	1.498	1.550	1.498

Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)



(Kohorte Jahr 1 beinhaltet klinikneue Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr, Kohorte Jahr 3 beinhaltet alle Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr)

Die im Feinkonzept skizzierte Vertragsperspektive, bei der alle in den Daten enthaltenen und in einer definierten Klinik behandelten Patienten über Kalenderjahre betrachtet werden, befindet sich im Anhang (Tabelle 300 und Abbildung 110).

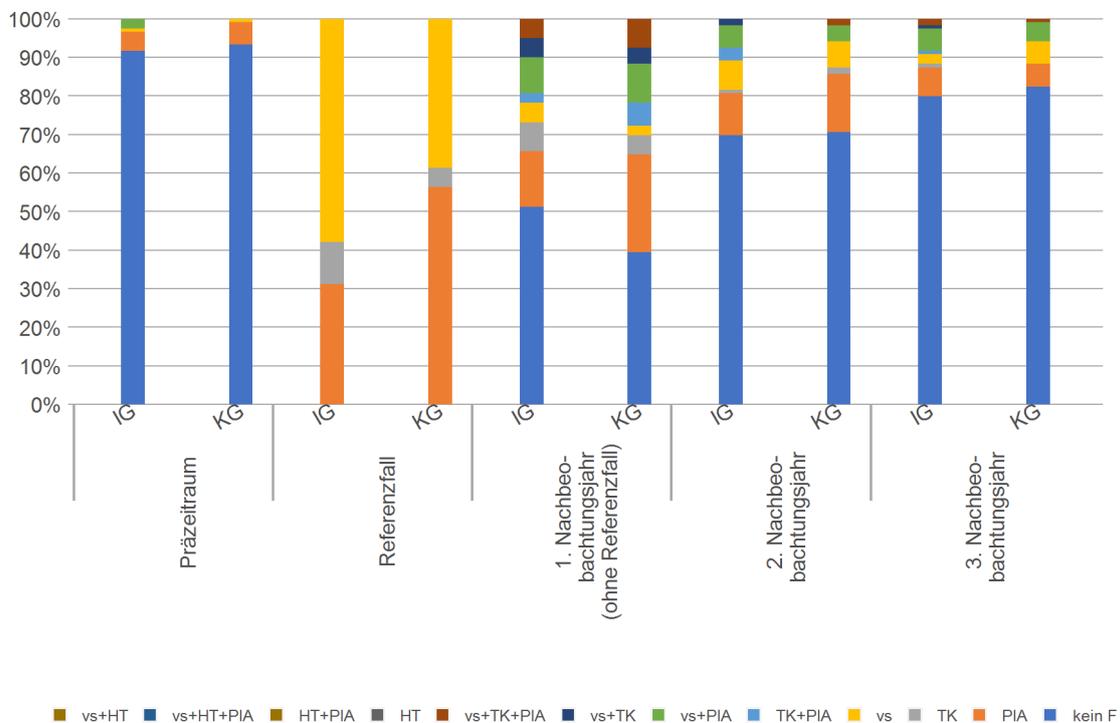
Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 51: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)

Behandlungs- 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	<10	>0,999		<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK							<10	<10	>0,999	<10		>0,999	<10		>0,999
vs+PIA	<10		>0,999				11	12	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+HT															
TK+PIA							<10	<10	>0,999	<10		>0,999	<10		>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	<10	<10	>0,999	69	46	0,009	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK				13	<10	0,151	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	<10	<10	>0,999	37	67	<0,001	17	30	0,456	13	18	>0,999	<10	<10	>0,999
HT															
kein Fall	109	111	>0,999				61	47	0,724	83	84	>0,999	95	98	>0,999
Gesamtergebnis	119	119	>0,999	119	119	0,001	119	119	>0,999	119	119	>0,999	119	119	>0,999

Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf

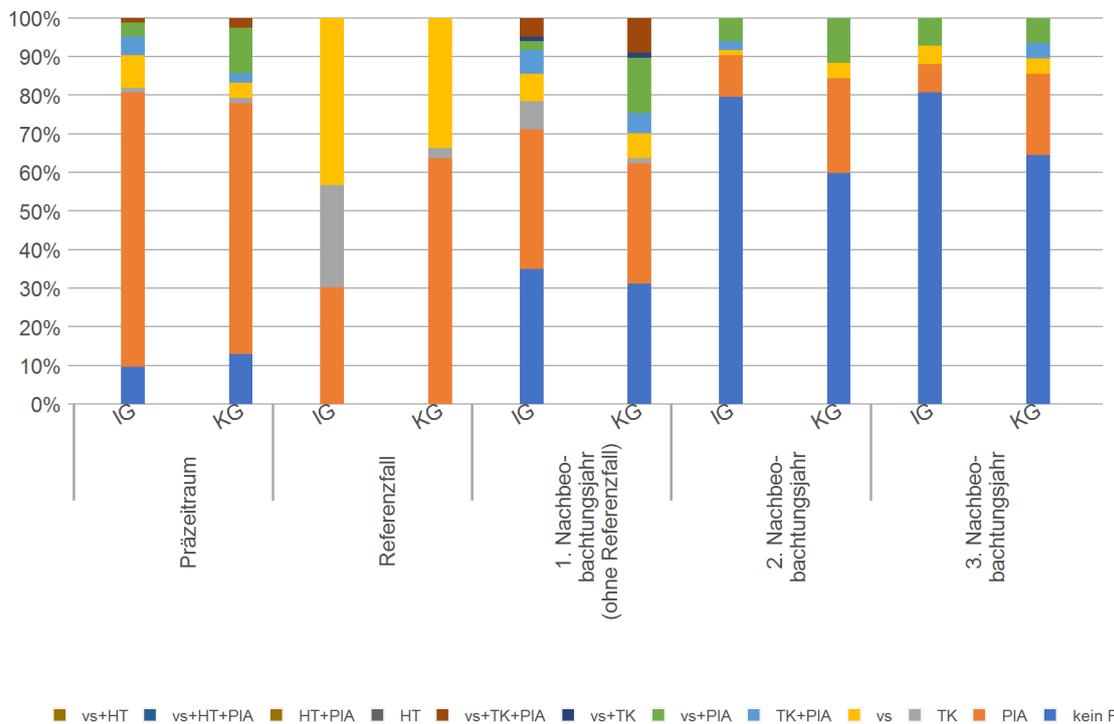


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 52: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999						
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK							<10	<10	>0,999						
vs+PIA	<10	<10	0,813				<10	11	0,126	<10	<10	0,971	<10	<10	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10		>0,999	<10		0,641
TK+HT															
HT+PIA															
vs	<10	<10	>0,999	36	26	0,278	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	22	<10	<0,001	<10	<10	>0,999						
PIA	59	50	>0,999	25	49	<0,001	30	24	>0,999	<10	19	0,146	<10	16	0,131
HT															
kein Fall	<10	10	>0,999				29	24	>0,999	66	46	0,064	67	49	0,168
Gesamtergebnis	83	77	>0,999	83	77	<0,001	83	77	0,872	83	77	0,129	83	76	0,168

Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf



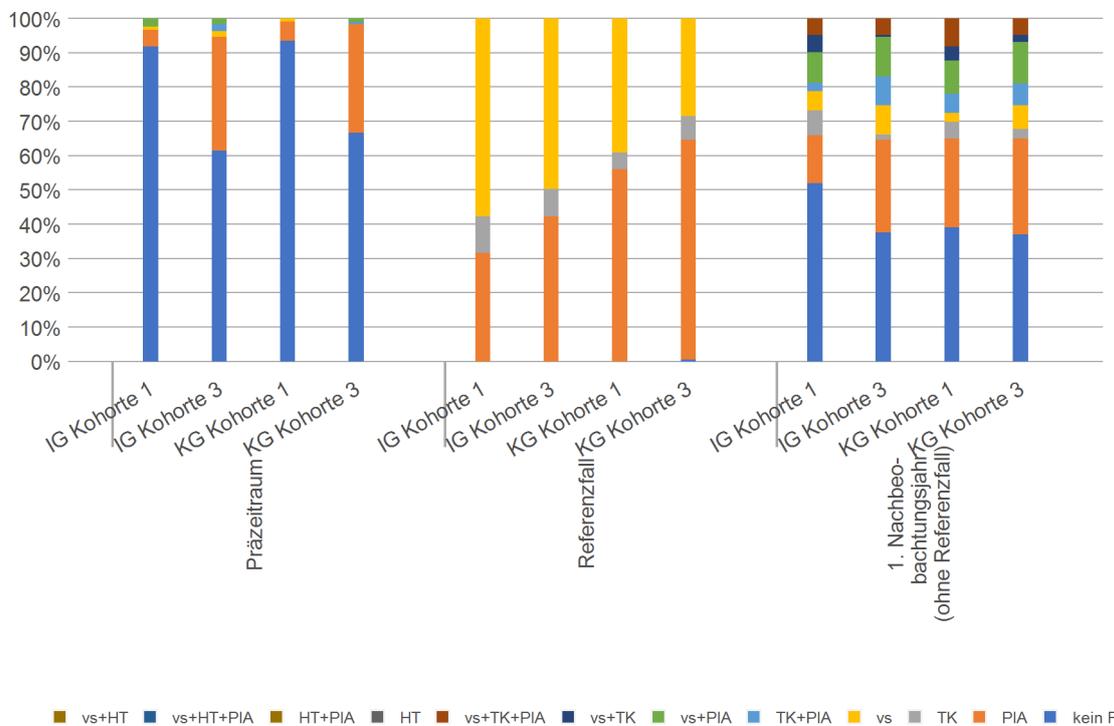
Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr erhoben.

Tabelle 53: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)

Behandlungssetting	Präzeitraum	Präzeitraum	Präzeitraum	Präzeitraum	Referenzfall	Referenzfall	Referenzfall	Referenzfall	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr
	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG
	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA									<10	<10	10	<10
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK									<10	<10	<10	<10
vs+PIA	<10	<10		<10					11	22	12	23
vs+HT												
TK+PIA		<10		<10					<10	16	<10	12
TK+HT												
HT+PIA												
vs	<10	<10	<10		54	71	94	48	<10	16	<10	13
TK					13	13	15	<10	<10	<10	<10	<10
PIA	<10	63	<10	60	121	39	80	69	17	51	32	53
HT												
kein Fall	113	116	115	126	<10				64	71	48	70
Gesamtergebnis	123	189	123	189	189	123	189	123	123	189	123	189

Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)



(Kohorte Jahr 1 beinhaltet klinikneue Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr, Kohorte Jahr 3 beinhaltet alle Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr)

Die im Feinkonzept skizzierte Vertragsperspektive, bei der alle in den Daten enthaltenen und in einer definierten Klinik behandelten Patienten über Kalenderjahre betrachtet werden, befindet sich im Anhang (Tabelle 301 und Abbildung 111).

9.2 Leistungserbringung

Die Intensität der Behandlungen lässt sich über die als OPS-Schlüssel dokumentierten Therapieeinheiten abschätzen. Hierzu wurden für jeden Patienten die Therapieeinheiten je Behandlungssetting im jeweiligen Beobachtungszeitraum kumuliert und die durchschnittlichen Werte je Untersuchungsgruppe (IG/KG) miteinander verglichen. Zusätzlich wurden die Kontakthäufigkeit und die Behandlungsintensität in der PIA über die Schlüssel der PIA-Doku-Vereinbarung ermittelt.

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

Für die Darstellung im Zeitverlauf wird die durchschnittliche dokumentierte Anzahl der Therapieeinheiten für alle Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr für den Prä- und einen dreijährigen Nachbeobachtungszeitraum erfasst.

EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 54: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Art	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Ref.Fall)			2. Jahr							
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	
N	1513	151 4	151 3	151 4	151 3	151 4	151 3	151 4	151 3	151 4	151 3	151 4	151 4	142 0	142 4	142 0	142 4
N mit Fall	91	82	15	19	682	603	18	51	314	326	312	163	191	189	44	40	
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,2	0,1	0,1	0,7	1,0	0,0	0,3	0,8	1,0	0,8	0,7	0,2	0,3	0,1	0,1	
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	0,5	0,1	0,1	5,1	2,5	0,1	0,6	2,3	2,2	3,0	1,8	1,0	0,8	0,2	0,2	
Intensivbehand- lung; Arzt/Psycholo- ge	0,1	0,1			0,1	0,1			0,0	0,1		0,0	0,0	0,0			
Intensivbehand- lung; Thera- peut/Pflege	0,2	0,3			1,7	0,6			0,5	0,6	0,0	0,0	0,2	0,3			
Psychotherapeuti- sche Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	0,0	0,0		0,2		0,0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	
Psychotherapeuti- sche Komplexbe- handlung; Thera- peut/Pflege	0,1	0,1	0,0	0,0		0,1		0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	
psychosomatisch- psychotherapeu- tischen Komplex- behandlung; Arzt/Psychologe																	
psychosomatisch- psychotherapeu- tischen Komplex- behandlung; Therapeut/Pflege																	
Gesamt	1,9	1,1	0,2	0,2	7,6	4,5	0,2	0,9	3,9	4,3	3,9	2,8	1,5	1,5	0,3	0,4	

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

Tabelle 55: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

1	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs IG	vs KG	tk IG	tk KG	vs IG	vs KG	tk IG	tk KG	vs IG	vs KG	tk IG	tk KG	vs IG	vs KG	tk IG	tk KG
N	15 13	15 14	151 3	151 4	151 3	151 4	151 3	151 4	151 3	151 4	151 3	151 4	142 0	142 4	142 0	142 4
N mit Fall	91	82	15	19	682	603	18	51	314	326	312	163	191	189	44	40
Regelbehandlung; Arzt/Psychologie	10, 1	3,3	6,0	6,2	1,5	2,6	2,5	7,5	3,9	4,6	3,9	6,8	1,6	2,2	2,3	5,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	11, 9	9,4	14, 7	7,5	11,2	6,2	12,2	17,6	11,1	10,4	14,5	16,3	7,6	5,8	7,5	8,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologie	1,9	1,3			0,2	0,3			0,2	0,4		0,0	0,1	0,3		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	4,0	4,6			3,9	1,4			2,2	2,9	0,0	0,0	1,5	2,3		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologie	1,4	0,9	0,3	1,9		0,4		0,8	0,8	1,0	0,3	1,6	0,2	0,5	0,1	1,2
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,6	1,1	0,1	1,3		0,3		0,7	0,6	0,8	0,4	1,1	0,1	0,5	0,1	0,6
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologie																
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																
Gesamt	30, 9	20, 7	21, 2	16,9	16,8	11,2	14,8	26,6	18,8	20,1	19,0	25,7	11,2	11,7	9,9	15, 2

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

Tabelle 56: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1513	1514	1513	1514	1513	1514	1420	1424	1362	1376
N mit Fall	99	82	813	860	669	714	387	482	308	404
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,4	0,2	2,0	1,2	1,9	0,8	1,5	0,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,2	0,7	0,8	1,6	1,9	1,3	1,9	1,3	1,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,1	0,5	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,1	0,5	0,5	0,4	0,2	0,3	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,3	0,3	1,1	1,0	3,7	3,1	3,3	2,8	2,8	2,4
Gesamt	0,3	0,3	1,2	1,1	4,2	3,5	3,7	3,0	3,0	2,4

Tabelle 57: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1513	1514	1513	1514	1513	1514	1420	1424	1362	1376
N mit Fall	99	82	813	860	669	714	387	482	308	404
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,2	1,4	0,7	0,4	4,6	2,5	7,0	2,5	6,5	2,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,5	3,9	1,3	1,4	3,7	4,0	4,9	5,7	5,7	6,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,3	0,2	1,1	1,0	0,9	0,5	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,0	0,0	0,1	0,0	0,8	0,0	1,1	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,3	0,2	1,2	1,0	1,6	0,5	1,1	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	4,7	5,3	2,0	1,8	8,3	6,5	12,0	8,2	12,2	8,3
Gesamt	4,8	5,6	2,3	2,0	9,5	7,5	13,6	8,7	13,3	8,3

Klinikbekannte Patienten
Tabelle 58: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	515	519	515	519	515	519	515	519	515	519	515	519	483	503	483	503
N mit Fall	190	179	37	32	189	191	11	8	164	159	39	29	133	135	17	22
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,4	1,3	0,4	0,4	0,4	0,8	0,1	0,1	1,0	0,9	0,2	0,3	0,5	0,5	0,1	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	5,0	3,2	1,1	1,1	3,1	1,9	0,3	0,3	4,2	2,8	1,1	0,9	2,8	1,3	0,5	0,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,3	0,0		0,1	0,1			0,1	0,3			0,1	0,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,0	0,9	0,0		1,4	0,4			2,3	0,9			0,7	0,5		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,2		0,0		0,2		0,1		0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,2		0,0		0,1		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																
Gesamt	8,9	6,1	1,4	1,6	5,0	3,5	0,4	0,5	7,7	5,1	1,3	1,3	4,1	2,5	0,8	0,8

Tabelle 59: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Art	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs IG	vs KG	tk IG	tk KG	vs IG	vs KG	tk IG	tk KG	vs IG	vs KG	tk IG	tk KG	vs IG	vs KG	tk IG	tk KG
N	515	519	515	519	515	519	515	519	515	519	515	519	483	503	483	503
N mit Fall	190	179	37	32	189	191	11	8	164	159	39	29	133	135	17	22
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3,8	3,8	4,9	6,7	1,0	2,3	4,8	5,7	3,1	2,9	2,3	5,3	1,7	1,7	3,9	5,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	13,7	9,2	15,0	18,5	8,6	5,2	13,2	16,9	13,2	9,0	14,5	16,9	10,2	5,0	15,5	12,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,0	1,0	0,0		0,3	0,3			0,4	1,0			0,5	0,5		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	5,5	2,6	0,0		3,8	1,0			7,3	2,8			2,5	1,9		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,5		0,6		0,5		3,7		0,8	0,3	0,6	0,0	0,1	1,5	0,5
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,4		0,3		0,3		3,0		0,2	0,3	0,1	0,0	0,0	2,1	0,3
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																
Gesamt	24,1	17,5	20,0	26,0	13,6	9,5	18,0	29,3	24,0	16,7	17,4	23,0	15,0	9,2	23,0	18,7

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

Art	Präzeit- raum		Referenz- fall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	515	519	515	519	515	519	483	503	464	481
N mit Fall	253	266	315	320	305	310	238	262	209	245
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Be- handlung	1,0	1,0	0,7	0,5	2,9	2,3	3,3	2,1	3,5	1,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Be- handlung	1,6	1,5	0,8	1,0	2,3	3,0	2,2	2,8	2,8	3,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Be- handlung	0,3	0,2	0,2	0,1	0,6	0,4	0,4	0,3	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Be- handlung	0,1		0,0		0,0	0,0	0,2		0,3	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,4	0,2	0,2	0,1	0,6	0,4	0,6	0,3	0,3	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,6	2,5	1,6	1,4	5,3	5,2	5,5	4,9	6,3	5,1
Gesamt	3,0	2,7	1,7	1,6	5,9	5,6	6,1	5,2	6,6	5,1

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	515	519	515	519	515	519	483	503	464	481
N mit Fall	253	266	315	320	305	310	238	262	209	245
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,0	1,9	1,2	0,8	4,9	3,8	6,8	4,0	7,7	2,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,3	3,0	1,3	1,5	3,9	5,0	4,4	5,4	6,2	7,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,7	0,5	0,3	0,2	1,0	0,6	0,8	0,5	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1		0,0		0,1	0,0	0,3		0,7	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,8	0,5	0,3	0,2	1,1	0,6	1,1	0,5	0,7	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,3	4,8	2,6	2,3	8,9	8,8	11,2	9,4	13,9	10,0
Gesamt	6,1	5,3	2,8	2,5	9,9	9,4	12,3	9,9	14,7	10,1

KJP

Klinikneue Patienten

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

Art	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	4	1	0	0	69	46	13	6	29	29	24	27	18	15	7	4
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,8				9,7	4,3	4,4	2,8	7,8	8,1	4,7	8,5	0,6	2,1	1,0	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4				8,9	2,5	4,1	2,0	6,4	6,0	3,8	4,6	0,5	1,8	1,0	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1				10,1	3,9			1,9	4,0			0,6	0,8		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0				6,5	1,1			0,7	1,3			0,5	0,3		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																
Gesamt	3,3				35,3	11,7	8,5	4,8	16,7	19,4	8,6	13,1	2,1	5,0	2,0	0,5

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	4	1	0	0	69	46	13	6	29	29	24	27	18	15	7	4
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	52,8				16,8	11,1	40,4	55,6	31,8	33,2	23,4	37,5	3,7	16,6	17,3	5,8
Regelbehandlung; Thera- peut/Pflege	40,5				15,4	6,4	37,1	39,6	26,1	24,7	19,1	20,5	3,0	14,1	16,7	9,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	4,0				17,3	10,2			7,9	16,5			3,7	6,4		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2				11,3	2,7			2,7	5,2			3,6	2,2		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																
psychosomatisch-psycho- therapeutischen Komplex- behandlung; Arzt/Psycholo- ge																
psychosomatisch-psycho- therapeutischen Komplex- behandlung; Thera- peut/Pflege																
Gesamt	97,6				60,8	30,3	77,5	95,2	68,6	79,6	42,5	57,9	14,0	39,3	34,0	15,3

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	8	6	37	67	37	58	24	25	19	14
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			0,1	0,2	0,5	0,2	0,5	0,2	0,3	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,3	0,4	0,8	1,5	2,1	1,1	1,1	0,7	0,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung						0,1		0,0		
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung					0,0		0,0		0,0	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung					0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,3	0,5	1,0	2,0	2,3	1,6	1,2	1,0	0,9
Gesamt	0,2	0,3	0,5	1,0	2,0	2,3	1,6	1,3	1,0	0,9

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	8	6	37	67	37	58	24	25	19	14
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			0,2	0,3	1,7	0,4	2,7	0,8	2,1	1,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	5,2	1,4	1,5	4,8	4,2	5,2	5,1	4,3	5,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung						0,1		0,1		
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung					0,0		0,0		0,1	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung					0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	5,2	1,6	1,8	6,5	4,6	7,9	5,9	6,4	7,3
Gesamt	2,4	5,2	1,6	1,8	6,5	4,7	8,0	6,0	6,5	7,3

Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	83	77	83	77	83	77	83	77	83	77	83	77	83	77	83	77
N mit Fall	11	14	6	5	36	26	22	2	13	24	16	13	6	12	2	0
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	6,9	6,4	2,1	3,3	10,8	5,7	10,2	1,1	4,7	9,3	3,9	4,8	0,7	2,7		
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	5,3	5,6	3,1	3,0	11,3	3,3	9,3	0,9	4,4	9,4	4,2	5,5	0,1	2,7		
Intensivbehand- lung; Arzt/Psycholo- ge	0,8	1,3			2,8	2,3			1,1	3,5			0,0	2,1		
Intensivbehand- lung; Thera- peut/Pflege	0,7	1,3			1,6	0,7			0,6	2,5			0,1	1,9		
Psychotherapeuti- sche Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe																
Psychotherapeuti- sche Komplexbe- handlung; Thera- peut/Pflege																
psychosomatisch- psychotherapeuti- schen Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe																
psychosomatisch- psychotherapeuti- schen Komplexbe- handlung; Thera- peut/Pflege																
Gesamt	13,8	14,7	5,3	6,3	26,4	11,9	19,5	2,0	10,8	24,8	8,1	10,3	1,0	9,3		

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

Art	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	83	77	83	77	83	77	83	77	83	77	83	77	83	77	83	77
N mit Fall	11	14	6	5	36	26	22	2	13	24	16	13	6	12	2	0
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	52,4	35,4	29,6	50,5	24,9	16,8	38,5	42,6	30,0	29,9	20,2	28,6	10,0	17,1		
Regelbehandlung; Thera- peut/Pflege	40,1	31,1	43,2	46,3	26,0	9,6	35,2	33,6	28,3	30,2	22,0	32,5	2,0	17,2		
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	6,3	7,3			6,4	6,9			6,7	11,4			0,3	13,5		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	5,0	7,2			3,6	2,0			3,7	8,1			0,8	12,2		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																
psychosomatisch-psycho- therapeutischen Komplex- behandlung; Arzt/Psycholo- ge																
psychosomatisch-psycho- therapeutischen Komplex- behandlung; Thera- peut/Pflege																
Gesamt	103,8	81,0	72,8	96,8	60,9	35,3	73,7	76,2	68,6	79,5	42,2	61,1	13,2	60,0		

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

Art	Präzeit- raum		Referenz- fall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	83	77	83	77	83	77	83	77	83	76
N mit Fall	66	61	25	49	41	46	16	28	12	24
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Be- handlung	0,6	0,4	0,2	0,4	0,7	0,3	0,5	0,4	0,2	0,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behand- lung	1,9	2,4	0,5	1,1	1,4	2,5	0,6	1,8	0,4	1,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behand- lung		0,0	0,0		0,0	0,1		0,1		0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Be- handlung									0,0	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,0		0,0	0,1		0,1	0,0	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	2,8	0,7	1,5	2,1	2,8	1,1	2,2	0,6	1,9
Gesamt	2,4	2,8	0,7	1,5	2,1	2,9	1,1	2,2	0,6	1,9

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

Art	Präzeit- raum		Referenz- fall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	83	77	83	77	83	77	83	77	83	76
N mit Fall	66	61	25	49	41	46	16	28	12	24
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,7	0,4	0,8	0,6	1,5	0,5	2,6	1,0	1,2	1,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	3,1	1,6	1,8	2,8	4,2	3,3	5,0	2,7	4,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,0		0,0	0,1		0,2		0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung									0,2	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,0		0,0	0,1		0,2	0,2	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	3,1	3,5	2,4	2,3	4,3	4,7	5,9	6,0	3,8	5,9
Gesamt	3,1	3,5	2,4	2,3	4,3	4,8	5,9	6,2	4,0	6,0

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.

EP

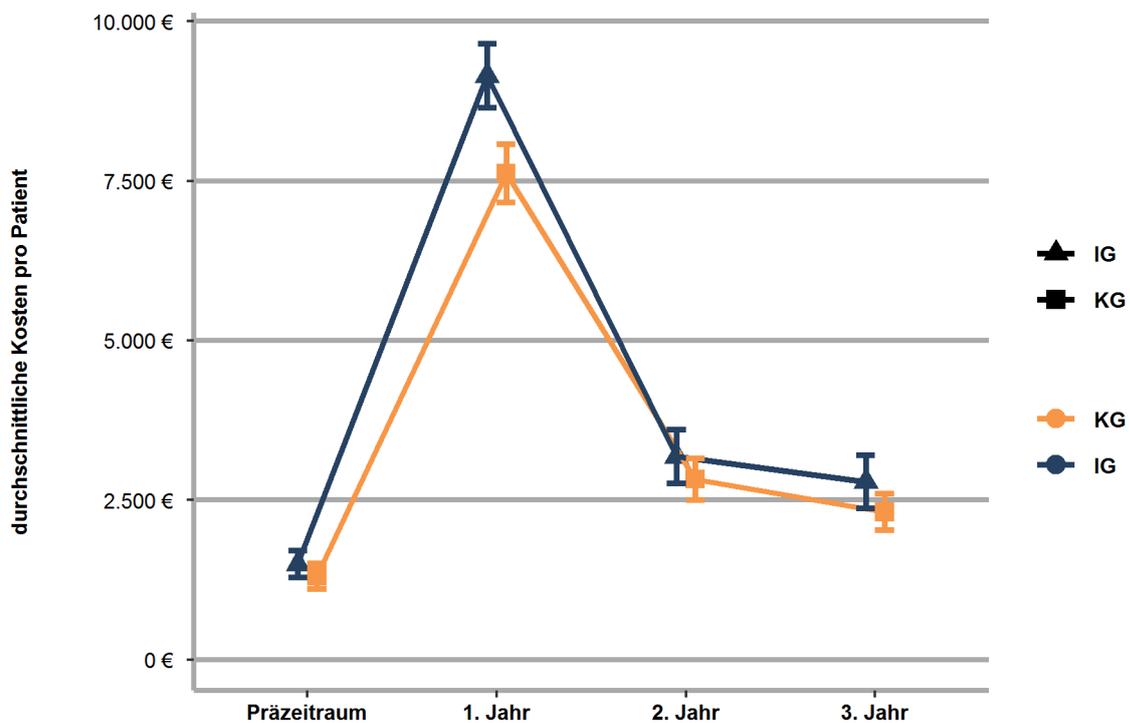
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	1.368	1.513	1.297	1.217	1.378	1.514	1.269	1.222
Mittelwert	1.497,21 €	9.149,71 €	3.181,22 €	2.784,91 €	1.311,01 €	7.619,70 €	2.827,05 €	2.315,20 €
Standardabweichung	4.940 €	11.761 €	9.668 €	9.349 €	4.663 €	10.784 €	7.423 €	6.468 €
Minimum	0,00 €	42,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	145,93 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	51,35 €	1.117,75 €	113,61 €	65,33 €	42,66 €	920,95 €	84,45 €	52,64 €
Median	252,07 €	5.797,88 €	549,88 €	454,06 €	217,79 €	3.515,91 €	540,33 €	392,69 €
75%-Perzentil	999 €	12.313 €	1.508 €	1.148 €	799 €	10.829 €	1.351 €	1.202 €
Maximum	109.844 €	115.576 €	122.925 €	127.239 €	71.600 €	137.729 €	75.320 €	108.021 €

Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



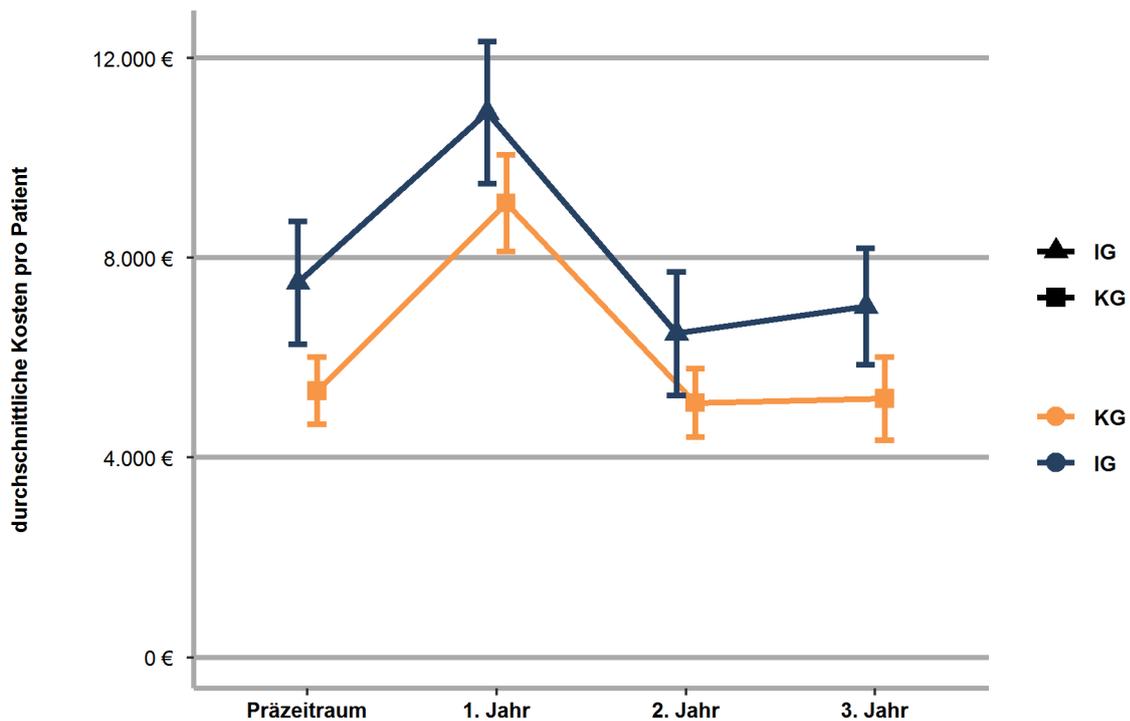
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 70)

Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	507	515	461	438	507	519	464	452
Mittelwert	7.507 €	10.912 €	6.489 €	7.026 €	5.342 €	9.100 €	5.101 €	5.185 €
Standardabweichung	16.961 €	19.572 €	16.528 €	15.286 €	9.339 €	13.389 €	9.382 €	11.113 €
Minimum	0,00 €	31,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	160,46 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	478,14 €	1.212,84 €	373,95 €	313,43 €	499,23 €	1.053,30 €	409,22 €	290,61 €
Median	1.971,01 €	4.928,12 €	1.126,17 €	1.122,39 €	1.567,37 €	3.193,62 €	1.128,11 €	1.086,99 €
75%-Perzentil	8.278 €	12.965 €	5.727 €	7.564 €	7.578 €	12.402 €	4.802 €	4.151 €
Maximum	258.931 €	259.574 €	258.863 €	125.682 €	89.618 €	102.789 €	70.090 €	123.266 €

Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 71)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 70 und

Abbildung 42) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.497,21 € mehr Kosten als die KG mit 1.311,01 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.149,71 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7.619,70 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.343,81 € signifikant ($p=0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.784,91 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.315,20 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 71 und

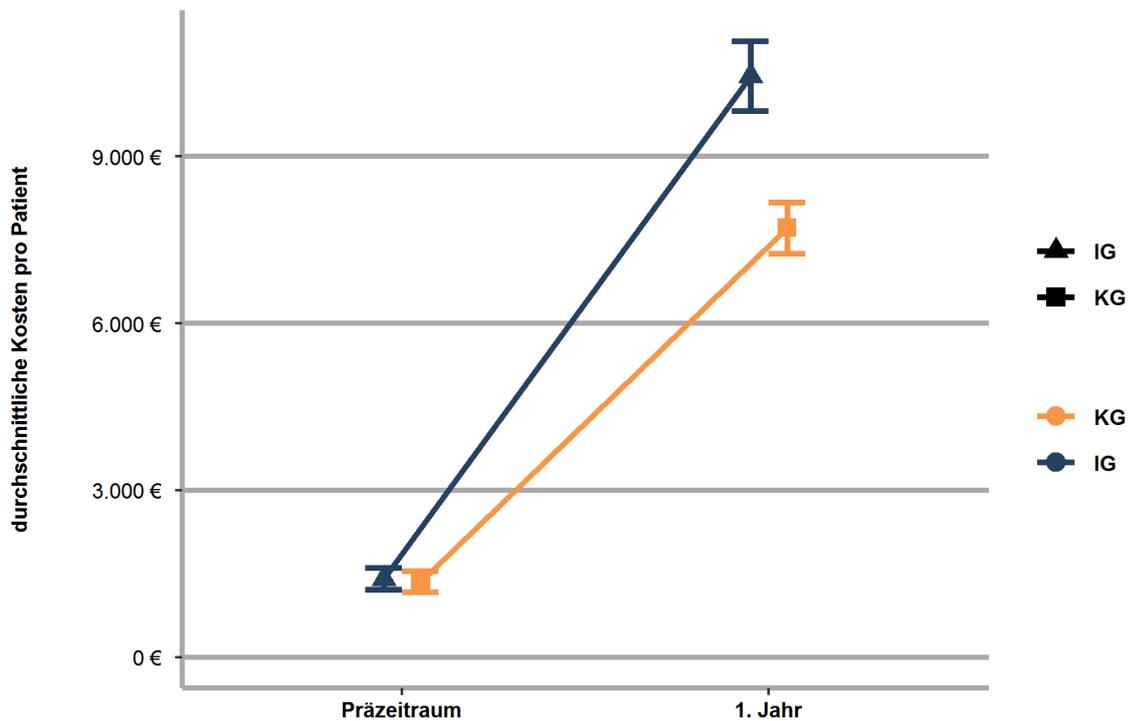
Abbildung 43) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7.506,96 € höhere Kosten als die KG mit 5.342,30 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.911,69 €. In der KG stiegen die Kosten auf 9.100,06 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 353,02 € nicht signifikant ($p=0,738$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 7.026,03 €. In der KG sanken die Kosten auf 5.185,05 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	1.360	1.498	1.356	1.498						
Mittelwert	1.410 €	10.443 €	1.357 €	7.720 €	53,06 €	0,749	2.722,67 €	<0,001	2.669,61 €	<0,001
Standardabweichung	4.687 €	14.732 €	4.400 €	10.836 €						
Minimum	0,00 €	19,49 €	0,00 €	165,18 €						
25%-Perzentil	49,41 €	1.212,07 €	39,61 €	836,95 €						
Median	212,58 €	6.384,65 €	177,31 €	3.015,62 €						
75%-Perzentil	708 €	14.061 €	640 €	11.114 €						
Maximum	61.033 €	274.131 €	50.546 €	92.327 €						

Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 72)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 72 und Abbildung 44) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.409,74 € größere Kosten als die KG mit 1.356,68 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 10.442,51 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7.719,85 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.669,61 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 2.669,61 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Für die Patienten des dritten Modelljahres (Referenzfall) wurde ein multivariates lineares Regressionsmodell berechnet. Im Grundmodell wurde nicht für weitere Variablen kontrolliert. Im gesättigten Modell wurden verschiedene Variablen (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Tod, Indexdiagnosen) in das Modell integriert und anschließend wurden alle Variablen, für die im Gesamtmodell kein signifikanter Wert vorhanden war aus dem Modell herausgenommen.

Tabelle 73: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.356,68 €	<0,001	1.356,68 €	<0,001	-2.507,61 €	<0,001
IG (vs. KG)	53,06 €	0,749	53,06 €	0,749	-17,23 €	0,899
Post (vs. Prä)	6.363,17 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	2.669,61 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			6.363,17 €	<0,001	7.316,01 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2.669,61 €	<0,001	2.772,00 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					122,64 €	0,756
Alter (48-64 J. vs. U30)					392,27 €	0,270
Alter (Ü64 vs. U30)					269,18 €	0,530
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					58,10 €	0,813
F 00 (Demenz)					841,32 €	0,181
F 01 (Vaskuläre Demenz)					601,20 €	0,608
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-835,80 €	0,231
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					717,22 €	0,251
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-786,47 €	0,161
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					396,53 €	0,311
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					7.795,80 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.888,70 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.398,09 €	0,097
F 45 (Somatoforme Störungen)					-202,27 €	0,641
F 40-48 (ohne F43 und F45)					455,46 €	0,546
F 50 (Essstörungen)					2.763,69 €	0,305
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.288,14 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.747,71 €	0,333
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-309,46 €	0,708
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-636,43 €	0,354
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.715,44 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.595,47 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.704,94 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-136,86 €	0,491
R ²		0,144		0,144		0,235

KJP

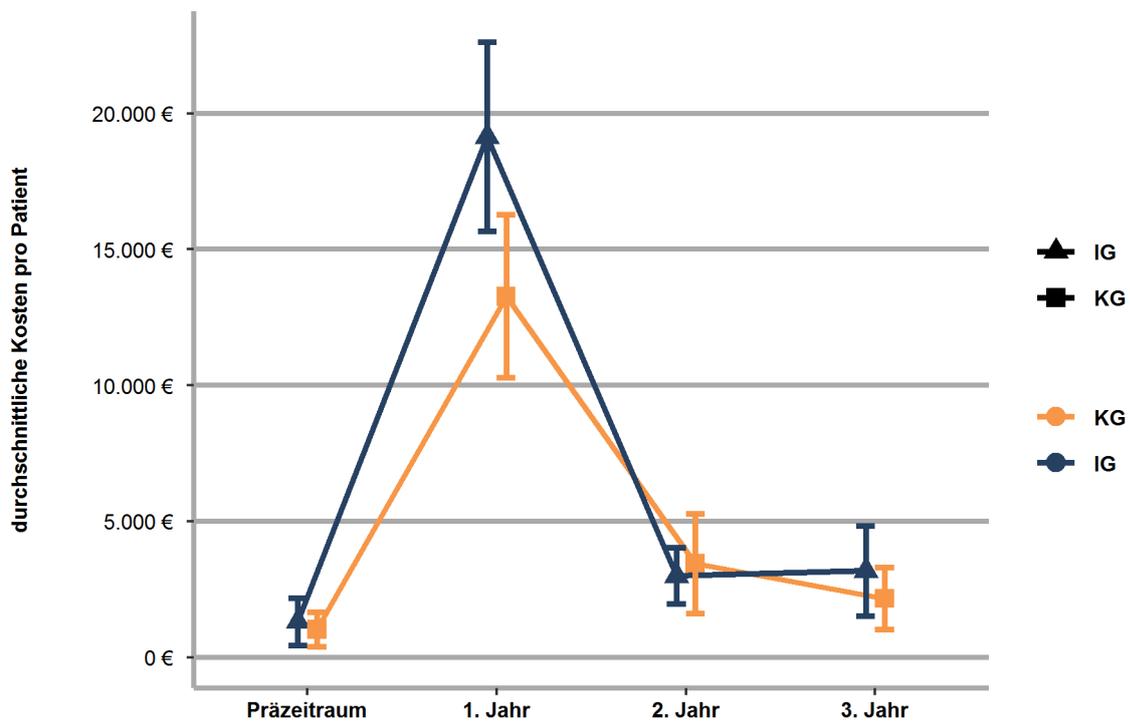
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	102	119	101	93	102	118	102	94
Mittelwert	1.310 €	19.139 €	2.989 €	3.178 €	1.024 €	13.272 €	3.450 €	2.163 €
Standardabweichung	5.815 €	23.049 €	6.850 €	11.007 €	4.243 €	19.884 €	12.112 €	7.588 €
Minimum	0 €	126 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	48,43 €	2.174,09 €	55,97 €	13,93 €	37,18 €	1.029,33 €	51,79 €	15,31 €
Median	218 €	10.738 €	398 €	278 €	329 €	3.347 €	367 €	167 €
75%-Perzentil	928 €	27.297 €	1.976 €	870 €	807 €	20.695 €	1.277 €	1.070 €
Maximum	59.351 €	114.955 €	43.037 €	89.547 €	45.934 €	148.923 €	112.859 €	62.316 €

Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



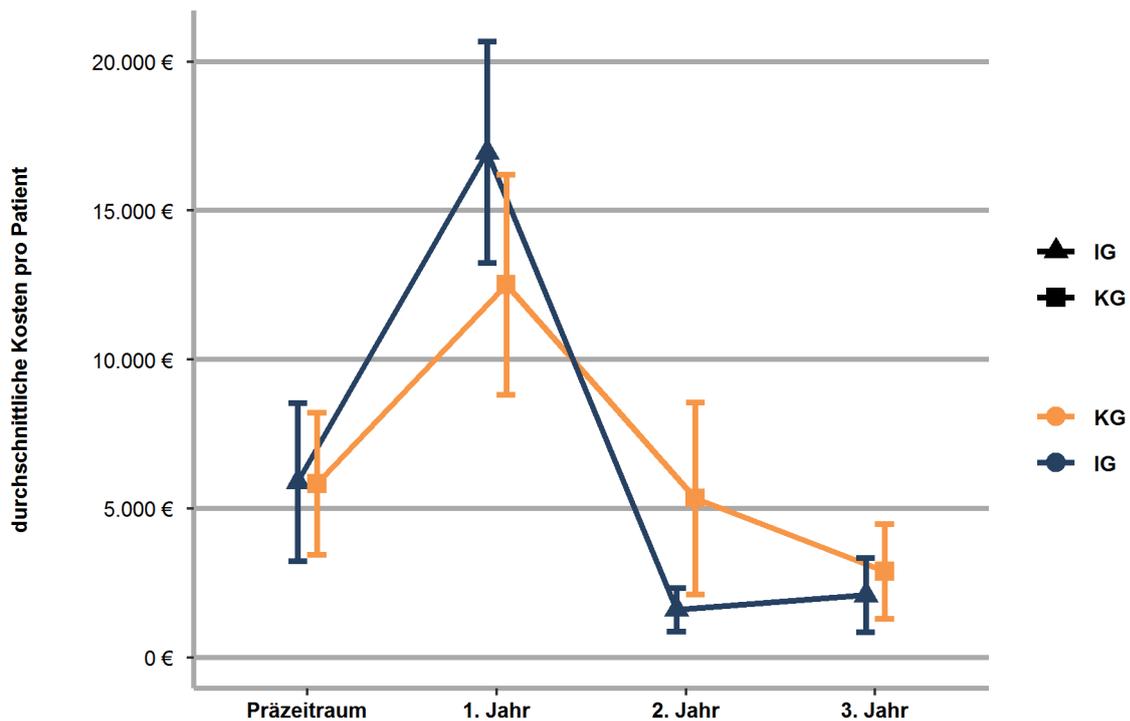
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 74)

Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	83	83	76	70	77	77	67	65
Mittelwert	5.889 €	16.957 €	1.604 €	2.095 €	5.829 €	12.515 €	5.350 €	2.893 €
Standardabweichung	14.641 €	20.563 €	4.066 €	6.895 €	12.747 €	19.754 €	17.198 €	8.403 €
Minimum	58,25 €	157,06 €	0,00 €	0,00 €	16,01 €	279,99 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	389,74 €	1.705,37 €	61,50 €	53,23 €	456,64 €	1.018,31 €	65,77 €	43,36 €
Median	775 €	13.235 €	303 €	266 €	795 €	2.321 €	429 €	398 €
75%-Perzentil	2.320 €	21.675 €	942 €	818 €	3.467 €	20.159 €	1.633 €	1.326 €
Maximum	72.229 €	125.913 €	27.832 €	40.432 €	61.186 €	141.735 €	95.545 €	57.696 €

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 75)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 74 und Abbildung 45) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.310,49 € höhere Kosten als die KG mit 1.024,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 19.138,81 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 13.272,01 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 5.580,60 € nicht signifikant ($p=0,056$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3.178,00 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.162,54 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 75 und

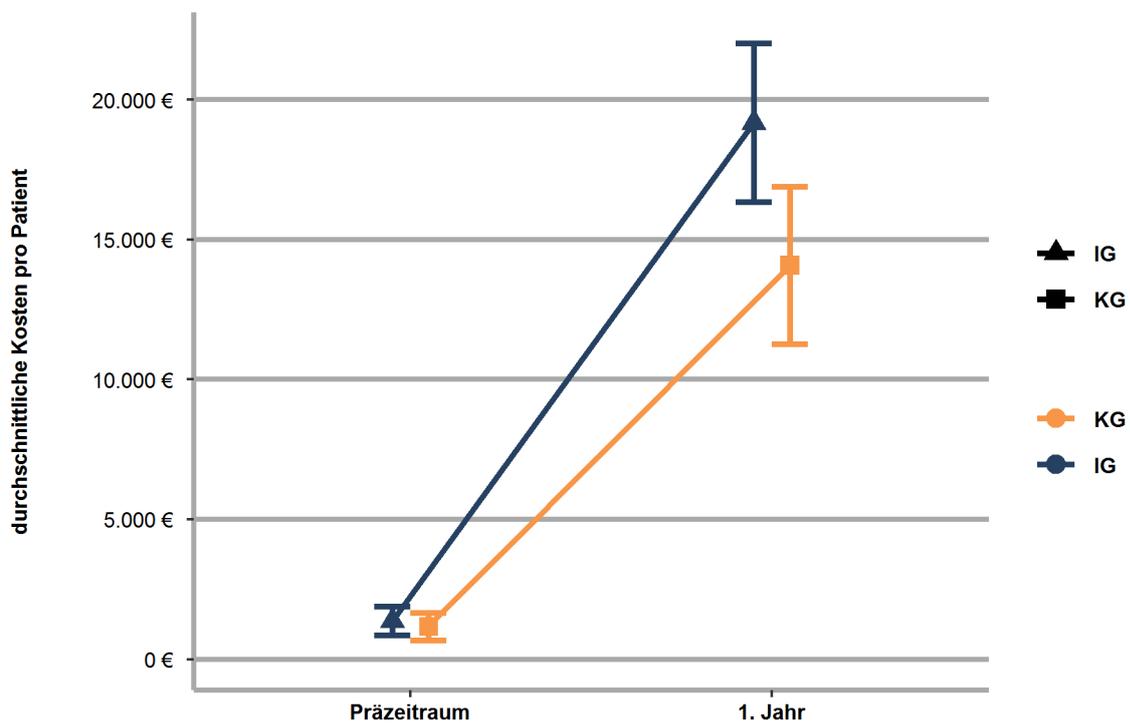
Abbildung 46) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.889,33 € höhere Kosten als die KG mit 5.829,03 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 16.957,18 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 12.515,27 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 4.381,61 € nicht signifikant ($p=0,254$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.094,91 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.893,21 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	165	189	172	189						
Mittelwert	1.373 €	19.178 €	1.171 €	14.083 €	201,55 €	0,637	5.095,70 €	0,036	4.894,15 €	0,047
Standardabweichung	4.259 €	23.630 €	4.044 €	23.488 €						
Minimum	0,00 €	48,31 €	0,00 €	276,67 €						
25%-Perzentil	82,72 €	2.558,88 €	90,70 €	1.250,58 €						
Median	433,19 €	9.835,77 €	415,69 €	3.324,59 €						
75%-Perzentil	844 €	26.927 €	1.073 €	21.605 €						
Maximum	35.185 €	154.661 €	48.566 €	239.732 €						

Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 76)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 76 und

Abbildung 47) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.372,70 € mehr Kosten als die KG mit 1.171,15 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 19.178,24 €. In der KG stiegen die Kosten auf 14.082,54 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 4.894,15 € signifikant ($p=0,034$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 4.894,15 € signifikant ($p=0,034$) stärker als in der KG.

Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Für die Patienten des dritten Modelljahres (Referenzfall) wurde ein multivariates lineares Regressionsmodell berechnet. Im Grundmodell wurde nicht für weitere Variablen kontrolliert. Im gesättigten Modell wurden verschiedene Variablen (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Tod, Indexdiagnosen) in das Modell integriert und anschließend wurden alle Variablen, für die im Gesamtmodell kein signifikanter Wert vorhanden war aus dem Modell herausgenommen.

Tabelle 77: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.171,15 €	<0,001	1.171,15 €	<0,001	-7.426,82 €	<0,001
IG (vs. KG)	201,55 €	0,637	201,55 €	0,637	-188,59 €	0,756
Post (vs. Prä)	12.911,39 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	4.894,15 €	0,034				
1. Jahr (vs. Prä)			12.911,39 €	<0,001	14.930,80 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			4.894,15 €	0,034	5.251,43 €	0,024
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					204,06 €	0,846
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-7.113,92 €	0,062
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					25.015,11 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					6.591,84 €	0,005
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					4.537,56 €	0,040
F 45 (Somatoforme Störungen)					9.219,69 €	0,162
F 40-48 (ohne F43 und F45)					4.526,67 €	0,102
F 50 (Essstörungen)					17.603,25 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					56,58 €	0,974
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.019,67 €	0,118
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.481,22 €	0,172
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.879,32 €	0,153
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					12.661,45 €	0,003
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					435,79 €	0,567
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.854,42 €	0,063
R ²		0,179		0,179		0,264

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.

