Zwischenbericht

Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 27.09.2019

Autoren:

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

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

[2] WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

[3] Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg

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

Danksagung

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

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

[2] WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung 29
2. Hintergrund 43
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes 43
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten 43
5. Methoden 43
6. Aufbereitung der Sekundärdaten 44
6.1 Patientenmatching 46
7. Darstellung Modellvorhaben Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH 52
8. Ergebnisse: Effektivität 54
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe 55
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter 72
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer 74
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen 105
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik 134
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem 181
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping 183
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten 194
8.2.7 Wiederaufnahmeraten 206
8.2.8 Komorbidität 213
8.2.9 Mortalität 218
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung 226
8.2.11 Leitlinienadhärenz 242
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung 250
9.1 Patientenmix 250
9.2 Leistungserbringung 259
10. Ergebnisse: Kosten 274
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten 274
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen 287
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen 295
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen 302

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 308
10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung 315
10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung 322
10.8 Kosten der Heilmittelversorgung 328
11. Ergebnisse: Effizienz 335
12. Diskussion 339
12.1 Hauptergebnisse 339
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich) 347
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch) 351
13. Literatur 353
14. Anhang 354
14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 354
14.2 Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 394
14.3 Ergebnisse Modellierung 423
14.4 Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 492
14.5 Ergebnisse Kosten 493
14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 493
14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 503
14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 509
14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 521
14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive) 531
14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 533
14.5.7 Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 537

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

Der **Postzeitraum**, oder Nachbeobachtungszeitraum bezeichnet die Zeitspanne eines Patienten, die er ab Einschluss in die Evaluationsstudie unter Beobachtung steht. 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 Streuungsbreite, 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
BPflV	- Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung)
DiD	- Difference-in-Difference
EBM	- Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	- Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	- Gebührenordnungsposition
ICD	- Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICER	- Inkrementelle Kosten-Effektivitätsrelation
IG	- Interventionsgruppe (Modellklinik)
INKAR	- Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (Herausgeber: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung)
ISMG	- Institut für Sozialmedizin und 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 78
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 87
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 93
Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 101
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 109
Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 116
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 123
Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 131
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 148
Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 159
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 168
Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 177
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 181
Abbildung 14: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 182
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 186
Abbildung 16: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene 187
Abbildung 17: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 191
Abbildung 18: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche 192
Abbildung 19: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 197
Abbildung 20: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 203
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 206
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 208
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 211

Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 214
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 216
Abbildung 26: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 219
Abbildung 27: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 220
Abbildung 28: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr –Kinder und Jugendliche 223
Abbildung 29: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 224
Abbildung 30: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 229
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 233
Abbildung 32: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 236
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 240
Abbildung 34: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 242
Abbildung 35: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 248
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf - Erwachsene 251
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf - Erwachsene 252
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) - Erwachsene .. 253
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf - Kinder und Jugendliche 255
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf - Kinder und Jugendliche 256
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) - Kinder und Jugendliche 257
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 275
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 276
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 277
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 281
Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 282
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 283

Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 288
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 289
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 290
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 291
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 292
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 293
Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 295
Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 296
Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 297
Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 299
Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 300
Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 301
Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 302
Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 303
Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 304
Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 305
Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 306
Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 307

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) - Erwachsene 309
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) - Erwachsene 310
Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 311
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) - Kinder und Jugendliche 312
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) - Kinder und Jugendliche 313
Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 314
Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 316
Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 317
Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 318
Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 319
Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 320
Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 321
Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 322
Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 323
Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 324
Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 325
Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 326
Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 327

Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 329
Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 330
Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 331
Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 332
Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 333
Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 334
Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 336
Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 337
Abbildung 92: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 394
Abbildung 93: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 397
Abbildung 94: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 399
Abbildung 95: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 402
Abbildung 96: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 405
Abbildung 97: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 408
Abbildung 98: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 411
Abbildung 99: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 413
Abbildung 100: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 413
Abbildung 101: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 414
Abbildung 102: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 415
Abbildung 103: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 416
Abbildung 104: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 417
Abbildung 105: Grafische Darstellung für Mortalität - Erwachsene 418
Abbildung 106: Grafische Darstellung für Mortalität - Kinder und Jugendliche 418

Abbildung 107: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 419
Abbildung 108: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 420
Abbildung 109: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 421
Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - Erwachsene 531
Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - Kinder und Jugendliche 532

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching - Erwachsene 47
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Erwachsene 47
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching - Erwachsene 48
Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching - Kinder und Jugendliche 49
Tabelle 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Kinder und Jugendliche 50
Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching - Kinder und Jugendliche 51
Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle - Erwachsene 56
Tabelle 8: Übersicht Diagnosen Referenzfälle – Kinder und Jugendliche 58
Tabelle 9: Übersicht Charakteristika Referenzfälle - Erwachsene 60
Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle – Kinder und Jugendliche 66
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 75
Tabelle 12: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene 86
Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 90
Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 100
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ... 106
Tabelle 16: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .. 116
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 120
Tabelle 18: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 130
Tabelle 19: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 135
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 155
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 162
Tabelle 22: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 175
Tabelle 23: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr -Erwachsene 181
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene 182
Tabelle 25: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- Erwachsene 184
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 187
Tabelle 27: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche 189
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche 192
Tabelle 29: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 195
Tabelle 30: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 202
Tabelle 31: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 206
Tabelle 32: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Erwachsene 207