EP

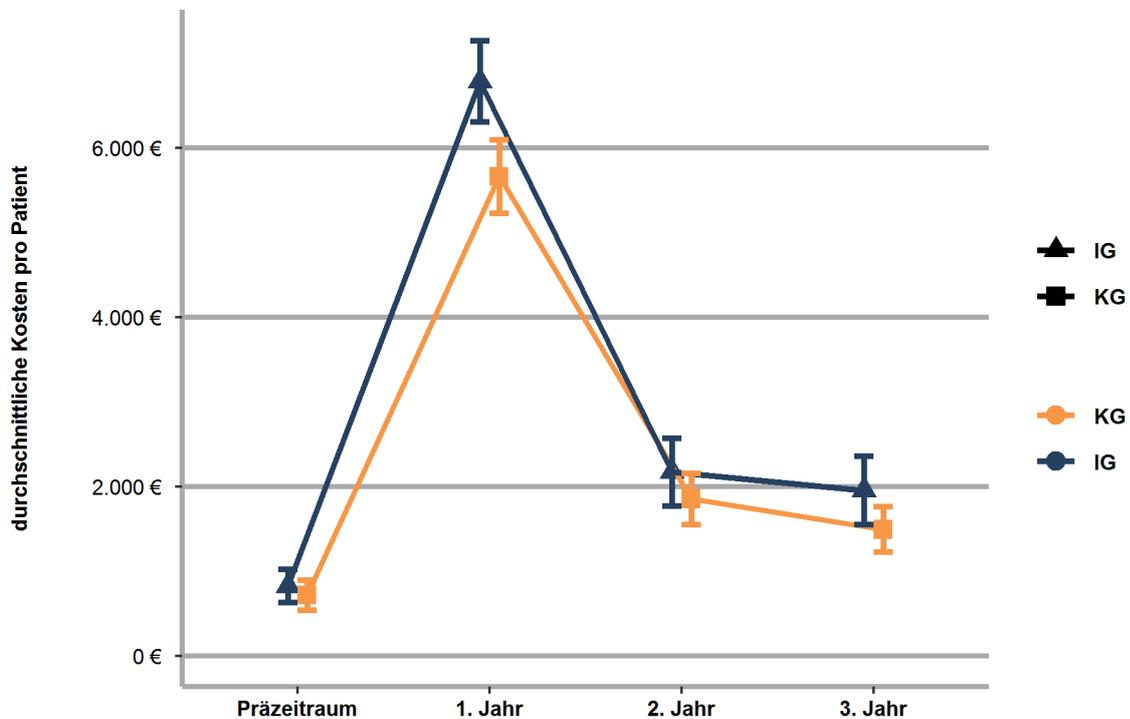
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 78: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	146	841	210	161	124	769	197	172
Mittelwert	824,45 €	6.788,03 €	2.173,76 €	1.956,02 €	718,63 €	5.664,71 €	1.856,07 €	1.494,06 €
Standardabweichung	4.637 €	11.272 €	9.163 €	9.042 €	4.224 €	10.283 €	6.911 €	6.063 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	1.684,98 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	441,36 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.809,76 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.332,37 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	109.414 €	115.576 €	122.925 €	127.239 €	71.600 €	135.205 €	74.872 €	107.792 €

Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



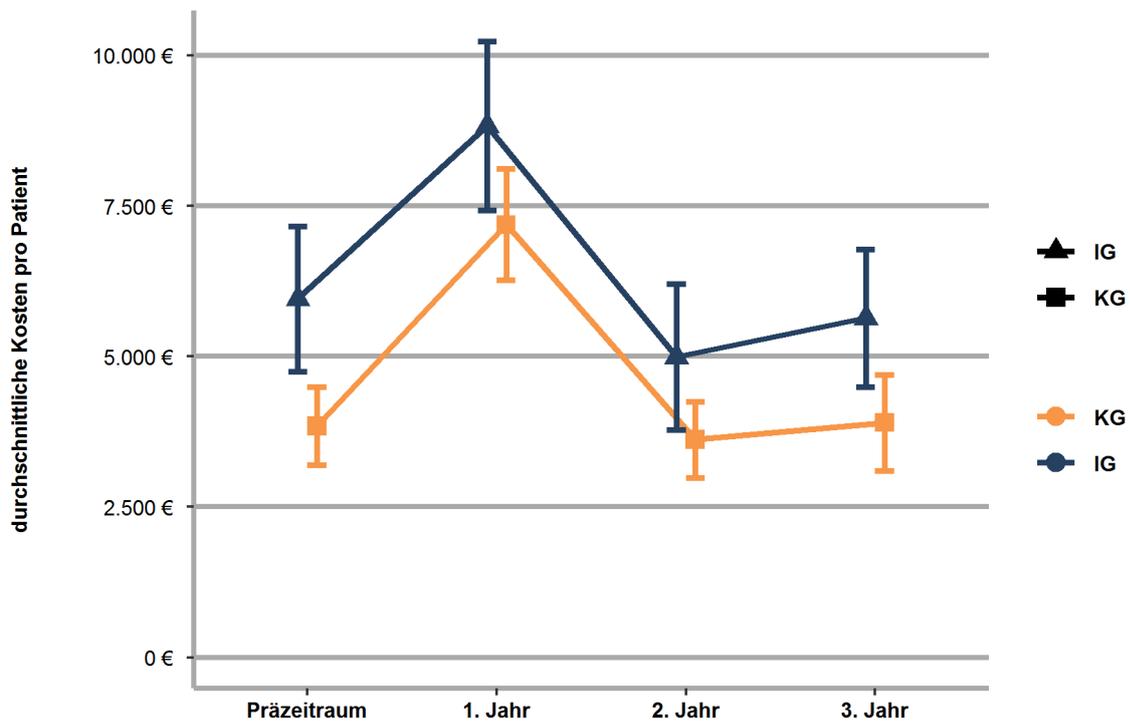
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 78)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 79: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	203	277	137	140	185	261	138	121
Mittelwert	5.955,58 €	8.828,92 €	4.992,02 €	5.639,11 €	3.843,99 €	7.189,61 €	3.618,51 €	3.902,30 €
Standardabweichung	16.677 €	19.319 €	16.162 €	14.942 €	8.935 €	12.817 €	8.629 €	10.633 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	1.306,08 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	603,10 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	5.678 €	10.665 €	2.449 €	4.480 €	4.097 €	10.161 €	2.216 €	711 €
Maximum	258.290 €	259.574 €	258.863 €	125.682 €	88.325 €	100.226 €	69.722 €	121.061 €

Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 79)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 78 und

Abbildung 48) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 824,45 € mehr Kosten als die KG mit 718,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.788,03 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.664,71 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.017,50 € signifikant ($p=0,012$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.956,02 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.494,06 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 79 und

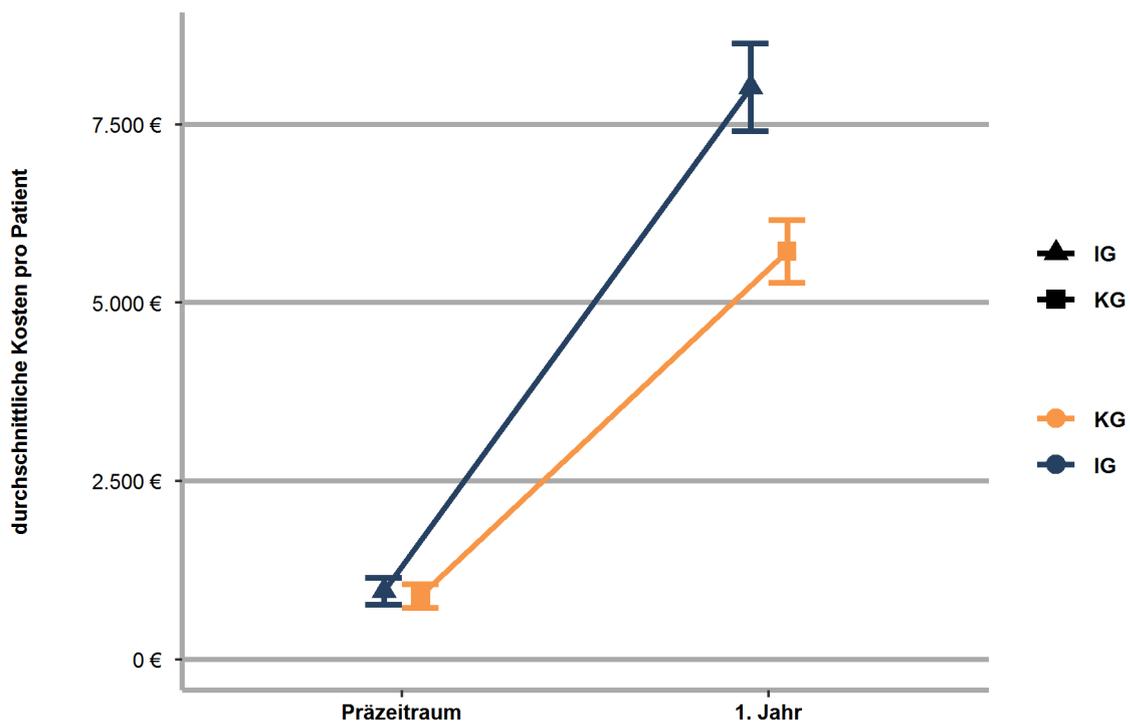
Abbildung 49) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.955,58 € mehr Kosten als die KG mit 3.843,99 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.828,92 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.189,61 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 472,29 € nicht signifikant ($p=0,655$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5.639,11 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.902,30 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 80: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	162	818	143	716						
Mittelwert	957,32 €	8.019,09 €	890,93 €	5.718,75 €	66,39 €	0,664	2.300,34 €	<0,001	2.233,94 €	<0,001
Standardabweichung	4.399 €	14.445 €	3.950 €	10.389 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	2.014,67 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0 €	11.635 €	0 €	8.273 €						
Maximum	59.756 €	273.980 €	49.418 €	91.446 €						

Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 80)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 80 und

Abbildung 50) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 957,32 € größere Kosten als die KG mit 890,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.019,09 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.718,75 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.233,94 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 2.233,94 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

KJP

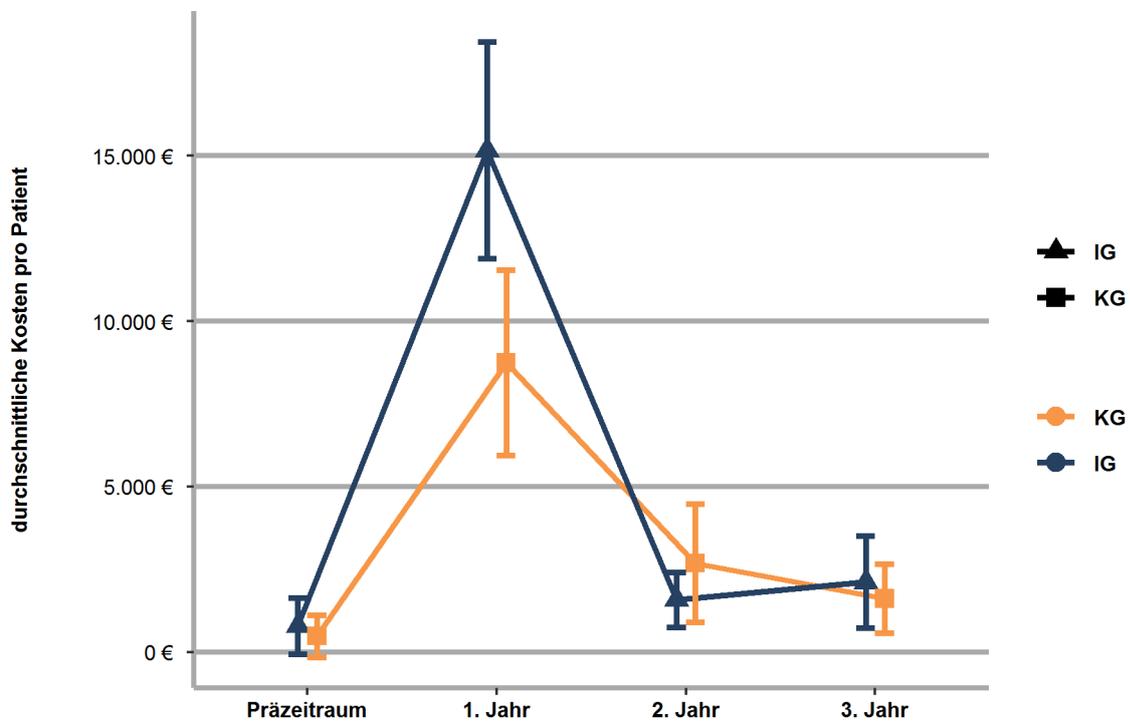
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 81: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	8	86	20	14	7	63	16	18
Mittelwert	788 €	15.163 €	1.581 €	2.119 €	485 €	8.745 €	2.688 €	1.613 €
Standardabweichung	5.626 €	21.719 €	5.522 €	9.178 €	4.232 €	18.628 €	11.894 €	6.891 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0 €	3.194 €	0 €	0 €	0 €	1.055 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	23.613 €	0 €	0 €	0 €	10.896 €	0 €	0 €
Maximum	58.339 €	114.346 €	41.794 €	66.371 €	45.916 €	147.891 €	112.558 €	53.092 €

Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



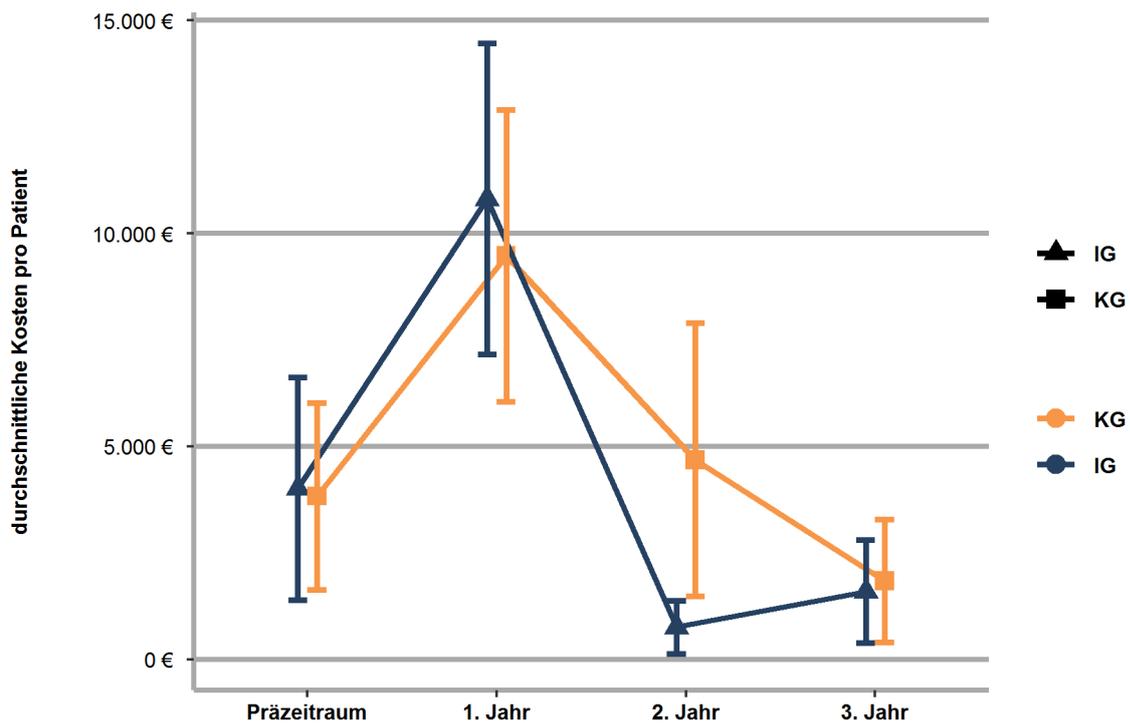
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 81)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	16	43	7	10	15	39	12	8
Mittelwert	4.007 €	10.810 €	753 €	1.593 €	3.832 €	9.479 €	4.686 €	1.844 €
Standardabweichung	14.473 €	20.199 €	3.441 €	6.682 €	11.708 €	18.259 €	17.104 €	7.655 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0 €	1.167 €	0 €	0 €	0 €	646 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	14.173 €	0 €	0 €	0 €	14.600 €	0 €	0 €
Maximum	71.843 €	119.248 €	27.015 €	38.921 €	57.362 €	131.051 €	94.792 €	55.218 €

Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 82)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 51) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 787,78 € größere Kosten als die KG mit 485,08 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 15.162,52 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.745,08 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 6.114,74 € signifikant ($p=0,026$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.118,83 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.612,60 €.

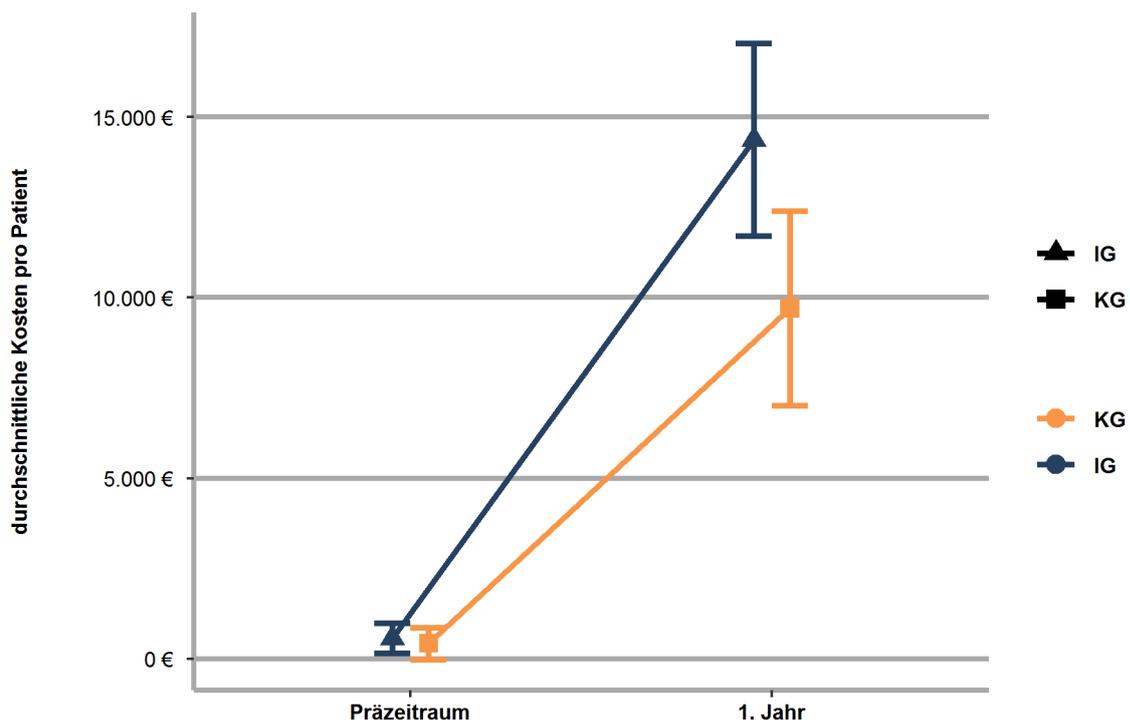
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 82 und Abbildung 52) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4.007,45 € höhere Kosten als die KG mit 3.831,75 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.809,56 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 9.478,77 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.155,09 € nicht signifikant ($p=0,758$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.593,13 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.844,28 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	15	121	< 10	85						
Mittelwert	564 €	14.374 €	424 €	9.707 €	139,08 €	0,706	4.666,41 €	0,044	4.527,33 €	0,053
Standardabweichung	3.462 €	22.257 €	3.696 €	22.541 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	3.564,87 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0 €	21.532 €	0 €	12.099 €						
Maximum	34.435 €	153.309 €	47.483 €	239.133 €						

Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 83)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 83 und Abbildung 53) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 563,53 € größere Kosten als die KG mit 424,45 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 14.373,52 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 9.707,10 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 4.527,33 € signifikant ($p=0,038$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 4.527,33 € signifikant ($p=0,038$) stärker als in der KG.

10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen umfassen die Kosten von teilstationären Behandlungen in psychiatrischen Fachabteilungen sowie in nicht psychiatrischen Abteilungen bei Vorliegen einer Diagnose aus Kapitel V des ICD-10-GM (F-Diagnosen) als Hauptdiagnose.

EP

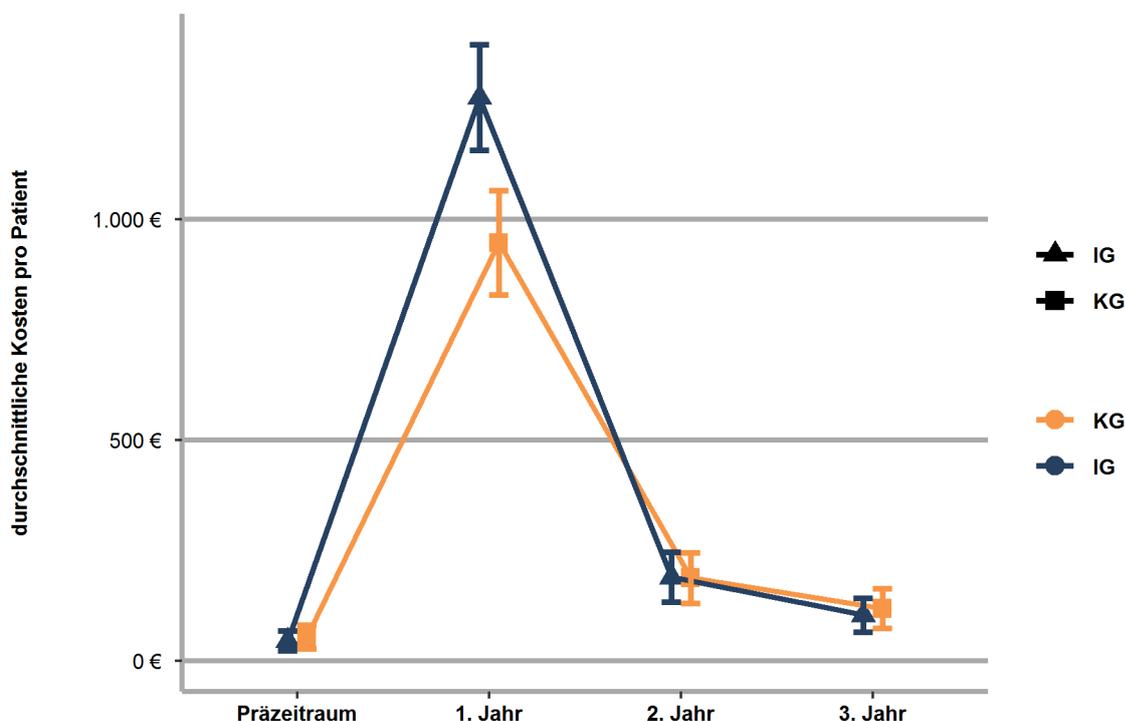
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 84: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	16	331	44	26	20	211	39	32
Mittelwert	44,69 €	1.275,47 €	189,24 €	103,15 €	53,91 €	946,74 €	187,61 €	117,94 €
Standardabweichung	537,83 €	2.819,33 €	1.283,46 €	872,66 €	635,36 €	2.778,86 €	1.313,26 €	1.019,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.157 €	18.438 €	21.858 €	13.015 €	11.161 €	23.881 €	20.084 €	21.308 €

Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



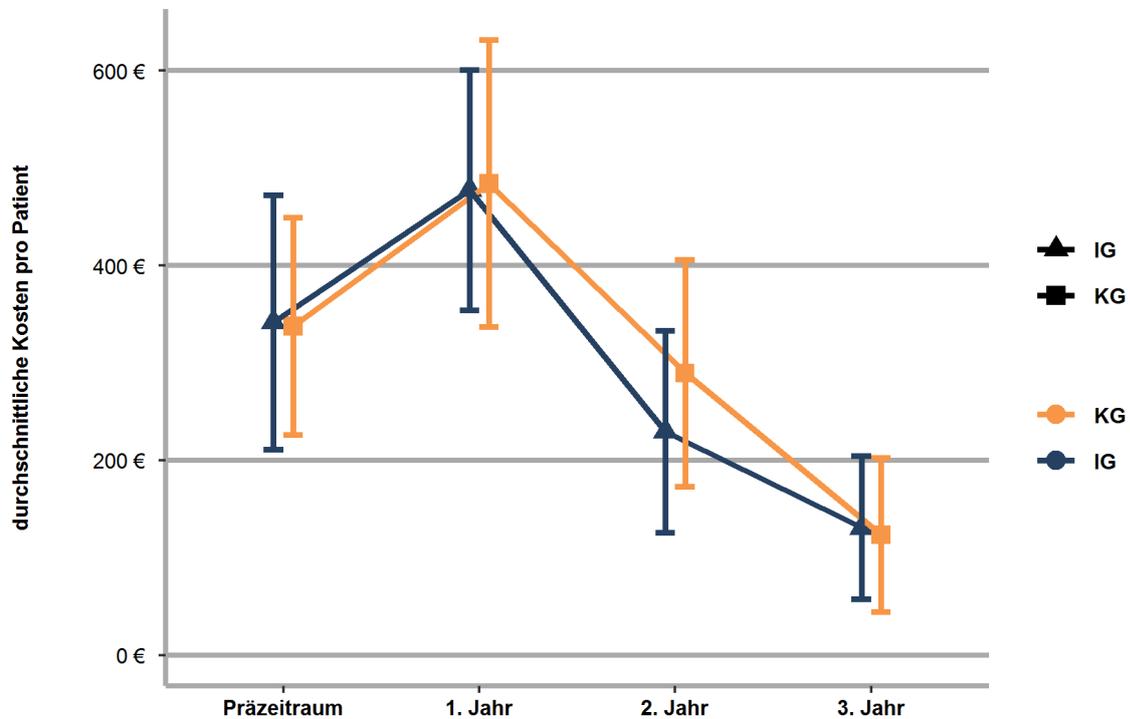
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 84)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 85: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	37	50	17	12	32	37	22	< 10
Mittelwert	341,91 €	477,58 €	229,54 €	130,93 €	337,61 €	484,09 €	289,56 €	123,47 €
Standardabweichung	1.801,85 €	1.701,32 €	1.383,67 €	964,50 €	1.546,60 €	2.040,33 €	1.585,90 €	1.054,80 €
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	23.917 €	12.120 €	12.667 €	12.007 €	10.741 €	15.007 €	14.238 €	11.663 €

Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinik-bekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 85)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 84 und

Abbildung 54) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 44,69 € weniger Kosten als die KG mit 53,91 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.275,47 €. In der KG stiegen die Kosten auf 946,74 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 337,96 € signifikant ($p=0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 103,15 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 117,94 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (Tabelle 85 und

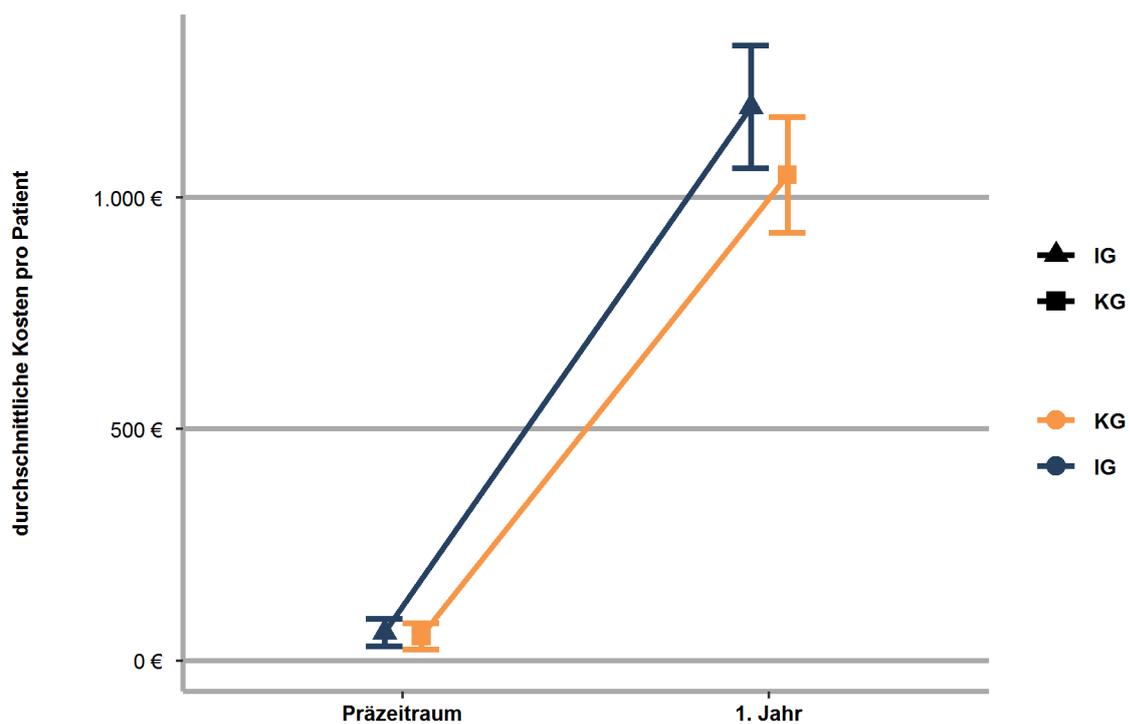
Abbildung 55) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 341,91 € größere Kosten als die KG mit 337,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 477,58 €. In der KG stiegen die Kosten auf 484,09 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 10,82 € nicht signifikant ($p=0,940$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 130,93 €. In der KG sanken die Kosten auf 123,47 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 86: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	16	271	17	219						
Mittelwert	61,01 €	1.196,12 €	52,92 €	1.049,36 €	8,09 €	0,743	146,77 €	0,184	138,67 €	0,220
Standardabweichung	685,49 €	3.111,18 €	666,18 €	2.929,44 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	12.446 €	28.942 €	12.361 €	21.501 €						

Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 86)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 86 und Abbildung 56) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 61,01 € größere Kosten als die KG mit 52,92 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.196,12 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.049,36 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 138,67 € nicht signifikant ($p=0,221$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 138,67 € nicht signifikant ($p=0,221$) stärker als in der KG.

KJP

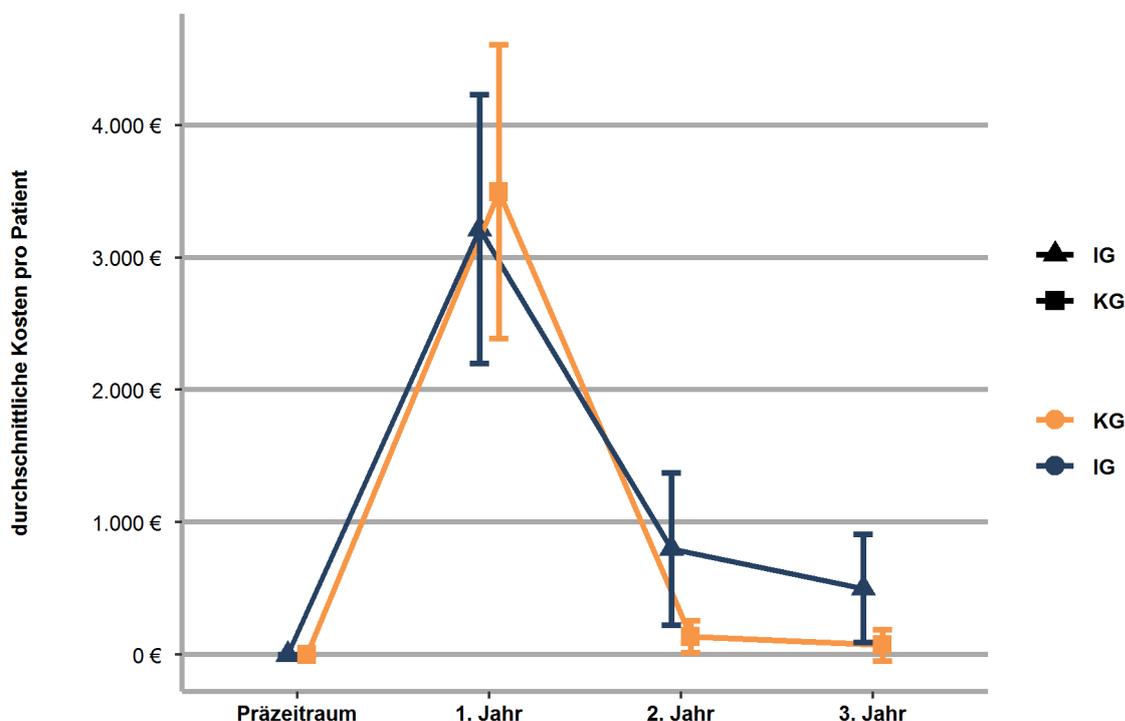
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 87: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	< 10	32	< 10	< 10	< 10	33	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	3.215,24 €	798,34 €	499,40 €	0,00 €	3.496,48 €	136,38 €	71,76 €
Standardabweichung	0,00 €	6.726,77 €	3.824,66 €	2.716,18 €	0,00 €	7.356,92 €	793,41 €	782,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	2.462,80 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.874,70 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0 €	33.196 €	26.410 €	21.955 €	0 €	30.062 €	6.314 €	8.540 €

Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



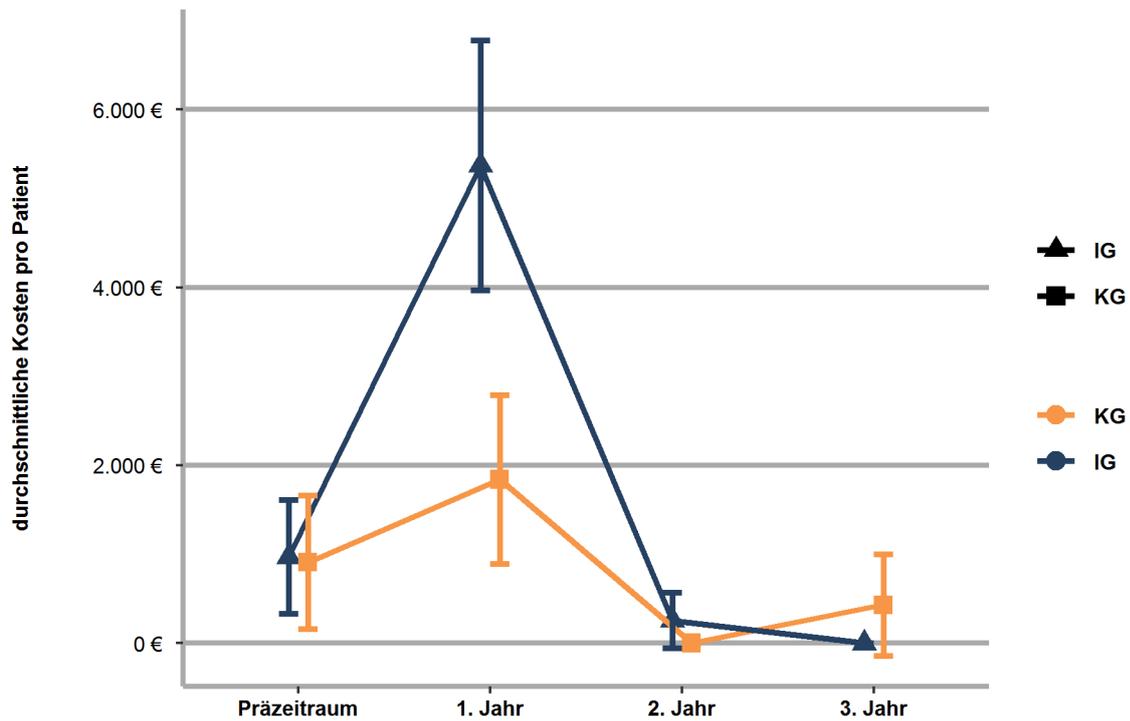
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 87)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 88: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	< 10	35	< 10	< 10	< 10	14	< 10	< 10
Mittelwert	970,23 €	5.370,70 €	255,90 €	0,00 €	910,30 €	1.843,45 €	0,00 €	429,93 €
Standardabweichung	3.535,34 €	7.777,87 €	1.744,39 €	0,00 €	4.008,27 €	5.062,80 €	0,00 €	3.015,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	10.482 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	16.376 €	25.882 €	14.453 €	0 €	24.972 €	25.176 €	0 €	25.779 €

Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 88)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 87 und

Abbildung 57) hatte die IG im Präzeitraum mit der KG vergleichbare durchschnittliche Kosten von 0 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3.215,24 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3.496,48 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 281,24 € nicht signifikant ($p=0,759$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 499,40 €. In der KG sanken die Kosten auf 71,76 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (Tabelle 88 und

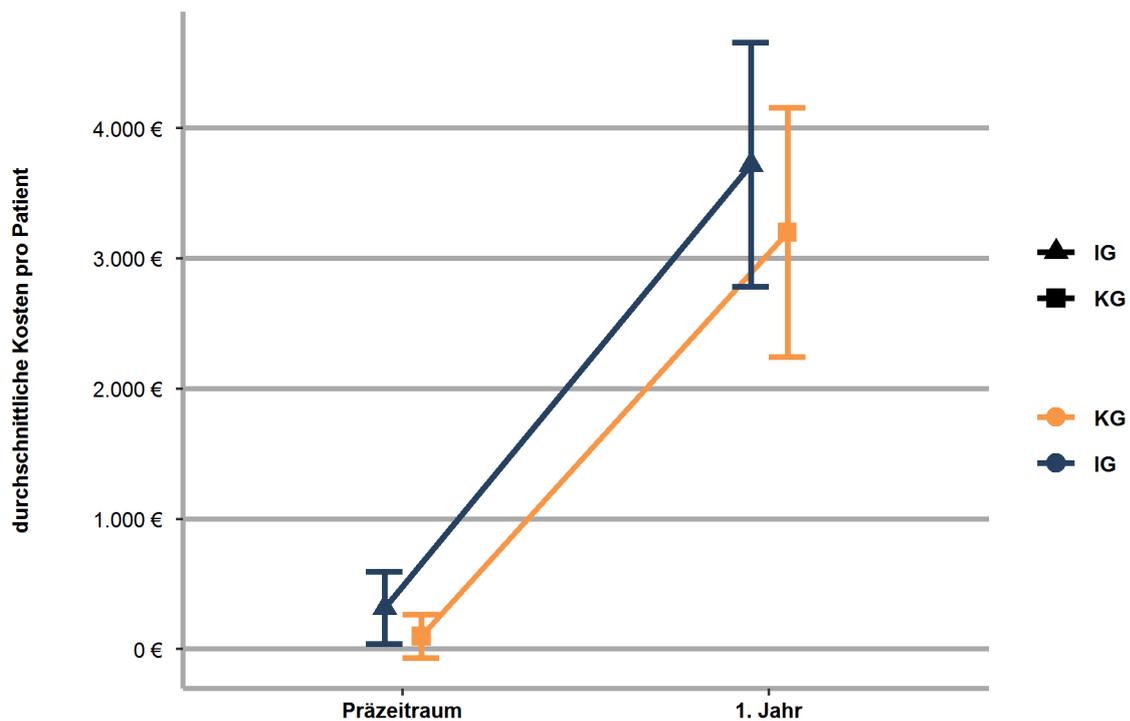
Abbildung 58) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 970,23 € höhere Kosten als die KG mit 910,30 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5.370,70 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.843,45 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3.467,31 € signifikant ($p=0,004$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG sanken die Kosten auf 429,93 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 89: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	< 10	44	< 10	41						
Mittelwert	317,98 €	3.719,97 €	100,12 €	3.201,64 €	217,86 €	0,267	518,34 €	0,525	300,47 €	0,720
Standardabweichung	2.318,77 €	7.824,52 €	1.376,39 €	7.997,92 €						
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 €	33.548 €	18.922 €	38.544 €						

Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 89)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 89 und

Abbildung 59) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 317,98 € höhere Kosten als die KG mit 100,12 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3.719,97 €. In der KG stiegen die Kosten auf 3.201,64 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 300,47 € nicht signifikant ($p=0,713$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 300,47 € nicht signifikant ($p=0,713$) stärker als in der KG.

10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz umfassen die Kosten von PIA-Leistungen nach § 118 SGB V, exklusive Zuschläge für Ausgleiche und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

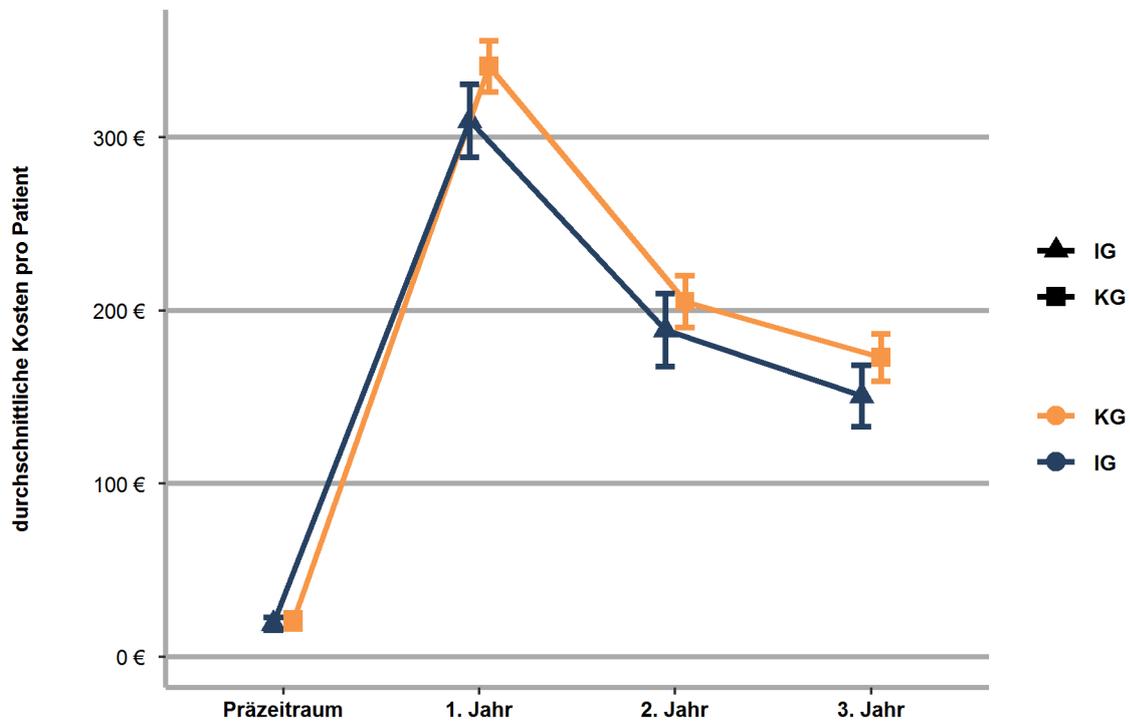
EP

Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 90: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	97	1.020	394	313	82	1.050	483	404
Mittelwert	19,02 €	309,60 €	188,66 €	150,62 €	20,71 €	341,05 €	205,20 €	172,83 €
Standardabweichung	86,76 €	501,32 €	482,67 €	398,37 €	105,65 €	346,50 €	339,58 €	308,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	131,76 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	192,84 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	457,87 €	120,26 €	0,00 €	0,00 €	585,34 €	393,46 €	198,57 €
Maximum	848,76 €	9.138,84 €	6.187,22 €	4.994,50 €	1.220,00 €	2.034,83 €	3.079,50 €	1.938,97 €

Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)


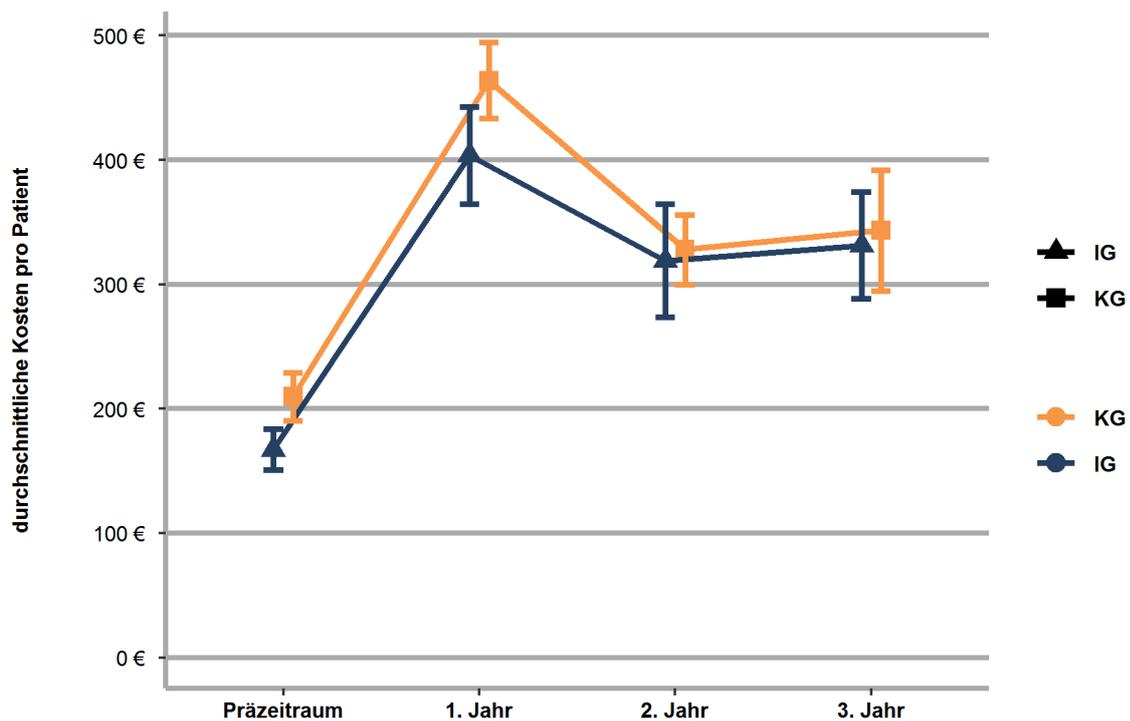
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 90)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 91: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	251	387	245	211	268	391	262	245
Mittelwert	167,24 €	403,66 €	318,97 €	331,27 €	209,76 €	463,87 €	327,96 €	343,42 €
Standardabweichung	226,67 €	535,96 €	605,91 €	562,09 €	267,61 €	421,74 €	380,48 €	646,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	16,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	145,93 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	218,25 €	43,13 €	0,00 €	138,98 €	385,68 €	174,09 €	165,18 €
75%-Perzentil	330,00 €	570,04 €	488,01 €	500,21 €	376,28 €	771,36 €	647,94 €	666,22 €
Maximum	1.256 €	4.593 €	8.532 €	4.090 €	1.419 €	3.080 €	1.848 €	11.781 €

Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 91)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 90 und

Abbildung 60) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 19,02 € weniger Kosten als die KG mit 20,71 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 309,60 €. In der KG stiegen die Kosten auf 341,05 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 29,76 € nicht signifikant ($p=0,059$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 150,62 €. In der KG sanken die Kosten auf 172,83 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 91 und

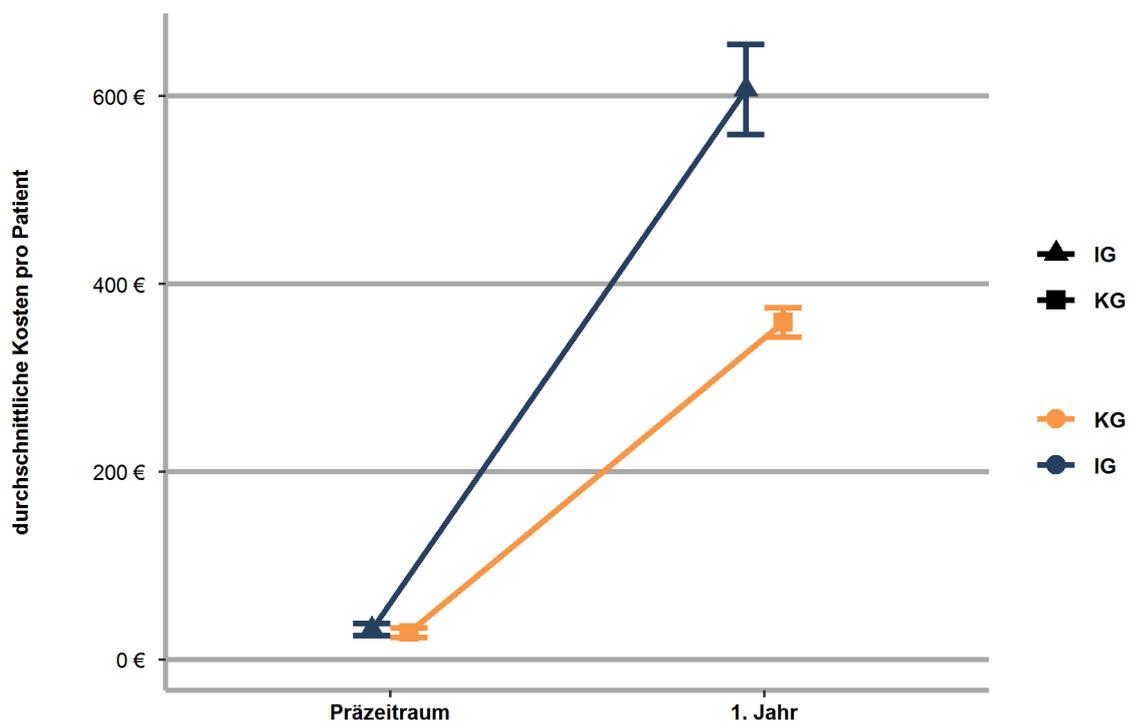
Abbildung 61) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 167,24 € niedrigere Kosten als die KG mit 209,76 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 403,66 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 463,87 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 17,68 € nicht signifikant ($p=0,526$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 331,27 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 343,42 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 92: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	124	1.113	125	1.059						
Mittelwert	32,04 €	607,32 €	28,68 €	359,41 €	3,36 €	0,490	247,91 €	<0,001	244,55 €	<0,001
Standardabweichung	149,29 €	1.125,31 €	114,66 €	366,32 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	218,35 €	0,00 €	198,57 €						
75%-Perzentil	0,00 €	721,06 €	0,00 €	595,71 €						
Maximum	2.866 €	17.016 €	1.141 €	2.741 €						

Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 92)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 92 und

Abbildung 62) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 32,04 € größere Kosten als die KG mit 28,68 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 607,32 €. In der KG stiegen die Kosten auf 359,41 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 244,55 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 244,55 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

KJP

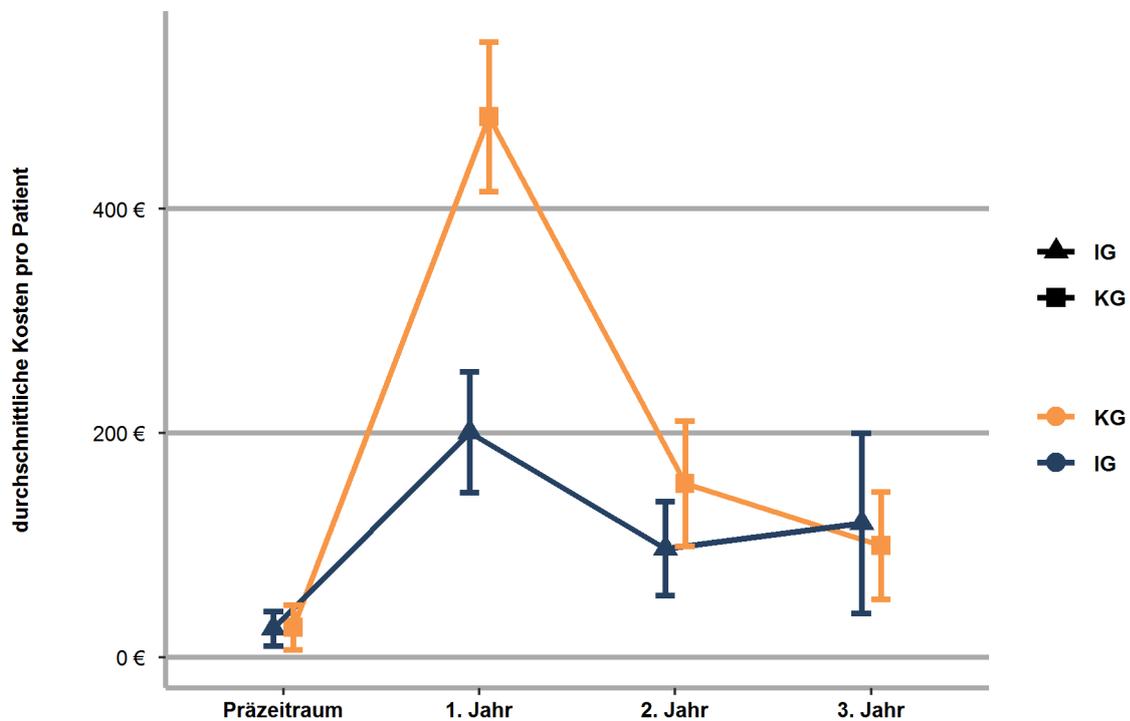
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 93: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	< 10	56	24	19	< 10	90	25	14
Mittelwert	25,51 €	200,80 €	96,97 €	119,81 €	26,75 €	482,29 €	154,91 €	99,60 €
Standardabweichung	102,65 €	356,09 €	278,08 €	533,61 €	133,10 €	441,33 €	371,18 €	317,98 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	254,25 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	349,35 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	250,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	698,70 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	760,80 €	2.157,05 €	1.833,75 €	4.571,89 €	1.121,68 €	1.750,87 €	1.777,94 €	1.766,46 €

Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



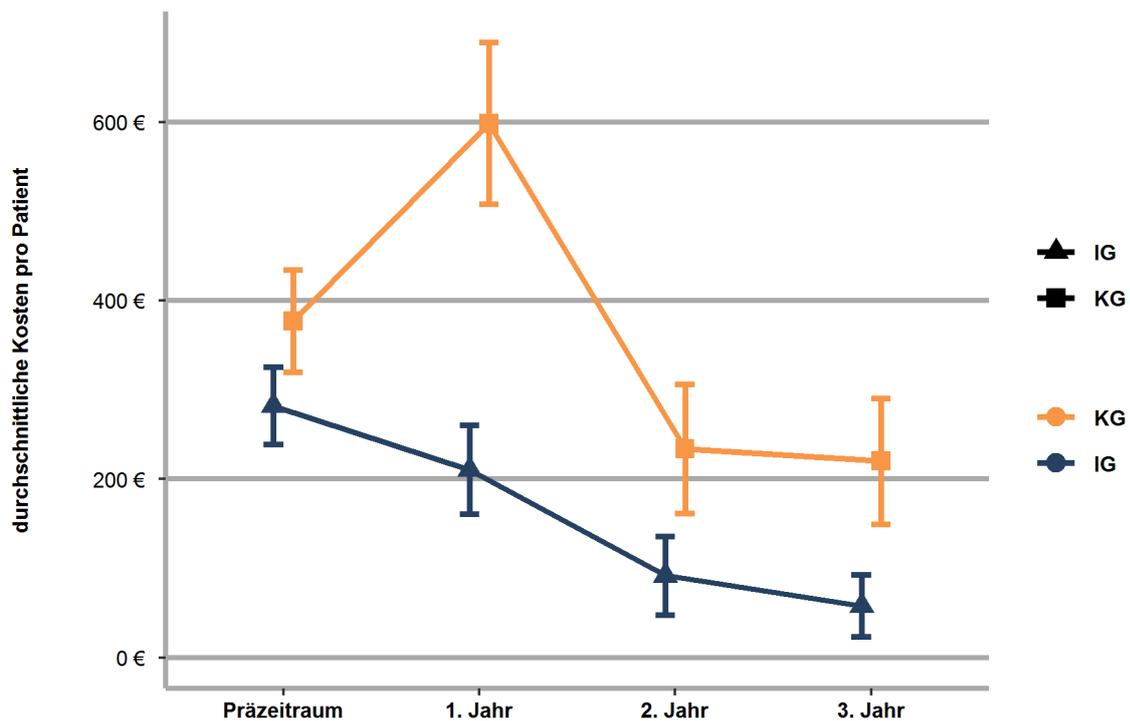
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 93)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 94: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	67	53	17	12	63	66	28	25
Mittelwert	282,05 €	210,36 €	91,74 €	57,77 €	377,27 €	598,48 €	233,82 €	220,12 €
Standardabweichung	240,58 €	276,22 €	245,70 €	192,28 €	305,56 €	482,49 €	386,59 €	374,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	126,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	265,00 €	267,15 €	0,00 €	0,00 €
Median	283,47 €	84,00 €	0,00 €	0,00 €	329,13 €	530,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	372,55 €	290,56 €	0,00 €	0,00 €	533,42 €	1.012,08 €	341,34 €	297,89 €
Maximum	1.050,00 €	1.159,49 €	1.470,47 €	1.153,89 €	1.377,36 €	2.103,42 €	1.589,84 €	1.389,31 €

Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 94)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 93 und

Abbildung 63) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 25,51 € weniger Kosten als die KG mit 26,75 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 200,80 €. In der KG stiegen die Kosten auf 482,29 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 280,24 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 119,81 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 99,60 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 94 und

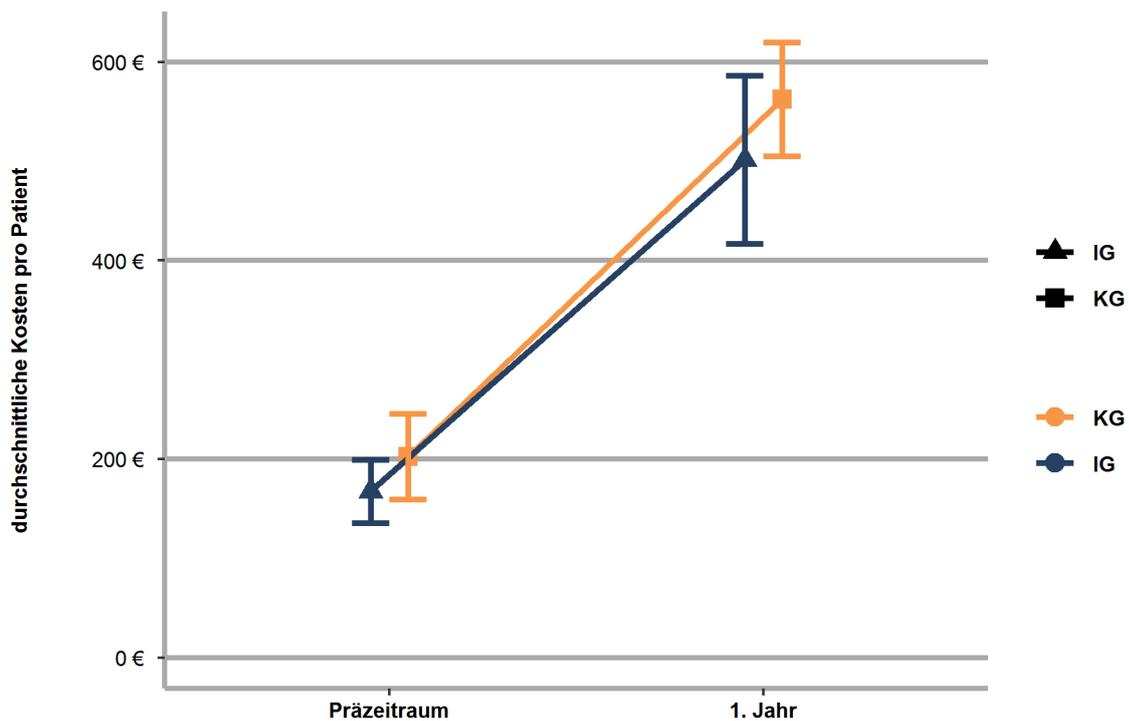
Abbildung 64) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 282,05 € weniger Kosten als die KG mit 377,27 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 210,36 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 598,48 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 292,89 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 57,77 €. In der KG sanken die Kosten auf 220,12 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 95: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	70	131	62	155						
Mittelwert	167,63 €	501,56 €	202,37 €	562,35 €	-34,74 €	0,287	-60,80 €	0,328	-26,06 €	0,710
Standardabweichung	266,53 €	706,90 €	360,43 €	477,45 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	267,15 €						
Median	0,00 €	247,94 €	0,00 €	357,00 €						
75%-Perzentil	262,63 €	674,47 €	344,75 €	801,45 €						
Maximum	1.221,43 €	3.998,88 €	1.774,41 €	1.977,46 €						

Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 95)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 95 und Abbildung 65) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 167,63 € niedrigere Kosten als die KG mit 202,37 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 501,56 €. In der KG stiegen die Kosten auf 562,35 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 26,06 € nicht signifikant ($p=0,709$) schwächer aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 26,06 € nicht signifikant ($p=0,709$) schwächer als in der KG.

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

Zu den sonstigen ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen zählen Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren sowie der Hochschulambulanzen. Die Zuordnungen der Leistungen in den Hochschulambulanzen erfolgt über die dokumentierten Gebührenordnungspositionen. Es handelt sich um die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten.

EP

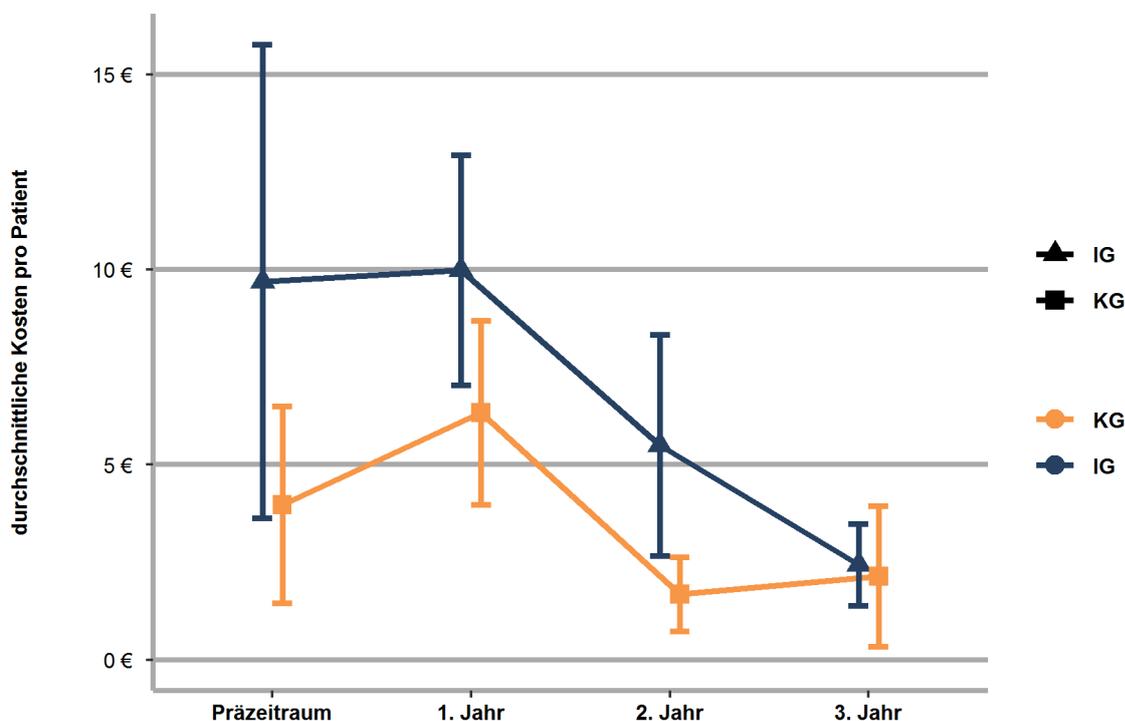
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 96: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	18	38	30	24	13	24	11	< 10
Mittelwert	9,70 €	9,99 €	5,50 €	2,44 €	3,97 €	6,34 €	1,68 €	2,14 €
Standardabweichung	143,34 €	69,81 €	64,87 €	23,51 €	59,59 €	55,76 €	21,81 €	40,66 €
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 €	405,70 €	1.404,32 €	839,58 €	400,13 €	1.300,00 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 96)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 97: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	13	< 10	< 10	10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	16,64 €	6,05 €	3,96 €	5,88 €	20,63 €	10,07 €	4,96 €	1,17 €
Standardabweichung	159,33 €	55,48 €	38,93 €	48,58 €	258,40 €	130,46 €	46,69 €	21,00 €
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	2.432,20 €	671,10 €	510,80 €	574,38 €	4.638,73 €	2.151,25 €	807,84 €	450,97 €

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

Zu geringe Fallzahl

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 96 und Abbildung 66) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 9,70 € mehr Kosten als die KG mit 3,97 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9,99 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6,34 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,08 € nicht signifikant ($p=0,608$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2,44 €. In der KG sanken die Kosten auf 2,14 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 97 und

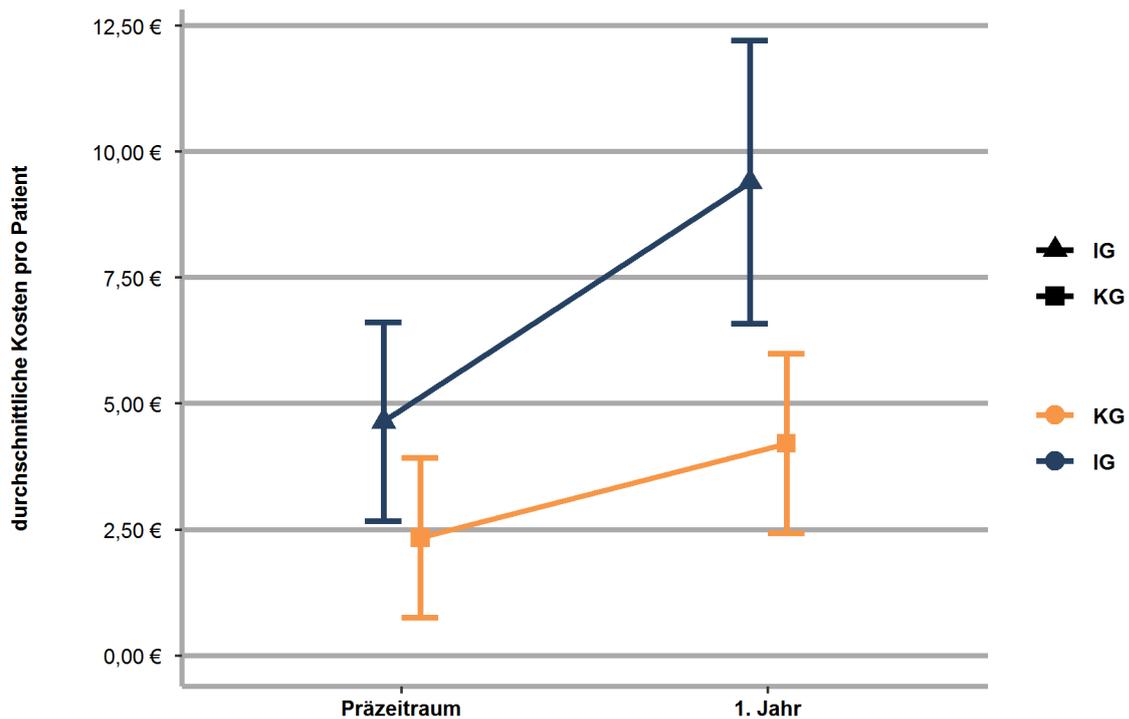
Abbildung 67) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 16,64 € niedrigere Kosten als die KG mit 20,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 6,05 €. In der KG sanken die Kosten auf 10,07 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,03 € nicht signifikant ($p=0,998$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5,88 €. In der KG sanken die Kosten auf 1,17 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 98: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	25	43	< 10	20						
Mittelwert	4,65 €	9,40 €	2,34 €	4,21 €	2,31 €	0,134	5,19 €	0,010	2,88 €	0,256
Standardabweichung	46,40 €	66,00 €	37,42 €	41,91 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.130,49 €	913,13 €	902,72 €	723,64 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 98)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 98 und Abbildung 68) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,65 € mehr Kosten als die KG mit 2,34 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9,40 €. In der KG stiegen die Kosten auf 4,21 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,88 € nicht signifikant ($p=0,238$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 2,88 € nicht signifikant ($p=0,238$) stärker als in der KG.

KJP
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Tabelle 99: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	47,33 €	36,05 €	44,18 €	32,70 €	64,29 €	53,09 €	62,71 €	38,25 €
Standardabweichung	188,38 €	162,39 €	199,62 €	175,76 €	265,63 €	217,96 €	293,76 €	204,74 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	977,04 €	1.159,41 €	1.678,10 €	1.503,45 €	1.579,86 €	1.587,91 €	2.425,34 €	1.657,00 €

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

Zu geringe Fallzahl

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 100: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	< 10	10	11	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	137,76 €	64,32 €	69,22 €	19,36 €	75,83 €	47,75 €	28,15 €	13,00 €
Standardabweichung	550,87 €	207,11 €	216,94 €	116,50 €	301,22 €	150,54 €	94,75 €	80,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.130,65 €	1.051,62 €	1.051,62 €	868,44 €	1.802,35 €	924,62 €	445,05 €	565,38 €

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

Zu geringe Fallzahl

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 99 und

Abbildung 69) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 47,33 € niedrigere Kosten als die KG mit 64,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 36,05 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 53,09 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,08 € nicht signifikant ($p=0,998$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 32,70 €. In der KG sanken die Kosten auf 38,25 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 100 und

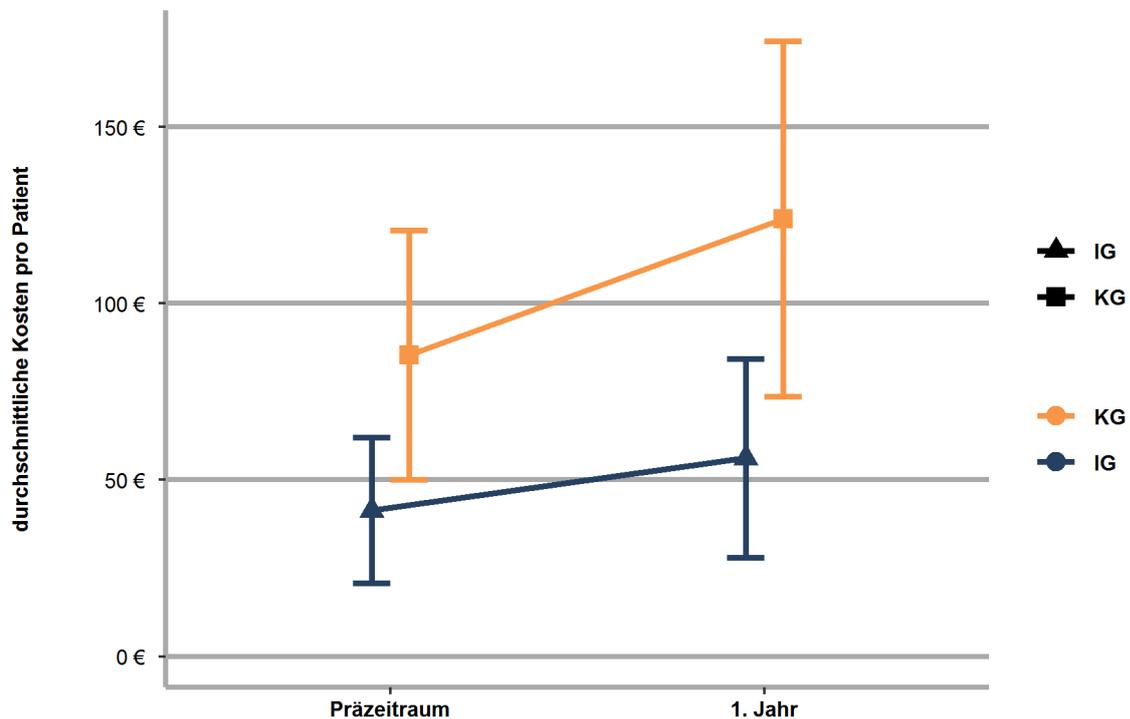
Abbildung 70) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 137,76 € höhere Kosten als die KG mit 75,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 64,32 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 47,75 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 45,36 € nicht signifikant ($p=0,512$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 19,36 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 13,00 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 101: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	14	16	21	30						
Mittelwert	41,39 €	56,14 €	85,41 €	123,92 €	-44,02 €	0,078	-67,77 €	0,054	-23,75 €	0,580
Standardabweichung	171,78 €	235,00 €	295,58 €	420,24 €						
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 €	2.049,45 €	1.833,97 €	4.281,32 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 101)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 101 und Abbildung 71) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 41,39 € weniger Kosten als die KG mit 85,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 56,14 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 123,92 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 23,75 € nicht signifikant ($p=0,433$) schwächer aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 23,75 € nicht signifikant ($p=0,433$) schwächer als in der KG.

10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

Zu den für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung zählen Leistungen von Fachärzten (Psychiater, Psychotherapeuten etc.) sowie Hausärzten. Erfasst wurden Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Die Zuordnung der Leistungen zur psychiatrischen Versorgung erfolgte über die dokumentierten GOPs sowie bei Fallpauschalen über einen diagnosebezogenen Faktor.

EP

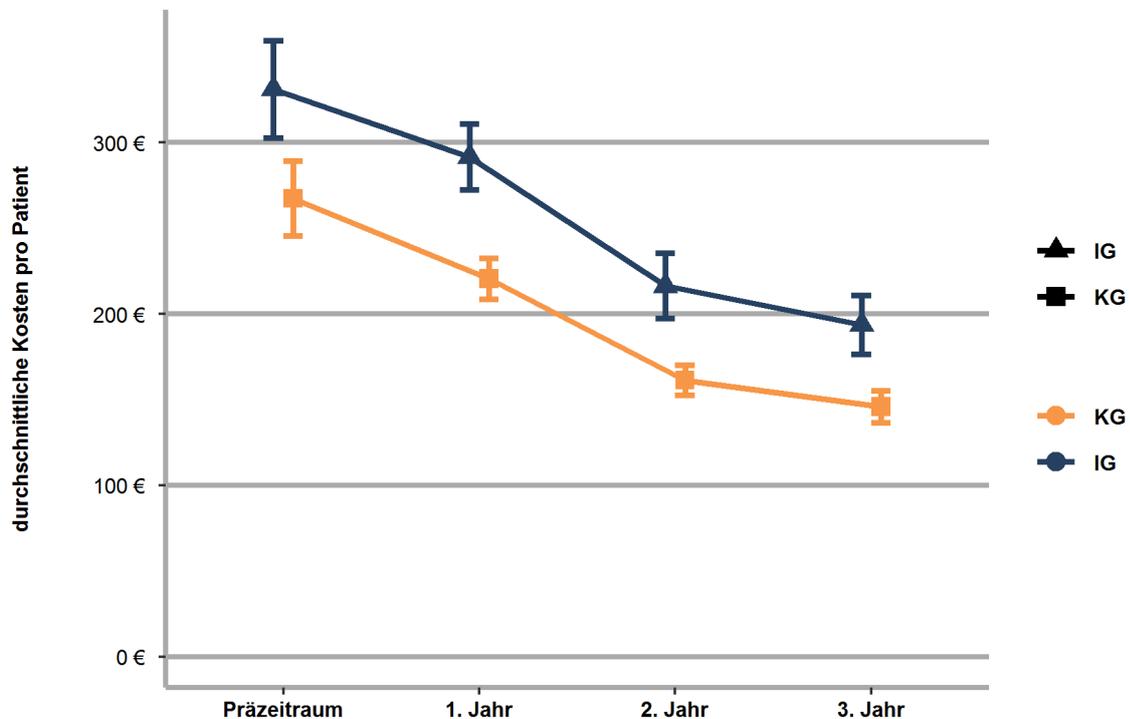
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 102: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	1.325	1.361	1.240	1.148	1.343	1.366	1.216	1.163
Mittelwert	331,17 €	291,67 €	216,44 €	193,75 €	267,43 €	220,53 €	161,39 €	145,93 €
Standardabweichung	667,16 €	455,06 €	439,10 €	384,52 €	517,36 €	280,96 €	200,99 €	207,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	23,31 €	40,32 €	29,82 €	22,13 €	21,77 €	33,72 €	22,61 €	19,47 €
Median	96,76 €	159,88 €	106,12 €	88,06 €	86,68 €	109,19 €	79,60 €	66,22 €
75%-Perzentil	324,38 €	418,82 €	296,07 €	263,98 €	256,20 €	316,26 €	232,11 €	194,06 €
Maximum	10.646 €	11.159 €	12.268 €	9.217 €	4.433 €	2.807 €	1.617 €	3.006 €

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



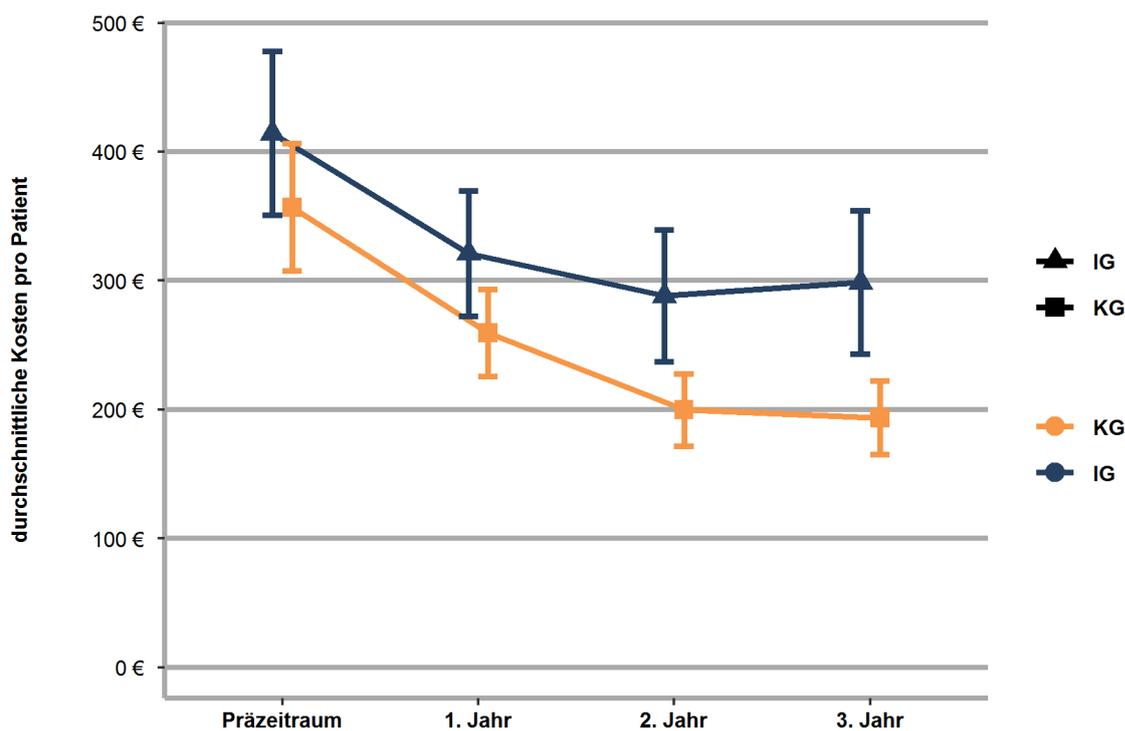
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 102)

linikbekannte Patienten

Tabelle 103: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	454	454	429	411	469	477	434	424
Mittelwert	414,39 €	321,11 €	288,29 €	298,61 €	356,90 €	259,41 €	199,78 €	193,57 €
Standardabweichung	874,00 €	668,97 €	680,56 €	727,76 €	685,50 €	466,55 €	381,50 €	380,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	24,54 €	29,59 €	29,41 €	29,22 €	25,23 €	32,71 €	21,05 €	23,59 €
Median	107,47 €	117,98 €	107,57 €	115,50 €	92,23 €	93,96 €	81,41 €	72,92 €
75%-Perzentil	392,38 €	386,25 €	318,93 €	307,44 €	319,48 €	315,41 €	241,61 €	212,35 €
Maximum	11.659 €	10.044 €	10.474 €	11.382 €	5.341 €	3.678 €	3.737 €	3.636 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 103)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 102 und

Abbildung 72) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 331,17 € höhere Kosten als die KG mit 267,43 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 291,67 €. In der KG sanken die Kosten auf 220,53 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 7,39 € nicht signifikant ($p=0,687$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 193,75 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 145,93 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 102 und

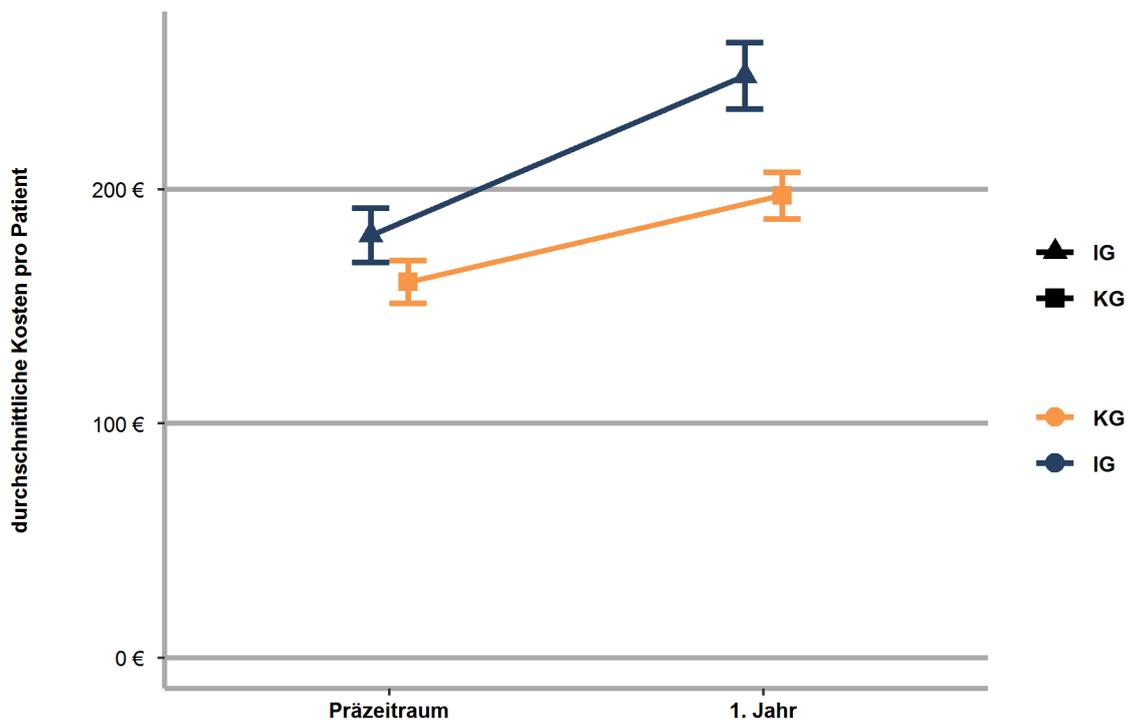
Abbildung 73) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 414,39 € größere Kosten als die KG mit 356,90 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 321,11 €. In der KG sanken die Kosten auf 259,41 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 4,21 € nicht signifikant ($p=0,898$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 298,61 €. In der KG sanken die Kosten auf 193,57 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 104: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	1.316	1.343	1.302	1.329						
Mittelwert	180,36 €	248,43 €	160,41 €	197,32 €	19,96 €	0,026	51,10 €	<0,001	31,15 €	0,024
Standardabweichung	273,20 €	331,38 €	212,97 €	234,19 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	25,03 €	39,26 €	20,84 €	31,52 €						
Median	93,27 €	144,57 €	79,46 €	111,29 €						
75%-Perzentil	248,32 €	363,67 €	227,90 €	313,39 €						
Maximum	3.505,93 €	4.603,34 €	2.865,99 €	3.166,81 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 104)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 104 und Abbildung 74) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 180,36 € mehr Kosten als die KG mit 160,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 248,43 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 197,32 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 31,15 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 31,15 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

KJP

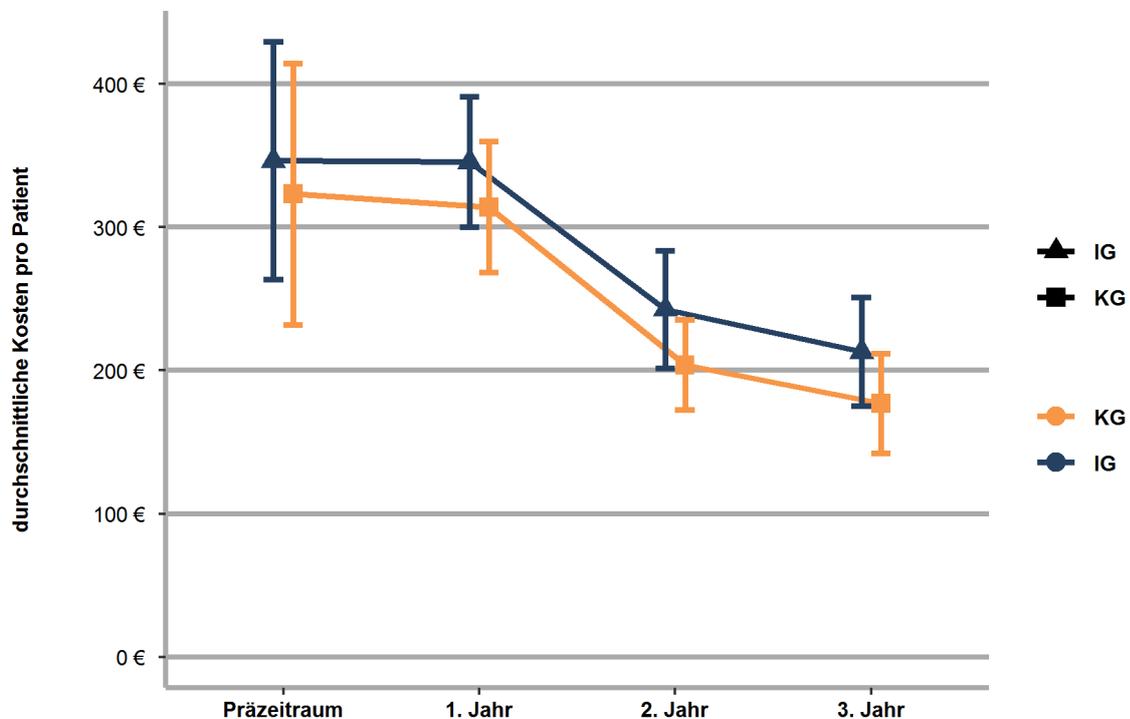
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 105: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	100	113	99	92	102	112	100	94
Mittelwert	346,55 €	345,66 €	242,63 €	213,02 €	323,22 €	314,03 €	203,81 €	176,94 €
Standardabweichung	549,16 €	302,27 €	271,86 €	251,87 €	605,59 €	303,20 €	208,60 €	229,96 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	38,14 €	109,74 €	34,96 €	11,78 €	23,69 €	73,62 €	23,60 €	13,73 €
Median	145,98 €	264,40 €	164,51 €	117,89 €	120,25 €	227,82 €	140,91 €	65,50 €
75%-Perzentil	384,78 €	518,33 €	348,59 €	357,66 €	339,54 €	471,90 €	326,63 €	275,24 €
Maximum	3.199,90 €	1.637,83 €	1.308,85 €	1.300,79 €	4.419,09 €	1.399,04 €	992,38 €	1.285,39 €

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



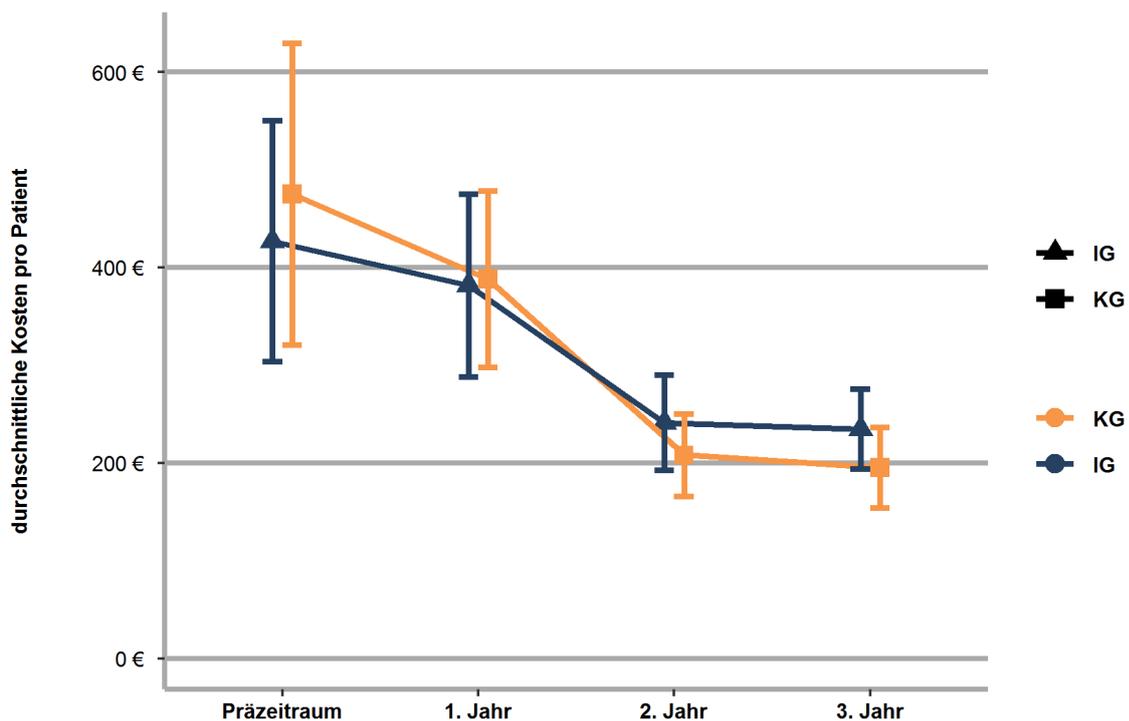
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 105)

linikbekannte Patienten

Tabelle 106: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	82	78	74	70	72	75	66	64
Mittelwert	426,90 €	382,00 €	241,33 €	234,80 €	475,15 €	388,37 €	208,07 €	195,11 €
Standardabweichung	683,05 €	518,00 €	270,92 €	226,16 €	822,17 €	480,56 €	225,17 €	218,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	81,67 €	113,68 €	53,33 €	43,28 €	55,29 €	59,91 €	30,07 €	29,45 €
Median	212,79 €	262,45 €	129,61 €	148,56 €	136,77 €	146,64 €	132,78 €	127,62 €
75%-Perzentil	410,15 €	441,06 €	360,51 €	410,60 €	446,62 €	536,05 €	291,18 €	321,34 €
Maximum	4.022,13 €	3.154,83 €	1.356,68 €	906,86 €	4.750,27 €	2.423,81 €	983,02 €	1.112,85 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 106)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 105 und

Abbildung 75) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 346,55 € größere Kosten als die KG mit 323,22 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 345,66 €. In der KG sanken die Kosten auf 314,03 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8,30 € nicht signifikant ($p=0,907$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 213,02 €. In der KG sanken die Kosten auf 176,94 €.

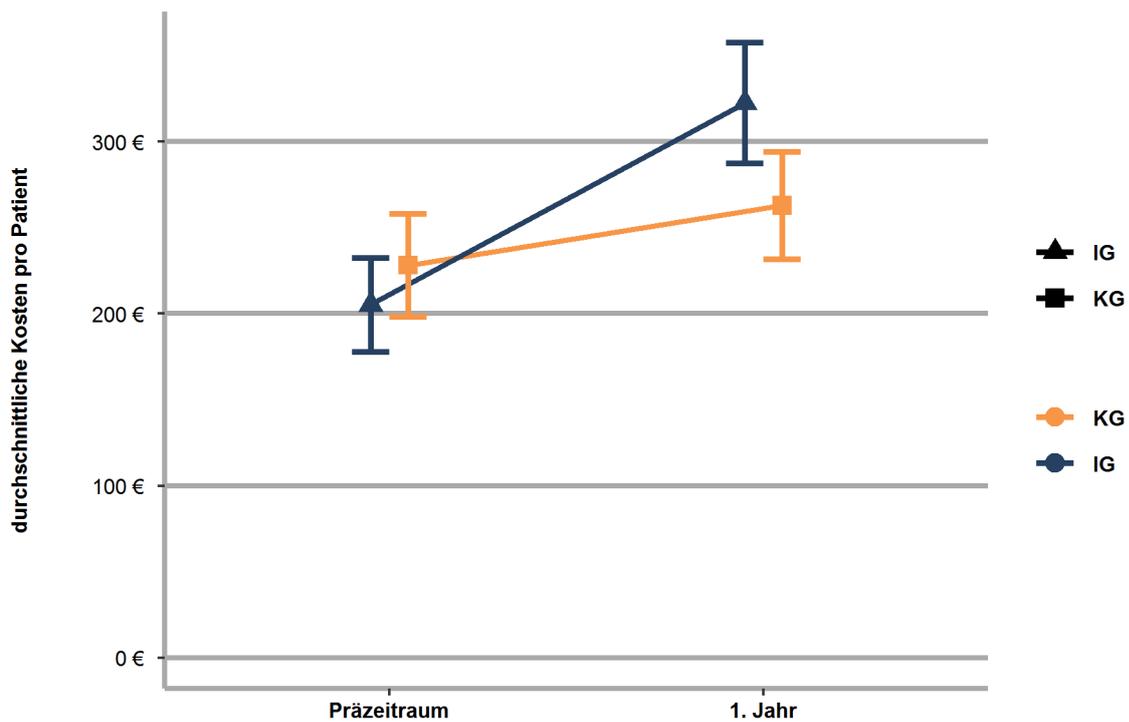
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 76) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 426,90 € niedrigere Kosten als die KG mit 475,15 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 382,00 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 388,37 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 41,89 € nicht signifikant ($p=0,708$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 234,80 €. In der KG sanken die Kosten auf 195,11 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	159	177	166	176						
Mittelwert	205,21 €	322,47 €	228,17 €	262,99 €	-22,96 €	0,353	59,49 €	0,038	82,45 €	0,029
Standardabweichung	229,58 €	293,48 €	249,92 €	259,79 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	38,36 €	76,95 €	32,90 €	59,64 €						
Median	126,51 €	235,74 €	130,35 €	165,10 €						
75%-Perzentil	308,42 €	493,57 €	330,46 €	406,22 €						
Maximum	1.186,81 €	1.277,16 €	1.225,02 €	1.189,20 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 107)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 77) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 205,21 € niedrigere Kosten als die KG mit 228,17 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 322,47 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 262,99 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 82,45 € signifikant ($p=0,011$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 82,45 € signifikant ($p=0,011$) stärker als in der KG.

10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung werden die Bruttopreise der über den ATC-Code als Psychopharmakon klassifizierten, im jeweiligen Beobachtungszeitraum verordneten Arzneimittel erfasst.

EP

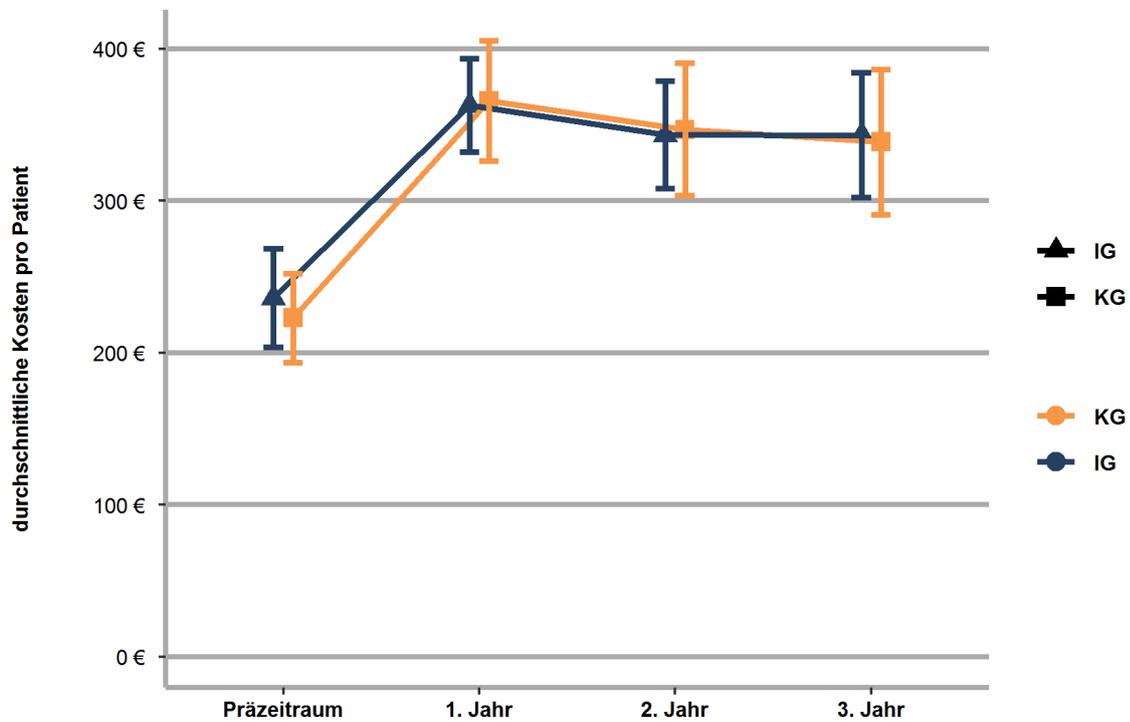
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	946	1.200	969	876	925	1.183	946	842
Mittelwert	235,99 €	362,60 €	343,33 €	343,06 €	222,87 €	365,57 €	346,81 €	338,65 €
Standardabweichung	766,28 €	727,91 €	809,34 €	921,81 €	691,83 €	934,82 €	998,48 €	1.076,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	24,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	15,79 €	0,00 €	0,00 €
Median	34,87 €	153,23 €	111,10 €	95,30 €	31,49 €	124,54 €	90,82 €	62,92 €
75%-Perzentil	181,68 €	434,86 €	405,66 €	374,54 €	181,83 €	368,39 €	341,44 €	324,90 €
Maximum	10.802 €	11.125 €	12.107 €	13.042 €	11.638 €	13.037 €	14.476 €	16.505 €

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



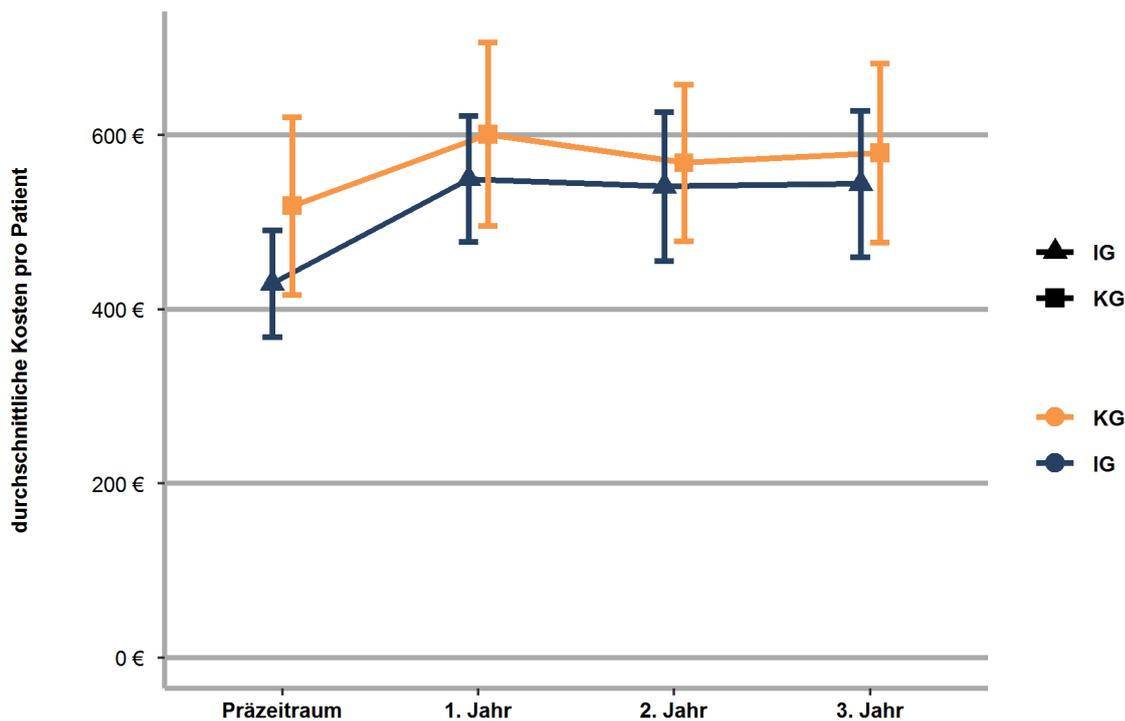
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 108)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	397	436	370	352	392	420	380	359
Mittelwert	429,74 €	549,72 €	541,24 €	544,09 €	519,01 €	601,01 €	568,38 €	579,81 €
Standardabweichung	844,94 €	999,03 €	1.142,81 €	1.101,89 €	1.414,38 €	1.458,76 €	1.226,93 €	1.368,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	16,51 €	65,74 €	16,29 €	15,45 €	12,32 €	37,22 €	13,89 €	0,00 €
Median	147,13 €	236,32 €	204,59 €	200,36 €	149,55 €	225,28 €	169,98 €	190,26 €
75%-Perzentil	480,43 €	677,74 €	572,98 €	620,56 €	487,64 €	648,55 €	580,59 €	586,96 €
Maximum	10.548 €	9.633 €	11.066 €	11.125 €	24.540 €	25.408 €	12.839 €	19.035 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 109)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 108 und

Abbildung 78) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 235,99 € mehr Kosten als die KG mit 222,87 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 362,60 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 365,57 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 16,09 € nicht signifikant ($p=0,522$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 343,06 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 338,65 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 109 und

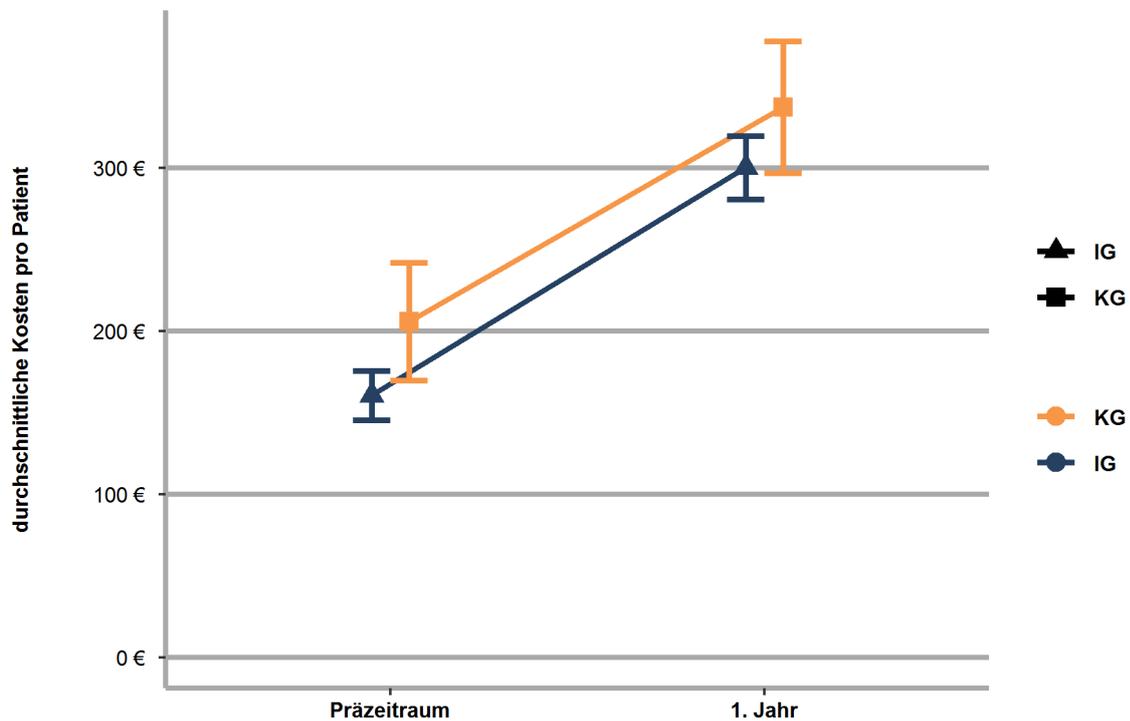
Abbildung 79) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 429,74 € niedrigere Kosten als die KG mit 519,01 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 549,72 €. In der KG stiegen die Kosten auf 601,01 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 37,98 € nicht signifikant ($p=0,441$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 544,09 €. In der KG sanken die Kosten auf 579,81 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	864	1.177	854	1.132						
Mittelwert	160,44 €	300,04 €	205,77 €	337,06 €	-45,33 €	0,056	-37,02 €	0,173	8,31 €	0,818
Standardabweichung	354,12 €	455,20 €	846,95 €	946,18 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	20,93 €	0,00 €	12,62 €						
Median	25,04 €	165,85 €	22,22 €	128,49 €						
75%-Perzentil	164,54 €	404,98 €	135,98 €	351,12 €						
Maximum	6.646 €	6.971 €	19.269 €	14.767 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 110)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 110 und Abbildung 80) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 160,44 € niedrigere Kosten als die KG mit 205,77 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 300,04 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 337,06 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8,31 € nicht signifikant ($p=0,678$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 8,31 € nicht signifikant ($p=0,678$) stärker als in der KG.

KJP

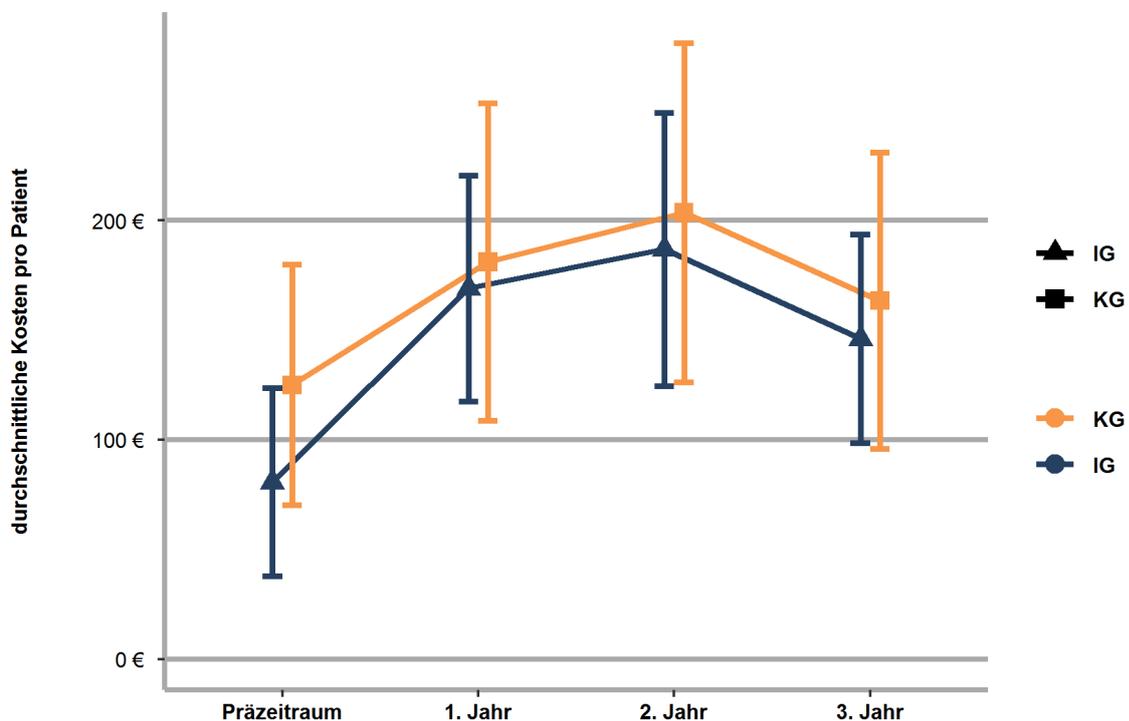
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	24	44	53	48	33	54	48	41
Mittelwert	80,66 €	168,99 €	186,76 €	146,02 €	124,95 €	181,04 €	203,47 €	163,38 €
Standardabweichung	284,51 €	341,79 €	413,50 €	314,91 €	363,91 €	480,52 €	512,23 €	448,28 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	141,05 €	163,18 €	133,39 €	37,29 €	124,42 €	68,76 €	63,39 €
Maximum	1.980,39 €	1.964,34 €	2.554,58 €	1.651,02 €	2.277,83 €	3.710,07 €	2.856,47 €	2.790,28 €

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



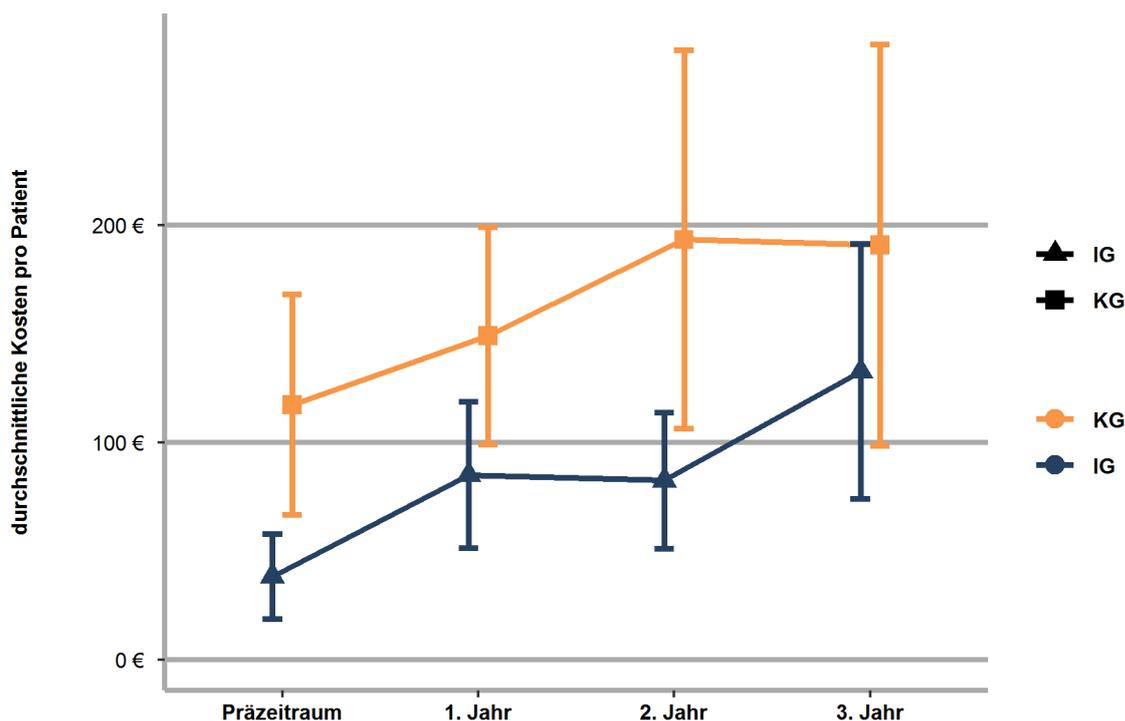
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 111)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	20	35	30	33	32	41	30	35
Mittelwert	38,28 €	85,02 €	82,42 €	132,63 €	117,33 €	149,02 €	193,36 €	190,78 €
Standardabweichung	109,12 €	187,11 €	173,22 €	324,96 €	270,92 €	266,28 €	464,53 €	489,22 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	32,01 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	110,10 €	67,29 €	113,21 €	155,72 €	179,46 €	135,10 €	119,36 €
Maximum	659,94 €	1.381,11 €	875,51 €	2.002,75 €	1.910,52 €	1.700,39 €	2.898,62 €	3.225,27 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 112)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 111 und

Abbildung 81) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 80,66 € geringere Kosten als die KG mit 124,95 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 168,99 €. In der KG stiegen die Kosten auf 181,04 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 32,23 € nicht signifikant ($p=0,541$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 146,02 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 163,38 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 112 und

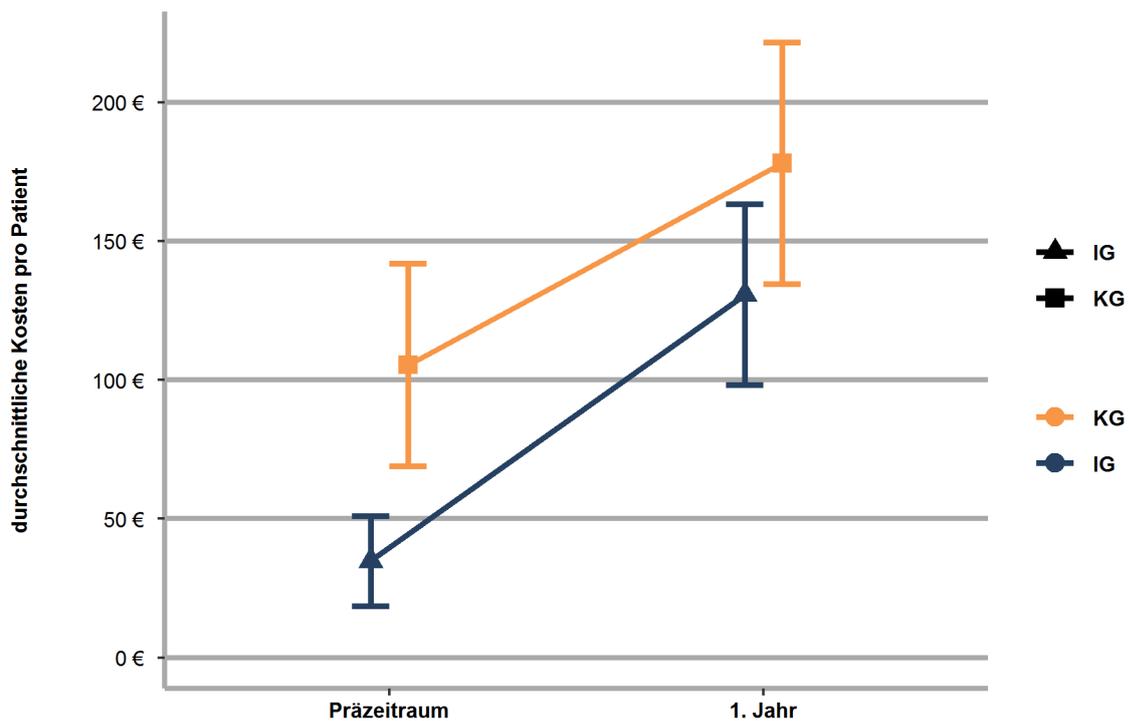
Abbildung 82) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 38,28 € geringere Kosten als die KG mit 117,33 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 85,02 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 149,02 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 15,05 € nicht signifikant ($p=0,597$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 132,63 €. In der KG stiegen die Kosten auf 190,78 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	44	83	56	84						
Mittelwert	34,81 €	130,66 €	105,41 €	178,02 €	-70,60 €	0,004	-47,36 €	0,152	23,24 €	0,571
Standardabweichung	136,08 €	272,35 €	304,31 €	362,92 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	156,90 €	28,74 €	145,80 €						
Maximum	1.461,75 €	2.431,58 €	2.146,67 €	2.244,59 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 110)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 113 und Abbildung 83) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 34,81 € geringere Kosten als die KG mit 105,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 130,66 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 178,02 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 23,24 € nicht signifikant ($p=0,374$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 23,24 € nicht signifikant ($p=0,374$) stärker als in der KG.

10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Heilmittel werden die Kosten für Heilmittel mit psychiatrischer Indikation erfasst. Die Zuordnung zur psychiatrischen Versorgung erfolgt dabei über die APN. Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

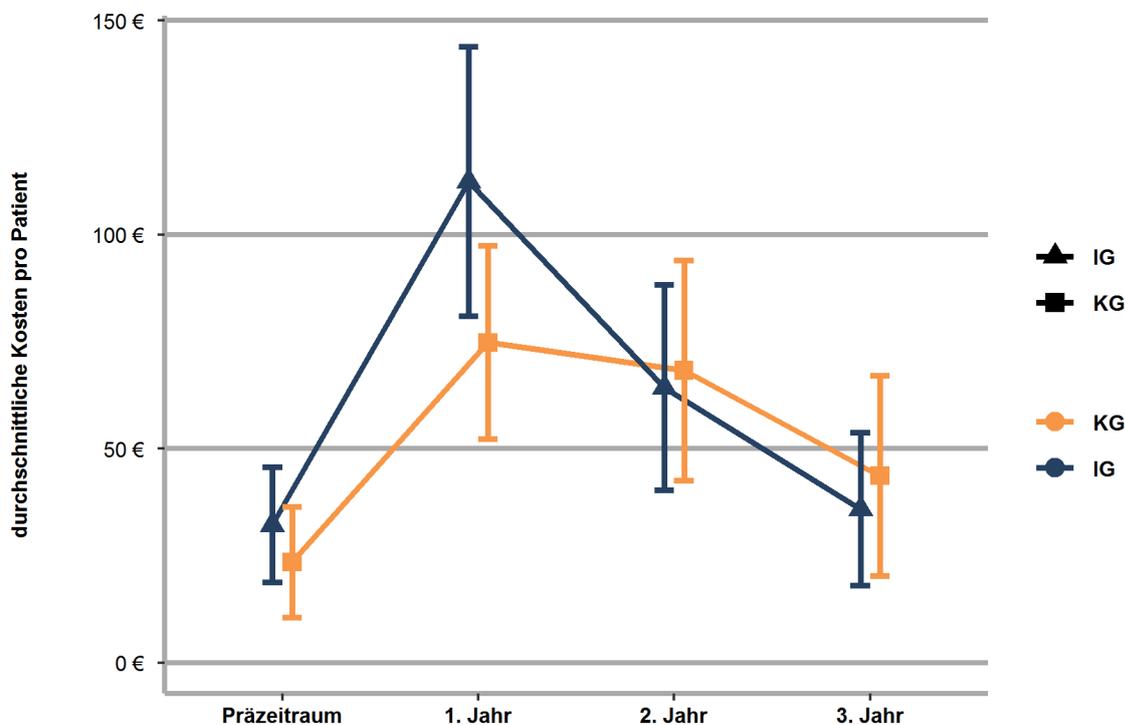
EP

Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 114: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	30	66	34	23	19	52	36	21
Mittelwert	32,20 €	112,35 €	64,28 €	35,87 €	23,49 €	74,77 €	68,28 €	43,66 €
Standardabweichung	318,63 €	744,07 €	551,03 €	400,18 €	306,83 €	534,13 €	589,86 €	526,40 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.278 €	14.139 €	10.607 €	9.198 €	8.750 €	8.785 €	12.676 €	14.284 €

Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)


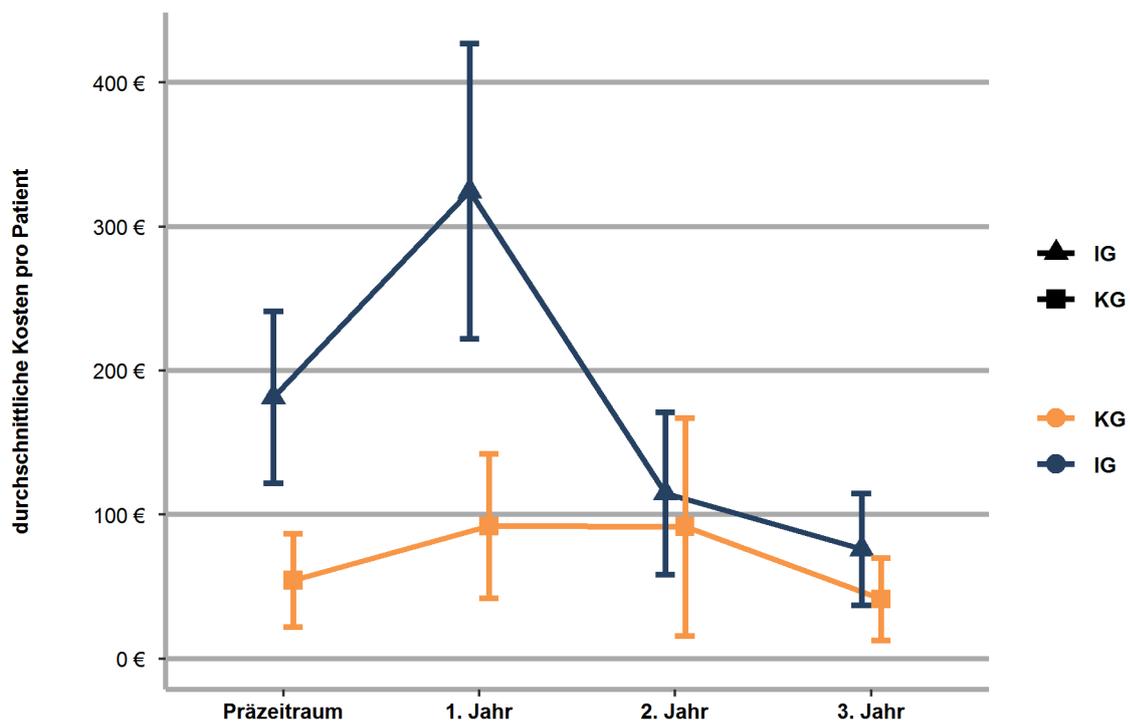
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 114)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 115: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	38	48	20	15	16	23	15	< 10
Mittelwert	181,46 €	324,65 €	114,83 €	76,13 €	54,40 €	91,99 €	91,57 €	41,32 €
Standardabweichung	822,45 €	1.412,72 €	752,38 €	508,33 €	450,76 €	694,57 €	1.030,49 €	382,36 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.651 €	12.561 €	9.434 €	4.846 €	7.911 €	9.169 €	21.647 €	5.893 €

Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 115)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 114 und

Abbildung 84) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 32,20 € höhere Kosten als die KG mit 23,49 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 112,35 €. In der KG stiegen die Kosten auf 74,77 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 28,89 € nicht signifikant ($p=0,223$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 35,87 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 43,66 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 115 und

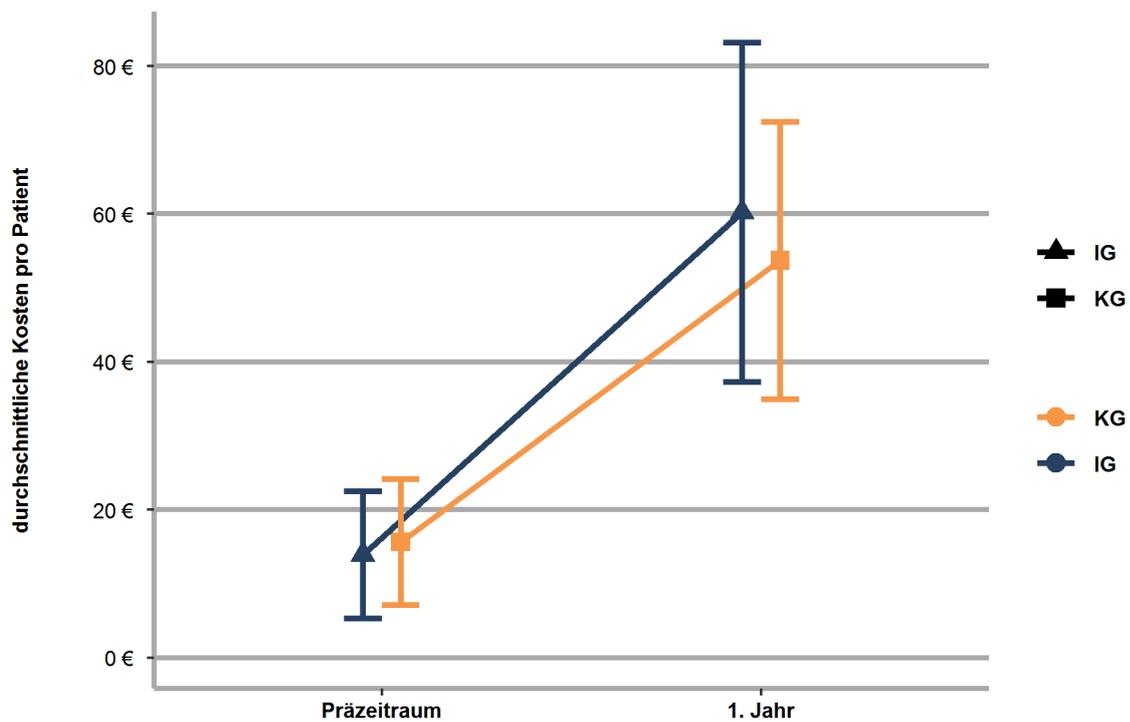
Abbildung 85) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 181,46 € höhere Kosten als die KG mit 54,40 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 324,65 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 91,99 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 105,60 € signifikant ($p=0,016$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 76,13 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 41,32 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	13	43	18	49						
Mittelwert	13,92 €	60,24 €	15,64 €	53,73 €	-1,72 €	0,816	6,51 €	0,718	8,23 €	0,672
Standardabweichung	203,26 €	539,29 €	200,97 €	441,36 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	5.896 €	10.300 €	5.127 €	10.198 €						

Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 116)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 116 und Abbildung 86) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13,92 € niedrigere Kosten als die KG mit 15,64 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 60,24 €. In der KG stiegen die Kosten auf 53,73 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8,23 € nicht signifikant ($p=0,640$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 8,23 € nicht signifikant ($p=0,640$) stärker als in der KG.

KJP
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten
Tabelle 117: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	22,66 €	9,55 €	38,74 €	48,22 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	119,10 €	62,63 €	302,38 €	331,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	806,98 €	535,08 €	3.104,82 €	2.957,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Zu geringe Fallzahl

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 118: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	26,68 €	35,24 €	109,97 €	57,22 €	41,40 €	9,44 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	179,06 €	227,33 €	513,57 €	274,95 €	293,20 €	82,83 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.451,36 €	1.641,32 €	3.104,82 €	2.038,40 €	2.483,88 €	726,80 €	0,00 €	0,00 €

Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

Zu geringe Fallzahl

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 87) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 22,66 € größere Kosten als die KG mit 0 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 9,55 €. In der KG blieben die Kosten bei 0 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 13,11 € nicht signifikant ($p=0,178$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 48,22 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 0 €.

Bei den klirikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 118 und

Abbildung 88) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 26,68 € weniger Kosten als die KG mit 41,40 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 35,24 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 9,44 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 40,52 € nicht signifikant ($p=0,375$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 57,22 €. In der KG sanken die Kosten auf 0 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	42,15 €	73,92 €	25,22 €	46,53 €	16,93 €	0,497	27,40 €	0,491	10,47 €	0,823
Standardabweichung	291,58 €	465,31 €	179,26 €	285,20 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.280,97 €	4.165,64 €	1.596,20 €	3.059,70 €						

Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Zu geringe Fallzahl

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 119 und Abbildung 89) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 42,15 € höhere Kosten als die KG mit 25,22 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 73,92 €. In der KG stiegen die Kosten auf 46,53 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 10,47 € nicht signifikant ($p=0,819$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 10,47 € nicht signifikant ($p=0,819$) stärker als in der KG.

11. Ergebnisse: Effizienz

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus 1 (Mitglied) eingeschränkt. Dargestellt ist nur die Effizienz für die Kohorte mit Referenzfall im dritten Modelljahr, da hier nicht mehr von periodenfremden Preiseffekten auszugehen ist.

Erwachsene

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

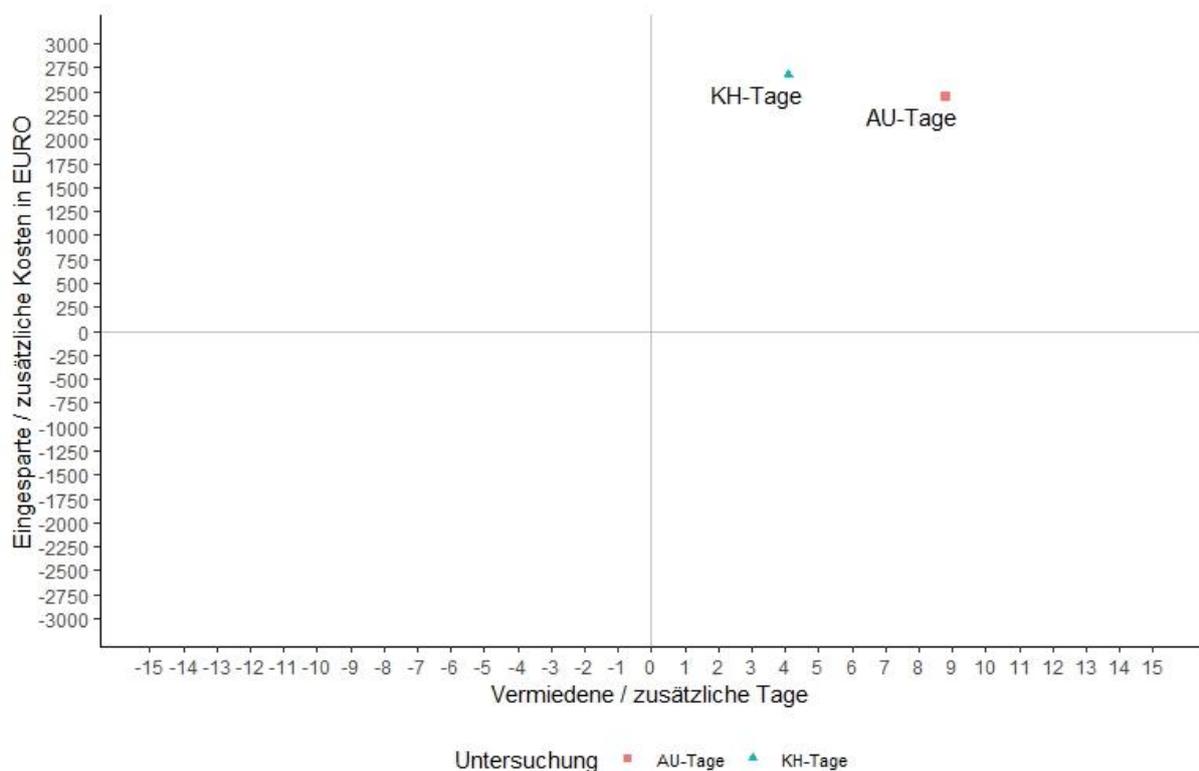
Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.409,74 €		1498	10.442,51 €		1498	9.032,78 €	
	KG	1.356,68 €		1498	7.719,85 €		1498	6.363,17 €	
	Diff (IG - KG)	53,06 €	0,749		2.722,67 €	<0,001		2.669,61 €	<0,001
KH-Tage	IG	2,4		1498	23,2		1498	20,8	
	KG	2,4		1498	19,1		1498	16,7	
	Diff (IG - KG)	0,0	0,949		4,1	0,002		4,1	0,004
ICER		645,22 €/d							

Tabelle 121: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.290,63 €		871	9.928,26 €		871	8.637,63 €	
	KG	1.274,66 €		888	7.465,66 €		888	6.191,00 €	
	Diff (IG - KG)	15,97 €	0,939		2.462,59 €	<0,001		2.446,63 €	<0,001
AU-Tage	IG	33,3		871	94,4		871	61,1	
	KG	33,7		888	86,0		888	52,3	
	Diff (IG - KG)	-0,4	0,915		8,4	0,125		8,8	0,178
ICER		278,77 €/d							

Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



Variante A (vgl. Tabelle 120 und

Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 2.669,61 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 4,1 Tage signifikant ($p = 0,004$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 645,22 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 645,22 € zusätzlich ausgegeben.

Variante B (vgl.

Tabelle 121 und

Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 2.446,63 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 8,8 Tage nicht signifikant ($p = 0,178$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 278,77 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 278,77 € zusätzlich ausgegeben.

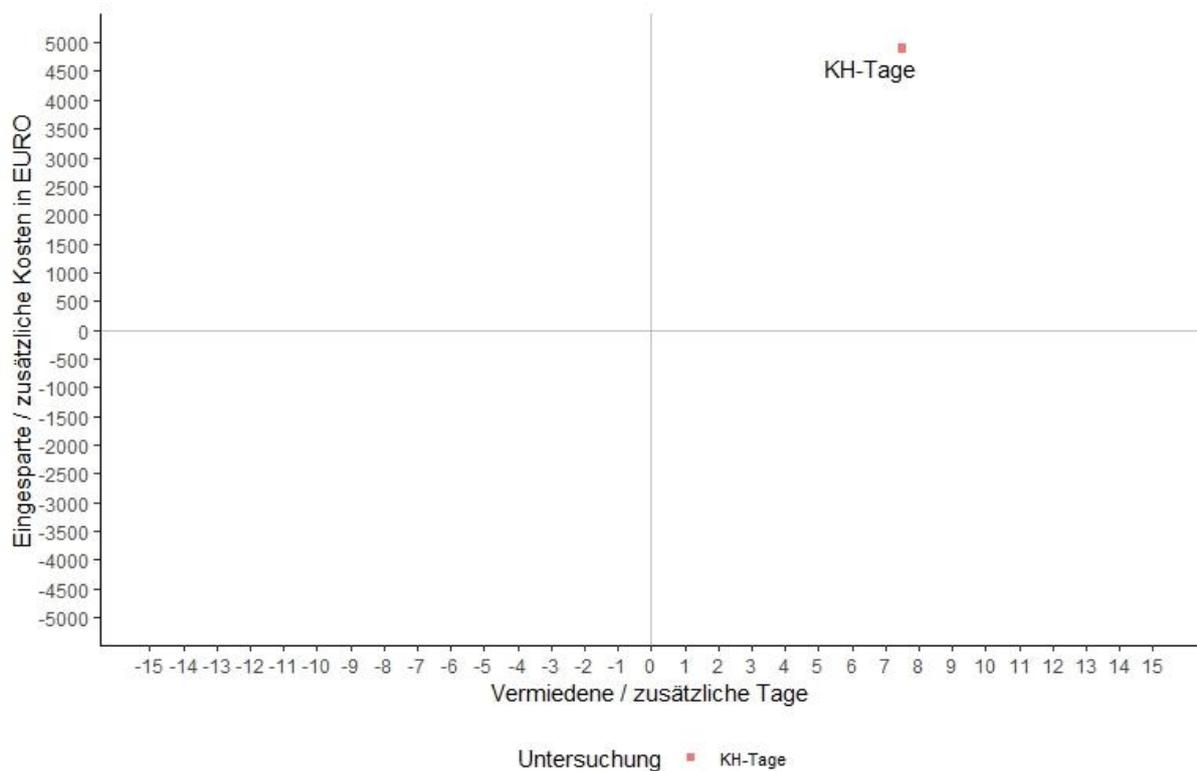
Kinder und Jugendliche

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.372,70 €		189	19.178,24 €		189	17.805,54 €	
	KG	1.171,15 €		189	14.082,54 €		189	12.911,39 €	
	Diff (IG - KG)	201,55 €	0,637		5.095,70 €	0,036		4.894,15 €	0,047
KH-Tage	IG	1,5		189	26,9		189	25,4	
	KG	1,1		189	18,9		189	17,9	
	Diff (IG - KG)	0,4	0,655		8,0	0,053		7,5	0,074
ICER		649,12 €/d							

Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



Variante A (vgl. Tabelle 122 und

Abbildung 91): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 4.894,15 € signifikant ($p=0,047$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der KH-Tage fiel in der IG um 7,5 Tage nicht signifikant ($p=0,074$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 649,12 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen KH-Tag wurden Kosten i.H.v. 649,12 € zusätzlich ausgegeben.

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik LVR-Klinik Bonn in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus 10 Kontrollkliniken (KG).

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen¹ und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen². Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten abhängig von der Fachabteilung (Erwachsene vs. Kinder- und Jugendpsychiatrie) aus den jeweiligen fünf Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über drei Modelljahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

Effektivität

In diesem Bericht lassen sich vier Hauptkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen.

- 1) Sowohl bei den vollstationären Behandlungstagen und stationären Anteilen als auch bei den AU-Tagen lassen sich keine Modelleffekte hin zu einer Verringerung erkennen. In den Parametern ist hingegen eine Zunahme ersichtlich. Dies trifft für die vollstationären Behandlungstage auch für die KJP zu. Mögliche Veränderungen über die Modelllaufzeit werden im Abschlussbericht genauer untersucht.
- 2) Eine Stärkung der teilstationären Behandlungsdauer (bei den klinikneuen Patienten) und der PIA im Modellvorhaben ist in der Erwachsenenpsychiatrie ersichtlich. In der KJP zeichnet sich

¹ In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenkontext der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

² Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

hier eine Veränderung über die Zeit hin zu einer Stärkung teilstationärer Inanspruchnahme und PIA-Kontakte ab. Auch dies wird im Abschlussbericht näher untersucht werden.

- 3) Eine Stärkung der Behandlungskontinuität bei den klinikneuen Patienten der Erwachsenenpsychiatrie ist jedoch ersichtlich.
- 4) Die klinikneuen Patienten im Modellvorhaben der Erwachsenenpsychiatrie wurden schneller und häufiger vollstationär wiederaufgenommen. Bei den klinikbekannten Patienten wurden diese jedoch weniger schnell wiederaufgenommen.

Erwachsene

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer von *klinikneuen* erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG um 3,0 vollstationäre Behandlungstage höher als in der KG ausfiel. Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigeren Niveau in beiden Gruppen. Dieser Unterschied im ersten patientenindividuellen Jahr (bzw. im ersten Jahr nach Referenzfall) war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit (siehe Anhang) statistisch signifikant. Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (mit überwiegend klinikneuen Patienten) zeigte sich in der Modellklinik eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Dieser Unterschied war sogar für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr etwas größer als für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr. Eine Veränderung über Zeit hin zu weniger vollstationären Behandlungstagen ist (noch) nicht ersichtlich.

Der Peak bezüglich der vollstationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr eine durchschnittlich längere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war bzw. der Anstieg zum ersten patientenindividuellen Jahr größer war, ist der angenommene Modelleffekt bei den vollstationären Behandlungstagen (noch) nicht ersichtlich. Dies trifft sowohl auf die Patienten mit Referenzfall im ersten, als auch auf diese mit Referenzfall im dritten Modelljahr zu.

Bei den teilstationären Behandlungstagen ist bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten und dritten Modelljahr jeweils ein stärkerer Anstieg teilstationärer Behandlungstage, analog dem der vollstationären Behandlungstage, zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich.

Auch der Anstieg des Anteils an klinikneuen Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG größer als in der KG. Dies war sowohl für die

Patienten mit Referenzfall im ersten als auch für die mit Referenzfall im dritten Modelljahr ersichtlich. Dieser Unterschied war jedoch nur für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (siehe Anhang) statistisch signifikant.

Auch bei den *linikbekannt*en Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG größer als in der KG. Dieser Unterschied verringerte sich vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach und stabilisierte sich auf diesem geringeren Unterschied, welcher dennoch in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung war. Die stärkere Abnahme vollstationärer Behandlungstage zum Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik war in der Betrachtung mit nur einem Jahr Nachbeobachtung (siehe Anhang) statistisch signifikant. Das Muster der Dauer teilstationärer Behandlungsdauer war hier zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den Anteilen an klinikbekannt^{en} Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnose lässt sich keine eindeutige Tendenz ableiten.

Beim zweiten primären Outcome der *linikneuen* erwachsenen Patienten zeigte sich bei den Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten Jahr nach Referenzfall ein stets größerer Peak (Vergleich Jahr vor Referenzfall mit Jahr danach). Dieser war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung um 15,3 AU-Tage, mit einjähriger Nachbeobachtung um 14,6 Tage und für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (alle Patienten) um 8,8 AU-Tage jeweils größer (die letzten beiden Unterschiede wurden inferenzstatistisch getestet und wiesen statistische Signifikanz auf). Diese größere Anzahl an AU-Tage im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der längeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von vollstationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit ist auch, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, ein der Hypothese entgegenläufiger Verlauf bezüglich der Anzahl an AU-Tagen zu verzeichnen. Jedoch war bei der Dauer an AU-Tagen eine Verringerung über die Modelllaufzeit (Referenzfall im ersten vs. im dritten Modelljahr) ersichtlich, wobei die Patienten der Modellklinik weiterhin statistisch signifikant mehr AU-Tage aufwiesen. Die Anzahl an AU-Episoden war zwischen IG und KG vergleichbar.

Bei den *linikbekannt*en erwachsenen Patienten war die Anzahl an AU-Tagen in der Modellklinik stets größer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied nahm ab Referenzfall weiter zu (prä: +3,6; 1. Jahr: +9,9; 2. Jahr: + 6,1; 3. Jahr: +13,3 AU-Tage), so dass der größere Anstieg zum Jahr nach Referenzfall bei der Betrachtung mit einem Jahr Nachbeobachtung (siehe Anhang) statistisch signifikant war. Somit ist auch hier, analog zu den klinikneuen Patienten, ein der Hypothese entgegenläufiger Verlauf bezüglich der Anzahl an AU-Tagen zu verzeichnen.

Es muss zu diesem Parameter einschränkend erwähnt werden, dass die AU von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann. Der Arbeitsmarkt für diese Patienten unterliegt vielen verschiedenen Faktoren, die durch eine veränderte Behandlung nur teilweise beeinflusst werden können.

Bei der Betrachtung der Häufigkeit ambulanter Kontakte *linikneuer* Patienten war bei der Betrachtung der ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose stets eine höhere Anzahl an PIA-Kontakten in der Modellklinik zu erkennen (+0,8 PIA-Kontakte zum ersten Jahr nach Referenzfall). Dieser Unterschied war bei der Betrachtung mit einem Jahr Nachbeobachtung statistisch signifikant (siehe Anhang). Auch bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anstieg der Anzahl an PIA-Kontakten in der IG mit 3,8 PIA-Kontakte mehr statistisch signifikant stärker, und vergrößerte sich somit über die Modelllaufzeit. Diese Ergebnisse geben Hinweise auf eine stärkere Einbindung der PIA in der Versorgung klinikneuer Patienten in der Modellklinik.

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war bei den *linikneuen* Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier stets über der Anzahl der Kontakte der KG. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war die stärkere Zunahme der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es diese Unterschiede jedoch nicht mehr. Die Inanspruchnahme war jedoch sowohl im Prä-Zeitraum als auch im Jahr nach Referenzfall in der IG um etwas mehr als ein Tag mit Kontakt größer als in der KG. Dies weist daraufhin, dass die Patienten der Modellklinik bereits vor erster Behandlung in der Modellklinik und auch danach einen entsprechenden Vertragsarzt aufgesucht hatten.

Bei den *linikbekannten* Patienten zeigten sich zwischen den Gruppen vergleichbare Verläufe mit stets etwas höherer PIA-Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG. Der Unterschied vergrößerte sich zum Jahr nach Referenzfall. Diese Zunahme war für die Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einem Jahr Nachbeobachtung statistisch signifikant. Eine stärkere Einbindung der Patienten in der PIA ist somit auch bei den *linikbekannten* Patienten ersichtlich.

Die ambulante Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war jedoch, im Gegensatz zu den *linikneuen* Patienten, für die *linikbekannten* erwachsenen Patienten in der IG stets geringer als in der KG. Die stärkere Abnahme vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant.

Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass mit Hilfe der vorliegenden GKV - Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität dieser Kontakte sowie derer Vollständigkeit kann aufgrund der vorhandenen Datenbasis keine Aussage getroffen werden.

Die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor stieg für die *linikneuen* Patienten im Vergleich vom Jahr vor Referenzfall (prä) zum Jahr nach Referenzfall in der IG stets stärker als in der KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum. Dieser Unterschied war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Die restlichen Jahre waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich stets ein numerisch größerer Anstieg der Behandlungskontinuität zu psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum.

Bei den *linikbekannt* erwachsenen Patienten ergaben sich im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen bezüglich der Kontinuität der Behandlung – abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streubereichs. Dabei war zudem jeweils auch kein deutlicher Unterschied zwischen IG und KG festzustellen.

Bezüglich der vollstationären Wiederaufnahme für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt in der IG statistisch signifikant höher als in der KG. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war wiederum in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG. Dies bedeutet, dass Patienten der IG (mit Referenzfall im dritten Modelljahr) zum einen häufiger und zum anderen schneller wieder vollstationär behandelt wurden als Patienten der KG. Bei den *linikneuen* Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (siehe Anhang) gab es hier jedoch (noch) keine statistisch signifikanten Unterschiede; während bei den *linikbekannt* Patienten dieser Betrachtung eine statistisch signifikante größere Dauer der Tage zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung zu verzeichnen war. Dieser Parameter wird im Abschlussbericht weiter betrachtet werden.

Bezüglich der Mortalität waren die Gruppen bei den *linikneuen* Patienten vergleichbar (auch alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr). Bei den *linikbekannt* Patienten waren die Anteile an Verstorbenen in der IG stets leicht höher als in der KG. Die Unterschiede in der 1-Jahres Mortalität waren für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Gründe für die Unterschiede können durch das Nichtvorliegen der Todesursachen bzw. des Todesortes nicht untersucht werden.

Die Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter waren weitgehend vergleichbar.

Kinder und Jugendliche

Die *linikneuen* Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr wiesen in der IG, analog zur Erwachsenenpsychiatrie, ein zwischen beiden Gruppen vergleichbares Muster, jedoch im bzw. zum ersten Jahr nach Referenzfall eine größere Anzahl bzw. ein größerer Anstieg der Anzahl an vollstationären Behandlungstagen im Vergleich zur KG auf. Dieser stärkere Anstieg (für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr um 14,5 und im dritten Modelljahr um 7,5 vollstationäre Tage, jeweils für Patienten mit einem Jahr Nachbeobachtung) war statistisch signifikant.

Auch bei den *linikbekannt* Patienten war der in der IG um ca. 3 vollstationäre Tage stärkere Anstieg statistisch signifikant im Vergleich zur KG (bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, siehe Anhang). Auch hier zeigte sich das Muster, dass die Anzahl vollstationärer Tage im Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall, entgegen der Hypothese, stärker stieg als in der Regelversorgung. Jedoch ist in den Daten auch ersichtlich, dass die Anzahl vollstationärer Tage im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG deutlich unter den Wert der KG fiel und sich der Wert im dritten Jahr nach Referenzfall auf einem zwischen IG und KG vergleichbaren Wert einpegelte.

Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war bei den *linikneuen* Patienten ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr (also Veränderung vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach) in der IG um ca. 2,5 teilstationäre Tage geringer als in der KG. Im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall wies jedoch die IG mehr teilstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anstieg im ersten Jahr nach Referenzfall zwischen beiden Gruppen parallel. Der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war bei den *linikbekannten* Patienten der IG um 17,5 teilstationären Tagen größer als in der KG. Im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl der teilstationären Behandlungstage zwischen beiden Gruppen weitgehend vergleichbar. Während demnach die teilstationären Tage klinikneuer junger Patienten im Modellvorhaben zunächst (im ersten Modelljahr) noch geringer waren, glichen sich diese im Verlauf (im dritten Modelljahr) auf einem zur Regelversorgung vergleichbaren Niveau an. Zur Beurteilung des Verlaufs bei den klinikbekannten Patienten ist der Abschlussbericht abzuwarten. In diesem kann ggf. auch ein veränderter Verlauf ersichtlich sein.

Bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme bei den *linikneuen* Patienten der KJP zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und danach Absinken der PIA-Inanspruchnahme. Dabei war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG geringer als in der KG und ansonsten weitgehend vergleichbar. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr und einem Jahr Nachbeobachtung war der geringere Anstieg der PIA-Kontakte zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG statistisch signifikant. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war jedoch ein statistisch signifikant stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ersichtlich. Es deutet sich hier somit eine Veränderung zu mehr PIA-Kontakten an.

Auch bei den *linikbekannten* Patienten waren die PIA-Kontakte in der IG stets etwas geringer als in der KG. Ein kleiner Peak im ersten Jahr nach Referenzfall war auch hier ersichtlich. Die Verläufe zwischen IG und KG waren jedoch vergleichbar.

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war für *linikneue* Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zwischen IG und KG mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall vergleichbar. Dabei lag die IG im Durchschnitt über alle Patienten ab Referenzfall ca. 5 Kontakte über dem Niveau der KG. Auch war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG. Dieser Unterschied war bei der Betrachtung mit einem Jahr Nachbeobachtung (siehe Anhang) statistisch signifikant. Auch war der um ca. 3,4 Kontakte stärkere Anstieg der Kontakte zu einem der genannten Vertragsärzte für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr statistisch signifikant.

Auch bei den *linikbekannten* Patienten zeigte sich bei der Betrachtung der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, analog zu den klinikneuen jungen Patienten, eine größere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG. Da dieser Unterschied zu einem geringen Anteil bereits im Jahr vor Referenzfall vorlag, ergaben sich im Vergleich zum Jahr vor mit dem Jahr nach Referenzfall kein statistisch signifikanter

Unterschied (Betrachtung mit nur einem Jahr Nachbeobachtung, siehe Anhang). Jedoch vergrößerte sich dieser Unterschied im Zeitverlauf weiter. Auch hier kann im Abschlussbericht diese Entwicklung näher beleuchtet werden.

Die Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter waren weitgehend vergleichbar (Hopping, Mortalität) bzw. die Fallzahlen für valide Aussagen zu gering (Behandlungskontinuität, Wiederaufnahme, Erkrankungsprogression).

Einschränkend ist sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche anzumerken, dass die Sekundärdaten der Krankenkassen nur bedingt geeignet sind, um Schwere oder Verlauf von psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Insbesondere ermöglichen die ausgewählten Outcomes nur zu einem gewissen Grad die Qualität der Versorgung von psychisch Erkrankten zu untersuchen und geeignetere Instrumente zur Darstellung von bspw. Lebensqualität, Symptombelastung oder Recovery waren mit den verfügbaren Daten nicht einsetzbar. Daher wurde unter anderem das ergänzende Projekt PsychCare umgesetzt, um mit weiteren Datenquellen, besonders Primärerhebung mittels Fragebogen und Befragungen, ein umfassenderes Bild zu erlangen.

Kosten

Erwachsene

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 1.530,01 € je Patient signifikant höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die unterschiedlich hohen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 1.123,32 € teurer als die KG, wobei in der IG mehr Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 841 von 1.514; KG: 769 von 1.514). Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je Patient ebenfalls um 328,73 € signifikant teurer, wobei auch hier mehr Patienten der IG einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 331; KG: 211). Die Kosten der PIA-Versorgung in der IG lagen in den Nachbeobachtungsperioden durchweg unter denen der KG, wenn auch nicht signifikant.

Die IG der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten signifikant teurer als die KG. Im ersten Jahr waren die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 1.812 € höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die höheren Kosten vollstationärer Behandlung zurückzuführen: Hier war die IG um 1.639,31 € je Patient teurer als die KG, wobei in der IG 277 von 515 Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten, während dies auf 261 von 519 Patienten der KG zutraf. Bzgl. durchschnittlicher teilstationärer Versorgungskosten war die IG vergleichbar teuer wie die KG.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 2.669,61 € signifikant teureren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich teureren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 2.233,94 € signifikant teurer als die KG. Während 1.113 von 1.498 Patienten der IG einen tagesklinischen Aufenthalt hatten, traf dies in der KG nur auf 1.059 von ebenfalls 1.498 Patienten zu. Dadurch entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten der tagesklinischen Behandlung in der IG um 244,55 € teurer ($p < 0,001$).

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung lagen in der IG sowohl bei den klinikneuen und -bekannten Patienten des ersten Modelljahres als auch bei den Patienten, die im dritten Modelljahr eingeschlossen wurden, in der IG durchweg über denen der KG.

Kinder und Jugendliche

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 5867 € je Patient signifikant höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die unterschiedlich hohen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 6418 € teurer als die KG, wobei in der IG mehr Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 86 von 119; KG: 63 von 119). Bei den teilstationären Kosten waren keine Unterschiede zwischen IG und KG ersichtlich. Die Kosten der PIA-Versorgung in der IG lagen insbesondere im ersten Nachbeobachtungsjahr unter denen der KG. Sie betragen in der IG 200,80 € je Patient und in der KG 482,29 € je Patient, wobei von den 119 Personen je Gruppe in der IG 56 und in der KG 90 Versicherte mindestens einen PIA-Fall aufwiesen.

Die IG der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten genau so teuer wie die KG (5889€ vs. 5829 € je Versicherten), im ersten Nachbeobachtungsjahr insignifikant teurer als die KG (16957 € vs. 12515 €) und im zweiten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger (1604 € vs. 5350 €). Diese Kostenunterschiede waren u.a. auf die höheren Kosten teilstationärer Behandlung im ersten Jahr zurückzuführen: Hier war die IG um 3527 € je Patient teurer als die KG, wobei in der IG 35 von 83 Patienten einen teilstationären Aufenthalt hatten, während dies auf 14 von 77 Patienten der KG zutraf. Der Unterschied im zweiten Jahr ist auf die deutlich geringeren Kosten in der IG für vollstationäre Versorgung zurückzuführen (753 € vs. 4686 €).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 4.894,15 € signifikant teureren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich teureren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 4.527,33 € signifikant teurer als die KG.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung lagen in der IG sowohl bei den klinikneuen und -bekannten Patienten des ersten Modelljahres auf vergleichbarem Niveau wie die Kosten der KG. Bei den Patienten, die im dritten Modelljahr eingeschlossen wurden, entwickelte sich die IG mit einem um 82,45 € stärkeren Anstieg teurer als die KG.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Modelleffekte der primären Outcomeparameter sind (noch) nicht ersichtlich. Eine Stärkung des teilstationären Behandlungsbereichs und der PIA bzw. ein Trend dahin ist erkennbar. Die weiteren Auswertungen im Abschlussbericht sind für eine abschließende Bewertung abzuwarten.

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

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

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten und Patientinnen beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Eine weitere Einschränkung betrifft den Parameter *Arbeitsunfähigkeit*. Die Anzahl der Erwerbsfähigen ist unsicher. Hier wurde davon ausgegangen, dass alle Personen mit Versicherungsstatus Mitglied (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert), als erwerbsfähig gelten. Unter diesen Personen könnte also eine AU-Bescheinigung ausgestellt sein. Dies kann zur Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen. Letztlich kann der Parameter *Leitlinienadhärenz* nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Inhalte der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Inhalte in den PIA in Anspruch genommen wurden.

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 Ersten Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

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.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentrierte Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Prä-Zeitraum geliefert. Diese sollen u.a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Prä-Zeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Prä-Zeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (3).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen, in der Annahme, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal war in der aktuellen Datenlieferung für einige Krankenkassen bereits enthalten, wird jedoch zukünftig dennoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden können. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich.
- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Insofern müssen Verfahren der internen Diagnosevalidierung angewendet werden, die bislang aber primär für

somatische Krankheiten operationalisiert wurden (4). Diese Ansätze wurden auf die hier betrachteten Diagnosen übertragen. Diese betrifft primär die Verwendung ausschließlich von gesicherten Diagnosen, die Bestätigung einzelner Diagnoseeinträge in weiteren Quartalen oder durch weitere Ärzte bzw. Institutionen und die Nutzung spezifischer Arzneimittelverordnungen.

- Schließlich muss auf das grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (4). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

13. Literatur

1. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen*. 2020;82:S4-S12.
2. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
3. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research*. 2012;47(2):746-55.
4. Schubert I, Ihle P, Koster I. [Internal confirmation of diagnoses in routine statutory health insurance data: concept with examples and case definitions]. *Gesundheitswesen*. 2010;72(6):316-22.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Tabelle 123: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	1.550	1.550	1.550	1.550
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	8,5 %	36,8 %	7,8 %	28,3 %
	2,3 %	3,2 %	1,7 %	4,1 %
	14,6 %	13,7 %	14,2 %	15,0 %
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) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	3,0	24,3	2,4	21,1
	0,3	8,9	0,4	6,4
	3,3	33,2	2,8	27,5
	0,3	0,8	0,4	1,2
	0,3	0,7	0,4	1,0
	1,8	1,6	1,9	2,0

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	529	529	529	529
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) 	33,8 %	32,9 %	32,5 %	33,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	9,8 %	7,6 %	7,4 %	6,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	16,8 %	17,0 %	16,4 %	20,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	19,2	28,3	13,6	25,4
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	2,1	3,1	2,2	3,4
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	21,3	31,4	15,8	28,8
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	2,9	2,0	2,3	1,8
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) 	2,6	1,9	2,1	1,8
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,5	2,1	2,2	3,0

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Tabelle 124: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche
Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	123	123	123	123
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	7,3 %	35,0 %	2,4 %	36,6 %
	0,0 %	1,6 %	3,3 %	3,3 %
	0,8 %	3,3 %	1,6 %	4,9 %
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) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,0	35,8	0,2	19,5
	0,0	12,3	0,0	14,9
	2,0	48,1	0,2	34,4
	0,0	0,3	1,0	0,7
	0,0	0,3	1,0	0,7
	0,2	0,1	0,0	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)

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	83	83	83	83
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) 	25,3 %	34,9 %	20,5 %	34,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	1,2 %	1,2 %	2,4 %	3,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	3,6 %	6,0 %	4,8 %	3,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	10,2	25,2	9,2	20,8
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	4,5	25,0	4,1	7,5
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	14,6	50,2	13,3	28,4
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	0,0	0,0	0,4	0,3
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) 	0,0	0,0	0,4	0,3
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	0,0	0,3	0,3	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)

Tabelle 125: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	1.550	1.550	1.550	1.550
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.518	1.520	1.511	1.516
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	5,1	0,3	4,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,9	7,6	3,9	5,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,0	10,2	8,7	10,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	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)	1,0	1,2	0,7	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,3	0,1	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,5	6,0	5,2	6,0

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	529	529	529	529
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	511	505	516	516
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	2,2	7,2	2,0	6,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	6,4	5,2	7,0	7,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	12,9	13,9	12,1	11,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,6	0,1	0,3	0,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,2	1,2	0,7	0,7
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	3,0	3,4	1,2	1,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,3	0,7	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	11,4	10,9	7,9	8,1

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Tabelle 126: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche
Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	123	123	123	123
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	123	123	123	123
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	2,3	0,2	3,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	6,6	13,7	5,2	9,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	4,2	4,8	4,1	5,8
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
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,4	0,3	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,5	0,6	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,0	1,7	1,7	0,7

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	83	83	83	83
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	82	83	83	82
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	2,1	1,0	3,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	7,9	12,3	6,9	10,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	4,5	5,9	5,5	6,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,2	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,3	0,3	0,8	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,5	0,4	0,3	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	3,1	2,9	4,8	2,6

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

Tabelle 127: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	171	1.303	154	1.171
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,3 %	15,3 %	11,0 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,3 %	20,2 %	19,5 %	16,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	33,3 %	37,5 %	37,7 %	37,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,6 %	12,7 %	9,1 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,7 %	9,4 %	4,5 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	1,9 %	3,9 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,3 %	40,1 %	31,8 %	33,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	53,8 %	32,1 %	43,5 %	38,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	133	837	120	728
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,0 %	16,7 %	14,2 %	14,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	25,3 %	24,2 %	22,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,3 %	35,5 %	37,5 %	37,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,5 %	15,4 %	8,3 %	11,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,0 %	11,1 %	3,3 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	1,9 %	4,2 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,6 %	47,0 %	37,5 %	41,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	49,6 %	27,8 %	40,8 %	34,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	72	422	66	373
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,3 %	15,9 %	15,2 %	11,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,7 %	32,9 %	25,8 %	27,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	27,8 %	35,5 %	40,9 %	37,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	6,9 %	16,8 %	4,5 %	11,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,9 %	11,1 %	6,1 %	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	1,4 %	6,1 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,8 %	52,4 %	40,9 %	42,1 %

- kein Kontakt in 7 Tagen	54,2 %	23,9 %	34,8 %	33,0 %
---------------------------	--------	--------	--------	--------

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	139	1.224	124	1.093
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	13,7 %	23,4 %	26,6 %	21,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,6 %	33,5 %	29,0 %	27,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,0 %	59,4 %	58,9 %	61,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,8 %	32,1 %	28,2 %	31,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,1 %	17,7 %	10,5 %	14,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,2 %	5,6 %	8,9 %	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,0 %	60,1 %	52,4 %	53,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,3 %	12,3 %	21,0 %	15,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	111	789	95	675
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,2 %	22,6 %	28,4 %	23,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,3 %	41,4 %	35,8 %	35,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,6 %	57,8 %	58,9 %	61,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,7 %	36,8 %	28,4 %	32,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,9 %	20,2 %	10,5 %	17,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,2 %	5,6 %	9,5 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,7 %	66,4 %	57,9 %	63,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,3 %	9,0 %	18,9 %	11,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	57	404	54	338
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	19,3 %	21,5 %	35,2 %	19,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	47,5 %	46,3 %	41,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,4 %	57,4 %	66,7 %	60,9 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	41,8 %	31,5 %	32,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,3 %	19,6 %	16,7 %	15,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,5 %	4,7 %	14,8 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,9 %	70,0 %	75,9 %	64,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,5 %	7,7 %	5,6 %	11,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	100	1.093	83	950
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	31,0 %	27,6 %	41,0 %	27,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	30,0 %	44,8 %	33,7 %	36,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,0 %	78,7 %	79,5 %	79,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,0 %	52,8 %	59,0 %	52,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,0 %	26,2 %	16,9 %	21,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,0 %	13,0 %	19,3 %	13,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,0 %	73,1 %	63,9 %	65,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,0 %	4,8 %	10,8 %	6,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	81	707	58	575
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,1 %	27,4 %	41,4 %	29,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	53,9 %	43,1 %	46,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,7 %	79,8 %	81,0 %	79,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,1 %	58,4 %	63,8 %	55,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	23,5 %	28,4 %	19,0 %	27,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,3 %	14,4 %	17,2 %	14,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,0 %	79,6 %	70,7 %	76,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,6 %	3,1 %	10,3 %	4,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	39	358	30	279
Schwere psychische Erkrankungen (B)				

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,9 %	26,0 %	60,0 %	26,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	48,7 %	62,8 %	53,3 %	55,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,2 %	80,2 %	86,7 %	81,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,0 %	62,6 %	76,7 %	57,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	28,2 %	27,9 %	23,3 %	26,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,8 %	13,4 %	20,0 %	17,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,8 %	83,5 %	93,3 %	82,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,2 %	0,0 %	2,2 %

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

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	226	453	264	504
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,3 %	15,0 %	8,0 %	16,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,4 %	15,0 %	12,1 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	27,4 %	29,6 %	28,8 %	32,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,4 %	7,9 %	9,1 %	9,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,3 %	5,5 %	5,3 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	3,3 %	3,8 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,8 %	32,7 %	23,9 %	31,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,5 %	43,9 %	51,5 %	41,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	194	370	221	407
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,8 %	16,2 %	8,6 %	17,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,1 %	17,6 %	14,5 %	14,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	27,8 %	31,9 %	27,6 %	31,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,8 %	9,2 %	9,0 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,2 %	6,2 %	5,9 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	3,8 %	3,6 %	4,7 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,5 %	36,8 %	27,1 %	34,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,8 %	38,6 %	50,7 %	40,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	124	251	121	258
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,3 %	15,9 %	9,1 %	15,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,6 %	22,7 %	17,4 %	17,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	26,6 %	34,3 %	24,0 %	34,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,7 %	10,0 %	10,7 %	10,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	8,8 %	3,3 %	3,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	2,8 %	4,1 %	5,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,7 %	42,6 %	28,1 %	36,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,9 %	34,7 %	49,6 %	36,8 %

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	208	404	230	435
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,3 %	22,5 %	17,8 %	26,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	27,7 %	23,0 %	24,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,6 %	50,0 %	52,6 %	55,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,9 %	24,5 %	24,8 %	26,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,1 %	10,4 %	8,3 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	7,4 %	10,0 %	9,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,3 %	51,0 %	40,4 %	52,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	26,4 %	20,8 %	24,3 %	17,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	179	331	191	349
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,9 %	24,2 %	18,3 %	27,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,1 %	32,0 %	27,7 %	28,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	48,0 %	52,3 %	51,3 %	54,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,1 %	26,9 %	22,5 %	27,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,7 %	11,5 %	8,9 %	10,3 %
	6,7 %	8,5 %	8,9 %	9,7 %
	48,0 %	56,8 %	45,0 %	57,6 %
	22,3 %	16,9 %	24,6 %	15,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	112	223	104	217
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,1 %	22,4 %	15,4 %	19,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,9 %	39,9 %	34,6 %	36,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,1 %	56,1 %	48,1 %	60,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,4 %	29,6 %	27,9 %	29,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,4 %	14,8 %	5,8 %	10,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,4 %	7,2 %	12,5 %	10,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,9 %	63,2 %	45,2 %	57,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,4 %	12,6 %	22,1 %	14,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	171	328	173	312
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,7 %	29,6 %	26,6 %	34,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,7 %	40,2 %	33,5 %	34,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,8 %	73,2 %	79,2 %	76,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	46,8 %	45,7 %	45,7 %	50,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,8 %	14,0 %	13,9 %	13,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,9 %	17,1 %	14,5 %	14,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,1 %	65,9 %	57,8 %	67,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,3 %	7,9 %	10,4 %	7,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	149	265	149	254
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	29,5 %	30,2 %	26,2 %	36,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	37,6 %	46,8 %	38,9 %	39,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,8 %	75,8 %	78,5 %	75,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,0 %	50,6 %	44,3 %	52,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,8 %	15,8 %	14,1 %	15,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,7 %	18,1 %	13,4 %	15,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,8 %	72,5 %	61,1 %	72,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,1 %	4,5 %	11,4 %	5,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	94	179	80	160
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,7 %	29,6 %	22,5 %	27,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	44,7 %	56,4 %	50,0 %	50,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,4 %	81,0 %	82,5 %	78,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,2 %	55,9 %	46,3 %	51,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,2 %	20,7 %	13,8 %	13,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,4 %	17,9 %	18,8 %	15,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,1 %	81,0 %	66,3 %	73,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,6 %	0,6 %	8,8 %	5,0 %

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

Tabelle 128: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche
Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	125	<10	108
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	6,4 %	0,0 %	17,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	12,8 %	0,0 %	23,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	16,7 %	18,4 %	33,3 %	28,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,7 %	2,4 %	0,0 %	3,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,7 %	15,2 %	0,0 %	13,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	28,8 %	0,0 %	45,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	59,2 %	66,7 %	37,0 %

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	121	<10	93
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	16,5 %	0,0 %	25,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,0 %	37,2 %	0,0 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	20,0 %	50,4 %	0,0 %	60,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	20,0 %	17,4 %	0,0 %	12,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	40,0 %	28,1 %	0,0 %	30,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,5 %	0,0 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,0 %	63,6 %	0,0 %	67,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,0 %	14,0 %	100,0 %	10,8 %

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	108	<10	86
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,0 %	21,3 %	0,0 %	37,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	50,0 %	45,4 %	0,0 %	43,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,0 %	75,9 %	100,0 %	83,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	43,5 %	0,0 %	36,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	50,0 %	38,0 %	0,0 %	39,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	9,3 %	0,0 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	75,0 %	0,0 %	77,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,8 %	0,0 %	3,5 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	20	78	19	61
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	14,1 %	31,6 %	19,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,0 %	20,5 %	10,5 %	18,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	15,0 %	15,4 %	36,8 %	31,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	5,0 %	1,3 %	21,1 %	4,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	15,4 %	31,6 %	11,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,0 %	42,3 %	57,9 %	45,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,0 %	51,3 %	26,3 %	39,3 %

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	20	75	18	59
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	29,3 %	38,9 %	42,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,0 %	32,0 %	22,2 %	28,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,0 %	50,7 %	50,0 %	50,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,0 %	16,0 %	27,8 %	13,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,0 %	30,7 %	38,9 %	28,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	8,0 %	11,1 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	62,7 %	77,8 %	74,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,0 %	20,0 %	22,2 %	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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	16	70	16	52
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	31,3 %	35,7 %	56,3 %	46,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	50,0 %	40,0 %	31,3 %	34,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,8 %	80,0 %	87,5 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	18,8 %	54,3 %	37,5 %	40,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,5 %	34,3 %	56,3 %	32,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	15,7 %	12,5 %	19,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,8 %	70,0 %	87,5 %	78,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,3 %	2,9 %	6,3 %	3,8 %

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

Tabelle 129: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	1.380	1.380	1.394	1.394	1.380	1.380	1.394	1.394
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	176	928	171	785	176	927	171	785
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	56	302	61	272	56	301	61	272
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	18	84	18	82	18	83	18	82
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	103	477	100	393	103	477	100	393
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	37	158	40	150	37	158	40	150
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	12	47	13	48	12	47	13	48

* 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
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)	23,3 %	13,1 %	12,3 %	14,0 %	17,0 %	10,5 %	9,9 %	11,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	18,4 %	10,3 %	5,0 %	11,5 %	13,6 %	8,4 %	2,0 %	8,4 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	7,1 %	5,6 %	3,3 %	8,1 %	3,6 %	1,7 %	1,6 %	4,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	2,7 %	4,4 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	2,7 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	5,6 %	1,2 %	5,6 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	0,0 %	2,1 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	270,9	653,0	276,6	632,9	337,0	827,2	333,2	788,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	257,2	633,0	213,2	562,8	316,6	792,1	371,0	773,5

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	206,5	351,4	240,0	412,2	285,3	526,8	238,5	490,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	156,0	349,4	0,0	487,8	0,0	483,3	0,0	451,9
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	197,7	178,3	161,7	378,3	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	178,3	0,0	378,3	0,0	0,0	0,0	0,0

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

² Unter Kontakt zum psychiatrisches Versorgungssystem werden Kontakte bei niedergelassenen Fachärzten (Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69) oder zur PIA oder im Krankenhaus mit Fachabteilung 29xx (Allgemeine Psychiatrie), 30xx (Kinder- und Jugendpsychiatrie) oder 31xx (Psychosomatik/Psychotherapie) definiert. Nicht berücksichtigt werden Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen sowie folgende EBMs: Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt

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

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

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	472	472	486	486	472	472	486	486
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	421	420	400	436	421	420	400	436
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	176	189	166	211	176	189	166	211
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	61	72	52	85	61	72	52	85
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	282	289	249	279	282	289	249	279
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	125	132	103	143	125	132	103	143
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	45	51	33	59	45	51	33	59

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
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)	14,3 %	12,1 %	17,3 %	11,0 %	11,4 %	8,3 %	15,3 %	8,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	10,3 %	11,1 %	14,5 %	9,0 %	7,8 %	5,5 %	10,8 %	7,5 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	10,2 %	9,5 %	12,7 %	6,2 %	4,5 %	4,2 %	3,6 %	2,4 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	9,6 %	6,1 %	5,8 %	6,3 %	2,4 %	3,8 %	1,9 %	2,1 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	6,6 %	4,2 %	7,7 %	5,9 %	0,0 %	2,8 %	0,0 %	1,2 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	2,2 %	2,0 %	6,1 %	6,8 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	1,7 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	295,5	497,0	310,0	482,4	378,5	741,3	360,2	672,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	251,6	418,9	273,9	439,5	344,3	770,5	331,9	599,4

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	220,5	316,0	186,7	320,9	229,4	450,9	243,6	431,1
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	205,4	369,0	168,2	277,3	228,0	446,4	240,8	451,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	166,5	286,9	166,2	284,8	0,0	274,5	0,0	322,3
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	149,0	259,3	160,7	306,9	0,0	259,3	0,0	322,3

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 EBM: Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt

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

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

Tabelle 130: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.550	1.550	1.550	1.550
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.518	1.520	1.511	1.516
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%	3,1%	2,1%	3,4%
• Vier (B)	0,3%	0,4%	0,3%	0,6%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,1%	0,1%	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)

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	529	529	529	529
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	511	505	516	516
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%	3,2%	3,4%	3,0%
• Vier (B)	0,4%	0,6%	0,4%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,4%	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)

Tabelle 131: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche
Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	123	123	123	123
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	123	123	123	123
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,0%	3,3%	0,8%	7,3%
• Vier (B)	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%

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)

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	83	83	83	83
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	82	83	83	82
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%	2,4%	3,6%
• Vier (B)	0,0%	2,4%	0,0%	2,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Tabelle 132: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	909	909	917	917
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	418	722	396	682
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,7	1,5	1,6	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	31,1	99,8	31,9	86,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	25,5%	20,9%	25,7%	15,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	23	20	17	27
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,5	1,7	1,2	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,8	0,5	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,2%	0,3%	0,2%

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.

² Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	254	254	280	280
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	131 1,7 47,2 17,3%	179 2,0 69,4 14,6%	140 1,8 42,6 15,0%	183 2,1 59,1 11,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	22 1,6 1,9 0,0%	23 1,4 2,6 0,4%	20 1,9 2,2 0,7%	18 1,9 3,0 1,1%

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.

Tabelle 133: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	1.034	902
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	28,5% 115,6	29,6% 114,7
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	661	549
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	19,5% 114,4	20,1% 110,8
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	338	260
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	10,4% 128,3	10,6% 117,9

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)

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	299	291
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	47,8% 134,3	50,5% 114,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	251	236
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	40,1% 131,2	41,9% 117,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	166	140
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	27,1% 133,5	27,1% 121,4

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

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

Tabelle 134: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche
Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	104	80
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	30,8%	38,8%
	119,4	102,5

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

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

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	65	45
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	26,2%	40,0%
	109,7	162,6

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)

Tabelle 135: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.550	1.550
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,6 3 2 - 5	3,8 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,5 2 1 - 3	2,6 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,1 1 0 - 2	1,2 1 0 - 2

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	529	529
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,9 3 2 - 5	4,1 3 2 - 6
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,0 3 1 - 4	3,1 3 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	0,9 0 0 - 1	1,0 1 0 - 1

Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.550	1.550
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	5,9 %	5,8 %

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	529	529
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	6,0 %	3,0 %

Tabelle 137: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche
Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	123	123
<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 %

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	83	83
<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 %

Tabelle 138: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	1.458	1.460
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	418 830 1.059	492 873 997
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) 	32,8 % 5,8 % 15,9 %	28,3 % 1,9 % 17,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	497	513
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	106 232 256	108 242 266
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) 	21,7 % 1,7 % 9,4 %	13,9 % 2,9 % 8,6 %

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

Tabelle 139: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche
Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	123	123
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	55 63 121	60 66 119
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	12,7 % 3,2 % 8,3 %	8,3 % 1,5 % 10,1 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	83	83
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	34 44 77	35 43 75
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) 	2,9 % 0,0 % 6,5 %	11,4 % 0,0 % 8,0 %

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

Tabelle 140: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene
Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p>113</p> <p>7,1 %</p>	<p>138</p> <p>6,5 %</p>
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	<p>176</p> <p>4,5 %</p>	<p>206</p> <p>3,4 %</p>

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	<p>217</p> <p>5,1 %</p>	<p>230</p> <p>7,0 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p>43</p> <p>46,5 %</p>	<p>57</p> <p>47,4 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>112</p> <p>53,6 %</p>	<p>125</p> <p>48,0 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

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 	752 50,9 %	859 45,3 %
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 	607 4,8 %	611 4,9 %

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 ACT 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

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 	264 90,5 %	274 87,2 %
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 	162 91,4 %	150 92,7 %
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 	78 15,4 %	40 25,0 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-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

14.2 Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Abbildung 92: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

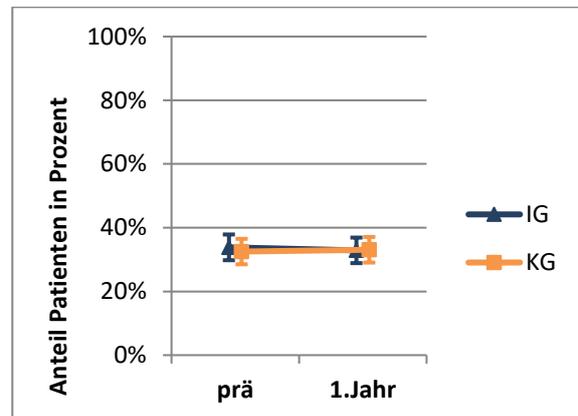
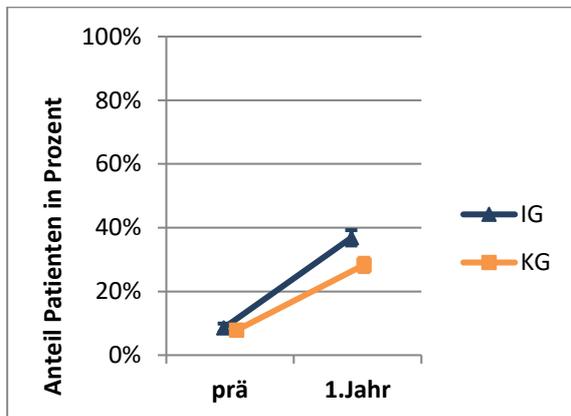
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten

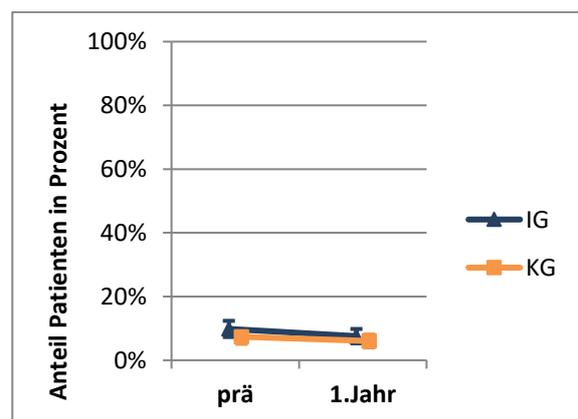
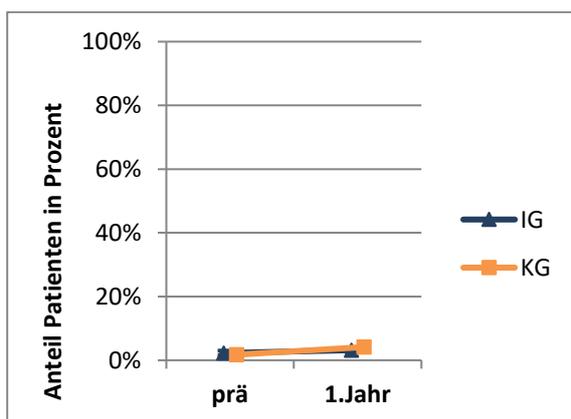
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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

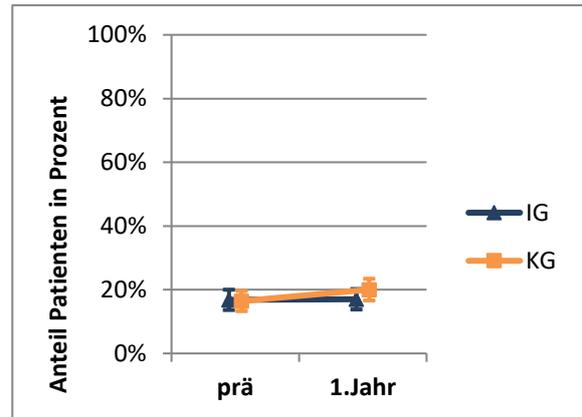
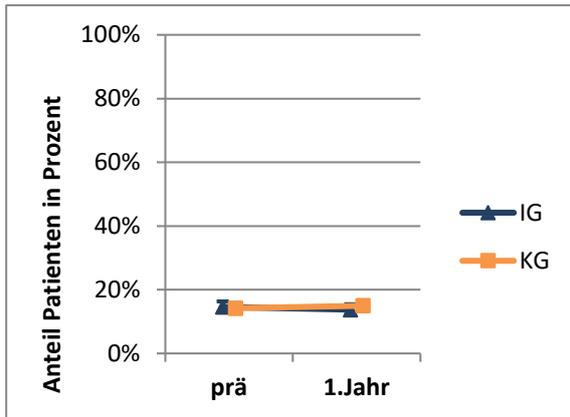
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)



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

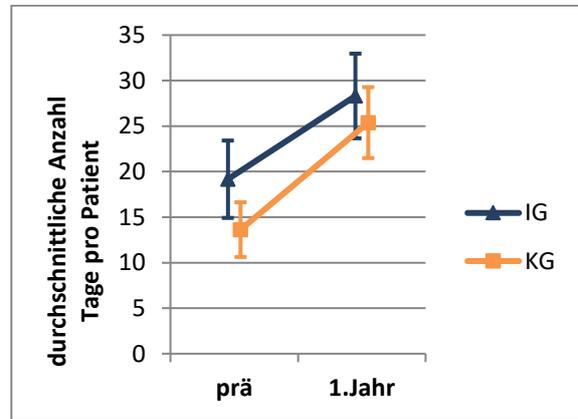
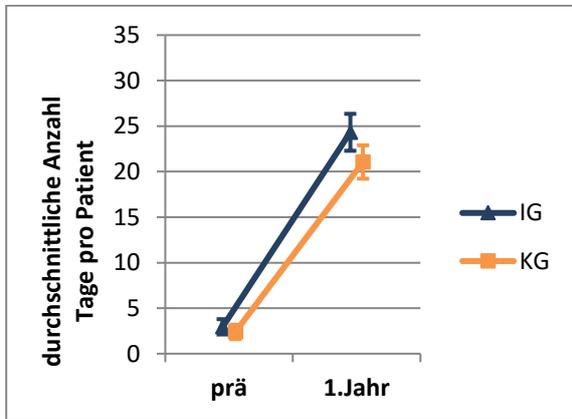


Erwachsene, klinikneue Patienten

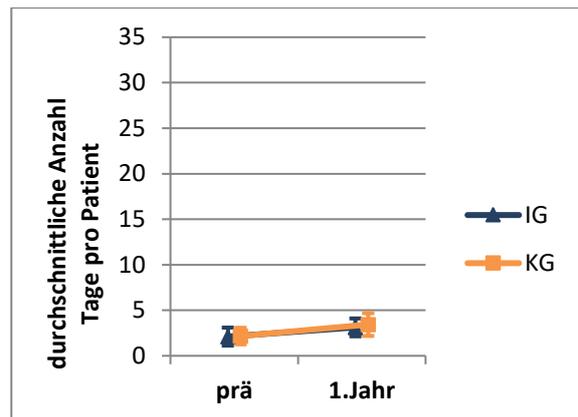
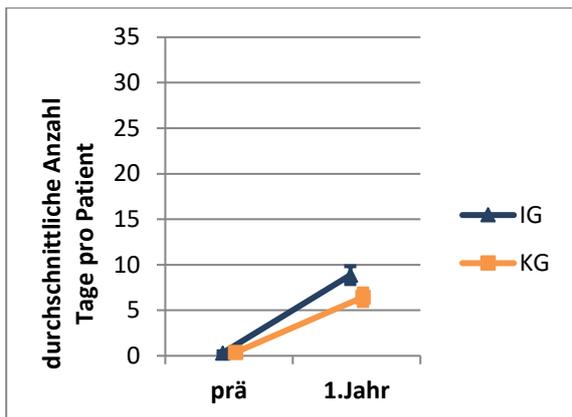
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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

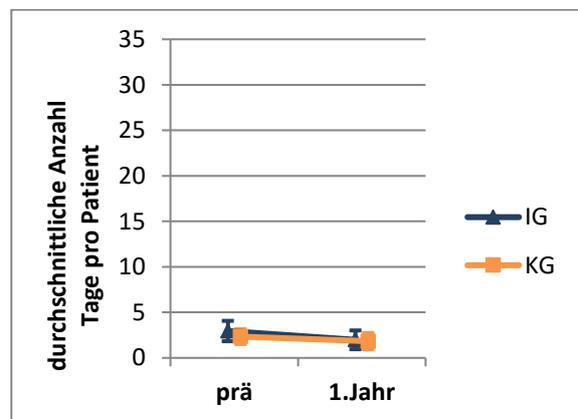
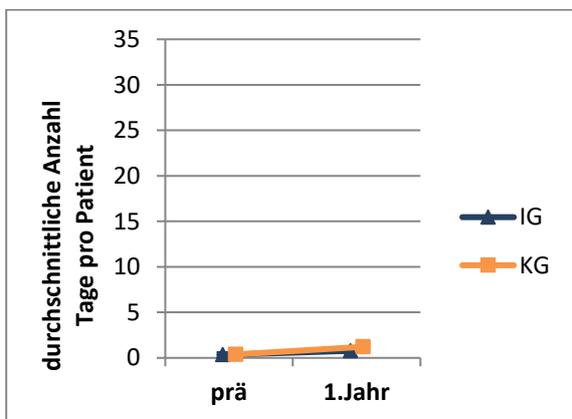
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



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



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



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

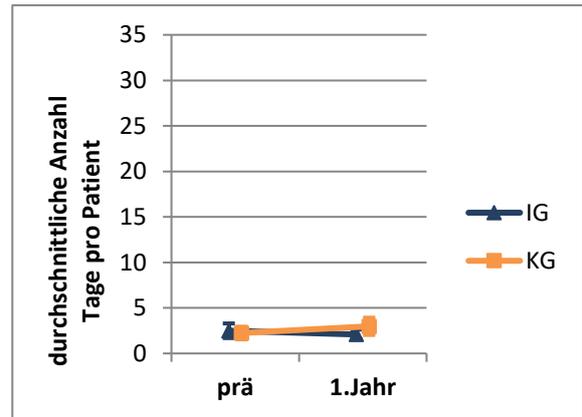
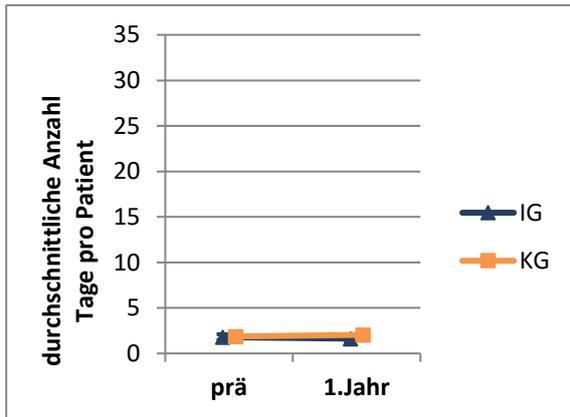


Abbildung 93: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

Legende für die folgenden Abbildungen:

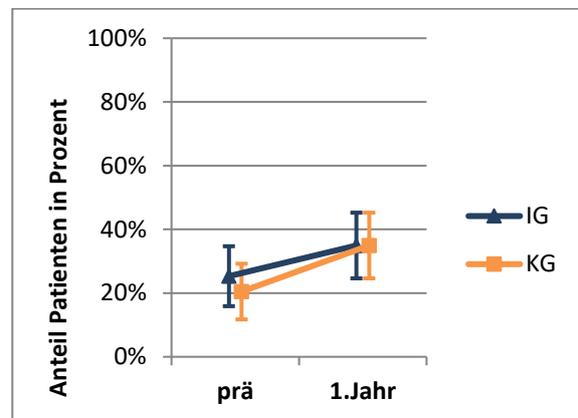
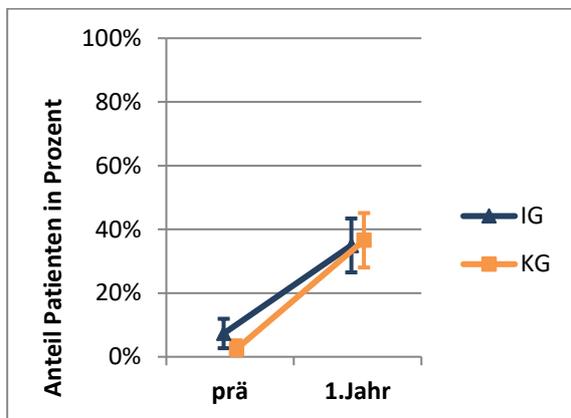
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

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

- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

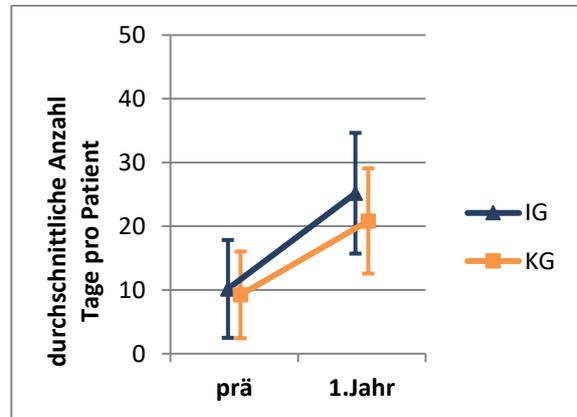
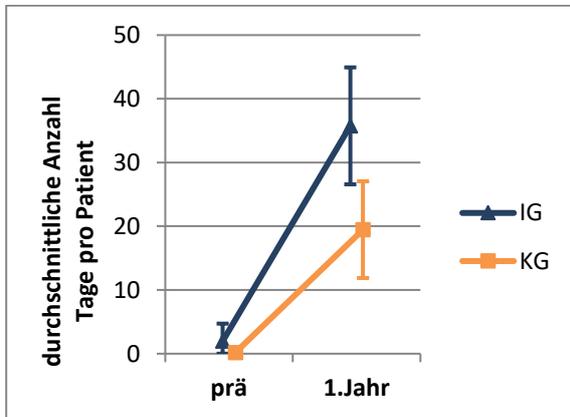
Fallzahl zu klein

Kinder, klinikneue Patienten

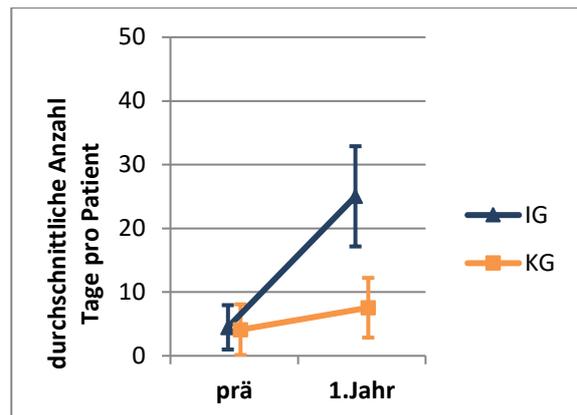
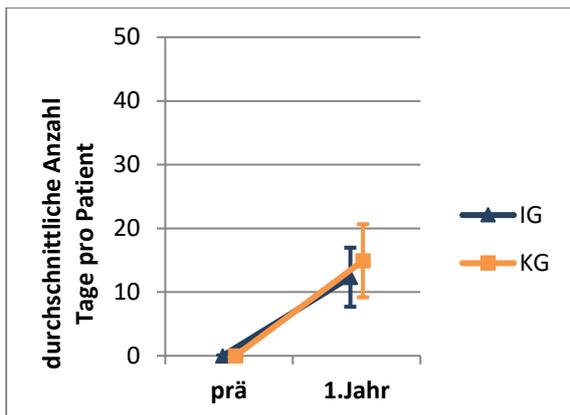
Kinder, klinikbekannte Patienten

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

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



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



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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Abbildung 94: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

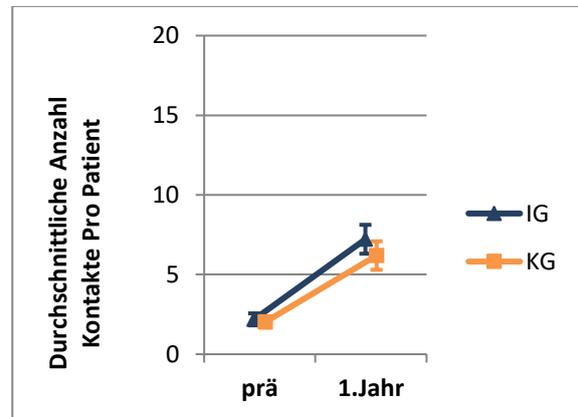
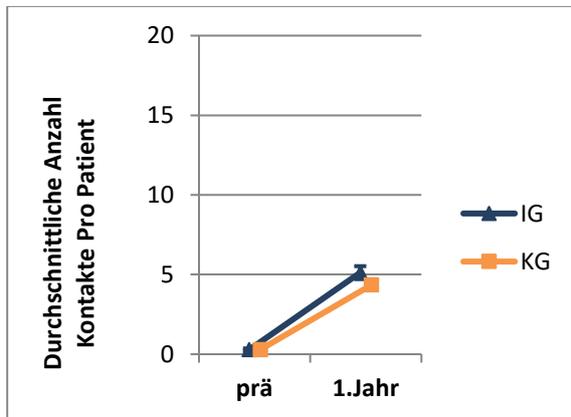
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten

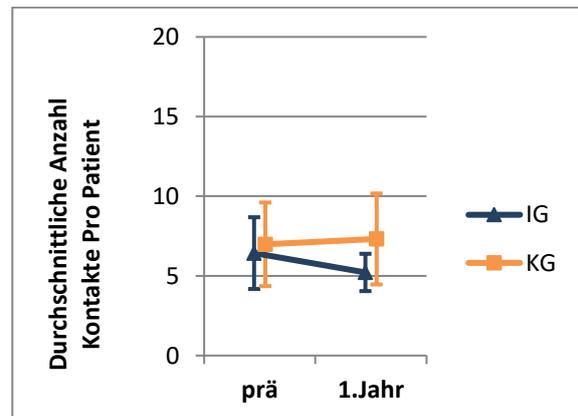
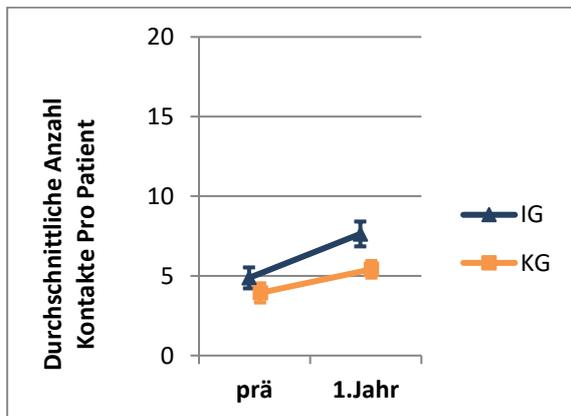
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

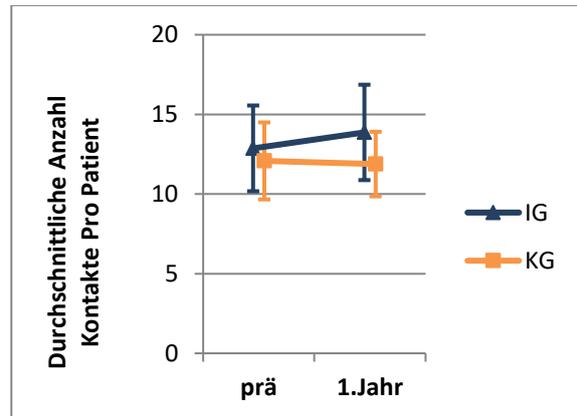
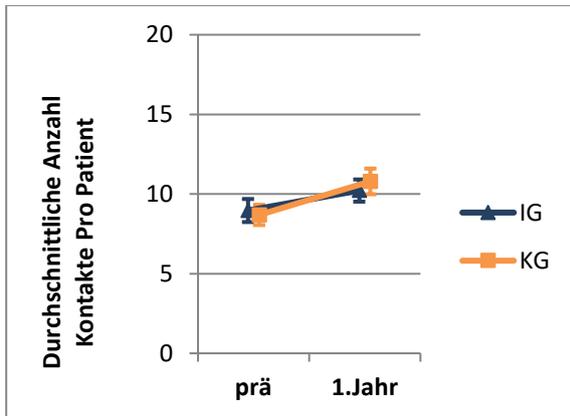
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- bei anderen Vertragsärzten (E)



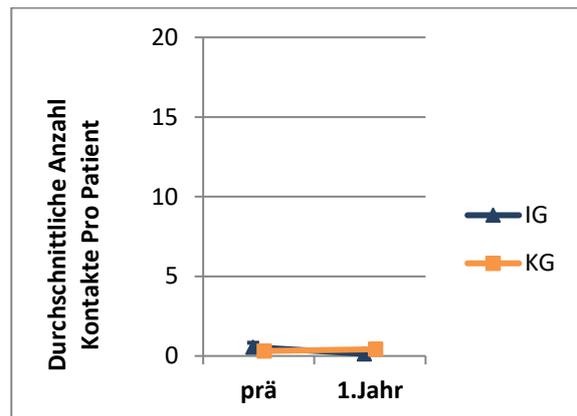
Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

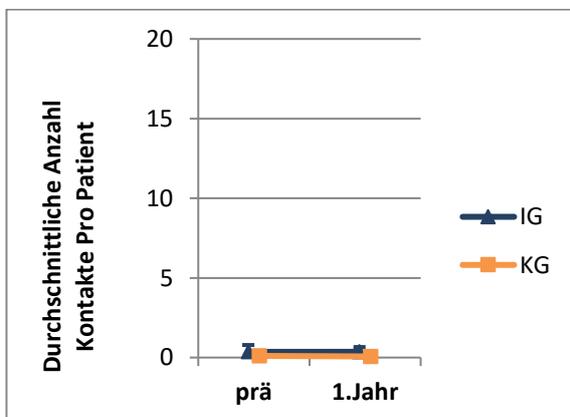
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

Fallzahl zu klein

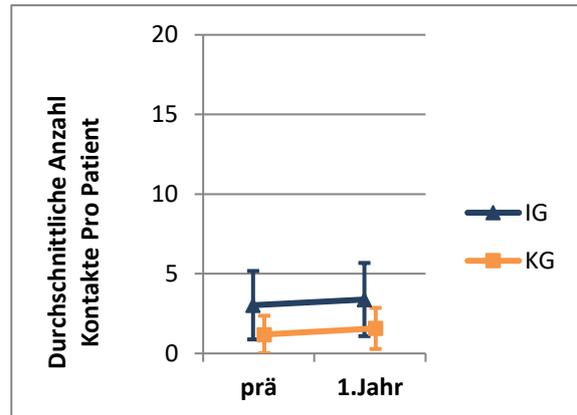
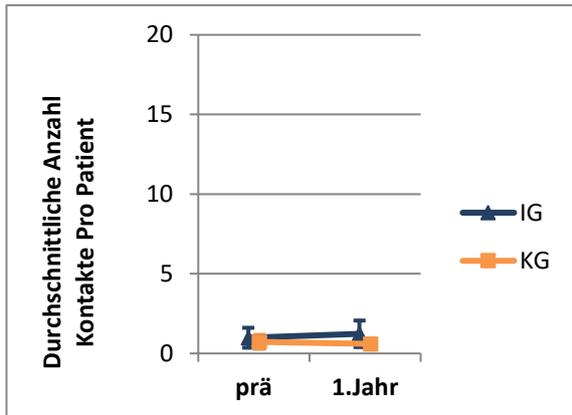


- bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)



Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

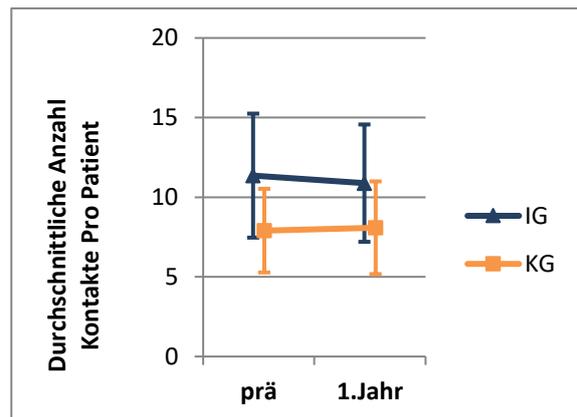
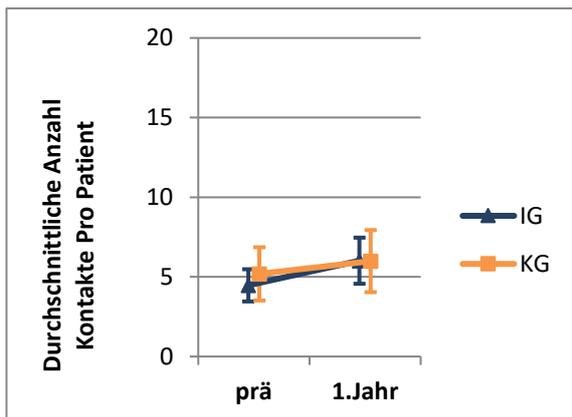


Abbildung 95: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

Legende für die folgenden Abbildungen:

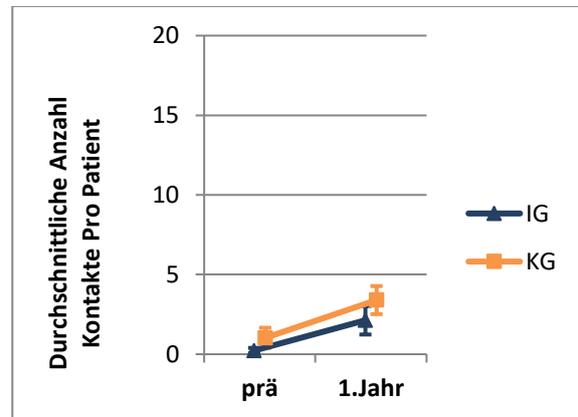
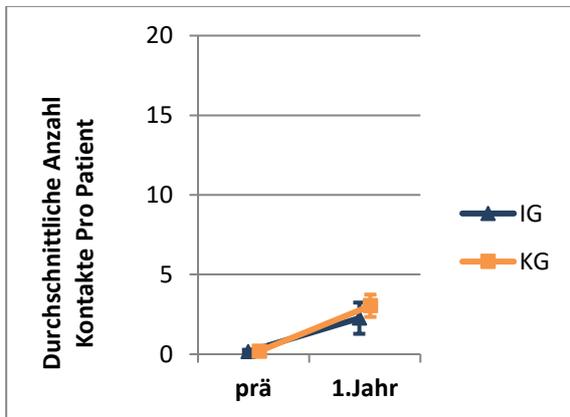
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kinder, klinikneue Patienten

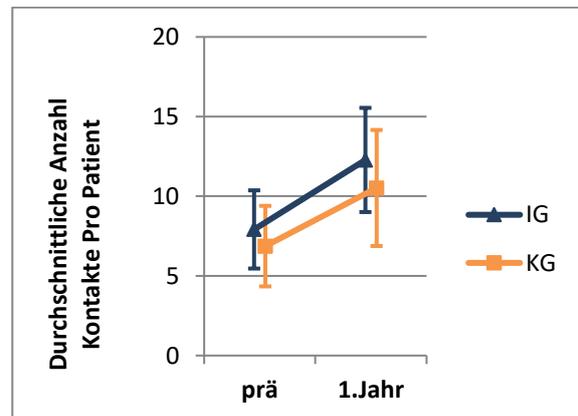
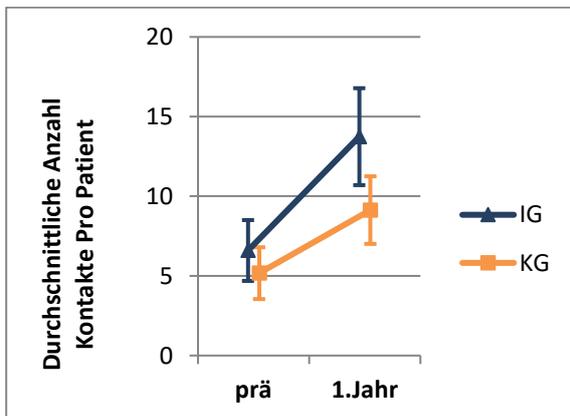
Kinder, klinikbekannte Patienten

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

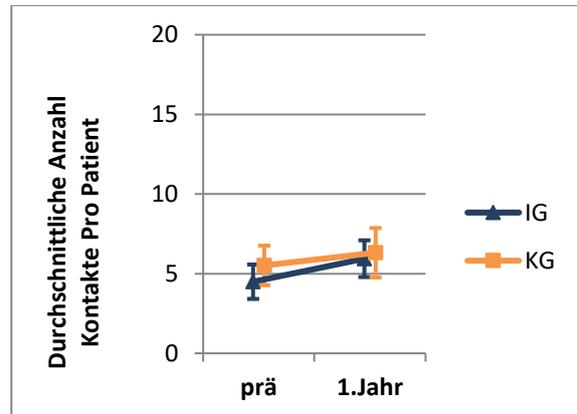
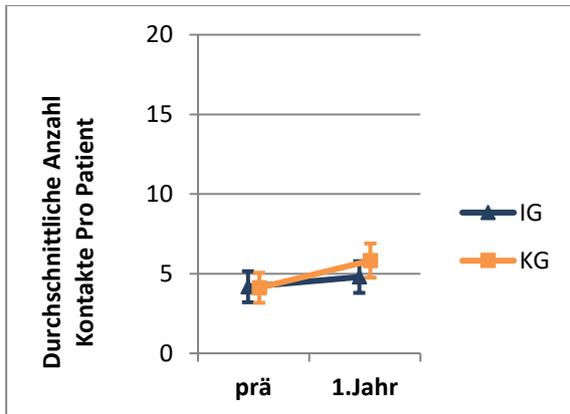
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- bei anderen Vertragsärzten (E)



Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

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

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Vertragsärzten (F)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Abbildung 96: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

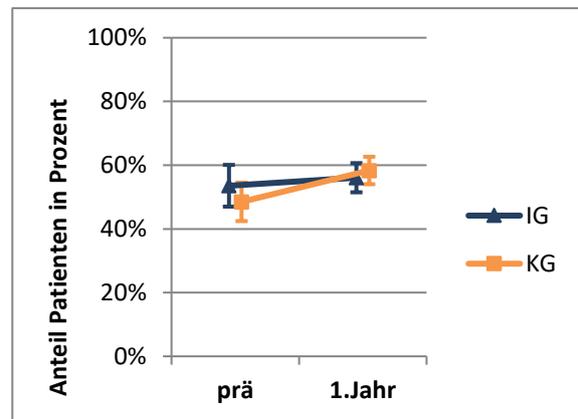
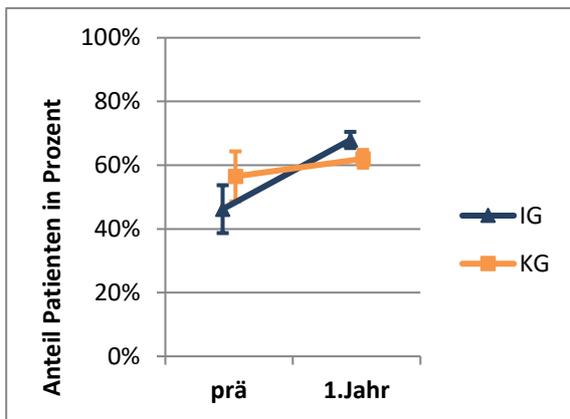
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten

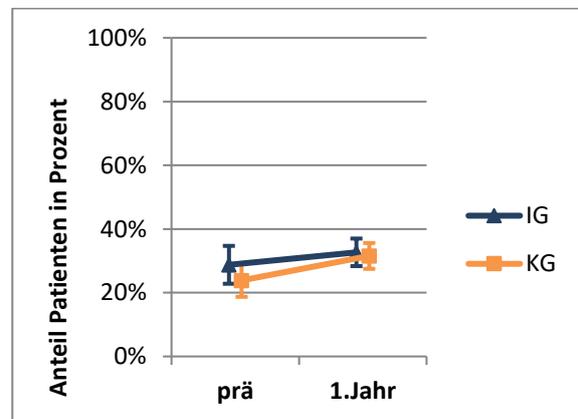
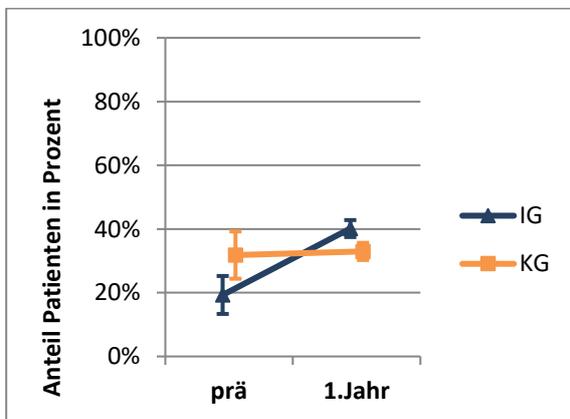
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

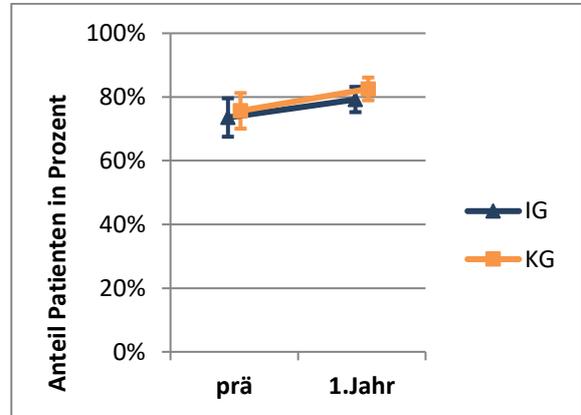
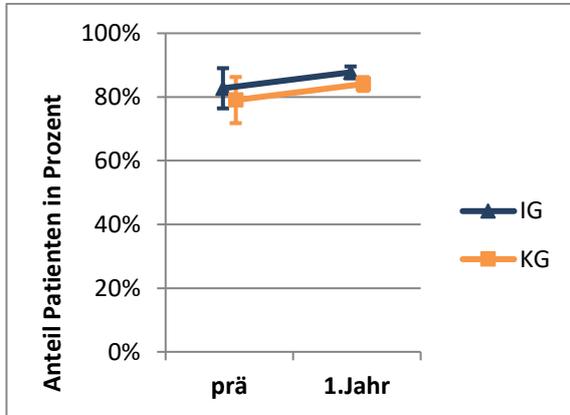


Erwachsene, klinikneue Patienten

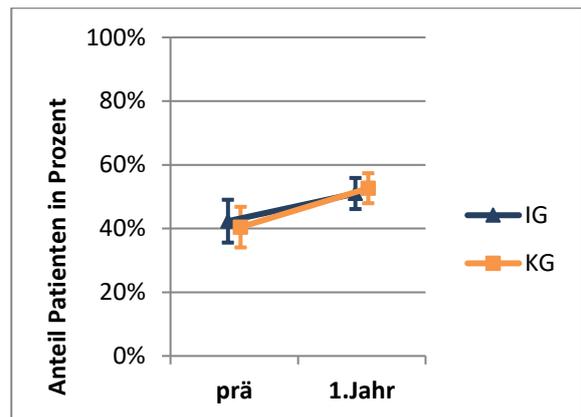
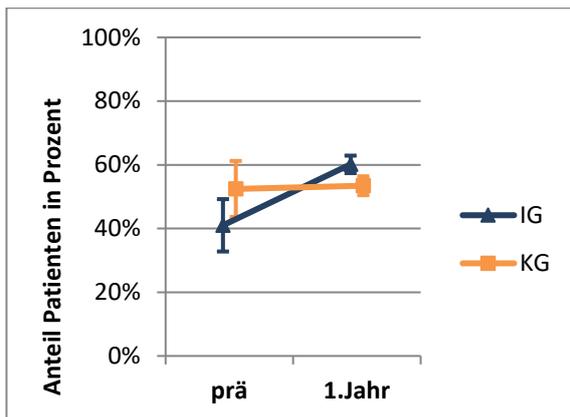
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

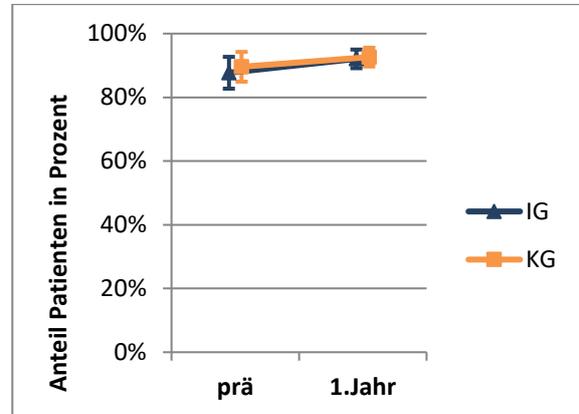
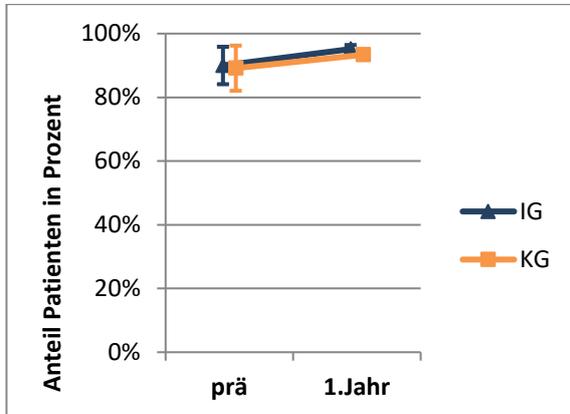


Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

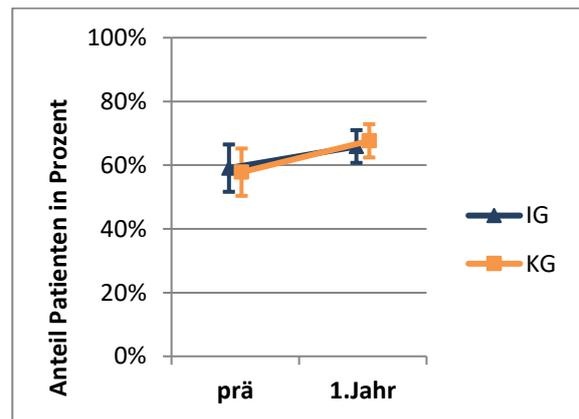
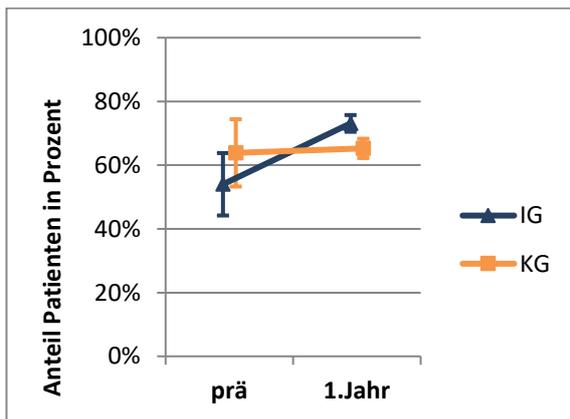


Abbildung 97: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

Legende für die folgenden Abbildungen:

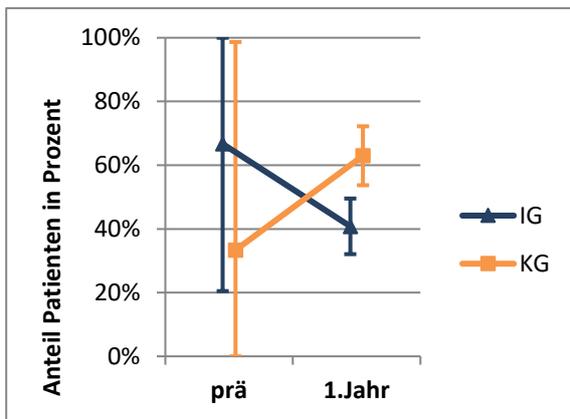
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



Fallzahl zu klein

- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

Fallzahl zu klein

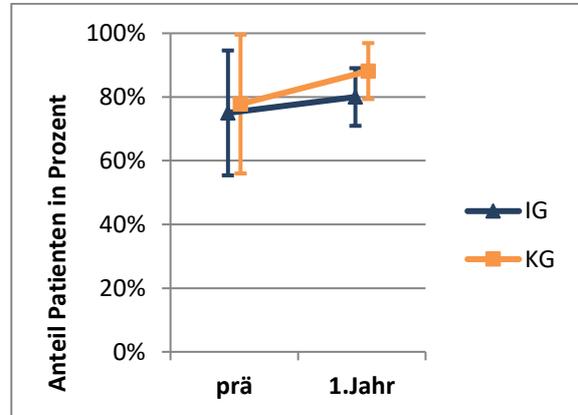
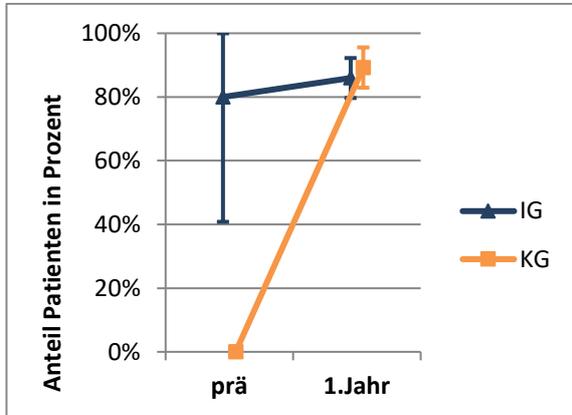
Fallzahl zu klein

Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

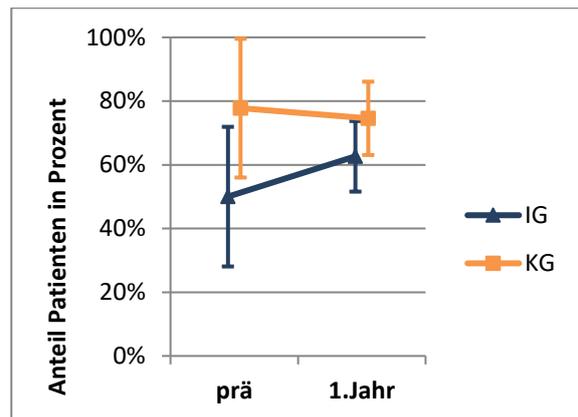
Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

Fallzahl zu klein

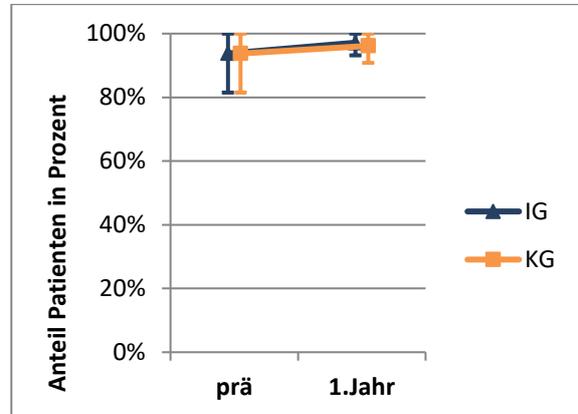
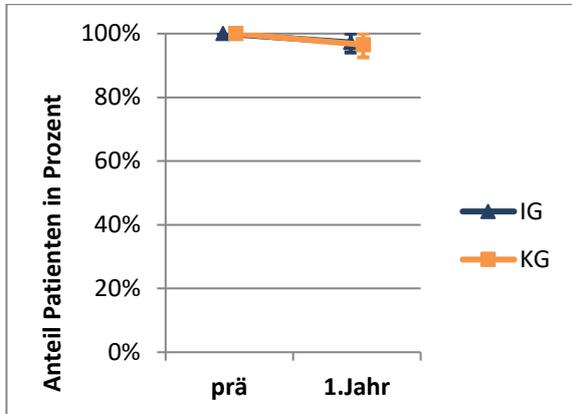


Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

Fallzahl zu klein

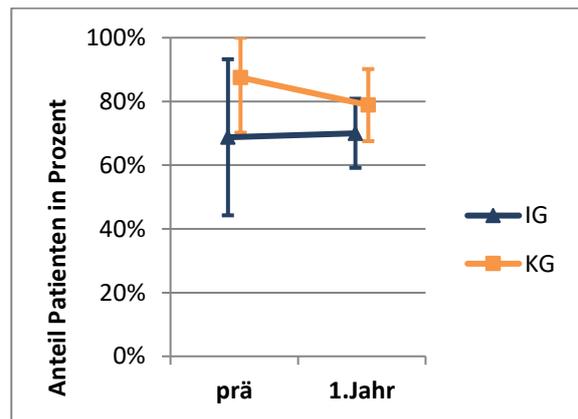


Abbildung 98: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

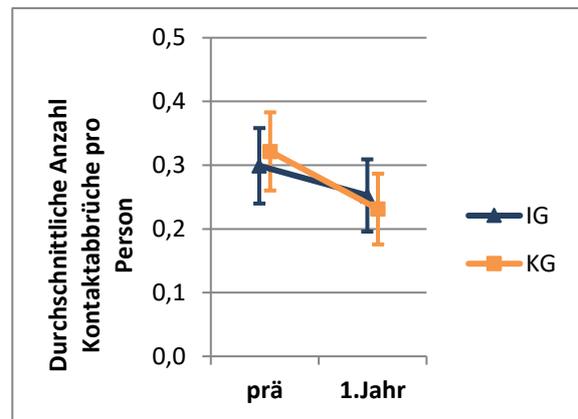
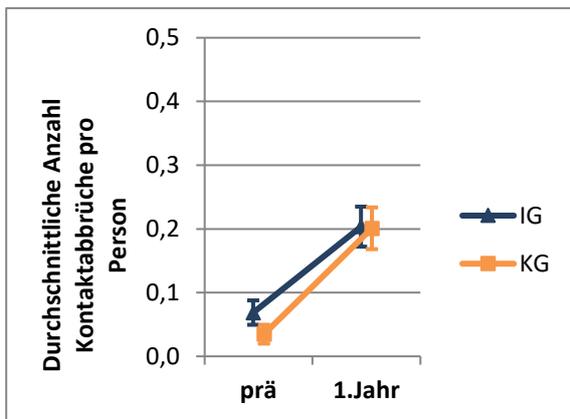
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

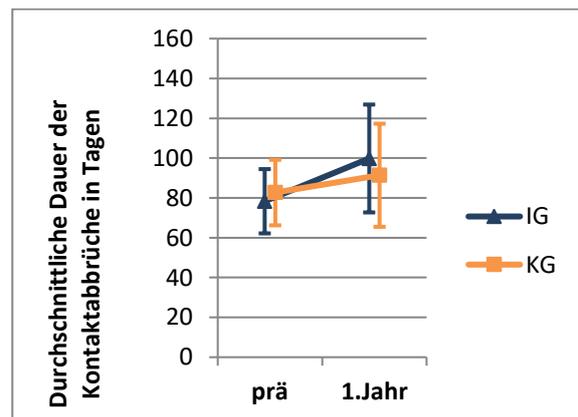
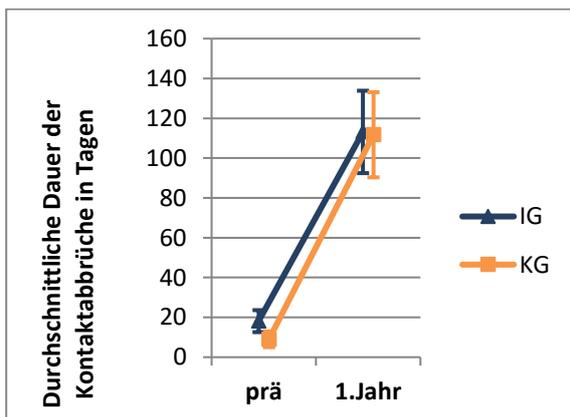


Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

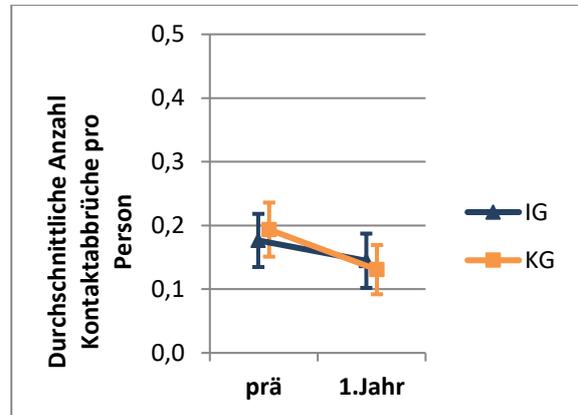
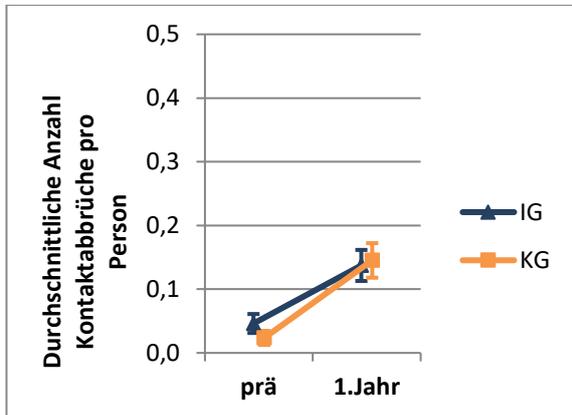


Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

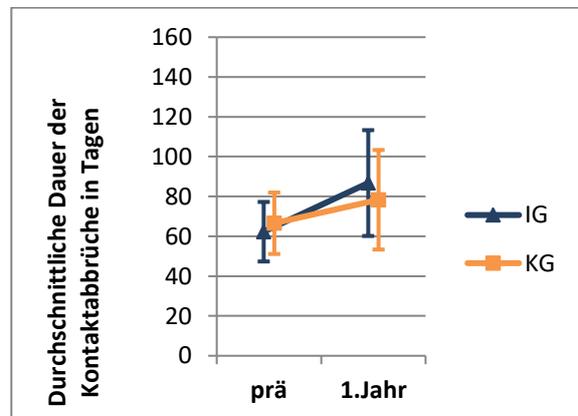
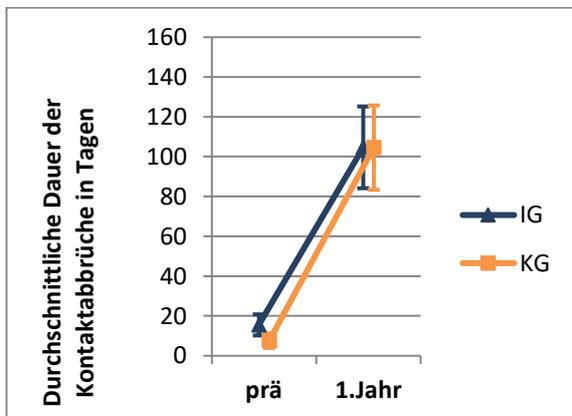


Abbildung 99: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

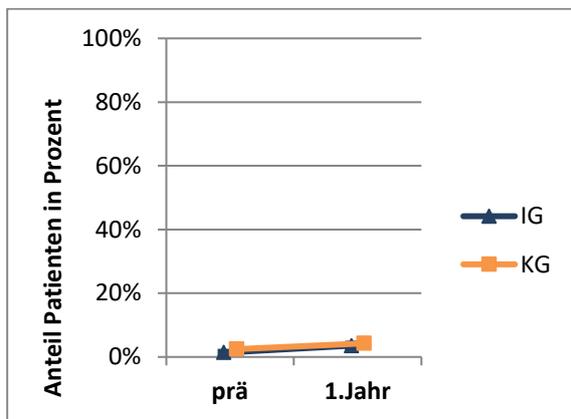
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

- **Anteil Patienten bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose**



Fallzahl zu klein

Abbildung 100: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

- **Anteil Patienten bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Abbildung 101: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

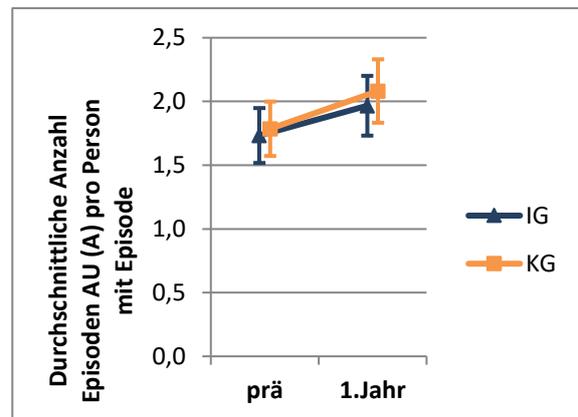
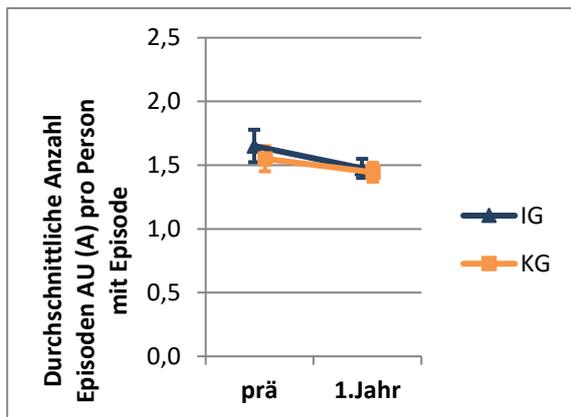
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten

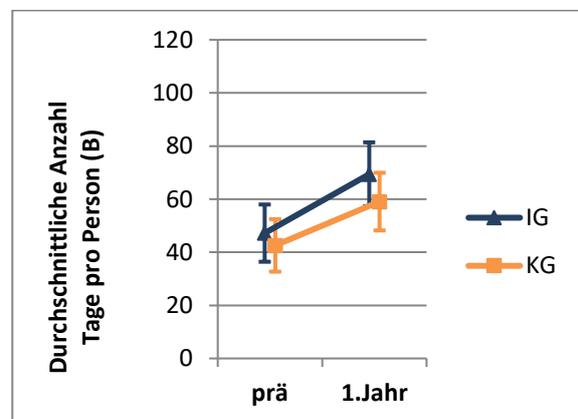
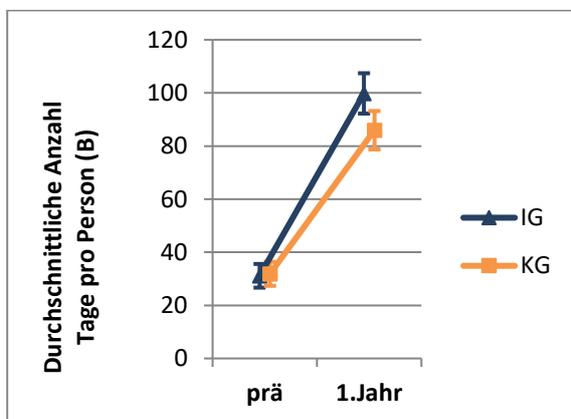
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

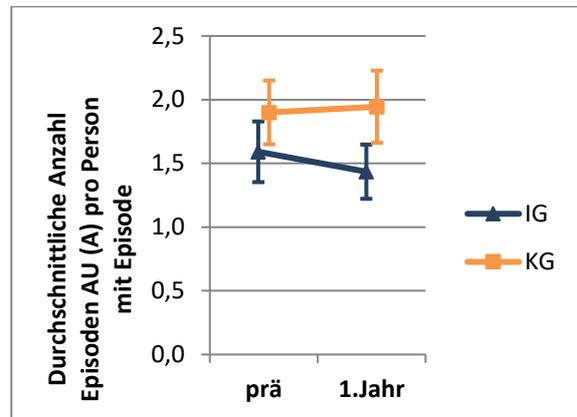
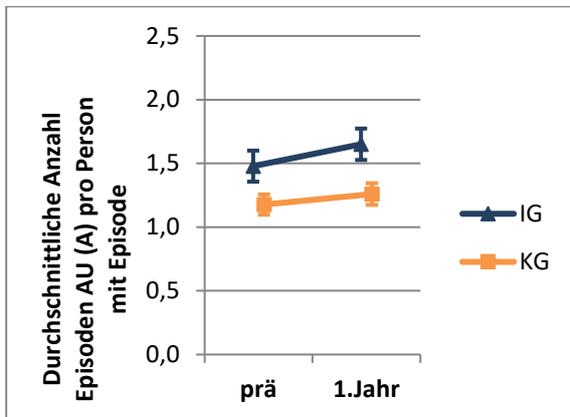


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

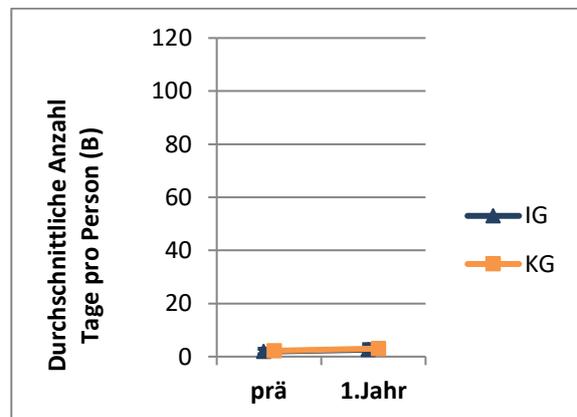
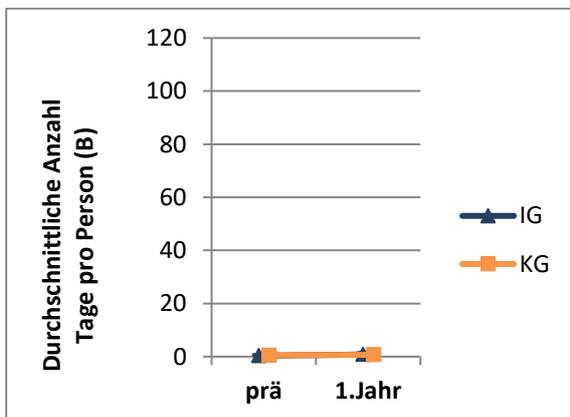


Abbildung 102: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

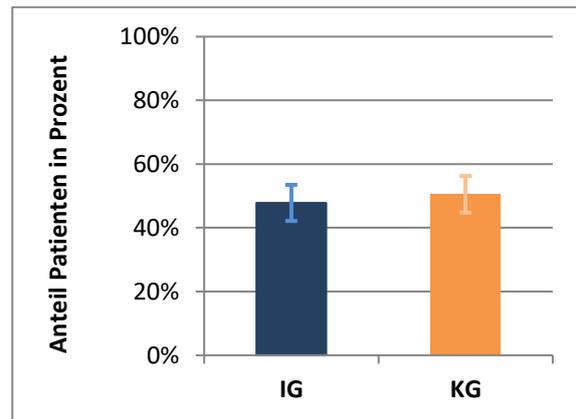
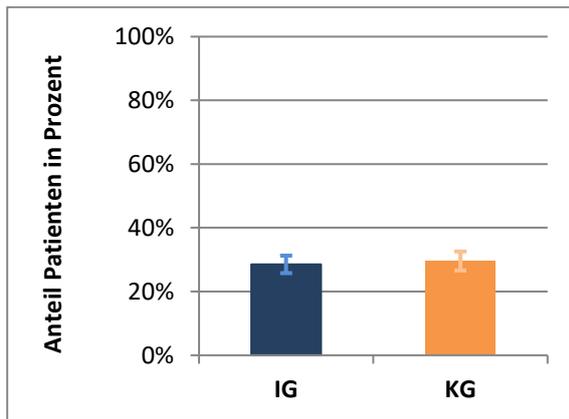
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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



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

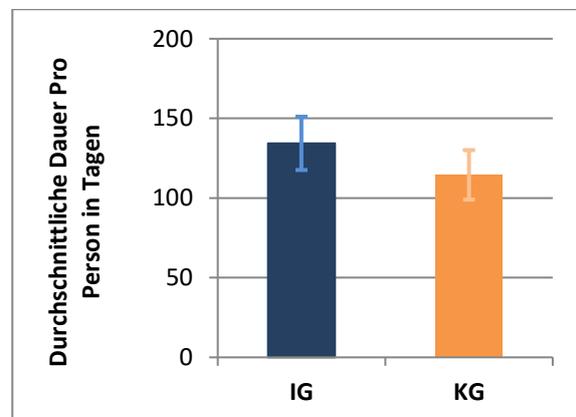
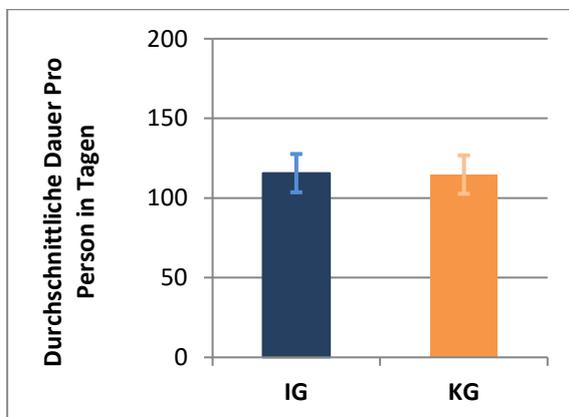


Abbildung 103: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Kinder, klinikneue Patienten**Kinder, klinikbekannte Patienten****Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) (alle)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Abbildung 104: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Mittlerer Elixhauser Score

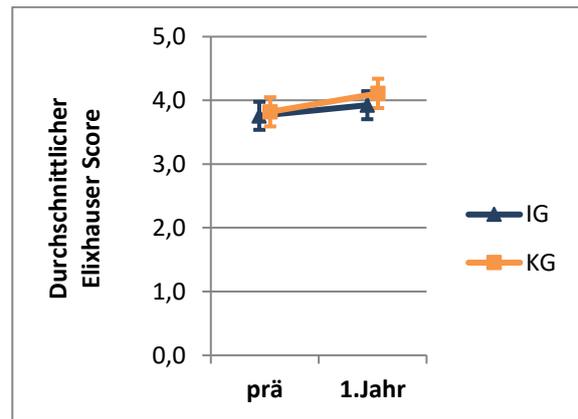
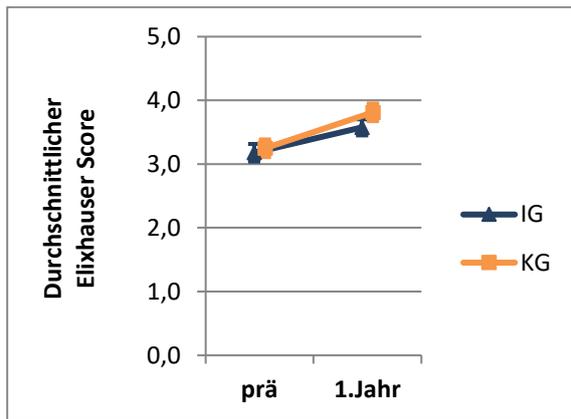


Abbildung 105: Grafische Darstellung für Mortalität - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Anzahl Tode

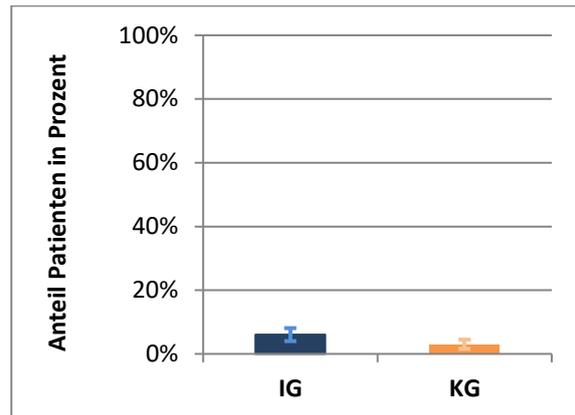
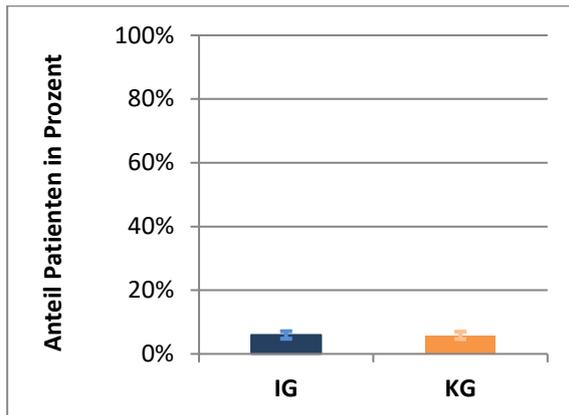


Abbildung 106: Grafische Darstellung für Mortalität - Kinder und Jugendliche

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

Anzahl Tode

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Abbildung 107: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

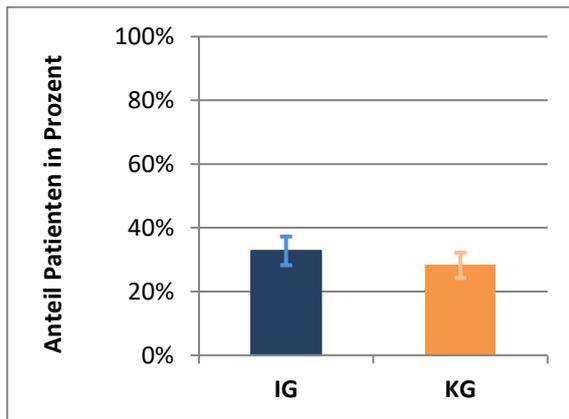
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Progression A (→ schwere depressive Störung)



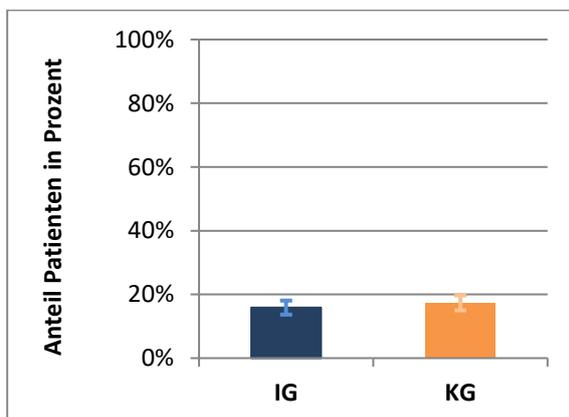
Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)



Fallzahl zu klein

Abbildung 108: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Kinder, klinikneue Patienten**Kinder, klinikbekannte Patienten****Progression A (→ schwere depressive Störung)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Abbildung 109: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alle Patienten

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

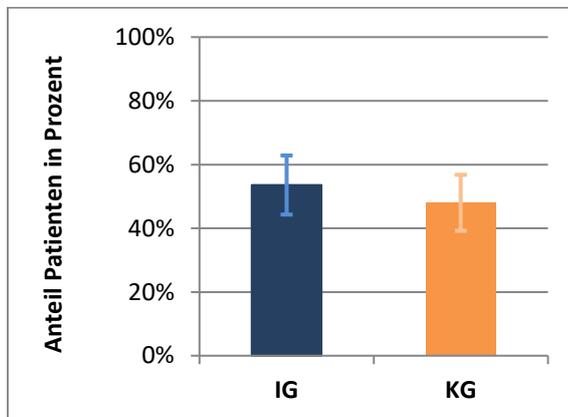
Demenz D

Fallzahl zu klein

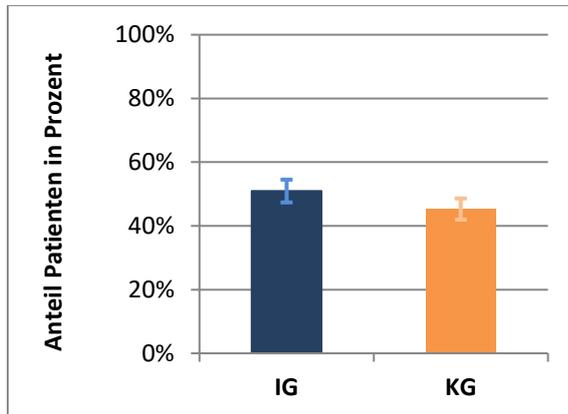
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F



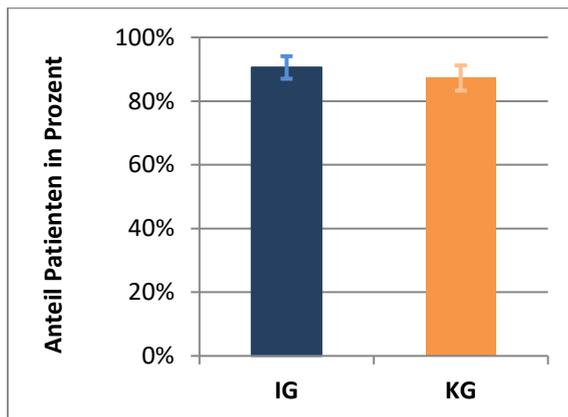
Depression G



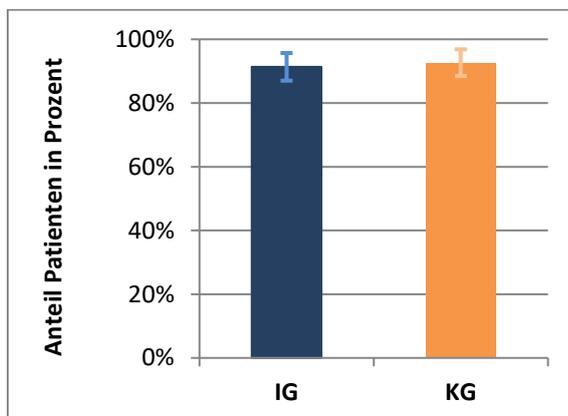
Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

14.3 Ergebnisse Modellierung

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Prä-Zeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (erster Teil) oder im 3. Modelljahr (zweiter Teil) statt.

Interpretation: Umschließt der Konfidenzintervall den Wert 1 ist dieser Einflussfaktor statistisch nicht signifikant. Die Ausprägung der Signifikanz ist jeweils als violetter Hintergrund (violett = statistisch signifikant, nicht violett = nicht statistisch signifikant) und Markierung von * dargestellt. Je mehr *** dargestellt sind, desto höher ist die statistische Signifikanz.

Tabelle 141: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	2,71*** 2,35...3,06	-0,40*** -0,49...-0,32	-0,34*** -0,48...-0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,94** 0,89...0,98	0,71*** 0,62...0,81	0,83*** 0,77...0,89
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,73** 1,26-2,39	0,44*** 0,44-0,45	0,80 0,56-1,13	1,14*** 1,09-1,20	0,63*** 0,54-0,73	0,85*** 0,79-0,92
Gruppe	0,90 0,68-1,18	2,36*** 2,33-2,39	0,98 0,75-1,29	1,08 0,88-1,32	0,69 0,33-1,46	1,07 0,76-1,50
Zeit	4,92*** 3,89-6,23	17,71*** 17,48-17,93	1,14 0,89-1,46	7,34*** 7,11-7,59	3,36*** 3,02-3,74	1,05 0,99-1,10
Indexgruppe 6 (F10)	2,36*** 1,92-2,91	0,66 0,21-2,09	1,33 0,99-1,78	2,88*** 2,19-3,80	1,00 0,38-2,60	1,69* 1,05-2,72
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,49** 1,12-1,96	0,37 0,07-2,00	1,03 0,70-1,50	2,76*** 1,93-3,95	0,73 0,20-2,67	0,69 0,36-1,29
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,41*** 1,17-1,71	0,33*** 0,33-0,34	0,57*** 0,45-0,74	1,44** 1,12-1,84	0,54 0,23-1,26	0,53** 0,36-0,80
Psy A ¹	1,77*** 1,47-2,13	1,25 0,44-3,59	1,18 0,91-1,54	1,61*** 1,25-2,06	1,20 0,50-2,88	0,86 0,55-1,33
Psy B ²	1,08 0,89-1,32	0,89 0,23-3,49	1,19 0,90-1,58	1,43* 1,08-1,88	1,02 0,38-2,77	1,94** 1,21-3,10
Alter	0,99*** 0,98-0,99	1,00 0,99-1,01	1,04*** 1,03-1,04	0,99** 0,98-1,00	1,01 0,99-1,03	1,05*** 1,04-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,79-1,08	0,49*** 0,48-0,49	1,16 0,93-1,45	0,96 0,78-1,19	0,68 0,33-1,41	1,48* 1,03-2,13
Komorbidität ³	1,00 0,97-1,04	1,13*** 1,11-1,14	1,21*** 1,16-1,26	1,02 0,97-1,07	1,01 0,86-1,18	1,34*** 1,25-1,44
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,91 0,72-1,16	0,52*** 0,51-0,53	1,38* 1,06-1,80	1,17 0,87-1,58	0,57 0,19-1,68	2,62*** 1,65-4,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,44*** 2,07-2,87	0,62 0,24-1,61	2,55*** 2,04-3,20	1,77*** 1,43-2,18	0,88 0,41-1,86	3,61*** 2,51-5,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96 0,82-1,12	1,06*** 1,05-1,08	0,64*** 0,51-0,80	0,01*** 0,01-0,02	1,02 0,47-2,18	0,63* 0,44-0,91

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 142: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-2,61*** -3,40...-1,81	-0,46*** -0,72...-0,20	-1,14*** -1,41...-0,87
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,79*** 0,76...0,82	0,86** 0,76...0,96	0,63*** 0,57...0,70
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,93 0,60-1,44	1,90 0,58-6,26	0,86 0,50-1,48	0,74*** 0,71-0,77	1,14* 1,01-1,29	0,66*** 0,59-0,75
Gruppe	1,17 0,85-1,61	1,19 0,40-3,56	0,92 0,60-1,41	2,04*** 1,45-2,87	1,27 0,54-2,98	0,97 0,57-1,66
Zeit	1,00 0,74-1,37	0,36* 0,14-0,89	1,35 0,92-1,98	1,98*** 1,92-2,04	0,59*** 0,53-0,65	1,38*** 1,27-1,50
Indexgruppe 6 (F10)	2,92*** 2,16-3,95	0,48 0,14-1,71	1,34 0,91-1,97	3,94*** 2,57-6,02	2,32 0,87-6,20	0,99 0,51-1,92
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,67** 1,16-2,41	0,08** 0,01-0,44	0,30*** 0,17-0,52	4,39*** 2,60-7,41	0,27 0,06-1,14	0,16*** 0,07-0,39
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,82-1,50	0,08** 0,02-0,33	0,59** 0,40-0,87	1,45 0,94-2,23	0,52 0,19-1,43	0,45* 0,24-0,87
Psy A ¹	1,61* 1,11-2,34	1,04 0,23-4,71	1,19 0,75-1,90	2,37** 1,40-4,01	1,97 0,53-7,24	0,84 0,38-1,86
Psy B ²	1,28 0,98-1,68	2,60 0,71-9,44	0,94 0,65-1,38	1,09 0,73-1,62	1,58 0,58-4,29	1,02 0,54-1,93
Alter	0,98*** 0,98-0,99	0,94** 0,90-0,98	1,02** 1,01-1,03	0,97*** 0,96-0,98	0,99 0,96-1,02	1,02* 1,00-1,04
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,79-1,30	0,64 0,22-1,87	0,75 0,53-1,05	1,09 0,76-1,56	0,52 0,21-1,27	0,77 0,44-1,37
Komorbidität ³	1,02 0,96-1,07	1,79*** 1,32-2,43	1,34*** 1,25-1,45	0,99 0,92-1,07	1,10 0,90-1,33	1,71*** 1,52-1,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,36 0,98-1,88	0,88 0,21-3,71	1,72** 1,16-2,55	2,18** 1,37-3,45	0,53 0,13-2,07	2,50** 1,26-4,97
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	5,49*** 4,13-7,30	1,46 0,47-4,54	1,55* 1,09-2,20	5,08*** 3,51-7,34	1,88 0,72-4,89	2,19** 1,22-3,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,41*** 0,32-0,53	1,85 0,61-5,57	0,49*** 0,34-0,69	0,02*** 0,02-0,04	1,20 0,48-2,96	0,33*** 0,19-0,59

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und 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 143: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	4,14*** 3,79...4,49	-0,20*** -0,29...-0,11	-0,13 -0,27...0,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,23*** 1,17...1,29	0,73*** 0,65...0,82	0,94 0,88...1,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,40 1,00-1,96	0,90*** 0,89-0,91	1,40 0,99-1,97	1,11*** 1,06-1,17	0,56*** 0,49-0,63	1,13** 1,05-1,22
Gruppe	1,06 0,79-1,41	3,10*** 3,07-3,13	0,90 0,70-1,15	1,31* 1,05-1,63	1,14 0,55-2,36	1,09 0,75-1,58
Zeit	6,18*** 4,80-7,95	0,94*** 0,93-0,95	0,89 0,69-1,13	8,59*** 8,28-8,90	1,15** 1,06-1,25	0,97 0,92-1,03
Indexgruppe 6 (F10)	2,63*** 2,12-3,25	1,31*** 1,30-1,32	1,19 0,92-1,53	4,47*** 3,32-6,02	0,42 0,15-1,21	1,30 0,77-2,21
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,83*** 1,37-2,44	0,16*** 0,16-0,16	0,66* 0,46-0,94	3,55*** 2,40-5,24	0,15* 0,03-0,79	0,69 0,34-1,42
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,77*** 1,47-2,13	0,18*** 0,17-0,18	0,53*** 0,43-0,66	1,26 0,98-1,62	0,19*** 0,08-0,46	0,45*** 0,29-0,70
Psy A ¹	1,58*** 1,31-1,90	0,52*** 0,51-0,52	1,45** 1,15-1,82	1,72*** 1,32-2,23	1,36 0,57-3,23	1,49 0,93-2,39
Psy B ²	1,17 0,95-1,43	1,91*** 1,89-1,93	1,00 0,77-1,28	1,34 0,99-1,81	0,72 0,24-2,21	0,89 0,53-1,50
Alter	0,99*** 0,99-1,00	1,01* 1,00-1,01	1,03*** 1,02-1,03	0,99* 0,99-1,00	1,01 0,99-1,03	1,05*** 1,03-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,86-1,17	0,73*** 0,73-0,74	1,02 0,85-1,23	1,19 0,96-1,48	0,38* 0,18-0,81	1,10 0,75-1,62
Komorbidität ³	1,02 0,98-1,05	1,08*** 1,07-1,09	1,19*** 1,14-1,23	1,03 0,98-1,08	0,99 0,85-1,16	1,45*** 1,34-1,57
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,81-1,29	0,42*** 0,42-0,43	1,71*** 1,36-2,15	1,00 0,73-1,37	0,53 0,18-1,51	3,12*** 1,90-5,12
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,10*** 1,79-2,47	6,23*** 6,16-6,29	2,05*** 1,69-2,49	1,57*** 1,26-1,96	2,20* 1,01-4,81	3,57*** 2,40-5,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94 0,81-1,11	0,35*** 0,34-0,35	0,52*** 0,43-0,64	0,01*** 0,01-0,02	0,37* 0,17-0,80	0,38*** 0,25-0,56

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und 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 144: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	3,31*** 3,03...3,59
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	7,14*** 6,85...7,43
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	4,91*** 4,62...5,19
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,04* 1,00...1,09
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,60*** 1,52...1,68
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,47*** 1,41...1,54
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,17*** 1,13-1,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,70*** 1,62-1,79
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,27*** 1,21-1,33

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

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	1,25* 1,05-1,48
Zeit	7,73*** 7,51-7,95
Indexgruppe 6 (F10)	3,56*** 3,04-4,16
Indexgruppe 7 (F20-F29)	3,68*** 3,00-4,50
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,58*** 1,38-1,80
Psy A ¹	1,64*** 1,43-1,88
Psy B ²	1,18* 1,01-1,38
Alter	0,99*** 0,99-0,99
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,92-1,15
Komorbidität ³	1,01 0,99-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,14 0,97-1,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,58*** 1,41-1,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01*** 0,01-0,01
2. vs. 1. Jahr	0,84 0,69-1,02
3. vs. 1. Jahr	1,01 0,83-1,24

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 145: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	14,50*** 13,17...15,84	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,17*** 0,11...0,27	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,29 0,07-1,24	kf	kf	0,17*** 0,11-0,26	kf	kf
Gruppe	3,26 0,84-12,61	kf	kf	17,85*** 7,90-40,35	kf	kf
Zeit	25,98*** 7,70-87,69	kf	kf	105,88*** 69,98-160,20	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,43* 0,21-0,85	kf	kf	0,73 0,29-1,82	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,58 0,23-1,49	kf	kf	0,60 0,18-2,05	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,29** 0,14-0,62	kf	kf	0,25** 0,09-0,70	kf	kf
Alter	1,11 1,00-1,23	kf	kf	1,24** 1,08-1,43	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,54-1,59	kf	kf	1,41 0,68-2,89	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,52-1,74	kf	kf	0,12*** 0,05-0,27	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 146: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	3,42*** 1,68...5,16	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,10 0,98...1,23	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,68 0,21-2,16	kf	kf	1,10 0,98-1,24	kf	kf
Gruppe	1,39 0,51-3,77	kf	kf	0,58 0,19-1,76	kf	kf
Zeit	2,82* 1,19-6,68	kf	kf	2,25*** 2,06-2,44	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,54 0,63-3,76	kf	kf	2,43 0,68-8,71	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,40 0,12-1,29	kf	kf	0,58 0,11-3,02	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,96 0,38-2,45	kf	kf	0,76 0,20-2,90	kf	kf
Alter	1,11 0,97-1,29	kf	kf	1,20 0,98-1,47	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	2,20 0,97-4,98	kf	kf	2,32 0,72-7,45	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73 0,31-1,68	kf	kf	0,04*** 0,01-0,14	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 147: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	7,54*** 6,55...8,53	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,00 0,83...1,21	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,51 0,19-1,38	kf	kf	0,99 0,83-1,20	kf	kf
Gruppe	2,30 0,93-5,68	kf	kf	1,94 0,98-3,82	kf	kf
Zeit	14,62*** 6,38-33,51	kf	kf	18,10*** 15,68-20,88	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,56-1,96	kf	kf	0,84 0,34-2,07	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,30 0,52-3,28	kf	kf	0,59 0,15-2,29	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,65 0,34-1,25	kf	kf	0,50 0,20-1,25	kf	kf
Alter	1,08 0,99-1,18	kf	kf	1,14* 1,00-1,30	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,37 0,84-2,23	kf	kf	1,50 0,74-3,03	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,25 0,76-2,06	kf	kf	0,04*** 0,02-0,08	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 148: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	12,30*** 11,23...13,37
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	2,38*** 1,41...3,36
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	3,02*** 2,03...4,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,14*** 0,09...0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,51*** 0,38...0,69
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,72*** 0,60...0,86
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,15*** 0,10-0,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,51*** 0,38-0,68
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,73** 0,61-0,88

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

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	13,57*** 6,68-27,55
Zeit	128,03*** 86,84-188,76
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,49 0,89-2,50
Indexgruppe 12 (F50)	9,91*** 4,96-19,79
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,86 0,51-1,46
Alter	1,14** 1,06-1,23
Geschlecht (m vs. w)	1,32 0,87-2,00
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,07*** 0,04-0,10
2. vs. 1.Jahr	3,20** 1,46-7,01
3. vs. 1.Jahr	14,03*** 6,55-30,06

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 149: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,79*** 0,63...0,95	1,28*** 1,05...1,51	-0,85*** -1,16...-0,54	kf	0,04 -0,01...0,09	0,37*** 0,28...0,47	kf	0,75*** 0,51...0,98
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,25** 1,09...1,43	1,14*** 1,09...1,19	0,92*** 0,89...0,95	kf	1,53** 1,16...2,01	1,52*** 1,36...1,69	kf	1,17*** 1,12...1,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,26** 1,10-1,45	1,14*** 1,09-1,19	0,92*** 0,89-0,95	kf	1,48** 1,13-1,95	1,52*** 1,36-1,70	kf	1,24*** 1,19-1,30
Gruppe	0,98 0,83-1,16	1,42*** 1,20-1,68	1,02 0,95-1,10	kf	0,76 0,34-1,69	0,60* 0,41-0,90	kf	0,89 0,57-1,38
Zeit	15,12*** 13,74-16,64	1,38*** 1,33-1,42	1,24*** 1,21-1,27	kf	0,68** 0,53-0,86	0,82*** 0,75-0,89	kf	1,08*** 1,05-1,11
Indexgruppe 6 (F10)	1,07 0,92-1,26	0,43*** 0,34-0,55	0,96 0,87-1,06	kf	0,59 0,20-1,75	0,49* 0,28-0,88	kf	0,82 0,44-1,51
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,73*** 1,40-2,13	1,28 0,95-1,74	0,77*** 0,68-0,88	kf	0,15* 0,02-0,97	0,34** 0,16-0,73	kf	0,21** 0,09-0,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15* 1,00-1,31	2,14*** 1,74-2,62	1,03 0,95-1,12	kf	0,32* 0,13-0,81	0,48** 0,30-0,77	kf	0,39*** 0,23-0,66
Psy A ¹	1,24** 1,09-1,42	3,43*** 2,79-4,21	1,60*** 1,47-1,75	kf	0,52 0,17-1,53	0,57* 0,34-0,94	kf	0,80 0,45-1,43
Psy B ²	0,75*** 0,64-0,87	2,73*** 2,19-3,40	1,30*** 1,18-1,43	kf	1,90 0,58-6,20	1,66 0,93-2,94	kf	2,46** 1,31-4,62
Alter	1,01*** 1,00-1,01	0,98*** 0,97-0,98	1,01*** 1,01-1,01	kf	0,97* 0,95-1,00	0,99 0,98-1,01	kf	1,01 1,00-1,03
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,87-1,10	1,32** 1,11-1,57	1,16*** 1,08-1,25	kf	1,21 0,53-2,79	0,68 0,46-1,03	kf	1,31 0,82-2,10
Komorbidität ³	1,00 0,97-1,02	0,96* 0,92-1,00	1,11*** 1,09-1,12	kf	1,21* 1,03-1,41	1,07 0,98-1,16	kf	1,07 0,97-1,17
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,50*** 1,28-1,76	0,76* 0,59-0,98	1,25*** 1,13-1,38	kf	0,65 0,20-2,10	0,86 0,49-1,52	kf	2,37** 1,29-4,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,29*** 1,15-1,45	1,57*** 1,33-1,86	1,28*** 1,19-1,37	kf	0,80 0,35-1,83	0,89 0,59-1,34	kf	2,40*** 1,50-3,83
Referenzfall (KH vs. PIA)	7,26*** 6,35-8,29	0,49*** 0,41-0,59	1,01 0,94-1,09	kf	0,89 0,39-2,07	0,68 0,44-1,03	kf	0,64 0,40-1,04

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 150: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,86*** 0,50...1,22	-1,55*** -1,98...-1,11	1,20*** 0,59...1,81	-0,53*** -0,63...-0,43	kf	-0,03 -0,28...0,23	kf	-0,65* -1,18...-0,13
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,08 0,98...1,19	0,77*** 0,72...0,83	1,10*** 1,04...1,15	0,18*** 0,13...0,25	kf	0,85** 0,75...0,96	kf	0,94* 0,89...0,99
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,08 0,98-1,19	0,77*** 0,72-0,83	1,10*** 1,04-1,15	0,15*** 0,11-0,21	kf	0,83** 0,73-0,93	kf	0,92** 0,87-0,97
Gruppe	1,06 0,89-1,26	1,13 0,78-1,64	0,86* 0,75-0,98	3,59* 1,35-9,57	kf	0,57 0,30-1,06	kf	0,86 0,43-1,72
Zeit	3,05*** 2,85-3,27	1,05* 1,00-1,10	0,98 0,95-1,02	1,36** 1,11-1,66	kf	1,33*** 1,20-1,48	kf	1,03 0,98-1,07
Indexgruppe 6 (F10)	0,92 0,74-1,13	0,38*** 0,24-0,62	1,12 0,94-1,33	0,20* 0,05-0,74	kf	0,54 0,25-1,19	kf	0,21** 0,09-0,53
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,28* 1,00-1,64	0,59 0,33-1,03	0,67*** 0,55-0,83	0,53 0,11-2,60	kf	0,50 0,20-1,28	kf	0,25* 0,08-0,75
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,02 0,84-1,24	1,57 1,00-2,48	1,03 0,87-1,21	1,54 0,50-4,70	kf	1,11 0,53-2,29	kf	1,99 0,87-4,56
Psy A ¹	1,25 0,99-1,58	4,43*** 2,46-8,01	1,49*** 1,22-1,82	0,43 0,13-1,47	kf	0,70 0,29-1,69	kf	0,70 0,25-1,95
Psy B ²	0,94 0,78-1,14	3,08*** 1,99-4,77	1,57*** 1,33-1,84	0,26* 0,08-0,89	kf	0,98 0,48-2,01	kf	1,28 0,56-2,94
Alter	1,01*** 1,00-1,02	0,97*** 0,95-0,98	1,01** 1,00-1,01	0,98 0,95-1,01	kf	0,97** 0,95-0,99	kf	1,02 1,00-1,04
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,91-1,27	1,95** 1,32-2,88	1,19* 1,03-1,37	0,30* 0,11-0,84	kf	0,34** 0,18-0,65	kf	0,67 0,32-1,41
Komorbidität ³	0,98 0,95-1,02	1,12** 1,03-1,22	1,15*** 1,12-1,19	1,14 0,92-1,41	kf	1,22** 1,06-1,40	kf	1,25** 1,07-1,46
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,88-1,37	0,85 0,51-1,41	1,24* 1,04-1,49	0,38 0,08-1,77	kf	0,72 0,30-1,72	kf	2,45 0,96-6,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26** 1,06-1,49	1,63* 1,09-2,43	1,21** 1,05-1,40	0,84 0,30-2,35	kf	0,93 0,49-1,80	kf	0,76 0,36-1,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	7,85*** 6,45-9,55	0,24*** 0,16-0,35	0,98 0,84-1,13	0,44 0,16-1,25	kf	0,83 0,43-1,61	kf	1,93 0,91-4,09

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 151: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach Klinikneu und Klinikbekannt) - Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	3,87*** 3,69...4,05	0,11 -0,13...0,34	0,53** 0,22...0,83	kf	0,17*** 0,11...0,22	-0,03 -0,10...0,04	kf	0,43*** 0,24...0,63
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,51*** 2,13...2,97	0,93** 0,89...0,97	1,05** 1,02...1,09	kf	2,56*** 2,05...3,19	0,94 0,82...1,08	kf	1,18*** 1,11...1,24
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,59*** 2,20-3,05	0,93** 0,89-0,97	1,05** 1,02-1,09	kf	2,78*** 2,22-3,48	0,92 0,80-1,06	kf	1,25*** 1,18-1,32
Gruppe	0,69*** 0,56-0,84	1,19 1,00-1,41	1,00 0,93-1,07	kf	0,80 0,31-2,06	0,84 0,57-1,25	kf	0,81 0,52-1,26
Zeit	18,16*** 16,30-20,24	1,57*** 1,52-1,63	1,13*** 1,11-1,16	kf	0,36*** 0,30-0,44	0,91 0,82-1,00	kf	1,12*** 1,08-1,16
Indexgruppe 6 (F10)	0,96 0,80-1,14	0,41*** 0,32-0,54	0,87** 0,78-0,96	kf	0,20 0,03-1,15	1,16 0,67-2,01	kf	0,36** 0,17-0,76
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,24 0,98-1,58	1,44* 1,04-2,00	0,78*** 0,68-0,89	kf	0,03 0,00-1,08	0,58 0,26-1,29	kf	0,09** 0,02-0,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,18* 1,03-1,35	2,39*** 1,95-2,93	0,97 0,89-1,05	kf	0,27* 0,09-0,82	0,54** 0,34-0,85	kf	0,68 0,41-1,11
Psy A ¹	1,03 0,89-1,19	3,08*** 2,49-3,80	1,54*** 1,41-1,68	kf	0,50 0,15-1,66	0,71 0,44-1,15	kf	1,82* 1,07-3,08
Psy B ²	0,94 0,79-1,12	2,52*** 1,99-3,19	1,39*** 1,25-1,53	kf	1,53 0,33-7,06	0,95 0,53-1,72	kf	0,77 0,41-1,44
Alter	1,01*** 1,00-1,01	0,98*** 0,98-0,99	1,01*** 1,01-1,01	kf	0,98 0,95-1,01	0,98*** 0,96-0,99	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,11 0,98-1,25	1,54*** 1,29-1,84	1,21*** 1,13-1,31	kf	0,81 0,31-2,12	1,27 0,84-1,92	kf	1,09 0,69-1,72
Komorbidität ³	0,96** 0,94-0,99	0,97 0,93-1,01	1,10*** 1,09-1,12	kf	1,01 0,80-1,26	1,14** 1,05-1,25	kf	1,08 0,98-1,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,34** 1,13-1,60	0,63** 0,49-0,82	1,43*** 1,29-1,59	kf	0,77 0,17-3,48	0,94 0,52-1,71	kf	1,14 0,60-2,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,30*** 1,15-1,47	1,54*** 1,29-1,84	1,28*** 1,19-1,38	kf	1,71 0,63-4,61	1,41 0,93-2,13	kf	1,07 0,68-1,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,64*** 4,91-6,47	0,71*** 0,60-0,85	0,96 0,89-1,03	kf	0,34* 0,12-0,93	0,85 0,56-1,28	kf	0,85 0,53-1,35

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 152: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,76*** -1,18...-0,34	3,19*** 2,15...4,23	-1,10** -1,87...-0,33	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,85 0,46...1,59	1,18* 1,04...1,34	0,81* 0,69...0,95	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,85 0,46-1,59	1,18* 1,04-1,34	0,81* 0,69-0,95	kf	kf	kf	kf	kf
Gruppe	0,97 0,46-2,03	1,73* 1,01-2,98	1,06 0,78-1,43	kf	kf	kf	kf	kf
Zeit	16,26*** 10,67-24,77	1,77*** 1,60-1,95	1,42*** 1,27-1,58	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,76 0,40-1,44	2,44* 1,19-5,01	0,70 0,47-1,05	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,71 0,30-1,69	1,00 0,38-2,65	0,73 0,42-1,24	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,43* 0,22-0,84	0,84 0,38-1,84	0,91 0,60-1,39	kf	kf	kf	kf	kf
Alter	0,99 0,91-1,08	1,02 0,92-1,13	1,05 1,00-1,11	kf	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,52-1,35	1,20 0,69-2,09	0,96 0,71-1,30	kf	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	7,57*** 4,21-13,62	0,54 0,29-1,00	1,35 0,97-1,88	kf	kf	kf	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 153: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,47 -1,03...0,09	0,71 -0,61...2,03	0,65 -0,36...1,67	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,81*** 1,65...4,78	1,01 0,88...1,17	1,16 0,96...1,39	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,80*** 1,65-4,77	1,01 0,88-1,17	1,16 0,96-1,38	kf	kf	kf	kf	kf
Gruppe	0,26*** 0,13-0,51	1,41 0,69-2,87	0,81 0,60-1,10	kf	kf	kf	kf	kf
Zeit	3,31*** 2,60-4,22	1,53*** 1,38-1,70	1,14* 1,01-1,29	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,89 0,48-1,67	2,03 0,91-4,55	0,86 0,61-1,21	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,58 0,27-1,27	1,13 0,41-3,10	0,90 0,59-1,38	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,84 0,46-1,53	1,09 0,47-2,54	1,11 0,78-1,56	kf	kf	kf	kf	kf
Alter	1,00 0,92-1,09	1,01 0,89-1,14	0,96 0,92-1,01	kf	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,35 0,79-2,32	1,85 0,89-3,83	1,46* 1,08-1,98	kf	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	6,54*** 3,67-11,68	0,31** 0,15-0,67	1,12 0,82-1,53	kf	kf	kf	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 154: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,90*** 0,50...1,31	3,41*** 2,55...4,28	0,23 -0,40...0,85	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,52 0,94...2,46	1,46*** 1,32...1,60	1,06 0,93...1,21	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,51 0,94-2,45	1,46*** 1,32-1,60	1,06 0,93-1,21	kf	kf	kf	kf	kf
Gruppe	0,85 0,48-1,48	1,12 0,70-1,77	0,87 0,68-1,11	kf	kf	kf	kf	kf
Zeit	16,96*** 12,26-23,46	1,20*** 1,12-1,28	1,16** 1,06-1,27	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,67 0,43-1,04	1,31 0,69-2,47	0,89 0,64-1,23	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,70 0,35-1,43	1,42 0,55-3,66	0,74 0,45-1,21	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,81 0,52-1,27	1,00 0,53-1,92	1,19 0,86-1,66	kf	kf	kf	kf	kf
Alter	0,99 0,93-1,05	1,07 0,97-1,16	0,98 0,93-1,02	kf	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,75-1,50	1,13 0,69-1,86	1,01 0,79-1,29	kf	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,90*** 2,67-5,71	0,50** 0,30-0,83	0,80 0,62-1,03	kf	kf	kf	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 155: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,11*** 0,05...0,16	0,09** 0,03...0,15	0,09** 0,03...0,15
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,34 0,97...1,85	1,00 0,75...1,32	0,96 0,70...1,33
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,22 0,89-1,69	0,96 0,72-1,28	1,00 0,73-1,39
Gruppe	0,87 0,64-1,18	1,06 0,81-1,39	1,01 0,74-1,37
Zeit	1,16 0,93-1,46	1,21 0,98-1,50	1,15 0,90-1,47
Indexgruppe 6 (F10)	1,03 0,91-1,17	1,02 0,91-1,14	1,03 0,92-1,16
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,11 0,95-1,30	1,06 0,92-1,22	1,01 0,87-1,17
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,02 0,91-1,16	0,95 0,85-1,06	0,99 0,88-1,10
Psy A ¹	1,09 0,97-1,24	1,07 0,96-1,19	1,02 0,91-1,14
Psy B ²	1,05 0,94-1,19	1,04 0,93-1,16	1,05 0,94-1,17
Alter	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,99-1,20	1,04 0,95-1,13	1,03 0,94-1,13
Komorbidität ³	1,04*** 1,02-1,06	1,03** 1,01-1,05	1,02 1,00-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,88-1,17	1,01 0,89-1,15	1,00 0,87-1,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15** 1,04-1,27	1,11* 1,02-1,22	1,07 0,98-1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,99 0,89-1,10	0,96 0,87-1,05	0,97 0,88-1,07

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 156: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,06 -0,17...0,04	-0,03 -0,15...0,08	0,03 -0,08...0,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,91 0,68...1,23	1,01 0,78...1,32	1,08 0,82...1,42
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,89 0,66-1,20	0,97 0,75-1,27	1,04 0,79-1,37
Gruppe	0,98 0,76-1,25	0,92 0,74-1,14	0,98 0,78-1,23
Zeit	1,37** 1,10-1,69	1,26* 1,05-1,52	1,15 0,94-1,41
Indexgruppe 6 (F10)	1,13 0,95-1,34	1,20* 1,03-1,39	1,10 0,94-1,29
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,05 0,86-1,30	1,11 0,92-1,33	0,94 0,77-1,14
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,87-1,24	1,08 0,92-1,27	0,96 0,81-1,13
Psy A ¹	1,09 0,85-1,40	1,03 0,83-1,27	1,05 0,84-1,31
Psy B ²	1,16 0,98-1,36	1,11 0,96-1,28	1,11 0,96-1,30
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,14 0,99-1,33	0,98 0,86-1,12	1,04 0,90-1,19
Komorbidität ³	1,03* 1,00-1,07	1,03* 1,01-1,06	1,01 0,98-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,74-1,09	0,97 0,82-1,15	1,01 0,84-1,20
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,02 0,86-1,22	1,01 0,86-1,18	1,06 0,89-1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83* 0,71-0,97	0,94 0,82-1,08	0,99 0,86-1,14

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 157: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,16 -0,14...0,45	0,15 -0,19...0,49	0,02 -0,34...0,37
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,20 0,86...1,66	1,15 0,84...1,58	1,02 0,71...1,45
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,22 0,88-1,69	1,17 0,85-1,60	1,02 0,72-1,47
Gruppe	0,93 0,68-1,27	0,90 0,67-1,22	1,01 0,71-1,42
Zeit	0,98 0,77-1,24	0,99 0,79-1,24	1,09 0,84-1,41
Indexgruppe 6 (F10)	0,95 0,83-1,09	1,03 0,91-1,16	1,02 0,90-1,15
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,13 0,95-1,34	1,11 0,95-1,30	1,06 0,90-1,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,14* 1,01-1,29	1,08 0,97-1,21	1,04 0,93-1,17
Psy A ¹	1,10 0,98-1,24	1,09 0,98-1,22	1,08 0,97-1,21
Psy B ²	1,07 0,95-1,21	1,08 0,97-1,21	1,01 0,90-1,14
Alter	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,14** 1,04-1,26	1,07 0,98-1,17	1,07 0,97-1,17
Komorbidität ³	1,01 0,99-1,03	1,01 0,99-1,03	1,01 0,99-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,95 0,82-1,10	1,06 0,92-1,21	1,04 0,90-1,19
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16** 1,05-1,29	1,10 1,00-1,21	1,03 0,94-1,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96 0,86-1,07	0,99 0,90-1,09	1,00 0,91-1,11

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 158: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,16 -0,34...0,01	0,14 -0,08...0,36	0,15 -0,07...0,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,19 0,02...1,73	kf	0,32 0,03...2,88
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,38 0,04-3,51	0,00 0,00-INF	0,90 0,10-8,35
Gruppe	1,52 0,17-13,68	73634612,74 0,00-INF	1,03 0,11-9,45
Zeit	2,21 0,30-16,10	116953707,69 0,00-INF	1,13 0,15-8,39
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,94 0,60-1,49	1,13 0,77-1,66	1,10 0,75-1,62
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,42-1,59	0,92 0,53-1,59	1,08 0,65-1,81
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,67 0,38-1,19	1,03 0,66-1,59	1,11 0,72-1,72
Alter	1,07 0,98-1,17	1,05 0,98-1,12	1,01 0,94-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,57-1,22	0,94 0,69-1,28	1,01 0,74-1,38
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97 0,60-1,57	1,07 0,73-1,58	0,97 0,65-1,42

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 159: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	kf	0,08 -0,20...0,36	0,22 -0,07...0,50
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	kf	1,08 0,48...2,44	1,36 0,61...3,04
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	0,76 0,33-1,74	0,94 0,41-2,11
Gruppe	kf	1,01 0,48-2,11	0,94 0,45-1,93
Zeit	kf	1,25 0,68-2,32	1,14 0,62-2,10
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	1,06 0,72-1,58	0,98 0,67-1,43
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	0,82 0,47-1,43	1,01 0,60-1,68
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	0,95 0,59-1,52	1,13 0,72-1,77
Alter	kf	1,04 0,96-1,12	1,03 0,95-1,10
Geschlecht (m vs. w)	kf	1,10 0,76-1,59	1,18 0,82-1,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	0,85 0,54-1,32	0,98 0,64-1,51

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 160: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,10 -0,90...1,10	-0,06 -1,16...1,04	0,11 -1,01...1,23
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,09 0,36...3,26	0,94 0,31...2,84	1,12 0,35...3,64
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,04 0,34-3,17	0,98 0,32-2,99	1,14 0,35-3,71
Gruppe	0,82 0,28-2,38	0,97 0,33-2,85	0,88 0,28-2,77
Zeit	0,79 0,34-1,81	1,10 0,45-2,70	1,09 0,44-2,67
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,89 0,60-1,31	0,94 0,68-1,31	1,01 0,72-1,41
Indexgruppe 9 (F43)	1,04 0,61-1,78	1,07 0,67-1,71	1,00 0,61-1,63
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,82 0,53-1,27	1,01 0,71-1,44	0,99 0,69-1,41
Alter	1,02 0,95-1,10	1,03 0,97-1,09	1,00 0,94-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,83-1,62	1,10 0,84-1,44	1,08 0,83-1,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,80 0,56-1,14	1,00 0,76-1,34	1,03 0,78-1,37

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 161: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	0,49** 0,30-0,82	0,52*** 0,50-0,53	0,48* 0,26-0,88	0,49*** 0,47-0,50
Gruppe	2,24** 1,41-3,57	3,80*** 2,01-7,18	2,10** 1,22-3,65	2,95** 1,40-6,22
Zeit	5,95*** 3,97-8,93	12,17*** 11,89-12,47	6,16*** 3,79-10,00	13,95*** 13,59-14,32
Indexgruppe 6 (F10)	2,81*** 2,19-3,59	7,38*** 2,85-19,11	2,59*** 2,00-3,37	9,48*** 3,64-24,69
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,64* 0,44-0,92	0,31* 0,10-0,93	0,60* 0,40-0,91	0,39 0,11-1,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,59*** 0,46-0,76	0,24** 0,10-0,54	0,55*** 0,42-0,72	0,27** 0,11-0,66
Psy B ²	0,69** 0,54-0,87	0,57 0,29-1,12	0,67** 0,52-0,86	0,41* 0,18-0,92
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,99 0,97-1,01	0,99 0,99-1,00	0,97* 0,94-0,99
Geschlecht (m vs. w)	0,85 0,68-1,06	0,96 0,50-1,85	0,94 0,74-1,19	0,93 0,43-2,00
Komorbidität ³	1,00 0,95-1,06	0,94 0,81-1,09	1,00 0,94-1,06	1,22* 1,03-1,45
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,11 0,81-1,53	0,95 0,38-2,39	1,00 0,70-1,43	0,48 0,15-1,57
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,17 0,93-1,46	1,04 0,55-1,99	1,05 0,83-1,34	0,54 0,25-1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,42*** 0,34-0,54	0,19*** 0,09-0,38	0,42*** 0,33-0,55	0,53 0,24-1,18

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 162: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	1,18 0,81-1,71	1,14*** 1,12-1,17	1,22 0,75-2,00	1,16*** 1,14-1,19
Gruppe	0,96 0,72-1,29	0,82 0,28-2,37	0,91 0,63-1,32	3,10 0,92-10,49
Zeit	0,72* 0,55-0,94	1,11*** 1,09-1,12	0,67* 0,47-0,96	1,18*** 1,17-1,20
Indexgruppe 6 (F10)	3,02*** 2,26-4,02	77,05*** 16,98-349,56	2,32*** 1,62-3,33	3,77 0,87-16,34
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,15 0,81-1,62	0,72 0,15-3,35	1,13 0,73-1,74	0,56 0,11-2,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,88 0,66-1,18	0,41 0,11-1,54	0,82 0,57-1,17	0,27 0,06-1,18
Psy B ²	0,74* 0,58-0,96	0,52 0,17-1,60	0,62** 0,45-0,85	0,36 0,10-1,28
Alter	1,00 0,99-1,01	1,02 0,98-1,06	1,01 0,99-1,02	1,05* 1,00-1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,79 0,62-1,02	0,22** 0,07-0,65	0,72* 0,53-0,98	0,80 0,24-2,68
Komorbidität ³	0,97 0,92-1,03	0,82 0,64-1,06	0,99 0,92-1,06	0,88 0,68-1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,75-1,46	0,39 0,09-1,74	0,81 0,53-1,25	0,14* 0,02-0,82
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,51** 1,15-1,98	6,29** 1,98-19,98	1,11 0,79-1,55	3,86 1,00-14,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,38*** 0,30-0,49	0,03*** 0,01-0,09	0,38*** 0,28-0,52	0,05*** 0,01-0,21

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

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 163: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Psy B ²	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

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 164: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	0,96 0,55-1,68	kf
Gruppe	0,83 0,44-1,58	kf
Zeit	2,03*** 1,42-2,91	kf
Indexgruppe 6 (F10)	0,54 0,24-1,21	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,02 0,41-2,56	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,50-1,95	kf
Psy A ¹	1,75 0,88-3,49	kf
Psy B ²	1,65 0,87-3,15	kf
Alter	1,00 0,98-1,01	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,62-1,85	kf
Komorbidität ³	0,94 0,83-1,08	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,26* 0,09-0,75	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,63 0,95-2,81	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,51* 0,29-0,90	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 165: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Psy A ¹	kf	kf
Psy B ²	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 166: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	1,79* 1,09-2,94	kf
Gruppe	0,62 0,33-1,16	kf
Zeit	1,36 0,97-1,93	kf
Indexgruppe 6 (F10)	0,28* 0,10-0,77	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,43 0,15-1,26	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,86 0,44-1,67	kf
Psy A ¹	1,97* 1,01-3,87	kf
Psy B ²	1,63 0,85-3,15	kf
Alter	0,99 0,97-1,01	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,30 0,74-2,27	kf
Komorbidität ³	0,97 0,85-1,12	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,38 0,15-1,02	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,39 0,80-2,44	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,43** 0,24-0,76	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 167: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 168: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 169: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 170: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,01 -0,12...0,13	14,61*** 13,59...15,64	-0,02 -0,04...0,01	0,28*** 0,18...0,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,84...1,11	1,19*** 1,17...1,21	0,57 0,27...1,19	1,75*** 1,46...2,09
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,96 0,83-1,10	1,19*** 1,17-1,21	0,46* 0,22-0,97	1,74*** 1,45-2,08
Gruppe	1,12 1,00-1,26	1,20 0,96-1,49	0,87 0,32-2,39	0,64 0,27-1,52
Zeit	1,61*** 1,45-1,78	2,70*** 2,66-2,73	1,81* 1,05-3,13	1,32*** 1,17-1,48
Indexgruppe 6 (F10)	1,25*** 1,13-1,40	1,16 0,86-1,57	2,59 0,89-7,50	1,52 0,50-4,62
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,97 0,83-1,13	2,00** 1,32-3,04	0,50 0,09-2,66	0,70 0,14-3,53
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19** 1,07-1,32	3,56*** 2,70-4,71	0,47 0,17-1,32	0,84 0,31-2,31
Psy A ¹	1,30*** 1,17-1,43	1,98*** 1,52-2,59	1,49 0,51-4,33	0,95 0,34-2,67
Psy B ²	1,12* 1,01-1,25	1,13 0,83-1,54	1,00 0,28-3,49	1,08 0,31-3,76
Alter	1,00 1,00-1,00	1,02*** 1,01-1,03	0,96* 0,92-1,00	0,96* 0,93-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,93-1,10	1,19 0,95-1,50	1,55 0,61-3,98	1,18 0,48-2,87
Komorbidität ³	1,05*** 1,03-1,07	1,07* 1,00-1,14	1,00 0,76-1,31	1,00 0,77-1,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79* 0,66-0,95	0,31*** 0,19-0,51	0,24 0,01-4,41	1,64 0,33-8,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,66*** 0,61-0,72	0,21*** 0,17-0,26	0,68 0,27-1,77	1,22 0,49-3,01

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und 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 171: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,02 -0,23...0,28	5,68*** 3,90...7,46	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,02 0,81...1,28	1,06** 1,02...1,10	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,02 0,81-1,28	1,06** 1,02-1,09	kf	kf
Gruppe	1,00 0,81-1,24	1,28 0,83-1,96	kf	kf
Zeit	1,52*** 1,30-1,79	1,39*** 1,36-1,42	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,58*** 1,31-1,92	1,74* 1,02-2,98	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,02 0,80-1,29	1,50 0,78-2,90	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,10 0,91-1,34	2,66*** 1,56-4,54	kf	kf
Psy A ¹	1,44** 1,13-1,83	3,07** 1,61-5,85	kf	kf
Psy B ²	0,96 0,80-1,15	0,71 0,44-1,17	kf	kf
Alter	0,99* 0,99-1,00	0,98 0,97-1,00	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,84-1,15	1,57* 1,01-2,45	kf	kf
Komorbidität ³	1,08*** 1,04-1,12	1,16** 1,04-1,29	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,81 0,60-1,10	0,86 0,38-1,94	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44*** 0,37-0,52	0,12*** 0,08-0,19	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 172: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,06 -0,06...0,18	8,78*** 7,74...9,82	0,00 -0,02...0,03	-0,05 -0,15...0,05
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,05 0,91...1,22	1,11*** 1,09...1,13	1,15 0,59...2,25	0,77** 0,64...0,92
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,05 0,91-1,22	1,11*** 1,09-1,13	1,37 0,69-2,73	0,72*** 0,60-0,86
Gruppe	1,03 0,92-1,16	1,20 0,95-1,52	0,79 0,41-1,52	0,67 0,24-1,88
Zeit	1,47*** 1,33-1,63	2,55*** 2,52-2,59	0,44** 0,27-0,73	0,61*** 0,55-0,69
Indexgruppe 6 (F10)	1,20*** 1,09-1,33	1,20 0,87-1,65	0,37* 0,15-0,93	0,46 0,12-1,76
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,09 0,93-1,27	1,86** 1,17-2,98	0,51 0,17-1,54	0,13 0,02-1,03
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,27*** 1,15-1,39	3,21*** 2,42-4,25	0,25*** 0,12-0,53	0,11** 0,03-0,40
Psy A ¹	1,24*** 1,13-1,36	2,32*** 1,76-3,05	1,39 0,70-2,77	1,35 0,39-4,70
Psy B ²	1,12* 1,01-1,24	1,04 0,75-1,45	0,55 0,22-1,38	3,37 0,80-14,23
Alter	1,00 1,00-1,01	1,02*** 1,01-1,03	0,97* 0,94-0,99	0,95* 0,91-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,91-1,06	0,95 0,75-1,20	0,32** 0,17-0,63	0,13** 0,03-0,50
Komorbidität ³	1,04*** 1,02-1,06	1,06 1,00-1,14	1,42*** 1,21-1,68	1,27 0,96-1,67
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,63*** 0,52-0,76	0,19*** 0,11-0,32	0,39 0,09-1,60	0,45 0,05-3,82
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,66*** 0,61-0,72	0,20*** 0,15-0,25	0,74 0,39-1,41	0,91 0,31-2,69

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und 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 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene

	Indexdiag- nose, Tage AU
DiD-Schätzer, 1. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	14,35*** 13,54...15,16
DiD-Schätzer, 2. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	12,07*** 11,22...12,92
DiD-Schätzer, 3. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	10,72*** 9,88...11,56
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,27*** 1,25...1,29
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,17*** 1,15...1,20
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,22*** 1,20...1,24
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,28*** 1,25-1,30
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,17*** 1,15-1,19
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,22*** 1,20-1,24

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	Indexdiag- nose, Tage AU
Gruppe	1,13 0,94-1,37
Zeit	2,43*** 2,40-2,46
Indexgruppe 6 (F10)	1,30** 1,09-1,54
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,21*** 1,72-2,82
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,43*** 2,94-4,00
Psy A ¹	2,24*** 1,93-2,61
Psy B ²	0,90 0,75-1,08
Alter	1,02*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,89-1,16
Komorbidität ³	1,05* 1,01-1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,28*** 0,21-0,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,18-0,24
2. vs. 1.Jahr	0,92 0,74-1,14
3. vs. 1.Jahr	1,15 0,93-1,42

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wieder- aufnahme
Gruppe	1,03 0,83-1,27	0,99 0,97-1,01
Index- gruppe 6 (F10)	2,57*** 1,97-3,37	0,99 0,97-1,01
Index- gruppe 7 (F20-F29)	1,80** 1,27-2,55	0,99 0,96-1,01
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,75* 0,57-0,98	0,98* 0,96-1,00
Psy A ¹	1,48** 1,13-1,93	0,85*** 0,83-0,87
Psy B ²	1,00 0,76-1,30	1,20*** 1,17-1,22
Alter	0,98*** 0,98-0,99	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,18 0,95-1,47	1,08*** 1,06-1,10
Komorbidität ³	1,08** 1,03-1,14	1,00 0,99-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,37 0,98-1,90	1,07*** 1,04-1,09
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,09 0,88-1,36	1,00 0,99-1,02
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,80 0,63-1,01	1,02* 1,00-1,04

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 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wieder- aufnahme
Gruppe	1,00 0,70-1,42	1,17*** 1,14-1,20
Index- gruppe 6 (F10)	2,83*** 1,83-4,35	0,87*** 0,85-0,89
Index- gruppe 7 (F20-F29)	1,49 0,88-2,51	1,18*** 1,15-1,22
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,90 0,58-1,40	1,07*** 1,04-1,10
Psy A ¹	0,91 0,52-1,58	0,91*** 0,88-0,95
Psy B ²	1,49 0,99-2,24	1,05*** 1,02-1,08
Alter	0,97*** 0,96-0,99	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,74-1,53	0,99 0,97-1,01
Komorbidität ³	1,13** 1,04-1,23	0,99*** 0,98-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,99 0,61-1,61	0,99 0,96-1,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21 0,83-1,74	1,02 0,99-1,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,84 0,58-1,21	1,16*** 1,13-1,18

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	1,28* 1,02-1,62	0,87*** 0,86-0,89
Index- gruppe 6 (F10)	1,55** 1,14-2,11	1,13*** 1,11-1,16
Index- gruppe 7 (F20-F29)	1,65* 1,11-2,48	1,27*** 1,23-1,30
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,15 0,85-1,55	0,94*** 0,91-0,96
Psy A ¹	1,24 0,93-1,65	1,05*** 1,03-1,07
Psy B ²	1,30 0,95-1,76	0,87*** 0,85-0,89
Alter	0,99* 0,98-1,00	1,01*** 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,86-1,39	1,02* 1,00-1,04
Komorbidität ³	1,04 0,98-1,10	0,99*** 0,98-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,23 0,84-1,79	1,03* 1,00-1,06
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,03 0,81-1,31	1,09*** 1,07-1,11
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,77 0,59-1,02	1,14*** 1,11-1,16

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	kf	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Index- gruppe 9 (F43)	kf	kf
Index- gruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Ge- schlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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 178: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	kf	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Index- gruppe 11 (F40-F48)	kf	kf
Index- gruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Ge- schlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	kf	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Index- gruppe 9 (F43)	kf	kf
Index- gruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Ge- schlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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 180: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,17 -0,35...0,02
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,91...1,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,96*** 0,96-0,96
Gruppe	0,99*** 0,99-0,99
Zeit	1,17*** 1,17-1,17
Indexgruppe 6 (F10)	1,30*** 1,30-1,30
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,04*** 1,04-1,04
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03*** 1,03-1,03
Psy A ¹	1,22*** 1,22-1,22
Psy B ²	1,19*** 1,18-1,19
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,00*** 0,99-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16*** 1,16-1,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,29*** 1,29-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00*** 1,00-1,00

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,12 -0,46...0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,97 0,89...1,06
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,97 0,89-1,06
Gruppe	0,97 0,90-1,05
Zeit	1,08* 1,01-1,14
Indexgruppe 6 (F10)	1,30*** 1,20-1,41
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,97 0,88-1,07
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,95-1,11
Psy A ¹	1,05 0,96-1,16
Psy B ²	1,18*** 1,09-1,27
Alter	1,02*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,88-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,13** 1,04-1,23
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,30*** 1,22-1,40
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90** 0,84-0,97

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,01 -0,20...0,18
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,00 0,94...1,05
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,00*** 0,99-1,00
Gruppe	1,01*** 1,00-1,01
Zeit	1,15*** 1,15-1,15
Indexgruppe 6 (F10)	1,33*** 1,33-1,33
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,09*** 1,09-1,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08*** 1,08-1,08
Psy A ¹	1,20*** 1,20-1,20
Psy B ²	1,15*** 1,15-1,15
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,02*** 1,02-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,24*** 1,24-1,24
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28*** 1,28-1,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02*** 1,02-1,02

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,08 0,80-1,44
Psy A ¹	0,56** 0,36-0,86
Psy B ²	1,24 0,76-2,04
Alter	1,10*** 1,08-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,78 0,58-1,06
Komorbidität ³	1,14*** 1,09-1,20
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,35*** 0,25-0,48
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,37 0,99-1,89
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,75 0,54-1,04

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 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,92* 1,05-3,53
Psy A ¹	0,56 0,26-1,17
Psy B ²	0,91 0,41-1,99
Alter	1,05*** 1,03-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,79 0,43-1,45
Komorbidität ³	1,18** 1,07-1,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,61 0,31-1,20
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,16 0,61-2,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,62 0,33-1,16

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,92 0,68-1,24
Psy A ¹	0,83 0,55-1,25
Psy B ²	1,10 0,67-1,79
Alter	1,09*** 1,07-1,10
Geschlecht (m vs. w)	0,63** 0,46-0,86
Komorbidität ³	1,12*** 1,07-1,17
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,31*** 0,22-0,44
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,28 0,91-1,80
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,64** 0,47-0,87

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	1-Jahres Mortalität
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 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	1-Jahres Mortalität
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 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche

	1-Jahres Mortalität
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 189: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,95 0,75-1,22	kf	0,93 0,74-1,17
Psy A ¹	1,15 0,86-1,52	kf	0,69** 0,52-0,90
Psy B ²	0,58** 0,41-0,81	kf	0,91 0,63-1,29
Alter	0,99 0,99-1,00	kf	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,51** 1,16-1,96	kf	0,69** 0,55-0,87
Komorbidität ³	1,06* 1,00-1,12	kf	0,83*** 0,77-0,89
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,40*** 0,26-0,62	kf	0,54** 0,35-0,81
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,76*** 1,36-2,29	kf	0,83 0,65-1,05
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,67-1,10	kf	0,60*** 0,47-0,75

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 190: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	kf
Psy A ¹	kf	kf	kf
Psy B ²	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 191: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,93 0,71-1,21	kf	1,21 0,95-1,54
Psy A ¹	1,12 0,83-1,52	kf	0,85 0,64-1,14
Psy B ²	0,55** 0,37-0,81	kf	0,81 0,56-1,18
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,57** 1,19-2,07	kf	0,69** 0,54-0,88
Komorbidität ³	1,04 0,98-1,11	kf	0,79*** 0,73-0,86
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,75 0,49-1,15	kf	0,41*** 0,26-0,66
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,79*** 1,35-2,38	kf	1,00 0,78-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,62*** 0,47-0,80	kf	0,62*** 0,48-0,79

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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 193: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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 194: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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 195: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	1,47 0,84-2,56	1,24* 1,01-1,51	kf	1,40 0,80-2,46	0,87 0,37-2,05	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,97 0,94-1,00	1,01* 1,00-1,01	kf	0,99 0,97-1,01	1,00 0,97-1,04	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,76 0,40-1,47	1,28* 1,04-1,58	kf	0,97 0,54-1,72	0,90 0,36-2,24	kf
Komorbidi- tät ³	kf	kf	kf	kf	1,06 0,95-1,18	1,04 1,00-1,09	kf	1,21* 1,04-1,42	1,57** 1,14-2,17	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,18*** 0,07-0,45	0,90 0,64-1,26	kf	2,28 1,00-5,22	1,64 0,43-6,26	kf
Anzahl AU Präzeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	0,78 0,43-1,44	1,33** 1,09-1,63	kf	0,64 0,36-1,15	0,93 0,37-2,35	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	3,60** 1,65-7,87	0,63*** 0,51-0,76	kf	0,57* 0,33-0,99	1,36 0,37-4,91	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,70 0,39-1,26	0,88 0,69-1,12	kf	0,47 0,18-1,23	0,11* 0,01-0,96	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,98 0,94-1,02	1,02*** 1,01-1,03	kf	1,01 0,97-1,04	1,03 0,97-1,09	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	1,36 0,72-2,57	1,21 0,95-1,54	kf	1,41 0,48-4,10	0,47 0,09-2,37	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	1,08 0,97-1,20	1,00 0,94-1,06	kf	0,99 0,78-1,26	1,21 0,76-1,92	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,21* 0,06-0,69	0,99 0,65-1,51	kf	3,07 0,71-13,32	0,77 0,11-5,64	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	0,49* 0,26-0,93	1,26 0,99-1,61	kf	2,13 0,73-6,26	1,69 0,28-10,25	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	2,96** 1,39-6,30	0,70** 0,55-0,89	kf	0,22** 0,09-0,57	1,00 0,16-6,25	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

14.4 Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive)

Tabelle 197: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)

Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (klinikneue und klinikbekannte Patienten zusammen)

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2019	2019
Alle Patienten (n)	4.919	46.781
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ² <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) 	46,1 %	36,5 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	29,4	12,7
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)⁴ (n)	2.472	24.295
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	1.579 66,3	13.684 59,7

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

⁴ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

14.5 Ergebnisse Kosten

14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Tabelle 198: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	1.474	1.468	1.383	1.298	1.474	1.480	1.374	1.318
Mittelwert	3.634,75 €	2.589,38 €	2.659,98 €	2.602,85 €	3.899,69 €	3.384,78 €	2.888,13 €	2.783,43 €
Standardabweichung	10.070 €	5.619 €	6.235 €	6.747 €	11.362 €	7.786 €	7.159 €	6.890 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	251,39 €	248,03 €	252,07 €	234,16 €	276,61 €	292,80 €	273,50 €	242,99 €
Median	829,96 €	745,85 €	740,82 €	703,02 €	879,09 €	900,28 €	799,09 €	758,28 €
75%-Perzentil	3.366,77 €	2.583,67 €	2.546,54 €	2.369,14 €	3.231,78 €	3.118,04 €	2.768,61 €	2.390,39 €
Maximum	232.320 €	89.020 €	108.413 €	113.137 €	277.170 €	154.251 €	145.182 €	89.036 €

Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	500	490	468	451	504	508	486	468
Mittelwert	3.354,76 €	2.907,92 €	2.787,79 €	3.452,86 €	3.338,25 €	3.876,15 €	4.278,86 €	4.863,90 €
Standardabweichung	8.299 €	6.271 €	9.626 €	9.900 €	7.414 €	9.056 €	11.151 €	22.494 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	229,18 €	207,12 €	211,45 €	249,37 €	237,11 €	305,84 €	314,95 €	307,84 €
Median	737,73 €	776,11 €	773,53 €	995,31 €	922,47 €	1.011,30 €	961,62 €	941,45 €
75%-Perzentil	2.826,33 €	2.707,95 €	2.594,57 €	2.867,42 €	3.164,76 €	3.169,82 €	3.261,07 €	2.921,51 €
Maximum	80.569 €	67.253 €	183.906 €	157.676 €	92.119 €	92.796 €	131.537 €	453.774 €

Tabelle 200: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	473	372	302	260	469	403	331	279
Mittelwert	2.250,36 €	1.373,61 €	1.370,53 €	1.352,34 €	2.553,99 €	1.972,79 €	1.472,47 €	1.373,75 €
Standardabweichung	7.164 €	4.335 €	4.691 €	5.804 €	10.487 €	6.769 €	6.222 €	5.423 €
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	1.655,87 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.761,84 €	865,88 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	105.783 €	81.088 €	72.161 €	106.465 €	268.552 €	152.422 €	145.166 €	78.423 €

Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	140	134	111	123	154	157	135	117
Mittelwert	1.993,08 €	1.595,86 €	1.628,96 €	2.129,22 €	1.742,73 €	2.194,23 €	2.382,68 €	3.093,75 €
Standardabweichung	6.993 €	4.715 €	9.224 €	8.751 €	4.782 €	6.636 €	8.915 €	21.611 €
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	784,15 €	829,82 €	0,00 €	898,64 €	1.606,58 €	1.712,35 €	930,10 €	0,00 €
Maximum	78.204 €	65.689 €	181.973 €	153.046 €	43.505 €	66.425 €	131.157 €	452.437 €

Tabelle 202: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	9,76 €	2,02 €	7,30 €	1,74 €	9,36 €	23,34 €	15,91 €	9,70 €
Standardabweichung	160,31 €	78,45 €	170,39 €	64,37 €	189,89 €	763,13 €	552,32 €	215,37 €
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	3.242 €	3.051 €	5.368 €	2.376 €	5.678 €	29.498 €	20.757 €	6.632 €

Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	17,44 €	2,34 €	6,22 €	0,00 €	8,05 €	6,78 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	228,38 €	53,19 €	136,79 €	0,00 €	133,10 €	128,97 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.188,26 €	1.207,03 €	3.006,35 €	0,00 €	2.580,75 €	2.865,21 €	0,00 €	0,00 €

Tabelle 204: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	125	162	169	157	129	149	132	132
Mittelwert	46,32 €	68,50 €	106,02 €	87,63 €	34,14 €	60,27 €	78,06 €	75,26 €
Standardabweichung	785,05 €	323,33 €	492,12 €	465,88 €	266,28 €	285,38 €	426,76 €	490,16 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	29.990 €	4.715 €	5.635 €	9.068 €	8.524 €	3.292 €	5.561 €	13.700 €

Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	56	57	57	53	30	39	50	44
Mittelwert	32,28 €	48,71 €	69,78 €	84,13 €	29,20 €	60,73 €	89,70 €	100,98 €
Standardabweichung	196,44 €	251,91 €	346,99 €	373,82 €	226,80 €	644,86 €	641,73 €	875,00 €
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	3.517 €	3.800 €	3.621 €	3.585 €	3.425 €	13.700 €	11.417 €	17.125 €

Tabelle 206: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	1.466	1.456	1.375	1.288	1.462	1.467	1.367	1.308
Mittelwert	539,49 €	487,65 €	505,67 €	501,84 €	523,16 €	517,26 €	522,87 €	502,71 €
Standardabweichung	531,40 €	485,87 €	506,70 €	498,73 €	499,46 €	482,08 €	500,03 €	518,70 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	173,31 €	143,82 €	150,54 €	148,12 €	162,72 €	165,97 €	170,37 €	147,96 €
Median	381,27 €	348,67 €	362,76 €	355,33 €	394,00 €	373,00 €	374,57 €	358,15 €
75%-Perzentil	747,08 €	672,56 €	694,70 €	708,97 €	746,13 €	722,26 €	738,67 €	705,86 €
Maximum	5.689,23 €	4.085,67 €	4.265,50 €	4.608,40 €	4.486,14 €	3.342,38 €	3.902,26 €	5.504,72 €

Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	491	485	461	445	502	504	483	464
Mittelwert	470,65 €	460,93 €	467,24 €	482,62 €	529,15 €	511,84 €	516,48 €	501,60 €
Standardabweichung	507,64 €	542,60 €	547,34 €	523,84 €	573,95 €	475,94 €	503,36 €	517,26 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	126,43 €	120,01 €	125,58 €	138,71 €	145,97 €	165,69 €	163,56 €	167,79 €
Median	335,71 €	289,91 €	327,02 €	329,64 €	353,90 €	394,34 €	394,85 €	355,03 €
75%-Perzentil	646,59 €	623,06 €	625,21 €	650,63 €	744,19 €	702,97 €	695,35 €	694,08 €
Maximum	4.872,81 €	4.487,20 €	4.860,05 €	5.215,35 €	5.189,09 €	3.561,43 €	4.408,73 €	5.956,81 €

Tabelle 208: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	1.249	1.228	1.140	1.086	1.281	1.268	1.173	1.124
Mittelwert	724,43 €	582,26 €	600,35 €	591,24 €	703,19 €	726,59 €	721,95 €	746,20 €
Standardabweichung	4.660,97 €	2.977,35 €	2.848,43 €	2.275,94 €	2.490,83 €	2.556,63 €	2.811,90 €	3.133,61 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	23,65 €	16,55 €	16,05 €	15,22 €	28,07 €	27,48 €	27,01 €	19,58 €
Median	102,54 €	105,57 €	102,19 €	105,66 €	132,50 €	133,43 €	120,57 €	118,04 €
75%-Perzentil	428,99 €	391,90 €	417,52 €	416,57 €	463,02 €	475,16 €	460,77 €	511,55 €
Maximum	134.597 €	86.990 €	80.039 €	53.842 €	41.002 €	45.187 €	45.699 €	79.886 €

Tabelle 209: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	415	410	394	380	428	427	426	395
Mittelwert	758,50 €	722,94 €	577,13 €	707,73 €	931,24 €	981,23 €	1.178,36 €	1.066,38 €
Standardabweichung	3.770,18 €	3.714,64 €	1.664,91 €	2.639,80 €	4.757,17 €	4.825,97 €	5.752,13 €	5.046,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	19,65 €	18,60 €	18,31 €	25,13 €	19,88 €	27,55 €	29,23 €	29,54 €
Median	119,64 €	120,85 €	117,36 €	151,61 €	112,13 €	140,30 €	148,11 €	148,98 €
75%-Perzentil	542,22 €	554,48 €	533,11 €	580,16 €	444,46 €	493,22 €	457,06 €	506,06 €
Maximum	68.411 €	57.313 €	27.244 €	39.370 €	87.217 €	85.800 €	87.318 €	88.394 €

Tabelle 210: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.513	1.513	1.420	1.362	1.514	1.514	1.424	1.376
N mit Fall	188	168	125	133	210	187	127	126
Mittelwert	64,40 €	75,35 €	70,11 €	68,06 €	75,85 €	84,53 €	76,87 €	75,82 €
Standardabweichung	341,68 €	383,86 €	436,91 €	405,01 €	403,94 €	435,16 €	440,14 €	437,77 €
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	7.301,81 €	6.115,20 €	9.786,84 €	9.442,00 €	6.744,90 €	8.209,92 €	8.129,09 €	9.726,60 €

Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	515	515	483	464	519	519	503	481
N mit Fall	72	65	33	35	88	74	53	46
Mittelwert	82,82 €	77,13 €	38,46 €	49,16 €	97,88 €	121,35 €	111,64 €	101,19 €
Standardabweichung	331,01 €	320,96 €	224,99 €	249,66 €	405,49 €	546,67 €	833,62 €	587,44 €
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	2.921 €	2.668 €	2.553 €	2.780 €	4.300 €	5.008 €	13.019 €	9.385 €

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	118	115	117	116	118	116	117	116
Mittelwert	707,66 €	724,15 €	892,32 €	872,24 €	770,46 €	911,75 €	879,28 €	1.042,40 €
Standardabweichung	1.009,02 €	1.017,14 €	1.683,90 €	1.595,52 €	1.327,00 €	1.963,67 €	1.440,81 €	1.979,22 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	166,25 €	128,82 €	158,66 €	167,98 €	150,54 €	147,26 €	164,74 €	139,55 €
Median	302,42 €	287,11 €	354,34 €	345,62 €	284,08 €	334,79 €	348,01 €	345,56 €
75%-Perzentil	638,11 €	777,13 €	807,76 €	666,65 €	874,81 €	709,52 €	725,17 €	928,93 €
Maximum	5.126 €	4.493 €	10.787 €	11.428 €	9.613 €	16.485 €	9.875 €	14.178 €

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	81	83	80	77	77	75	70	73
Mittelwert	694,79 €	803,09 €	1.268,96 €	1.301,04 €	862,31 €	1.125,57 €	978,44 €	972,14 €
Standardabweichung	904,16 €	2.169,87 €	4.319,21 €	3.408,35 €	1.555,60 €	2.566,24 €	1.929,82 €	1.629,18 €
Minimum	0,00 €	1,16 €	0,00 €	0,00 €	16,01 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	167,12 €	145,86 €	155,38 €	105,14 €	175,61 €	179,14 €	163,68 €	126,05 €
Median	326,34 €	233,45 €	347,59 €	314,95 €	401,41 €	363,57 €	348,81 €	391,38 €
75%-Perzentil	789,83 €	619,51 €	827,27 €	774,61 €	668,33 €	735,31 €	918,32 €	776,04 €
Maximum	5.421 €	19.100 €	38.375 €	26.306 €	9.131 €	18.216 €	14.073 €	9.586 €

Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	16	15	11	11	15	13	19	17
Mittelwert	267,76 €	270,06 €	269,86 €	303,41 €	351,30 €	432,63 €	335,91 €	500,41 €
Standardabweichung	752,65 €	792,24 €	1.135,42 €	1.262,99 €	1.199,02 €	1.570,58 €	941,81 €	1.747,77 €
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	3.623 €	4.216 €	8.617 €	10.599 €	8.482 €	11.473 €	6.712 €	14.099 €

Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	14	< 10	< 10	< 10	< 10	10	11	12
Mittelwert	256,82 €	334,69 €	431,92 €	214,48 €	300,61 €	562,99 €	453,31 €	379,27 €
Standardabweichung	721,63 €	1.847,36 €	2.162,64 €	832,92 €	1.122,35 €	2.025,13 €	1.553,53 €	1.160,17 €
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	4.645 €	16.385 €	18.476 €	5.358 €	7.593 €	14.790 €	11.485 €	6.604 €

Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
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 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4,14 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	36,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	318,74 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	12	19	18	16	13	< 10	13	16
Mittelwert	16,35 €	75,33 €	140,65 €	125,28 €	44,47 €	82,23 €	118,35 €	124,65 €
Standardabweichung	57,85 €	242,96 €	615,86 €	492,34 €	196,24 €	440,03 €	523,05 €	524,31 €
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	409,58 €	1.467,16 €	4.613,11 €	3.349,65 €	1.629,63 €	3.257,66 €	3.443,21 €	3.405,18 €

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	< 10	< 10	11	12	12	12	13	12
Mittelwert	17,89 €	27,29 €	174,85 €	289,33 €	24,62 €	138,36 €	104,02 €	167,80 €
Standardabweichung	88,09 €	124,13 €	616,10 €	965,38 €	69,64 €	594,86 €	332,08 €	723,24 €
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	669,45 €	1.053,36 €	3.417,52 €	4.932,77 €	373,84 €	4.305,97 €	2.274,58 €	5.885,99 €

Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	118	112	116	114	118	116	117	114
Mittelwert	252,57 €	239,55 €	286,98 €	266,56 €	270,35 €	254,36 €	265,91 €	263,79 €
Standardabweichung	198,65 €	222,60 €	306,70 €	220,04 €	257,48 €	200,15 €	245,39 €	239,70 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	121,23 €	86,01 €	117,79 €	127,83 €	104,08 €	107,66 €	119,35 €	88,54 €
Median	214,60 €	188,39 €	214,48 €	196,44 €	190,90 €	212,24 €	190,17 €	197,22 €
75%-Perzentil	336,97 €	293,45 €	349,28 €	352,40 €	366,28 €	365,86 €	342,41 €	381,60 €
Maximum	1.120,88 €	1.271,26 €	1.858,66 €	1.150,66 €	1.613,66 €	1.182,58 €	1.669,38 €	993,38 €

Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	81	82	79	77	77	75	70	72
Mittelwert	257,16 €	219,92 €	268,29 €	243,52 €	298,25 €	284,95 €	276,87 €	264,73 €
Standardabweichung	173,83 €	172,79 €	301,10 €	267,81 €	231,35 €	344,62 €	292,83 €	304,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	16,01 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	113,98 €	103,83 €	88,28 €	70,06 €	106,60 €	118,37 €	124,64 €	87,31 €
Median	214,50 €	173,30 €	192,92 €	171,47 €	256,79 €	196,80 €	192,72 €	194,01 €
75%-Perzentil	358,43 €	287,63 €	330,42 €	311,15 €	419,19 €	349,66 €	338,21 €	336,43 €
Maximum	707,41 €	934,58 €	1.914,69 €	1.559,55 €	999,70 €	2.384,30 €	1.411,10 €	1.820,50 €

Tabelle 222: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	88	92	88	93	88	89	94	87
Mittelwert	83,66 €	78,28 €	154,20 €	148,87 €	76,15 €	124,30 €	148,72 €	138,15 €
Standardabweichung	183,09 €	121,08 €	719,10 €	600,58 €	149,93 €	395,55 €	547,58 €	453,25 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	8,34 €	0,00 €	11,63 €	0,00 €	1,57 €	16,49 €	0,00 €
Median	31,95 €	36,34 €	42,33 €	56,78 €	26,81 €	45,89 €	46,16 €	43,57 €
75%-Perzentil	97,80 €	108,60 €	111,16 €	126,12 €	81,25 €	107,36 €	131,73 €	130,96 €
Maximum	1.464,40 €	855,64 €	7.645,64 €	6.428,61 €	973,93 €	3.829,29 €	5.818,35 €	4.646,53 €

Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	59	58	50	56	59	61	55	51
Mittelwert	117,82 €	113,47 €	320,46 €	505,93 €	128,57 €	89,22 €	98,72 €	112,50 €
Standardabweichung	260,45 €	276,77 €	2.099,00 €	2.850,28 €	368,85 €	224,37 €	157,91 €	241,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3,08 €	8,73 €	0,00 €	0,00 €
Median	29,83 €	26,25 €	21,94 €	33,51 €	27,52 €	41,29 €	35,23 €	34,44 €
75%-Perzentil	78,90 €	89,21 €	107,09 €	128,28 €	93,33 €	84,16 €	125,82 €	122,09 €
Maximum	1.535 €	2.070 €	19.125 €	22.670 €	2.731 €	1.842 €	1.041 €	1.767 €

Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	119	119	119	119	119	119	119	119
N mit Fall	11	< 10	< 10	< 10	12	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	87,33 €	60,92 €	40,64 €	28,12 €	28,18 €	18,22 €	10,38 €	15,40 €
Standardabweichung	386,92 €	358,73 €	230,22 €	211,97 €	102,84 €	145,62 €	60,13 €	85,96 €
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	2.662,32 €	2.961,22 €	1.840,25 €	1.857,86 €	740,60 €	1.524,80 €	520,25 €	663,50 €

Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	83	83	83	83	77	77	77	76
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	12	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	45,11 €	107,73 €	73,44 €	47,79 €	106,11 €	50,05 €	45,53 €	47,84 €
Standardabweichung	276,11 €	447,75 €	332,52 €	201,49 €	378,73 €	180,22 €	301,72 €	324,96 €
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	2.369,04 €	2.890,08 €	2.439,42 €	1.639,92 €	2.291,40 €	1.040,60 €	2.508,00 €	2.782,00 €

14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	1.465	1.462	1.455	1.449						
Mittelwert	3.601,91 €	3.274,33 €	3.672,23 €	3.591,16 €	-70,32 €	0,829	-316,83 €	0,375	-246,51 €	0,610
Standardabweichung	8.278 €	8.749 €	9.497 €	10.716 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	284,74 €	270,44 €	276,25 €	245,77 €						
Median	891,13 €	793,80 €	788,89 €	749,96 €						
75%-Perzentil	3.418,44 €	3.244,65 €	3.493,80 €	3.048,92 €						
Maximum	133.752 €	241.201 €	231.359 €	200.269 €						

Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	453	391	452	374						
Mittelwert	2.173,85 €	1.870,21 €	2.249,56 €	2.187,55 €	-75,70 €	0,754	-317,34 €	0,319	-241,64 €	0,545
Standardabweichung	6.654,97 €	7.922,50 €	6.538,79 €	9.451,79 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	1.696,03 €	899,50 €	1.762,97 €	0,00 €						
Maximum	122.273 €	241.104 €	73.251 €	198.418 €						

Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	11,27 €	13,04 €	6,69 €	5,56 €	4,58 €	0,383	7,48 €	0,272	2,90 €	0,736
Standardabweichung	159,93 €	204,93 €	125,57 €	165,52 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.056,02 €	4.879,44 €	3.062,29 €	5.951,81 €						

Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	179	221	134	143						
Mittelwert	79,39 €	104,20 €	48,05 €	65,74 €	31,34 €	0,055	38,46 €	0,007	7,12 €	0,742
Standardabweichung	573,58 €	417,06 €	263,57 €	359,22 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	18.070 €	4.198 €	4.638 €	8.400 €						

Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	1.455	1.450	1.448	1.428						
Mittelwert	537,58 €	495,83 €	549,24 €	502,55 €	-11,67 €	0,572	-6,72 €	0,715	4,95 €	0,858
Standardabweichung	547,88 €	501,23 €	581,34 €	505,07 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	181,57 €	151,79 €	182,85 €	154,68 €						
Median	383,41 €	338,46 €	388,39 €	359,25 €						
75%-Perzentil	722,73 €	666,86 €	751,07 €	694,71 €						
Maximum	4.262,61 €	4.084,11 €	7.235,88 €	3.419,93 €						

Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	1.224	1.192	1.242	1.216						
Mittelwert	745,15 €	733,27 €	744,35 €	761,55 €	0,80 €	0,997	-28,28 €	0,823	-29,08 €	0,898
Standardabweichung	3.776,22 €	2.573,17 €	6.185,98 €	4.160,52 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	21,24 €	16,05 €	24,10 €	18,46 €						
Median	115,45 €	107,92 €	111,18 €	105,86 €						
75%-Perzentil	436,98 €	468,25 €	441,75 €	510,79 €						
Maximum	112.196 €	37.888 €	227.515 €	128.003 €						

Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
Zeitraum										
N	1.498	1.498	1.498	1.498						
N mit Fall	143	143	158	159						
Mittelwert	54,67 €	57,78 €	74,34 €	68,21 €	-19,68 €	0,130	-10,43 €	0,389	9,25 €	0,602
Standardabweichung	258,50 €	307,96 €	430,78 €	353,11 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.436,20 €	5.624,96 €	7.872,08 €	5.552,37 €						

Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
Zeitraum										
N	189	189	189	189						
N mit Fall	183	187	187	185						
Mittelwert	887,33 €	962,17 €	1.002,29 €	1.185,19 €	-114,96 €	0,517	-223,02 €	0,272	-108,06 €	0,688
Standardabweichung	1.399,11 €	1.445,30 €	1.997,83 €	2.381,74 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	166,08 €	151,33 €	161,25 €	147,57 €						
Median	354,06 €	374,21 €	316,64 €	375,04 €						
75%-Perzentil	860,17 €	1.056,84 €	893,09 €	1.175,19 €						
Maximum	9.230 €	8.848 €	20.300 €	20.131 €						

Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
Zeitraum										
N	189	189	189	189						
N mit Fall	28	30	28	21						
Mittelwert	370,26 €	422,38 €	333,12 €	418,15 €	37,13 €	0,732	4,23 €	0,977	-32,90 €	0,857
Standardabweichung	1.096,98 €	1.176,38 €	1.004,47 €	1.630,57 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	6.418 €	6.716 €	7.684 €	13.262 €						

Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
Zeitraum										
N	189	189	189	189						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €		0 €		0 €	
Standardabweichung	0 €	0 €	0 €	0 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0 €	0 €	0 €	0 €						

Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	22	34	16	39						
Mittelwert	75,29 €	100,69 €	80,08 €	221,12 €	-4,79 €	0,911	-120,43 €	0,037	-115,64 €	0,107
Standardabweichung	431,46 €	371,62 €	399,92 €	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	5.403,37 €	3.345,03 €	3.134,79 €	4.639,10 €						

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	183	185	186	182						
Mittelwert	279,79 €	268,31 €	272,85 €	264,92 €	6,94 €	0,787	3,39 €	0,886	-3,55 €	0,919
Standardabweichung	274,58 €	227,85 €	220,69 €	231,35 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	119,62 €	105,68 €	121,21 €	109,18 €						
Median	222,90 €	215,29 €	226,62 €	207,06 €						
75%-Perzentil	361,90 €	356,92 €	362,14 €	354,14 €						
Maximum	2.457,42 €	1.135,87 €	1.819,68 €	1.278,19 €						

Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	143	143	151	148						
Mittelwert	90,40 €	122,85 €	207,20 €	214,55 €	-116,81 €	0,273	-91,70 €	0,393	25,10 €	0,868
Standardabweichung	251,69 €	368,62 €	1.442,39 €	1.427,24 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	7,59 €	2,99 €	12,54 €	9,71 €						
Median	34,58 €	36,22 €	34,58 €	34,93 €						
75%-Perzentil	90,09 €	112,63 €	106,40 €	83,78 €						
Maximum	2.684 €	3.829 €	19.709 €	19.401 €						

Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	189	189	189	189						
N mit Fall	20	10	20	17						
Mittelwert	71,59 €	47,94 €	109,03 €	66,44 €	-37,43 €	0,352	-18,51 €	0,513	18,93 €	0,700
Standardabweichung	311,59 €	256,02 €	455,42 €	292,03 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.439,42 €	2.390,10 €	3.550,10 €	2.394,30 €						

14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Klinikneue Patienten

Tabelle 240: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	1.399	1.550	1.406	1.550						
Mittelwert	1.496,78 €	9.117,56 €	1.301,69 €	7.641,77 €	195,09 €	0,255	1.475,79 €	<0,001	1.280,70 €	0,004
Standardabweichung	4.909 €	11.728 €	4.618 €	10.761 €						
Minimum	0,00 €	42,00 €	0,00 €	145,93 €						
25%-Perzentil	49,90 €	1.117,41 €	41,88 €	913,32 €						
Median	251,50 €	5.782,62 €	216,48 €	3.529,29 €						
75%-Perzentil	1.011 €	12.281 €	799 €	10.860 €						
Maximum	109.844 €	115.576 €	71.600 €	137.729 €						

Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	150	861	127	792						
Mittelwert	825,32 €	6.754,12 €	709,21 €	5.691,80 €	116,11 €	0,463	1.062,32 €	0,006	946,21 €	0,023
Standardabweichung	4.609 €	11.228 €	4.182 €	10.261 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	1.520,77 €	0,00 €	448,52 €						
75%-Perzentil	0,00 €	9.801,41 €	0,00 €	8.452,87 €						
Maximum	109.414 €	115.576 €	71.600 €	135.205 €						

Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	16	342	20	216						
Mittelwert	43,62 €	1.281,95 €	52,66 €	945,68 €	-9,04 €	0,665	336,27 €	<0,001	345,31 €	<0,001
Standardabweichung	531,42 €	2.821,15 €	627,99 €	2.772,61 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	10.157 €	18.438 €	11.161 €	23.881 €						

Tabelle 243: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	100	1.043	84	1.073						
Mittelwert	18,83 €	308,03 €	20,47 €	339,24 €	-1,64 €	0,634	-31,21 €	0,043	-29,57 €	0,061
Standardabweichung	85,92 €	497,61 €	104,72 €	346,16 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	127,00 €	0,00 €	192,84 €						
75%-Perzentil	0,00 €	453,98 €	0,00 €	584,25 €						
Maximum	848,76 €	9.138,84 €	1.220,00 €	2.034,83 €						

Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	19	39	14	25						
Mittelwert	10,37 €	9,83 €	4,06 €	6,49 €	6,31 €	0,115	3,34 €	0,141	-2,98 €	0,518
Standardabweichung	145,99 €	69,05 €	59,32 €	56,38 €						
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 €	877,70 €	1.404,32 €	839,58 €						

Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	1.356	1.395	1.371	1.395						
Mittelwert	334,40 €	291,59 €	271,20 €	222,71 €	63,19 €	0,004	68,88 €	<0,001	5,68 €	0,825
Standardabweichung	683,08 €	451,74 €	523,24 €	288,81 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	23,20 €	41,03 €	21,67 €	33,55 €						
Median	96,42 €	161,21 €	86,24 €	109,84 €						
75%-Perzentil	327,77 €	418,58 €	259,14 €	316,47 €						
Maximum	10.646 €	11.159 €	4.433 €	2.807 €						

Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	966	1.226	940	1.202						
Mittelwert	232,81 €	362,37 €	221,14 €	362,53 €	11,68 €	0,653	-0,16 €	0,996	-11,84 €	0,765
Standardabweichung	757,99 €	731,11 €	685,67 €	926,54 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	24,03 €	0,00 €	14,82 €						
Median	32,81 €	150,42 €	31,11 €	122,54 €						
75%-Perzentil	180,49 €	430,71 €	181,58 €	364,14 €						
Maximum	10.802 €	11.125 €	11.638 €	13.037 €						

Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	30	66	19	53						
Mittelwert	31,43 €	109,67 €	22,95 €	73,31 €	8,48 €	0,445	36,36 €	0,114	27,88 €	0,275
Standardabweichung	314,84 €	735,33 €	303,27 €	528,08 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	7.278 €	14.139 €	8.750 €	8.785 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	521	529	517	529						
Mittelwert	7.418 €	10.741 €	5.306 €	9.027 €	2.111,82 €	0,012	1.713,96 €	0,094	-397,86 €	0,763
Standardabweichung	16.820 €	19.387 €	9.294 €	13.300 €						
Minimum	0,00 €	31,99 €	0,00 €	160,46 €						
25%-Perzentil	456,11 €	1.141,96 €	494,43 €	1.067,14 €						
Median	1.885,99 €	4.835,83 €	1.529,40 €	3.077,00 €						
75%-Perzentil	8.174 €	12.432 €	7.570 €	12.374 €						
Maximum	258.931 €	259.574 €	89.618 €	102.789 €						

Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	206	283	187	264						
Mittelwert	5.848,54 €	8.685,81 €	3.822,73 €	7.111,57 €	2.025,81 €	0,013	1.574,24 €	0,115	-451,57 €	0,726
Standardabweichung	16.483 €	19.118 €	8.891 €	12.733 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	1.283,42 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	5.673 €	10.425 €	4.050 €	10.044 €						
Maximum	258.290 €	259.574 €	88.325 €	100.226 €						

Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	38	51	32	38						
Mittelwert	371,42 €	472,16 €	331,23 €	499,64 €	40,19 €	0,712	-27,48 €	0,814	-67,67 €	0,672
Standardabweichung	1.980,93 €	1.686,56 €	1.532,58 €	2.094,67 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	23.917 €	12.120 €	10.741 €	15.007 €						

Tabelle 251: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	260	400	278	399						
Mittelwert	167,51 €	402,74 €	211,75 €	461,81 €	-44,24 €	0,004	-59,08 €	0,047	-14,84 €	0,657
Standardabweichung	225,44 €	539,88 €	266,28 €	420,17 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	26,80 €	0,00 €	145,93 €						
Median	0,00 €	218,01 €	138,98 €	385,68 €						
75%-Perzentil	330,00 €	564,55 €	376,28 €	771,36 €						
Maximum	1.256,42 €	4.592,99 €	1.418,64 €	3.079,50 €						

Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	13	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	16,20 €	5,89 €	20,24 €	9,88 €	-4,04 €	0,757	-3,99 €	0,513	0,05 €	0,997
Standardabweichung	157,23 €	54,75 €	255,95 €	129,23 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.432,20 €	671,10 €	4.638,73 €	2.151,25 €						

Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	467	465	476	485						
Mittelwert	416,64 €	319,12 €	352,53 €	259,81 €	64,12 €	0,185	59,31 €	0,093	-4,81 €	0,936
Standardabweichung	879,30 €	662,88 €	680,25 €	468,09 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	24,53 €	29,48 €	24,92 €	32,07 €						
Median	102,59 €	113,58 €	91,61 €	93,96 €						
75%-Perzentil	391,95 €	388,30 €	317,52 €	314,72 €						
Maximum	11.659 €	10.044 €	5.341 €	3.678 €						

Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	403	443	399	427						
Mittelwert	420,81 €	538,17 €	514,10 €	593,62 €	-93,30 €	0,189	-55,44 €	0,467	37,85 €	0,716
Standardabweichung	835,76 €	988,51 €	1.403,25 €	1.446,68 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	14,76 €	61,52 €	12,19 €	32,90 €						
Median	138,57 €	229,56 €	146,70 €	223,50 €						
75%-Perzentil	473,57 €	663,91 €	472,05 €	644,48 €						
Maximum	10.548 €	9.633 €	24.540 €	25.408 €						

Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	38	49	16	23						
Mittelwert	176,66 €	316,66 €	53,38 €	90,25 €	123,29 €	0,002	226,41 €	<0,001	103,12 €	0,190
Standardabweichung	811,99 €	1.394,77 €	446,54 €	688,07 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	6.651 €	12.561 €	7.911 €	9.169 €						

Klinikneue Patienten

Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	105	123	105	122						
Mittelwert	1.307 €	19.019 €	999 €	13.017 €	307,53 €	0,631	6.001,32 €	0,028	5.693,79 €	0,042
Standardabweichung	5.724 €	22.824 €	4.176 €	19.650 €						
Minimum	0 €	126 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	48,43 €	2.174,09 €	33,56 €	979,41 €						
Median	218 €	10.738 €	314 €	3.224 €						
75%-Perzentil	946 €	27.297 €	807 €	20.166 €						
Maximum	59.351 €	114.955 €	45.934 €	148.923 €						

Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	< 10	90	< 10	65						
Mittelwert	769 €	15.133 €	469 €	8.569 €	299,41 €	0,632	6.563,70 €	0,011	6.264,28 €	0,017
Standardabweichung	5.534 €	21.530 €	4.163 €	18.366 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	3.194,40 €	0,00 €	1.054,95 €						
75%-Perzentil	0 €	23.613 €	0 €	10.800 €						
Maximum	58.339 €	114.346 €	45.916 €	147.891 €						

Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	< 10	32	< 10	34						
Mittelwert	0,00 €	3.110,68 €	0,00 €	3.426,42 €	0 €		-315,75 €	0,722	-315,75 €	0,722
Standardabweichung	0,00 €	6.640,32 €	0,00 €	7.257,70 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.609,32 €	0,00 €	1.874,70 €						
Maximum	0 €	33.196 €	0 €	30.062 €						

Tabelle 259: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	< 10	58	< 10	93						
Mittelwert	24,68 €	198,50 €	25,88 €	484,16 €	-1,20 €	0,936	-285,65 €	<0,001	-284,45 €	<0,001
Standardabweichung	101,06 €	351,27 €	130,99 €	438,54 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	254,25 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	349,35 €						
75%-Perzentil	0,00 €	250,26 €	0,00 €	698,70 €						
Maximum	760,80 €	2.157,05 €	1.121,68 €	1.750,87 €						

Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	45,79 €	48,45 €	62,20 €	51,36 €	-16,40 €	0,571	-2,91 €	0,916	13,49 €	0,736
Standardabweichung	185,46 €	217,39 €	261,49 €	214,56 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	977,04 €	1.669,76 €	1.579,86 €	1.587,91 €						

Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	103	117	105	115						
Mittelwert	360,86 €	342,09 €	320,73 €	310,86 €	40,13 €	0,593	31,23 €	0,418	-8,90 €	0,916
Standardabweichung	574,48 €	298,25 €	600,40 €	304,82 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	38,14 €	109,74 €	20,46 €	68,64 €						
Median	145,98 €	264,40 €	119,89 €	219,58 €						
75%-Perzentil	389,11 €	508,96 €	339,54 €	471,90 €						
Maximum	3.199,90 €	1.637,83 €	4.419,09 €	1.399,04 €						

Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	26	46	33	54						
Mittelwert	84,55 €	176,62 €	120,88 €	175,16 €	-36,33 €	0,381	1,47 €	0,978	37,80 €	0,577
Standardabweichung	287,23 €	360,07 €	358,59 €	473,68 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	141,05 €	32,62 €	119,88 €						
Maximum	1.980,39 €	1.964,34 €	2.277,83 €	3.710,07 €						

Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	21,92 €	9,24 €	0,00 €	0,00 €	21,92 €	0,039	9,24 €	0,098	-12,68 €	0,289
Standardabweichung	117,20 €	61,62 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	806,98 €	535,08 €	0,00 €	0,00 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	83	83	83	83						
Mittelwert	5.889 €	16.957 €	5.453 €	11.918 €	436,40 €	0,836	5.039,13 €	0,105	4.602,73 €	0,219
Standardabweichung	14.641 €	20.563 €	12.347 €	19.194 €						
Minimum	58,25 €	157,06 €	16,01 €	279,99 €						
25%-Perzentil	389,74 €	1.705,37 €	441,28 €	798,71 €						
Median	775 €	13.235 €	792 €	2.193 €						
75%-Perzentil	2.320 €	21.675 €	2.938 €	19.178 €						
Maximum	72.229 €	125.913 €	61.186 €	141.735 €						

Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	16	43	16	40						
Mittelwert	4.007 €	10.810 €	3.566 €	8.949 €	441,70 €	0,827	1.860,53 €	0,529	1.418,83 €	0,692
Standardabweichung	14.473 €	20.199 €	11.312 €	17.729 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	1.166,86 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0 €	14.173 €	0 €	13.225 €						
Maximum	71.843 €	119.248 €	57.362 €	131.051 €						

Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	< 10	35	< 10	15						
Mittelwert	970,23 €	5.370,70 €	844,49 €	1.827,72 €	125,74 €	0,827	3.542,98 €	<0,001	3.417,24 €	0,004
Standardabweichung	3.535,34 €	7.777,87 €	3.866,12 €	4.972,59 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	10.482 €	0 €	0 €						
Maximum	16.376 €	25.882 €	24.972 €	25.176 €						

Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	67	53	68	72						
Mittelwert	282,05 €	210,36 €	372,46 €	577,48 €	-90,41 €	0,033	-367,12 €	<0,001	-276,71 €	<0,001
Standardabweichung	240,58 €	276,22 €	298,19 €	470,71 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	126,00 €	0,00 €	265,00 €	267,15 €						
Median	283,47 €	84,00 €	329,13 €	349,35 €						
75%-Perzentil	372,55 €	290,56 €	533,42 €	801,47 €						
Maximum	1.050,00 €	1.159,49 €	1.377,36 €	2.103,42 €						

Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	< 10	10	< 10	10						
Mittelwert	137,76 €	64,32 €	70,35 €	44,92 €	67,40 €	0,326	19,40 €	0,486	-48,01 €	0,516
Standardabweichung	550,87 €	207,11 €	290,66 €	145,38 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	4.130,65 €	1.051,62 €	1.802,35 €	924,62 €						

Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	82	78	78	81						
Mittelwert	426,90 €	382,00 €	452,30 €	371,55 €	-25,40 €	0,826	10,44 €	0,892	35,85 €	0,796
Standardabweichung	683,05 €	518,00 €	796,28 €	468,54 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	81,67 €	113,68 €	56,00 €	58,74 €						
Median	212,79 €	262,45 €	136,77 €	146,64 €						
75%-Perzentil	410,15 €	441,06 €	397,66 €	525,18 €						
Maximum	4.022,13 €	3.154,83 €	4.750,27 €	2.423,81 €						

Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	20	35	33	42						
Mittelwert	38,28 €	85,02 €	109,17 €	138,60 €	-70,89 €	0,024	-53,58 €	0,129	17,31 €	0,713
Standardabweichung	109,12 €	187,11 €	262,48 €	259,10 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	22,22 €						
75%-Perzentil	0,00 €	110,10 €	126,10 €	165,62 €						
Maximum	659,94 €	1.381,11 €	1.910,52 €	1.700,39 €						

Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	26,68 €	35,24 €	38,41 €	8,76 €	-11,73 €	0,750	26,48 €	0,318	38,21 €	0,399
Standardabweichung	179,06 €	227,33 €	282,48 €	79,78 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.451,36 €	1.641,32 €	2.483,88 €	726,80 €						

14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Tabelle 272: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	1.508	1.503	1.507	1.514						
Mittelwert	3.598,52 €	2.586,37 €	3.828,66 €	3.326,51 €	-230,14 €	0,547	-740,14 €	0,002	-509,99 €	0,260
Standardabweichung	10.008 €	5.626 €	11.240 €	7.707 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	249,16 €	244,06 €	270,51 €	283,62 €						
Median	820,26 €	730,46 €	858,62 €	889,65 €						
75%-Perzentil	3.282,75 €	2.579,08 €	3.163,42 €	3.002,42 €						
Maximum	232.320 €	89.020 €	277.170 €	154.251 €						

Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	481	378	476	410						
Mittelwert	2.208,07 €	1.362,91 €	2.504,08 €	1.935,47 €	-296,01 €	0,354	-572,56 €	0,005	-276,55 €	0,464
Standardabweichung	7.085 €	4.309 €	10.370 €	6.696 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	1.653,06 €	0,00 €	1.672,55 €	848,22 €						
Maximum	105.783 €	81.088 €	268.552 €	152.422 €						

Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	9,53 €	1,97 €	9,15 €	22,79 €	0,38 €	0,951	-20,83 €	0,280	-21,21 €	0,295
Standardabweichung	158,39 €	77,50 €	187,68 €	754,21 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.242 €	3.051 €	5.678 €	29.498 €						

Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	129	168	130	152						
Mittelwert	46,12 €	68,65 €	33,36 €	59,07 €	12,76 €	0,540	9,58 €	0,379	-3,17 €	0,892
Standardabweichung	775,92 €	322,36 €	263,22 €	282,20 €						
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 €	4.715 €	8.524 €	3.292 €						

Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	1.500	1.491	1.494	1.501						
Mittelwert	534,89 €	486,26 €	518,26 €	513,08 €	16,63 €	0,368	-26,82 €	0,123	-43,45 €	0,086
Standardabweichung	529,95 €	486,33 €	497,16 €	480,47 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	168,88 €	141,95 €	158,51 €	162,96 €						
Median	378,21 €	343,38 €	383,87 €	366,67 €						
75%-Perzentil	739,24 €	671,09 €	740,32 €	716,52 €						
Maximum	5.689,23 €	4.085,67 €	4.486,14 €	3.342,38 €						

Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	1.274	1.254	1.307	1.290						
Mittelwert	736,97 €	592,20 €	689,09 €	713,18 €	47,88 €	0,723	-120,99 €	0,228	-168,87 €	0,316
Standardabweichung	4.716,48 €	3.039,06 €	2.463,51 €	2.528,70 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	21,89 €	16,46 €	27,02 €	26,30 €						
Median	101,18 €	103,50 €	130,14 €	131,92 €						
75%-Perzentil	424,18 €	390,09 €	452,84 €	466,48 €						
Maximum	134.597 €	86.990 €	41.002 €	45.187 €						

Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
Zeitraum										
N	1.550	1.550	1.550	1.550						
N mit Fall	190	170	216	190						
Mittelwert	62,94 €	74,38 €	74,73 €	82,91 €	-11,79 €	0,375	-8,53 €	0,559	3,26 €	0,869
Standardabweichung	337,71 €	380,52 €	399,43 €	430,28 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	7.301,81 €	6.115,20 €	6.744,90 €	8.209,92 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
Zeitraum										
N	529	529	529	529						
N mit Fall	514	502	513	517						
Mittelwert	3.284,01 €	2.931,56 €	3.289,21 €	3.813,70 €	-5,20 €	0,991	-882,14 €	0,066	-876,95 €	0,196
Standardabweichung	8.200,27 €	6.400,40 €	7.352,97 €	8.982,11 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	232,97 €	207,13 €	236,57 €	283,12 €						
Median	722,56 €	775,28 €	907,79 €	950,79 €						
75%-Perzentil	2.742,46 €	2.643,77 €	3.132,19 €	3.167,77 €						
Maximum	80.569 €	67.253 €	92.119 €	92.796 €						

Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
Zeitraum										
N	529	529	529	529						
N mit Fall	141	136	155	158						
Mittelwert	1.941,86 €	1.631,86 €	1.714,03 €	2.157,95 €	227,84 €	0,532	-526,10 €	0,141	-753,93 €	0,139
Standardabweichung	6.906,78 €	4.902,20 €	4.741,94 €	6.578,85 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	760,77 €	810,66 €	1.573,67 €	1.685,54 €						
Maximum	78.204 €	65.689 €	43.505 €	66.425 €						

Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	16,98 €	2,28 €	7,90 €	6,66 €	9,08 €	0,424	-4,37 €	0,466	-13,46 €	0,295
Standardabweichung	225,35 €	52,48 €	131,84 €	127,74 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.188,26 €	1.207,03 €	2.580,75 €	2.865,21 €						

Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	56	59	31	39						
Mittelwert	31,42 €	48,19 €	29,40 €	59,58 €	2,02 €	0,876	-11,39 €	0,702	-13,41 €	0,680
Standardabweichung	193,88 €	248,87 €	225,25 €	638,78 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.517 €	3.800 €	3.425 €	13.700 €						

Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	529	529	529	529						
N mit Fall	505	497	510	513						
Mittelwert	469,02 €	462,30 €	523,08 €	506,16 €	-54,06 €	0,103	-43,87 €	0,161	10,19 €	0,823
Standardabweichung	504,44 €	540,23 €	571,21 €	473,88 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	126,81 €	120,56 €	141,05 €	162,16 €						
Median	335,71 €	292,84 €	348,09 €	391,23 €						
75%-Perzentil	640,50 €	630,79 €	738,00 €	692,39 €						
Maximum	4.872,81 €	4.487,20 €	5.189,09 €	3.561,43 €						

Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
Zeitraum										
N	529	529	529	529						
N mit Fall	427	419	435	432						
Mittelwert	743,71 €	710,90 €	917,97 €	963,92 €	-174,26 €	0,505	-253,02 €	0,334	-78,76 €	0,831
Standardabweichung	3.721,21 €	3.666,30 €	4.713,38 €	4.781,70 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	19,04 €	16,37 €	18,49 €	26,00 €						
Median	119,70 €	120,85 €	109,41 €	138,65 €						
75%-Perzentil	515,14 €	549,68 €	440,34 €	482,92 €						
Maximum	68.411 €	57.313 €	87.217 €	85.800 €						

Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
Zeitraum										
N	529	529	529	529						
N mit Fall	74	67	90	75						
Mittelwert	81,02 €	76,04 €	96,84 €	119,43 €	-15,81 €	0,483	-43,39 €	0,112	-27,58 €	0,436
Standardabweichung	326,82 €	317,09 €	401,89 €	541,71 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.920,82 €	2.668,50 €	4.300,36 €	5.008,30 €						

Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
Zeitraum										
N	123	123	123	123						
N mit Fall	122	119	122	120						
Mittelwert	798,01 €	713,94 €	756,83 €	887,60 €	41,18 €	0,813	-173,66 €	0,378	-214,84 €	0,414
Standardabweichung	1.416,64 €	1.004,62 €	1.308,51 €	1.935,87 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	158,28 €	123,15 €	146,81 €	144,66 €						
Median	302,42 €	287,11 €	284,08 €	323,04 €						
75%-Perzentil	650,99 €	777,13 €	874,81 €	654,77 €						
Maximum	11.809 €	4.493 €	9.613 €	16.485 €						

Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	17	15	16	13						
Mittelwert	350,12 €	261,28 €	345,69 €	418,56 €	4,43 €	0,977	-157,28 €	0,315	-161,71 €	0,461
Standardabweichung	1.233,98 €	780,62 €	1.180,93 €	1.546,54 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	11.201 €	4.216 €	8.482 €	11.473 €						

Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €		0 €		0 €	
Standardabweichung	0 €	0 €	0 €	0 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0 €	0 €	0 €	0 €						

Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	13	20	14	< 10						
Mittelwert	18,01 €	74,06 €	44,64 €	80,66 €	-26,63 €	0,147	-6,59 €	0,883	20,03 €	0,678
Standardabweichung	61,39 €	239,32 €	193,63 €	432,97 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	409,58 €	1.467,16 €	1.629,63 €	3.257,66 €						

Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	122	116	122	120						
Mittelwert	249,44 €	236,03 €	265,31 €	249,62 €	-15,87 €	0,586	-13,59 €	0,612	2,27 €	0,954
Standardabweichung	197,54 €	220,06 €	254,80 €	199,17 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	118,27 €	85,48 €	102,10 €	103,62 €						
Median	211,53 €	181,99 €	188,37 €	211,71 €						
75%-Perzentil	336,97 €	287,56 €	359,95 €	354,95 €						
Maximum	1.120,88 €	1.271,26 €	1.613,66 €	1.182,58 €						

Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	90	94	90	91						
Mittelwert	81,90 €	83,63 €	73,93 €	121,13 €	7,97 €	0,705	-37,50 €	0,314	-45,47 €	0,287
Standardabweichung	180,45 €	134,58 €	147,96 €	389,46 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	6,28 €	0,00 €	0,00 €						
Median	31,01 €	36,34 €	23,80 €	41,65 €						
75%-Perzentil	95,56 €	110,46 €	79,13 €	103,02 €						
Maximum	1.464,40 €	855,64 €	973,93 €	3.829,29 €						

Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	123	123	123	123						
N mit Fall	13	< 10	12	< 10						
Mittelwert	98,54 €	58,94 €	27,27 €	17,63 €	71,27 €	0,058	41,31 €	0,230	-29,96 €	0,555
Standardabweichung	402,37 €	352,97 €	101,27 €	143,25 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.662,32 €	2.961,22 €	740,60 €	1.524,80 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	81	83	83	81						
Mittelwert	694,79 €	803,09 €	913,20 €	1.063,68 €	-218,41 €	0,280	-260,59 €	0,472	-42,18 €	0,919
Standardabweichung	904,16 €	2.169,87 €	1.598,81 €	2.480,73 €						
Minimum	0,00 €	1,16 €	16,01 €	0,00 €						
25%-Perzentil	167,12 €	145,86 €	178,60 €	184,39 €						
Median	326,34 €	233,45 €	401,41 €	359,71 €						
75%-Perzentil	789,83 €	619,51 €	688,95 €	712,27 €						
Maximum	5.421 €	19.100 €	9.131 €	18.216 €						

Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	14	< 10	10	10						
Mittelwert	256,82 €	334,69 €	363,00 €	522,29 €	-106,18 €	0,489	-187,60 €	0,526	-81,42 €	0,807
Standardabweichung	721,63 €	1.847,36 €	1.195,03 €	1.955,14 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	4.645 €	16.385 €	7.593 €	14.790 €						

Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	3,84 €	0,00 €	-3,84 €	0,319	0 €		3,84 €	0,318
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	34,99 €	0,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	318,74 €	0,00 €						

Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	< 10	< 10	12	13						
Mittelwert	17,89 €	27,29 €	22,84 €	129,62 €	-4,95 €	0,685	-102,33 €	0,114	-97,39 €	0,138
Standardabweichung	88,09 €	124,13 €	67,35 €	573,64 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	669,45 €	1.053,36 €	373,84 €	4.305,97 €						

Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	81	82	83	81						
Mittelwert	257,16 €	219,92 €	298,19 €	279,49 €	-41,04 €	0,196	-59,57 €	0,150	-18,54 €	0,721
Standardabweichung	173,83 €	172,79 €	229,21 €	333,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	16,01 €	0,00 €						
25%-Perzentil	113,98 €	103,83 €	117,56 €	121,35 €						
Median	214,50 €	173,30 €	256,79 €	198,08 €						
75%-Perzentil	358,43 €	287,63 €	415,83 €	343,68 €						
Maximum	707,41 €	934,58 €	999,70 €	2.384,30 €						

Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	59	58	63	66						
Mittelwert	117,82 €	113,47 €	125,68 €	85,84 €	-7,86 €	0,872	27,63 €	0,475	35,49 €	0,568
Standardabweichung	260,45 €	276,77 €	357,57 €	216,64 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	2,19 €	10,18 €						
Median	29,83 €	26,25 €	27,47 €	41,29 €						
75%-Perzentil	78,90 €	89,21 €	89,03 €	80,16 €						
Maximum	1.535,35 €	2.069,82 €	2.731,42 €	1.842,39 €						

Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Präzeit- raum	1. Jahr	Präzeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	83	83	83	83						
N mit Fall	< 10	< 10	10	< 10						
Mittelwert	45,11 €	107,73 €	99,64 €	46,44 €	-54,54 €	0,280	61,29 €	0,247	115,83 €	0,113
Standardabweichung	276,11 €	447,75 €	365,49 €	174,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.369,04 €	2.890,08 €	2.291,40 €	1.040,60 €						

14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

Behandlungs-setting	2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	KG	IG	P-Wert
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	69	322	<0,001	105	567	<0,001	124	664	<0,001	694	128	<0,001
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA										<10		>0,999
TK+HT+PIA												
vs+TK	22	130	0,236	49	237	<0,001	83	429	<0,001	411	53	0,777
vs+PIA	312	2.158	<0,001	422	3.268	<0,001	601	4.463	<0,001	4.603	616	<0,001
vs+HT												
TK+PIA	43	526	0,303	104	963	0,920	225	1.326	<0,001	1.428	220	<0,001
TK+HT												
HT+PIA										<10		>0,999
vs	217	1.975	0,695	444	3.713	0,025	890	6.436	<0,001	6.164	848	<0,001
TK	10	148	0,400	16	344	0,003	46	745	<0,001	778	38	<0,001
PIA	1.200	12.290	<0,001	1.725	17.852	<0,001	2.417	25.511	<0,001	26.801	2.522	<0,001
HT												
Gesamt-ergebnis	1.873	17.549	<0,001	2.865	26.944	<0,001	4.386	39.574	<0,001	40.882	4.425	<0,001

(N_{Kontrollkliniken} = 10)

Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

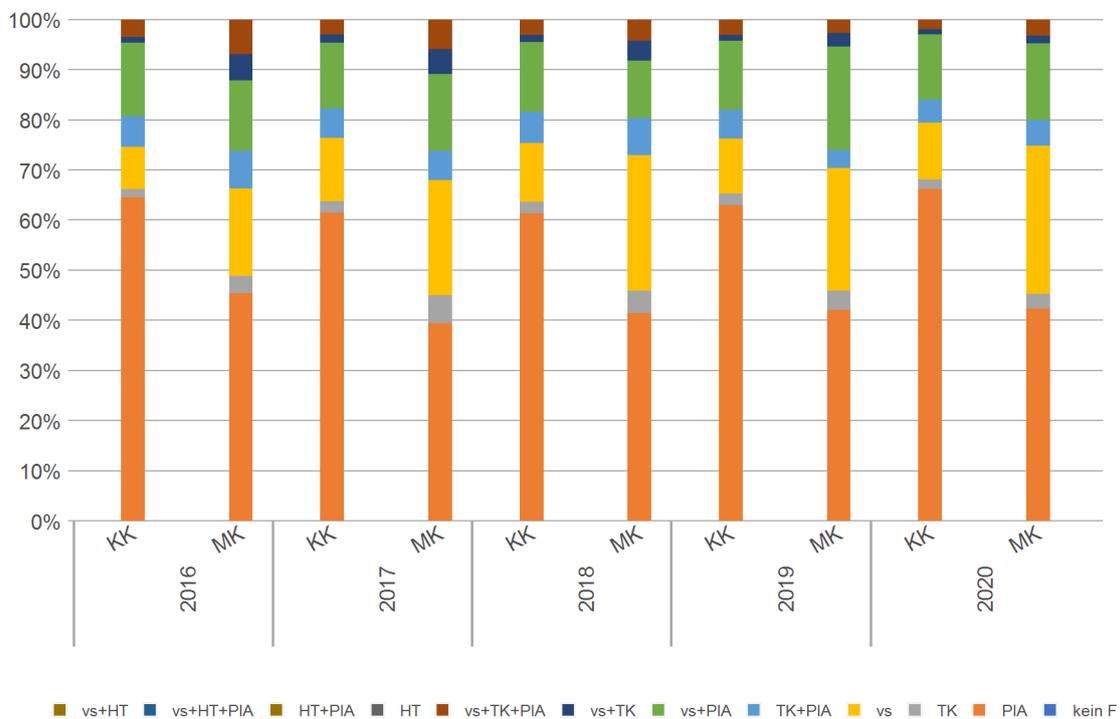


Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

Behandlungssetting	2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p-Wert									
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	<10	57	0,052	12	112	0,110	20	159	0,013	15	170	0,774
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10	28	0,708	<10	39	<0,001	17	92	<0,001	14	77	0,003
vs+PIA	11	209	0,965	24	476	>0,999	52	711	0,598	41	749	0,774
vs+HT												
TK+PIA	<10	83	0,965	13	197	>0,999	20	313	>0,999	26	340	0,774
TK+HT												
HT+PIA												
vs	<10	132	0,708	30	276	<0,001	78	685	<0,001	96	635	<0,001
TK	<10	27	0,163	<10	52	0,352	19	119	<0,001	16	121	0,044
PIA	28	1.108	<0,001	78	2.097	<0,001	134	3.321	<0,001	147	3.324	<0,001
HT												
Gesamtergebnis	67	1.644	<0,001	172	3.249	<0,001	340	5.400	<0,001	355	5.416	<0,001
kein Fall												

(N_{Kontrollkliniken} = 10)

Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting



14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive)

Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	4.425	39.713	4.483	40.876	4.329	38.680
Anzahl Fälle	12.127	118.880	12.527	125.778	11.584	113.328
Summe Kosten	26.985.122 €	194.051.054 €	28.371.189 €	211.878.834 €	23.773.757 €	167.914.635 €
Ausgaben je Patient	6.098 €	4.886 €	6.329 €	5.183 €	5.492 €	4.341 €
Ausgaben je Fall	2.225 €	1.632 €	2.265 €	1.685 €	2.052 €	1.482 €

Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1.645	11.451	1.667	11.608	1.566	9.771
Anzahl Fälle	2.195	17.717	2.209	18.032	2.004	14.727
Summe Kosten	22.281.606 €	146.668.195 €	23.122.563 €	159.865.624 €	20.089.026 €	128.686.243 €
Ausgaben je Patient	13.545 €	12.808 €	13.871 €	13.772 €	12.828 €	13.170 €
Ausgaben je Fall	10.151 €	8.278 €	10.467 €	8.866 €	10.024 €	8.738 €

Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	439	3.306	388	3.448	257	2.210
Anzahl Fälle	480	4.128	413	4.231	276	2.840
Summe Kosten	2.618.755 €	28.170.459 €	2.465.658 €	31.194.348 €	1.581.233 €	19.568.831 €
Ausgaben je Patient	5.965 €	8.521 €	6.355 €	9.047 €	6.153 €	8.855 €
Ausgaben je Fall	5.456 €	6.824 €	5.970 €	7.373 €	5.729 €	6.890 €

Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	3.486	33.063	3.633	33.978	3.476	32.987
Anzahl Fälle	9.452	97.031	9.905	103.497	9.304	95.736
Summe Kosten	2.084.761 €	19.212.400 €	2.782.968 €	20.714.771 €	2.103.498 €	19.585.614 €
Ausgaben je Patient	598,0 €	581,1 €	766,0 €	609,7 €	605,1 €	593,7 €
Ausgaben je Fall	220,6 €	198,0 €	281,0 €	200,1 €	226,1 €	204,6 €

Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	355	5.206	368	5.477	314	4.901
Anzahl Fälle	641	15.285	781	16.308	599	14.423
Summe Kosten	4.232.623 €	52.925.516 €	4.716.265 €	58.403.854 €	3.587.211 €	45.350.011 €
Ausgaben je Patient	11.923 €	10.166 €	12.816 €	10.663 €	11.424 €	9.253 €
Ausgaben je Fall	6.603 €	3.463 €	6.039 €	3.581 €	5.989 €	3.144 €

Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	166	1.599	186	1.608	156	1.357
Anzahl Fälle	190	2.582	228	2.551	192	2.238
Summe Kosten	3.183.500 €	36.523.648 €	3.875.835 €	40.289.694 €	2.906.891 €	32.309.286 €
Ausgaben je Patient	19.178 €	22.842 €	20.838 €	25.056 €	18.634 €	23.809 €
Ausgaben je Fall	16.755 €	14.145 €	16.999 €	15.794 €	15.140 €	14.437 €

Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	71	706	47	706	40	479
Anzahl Fälle	80	1.097	49	1.046	48	761
Summe Kosten	967.243 €	12.669.260 €	680.302 €	13.794.710 €	591.795 €	9.144.865 €
Ausgaben je Patient	13.623 €	17.945 €	14.475 €	19.539 €	14.795 €	19.092 €
Ausgaben je Fall	12.091 €	11.549 €	13.884 €	13.188 €	12.329 €	12.017 €

Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	229	4.438	254	4.724	207	4.245
Anzahl Fälle	371	11.602	504	12.702	359	11.423
Summe Kosten	81.880 €	3.726.608 €	160.129 €	4.246.310 €	88.525 €	3.871.809 €
Ausgaben je Patient	358 €	840 €	630 €	899 €	428 €	912 €
Ausgaben je Fall	220,7 €	321,2 €	317,7 €	334,3 €	246,6 €	338,9 €

14.5.7 Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Tabelle 310: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz		
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	
Kosten	IG	1.496,78 €		1550	9.117,56 €		1550	7.620,78 €		
	KG	1.301,69 €		1550	7.641,77 €		1550	6.340,08 €		
	Diff (IG - KG)	195,09 €	0,254		1.475,79 €	<0,001		1.280,70 €	0,003	
KH-Tage	IG	3,0		1550	24,3		1550	21,4		
	KG	2,4		1550	21,1		1550	18,7		
	Diff (IG - KG)	0,6	0,340		3,3	0,019		2,7	0,074	
ICER		473,43 €/d								

Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz		
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	
Kosten	IG	1.583,91 €		909	9.155,07 €		909	7.571,16 €		
	KG	1.090,80 €		917	7.486,92 €		917	6.396,12 €		
	Diff (IG - KG)	493,10 €	0,035		1.668,14 €	0,001		1.175,04 €	0,039	
AU-Tage	IG	31,1		909	99,8		909	68,7		
	KG	31,9		917	86,0		917	54,1		
	Diff (IG - KG)	-0,8	0,815		13,9	0,009		14,6	0,019	
ICER		80,41 €/d								

Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz		
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	
Kosten	IG	1.306,52 €		123	19.018,73 €		123	17.712,21 €		
	KG	998,99 €		123	13.017,41 €		123	12.018,42 €		
	Diff (IG - KG)	307,53 €	0,630		6.001,32 €	0,028		5.693,79 €	0,041	
KH-Tage	IG	2,0		123	35,8		123	33,8		
	KG	0,2		123	19,5		123	19,3		
	Diff (IG - KG)	1,8	0,205		16,3	0,007		14,5	0,020	
ICER		392,57 €/d								