Tabelle 33: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche 210
Tabelle 34: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 213
Tabelle 35: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene 215
Tabelle 36: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene..... 218
Tabelle 37: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 220
Tabelle 38: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche... 222
Tabelle 39: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche..... 224
Tabelle 40: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 227
Tabelle 41: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 232
Tabelle 42: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche 234
Tabelle 43: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Kinder und Jugendliche 240
Tabelle 44: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 243
Tabelle 45: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 244
Tabelle 46: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ... 245
Tabelle 47: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 247
Tabelle 48: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) - Erwachsene..... 250
Tabelle 49: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) - Erwachsene..... 251
Tabelle 50: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) - Erwachsene..... 253
Tabelle 51: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) - Kinder und Jugendliche..... 254
Tabelle 52: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) - Kinder und Jugendliche..... 255
Tabelle 53: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) - Kinder und Jugendliche..... 257
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) - Erwachsene 260
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) - Erwachsene 261
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) 262
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) - Erwachsene 262
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) - Erwachsene..... 263
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) - Erwachsene..... 264

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) - Erwachsene 265
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) - Erwachsene 265
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) - Kinder und Jugendliche 267
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) - Kinder und Jugendliche 268
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) 269
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) - Kinder und Jugendliche 269
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) - Kinder und Jugendliche 270
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) - Kinder und Jugendliche 271
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) - Kinder und Jugendliche 272
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) - Kinder und Jugendliche 272
Tabelle 70: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 274
Tabelle 71: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 275
Tabelle 72: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 277
Tabelle 73: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 279
Tabelle 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 281
Tabelle 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 282
Tabelle 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 283
Tabelle 77: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 285

Tabelle 78: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 287
Tabelle 79: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 288
Tabelle 80: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 290
Tabelle 81: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 291
Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 292
Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 293
Tabelle 84: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 295
Tabelle 85: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 296
Tabelle 86: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 297
Tabelle 87: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 299
Tabelle 88: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 300
Tabelle 89: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 301
Tabelle 90: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 302
Tabelle 91: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 303
Tabelle 92: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 304
Tabelle 93: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 305
Tabelle 94: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 306
Tabelle 95: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 307

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) - Erwachsene 308
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) - Erwachsene 309
Tabelle 98: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 310
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) - Kinder und Jugendliche 312
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) - Kinder und Jugendliche 313
Tabelle 101: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 314
Tabelle 102: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 315
Tabelle 103: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 316
Tabelle 104: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 317
Tabelle 105: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 319
Tabelle 106: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 320
Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 321
Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 322
Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 323
Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 324
Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 325
Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 326
Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 327

Tabelle 114: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 328
Tabelle 115: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene 329
Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 331
Tabelle 117: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 332
Tabelle 118: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche 333
Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 334
Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 335
Tabelle 121: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 335
Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 337
Tabelle 123: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 354
Tabelle 124: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 356
Tabelle 125: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene . 358
Tabelle 126: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 360
Tabelle 127: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 362
Tabelle 128: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 370
Tabelle 129: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 373
Tabelle 130: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 379
Tabelle 131: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 380
Tabelle 132: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 381
Tabelle 133: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 383
Tabelle 134: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 385
Tabelle 135: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 386
Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 388
Tabelle 137: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 389
Tabelle 138: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 390
Tabelle 139: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 391

Tabelle 140: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 392
Tabelle 141: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 424
Tabelle 142: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 426
Tabelle 143: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 428
Tabelle 144: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene 430
Tabelle 145: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 432
Tabelle 146: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 433
Tabelle 147: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche 434
Tabelle 148: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 435
Tabelle 149: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 437
Tabelle 150: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 439
Tabelle 151: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 441
Tabelle 152: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 443
Tabelle 153: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 444
Tabelle 154: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche 445
Tabelle 155: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 446
Tabelle 156: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 448
Tabelle 157: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 450
Tabelle 158: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 452
Tabelle 159: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 453
Tabelle 160: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche 454
Tabelle 161: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 455
Tabelle 162: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 456
Tabelle 163: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 457

Tabelle 164: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 458
Tabelle 165: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 459
Tabelle 166: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 460
Tabelle 167: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 461
Tabelle 168: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 462
Tabelle 169: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche 463
Tabelle 170: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 464
Tabelle 171: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 465
Tabelle 172: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 466
Tabelle 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene 467
Tabelle 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 469
Tabelle 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 470
Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 471
Tabelle 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 472
Tabelle 178: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 473
Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche 474
Tabelle 180: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 475
Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 476
Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 477
Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 478
Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 479
Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 480
Tabelle 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 481
Tabelle 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 482

Tabelle 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche 483
Tabelle 189: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 484
Tabelle 190: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 485
Tabelle 191: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene 486
Tabelle 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 487
Tabelle 193: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 488
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche 489
Tabelle 195: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 490
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 491
Tabelle 197: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive) 492
Tabelle 198: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 493
Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 493
Tabelle 200: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 493
Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 494
Tabelle 202: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 494
Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 494
Tabelle 204: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 495
Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 495
Tabelle 206: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 495
Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 496
Tabelle 208: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 496
Tabelle 209: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 496
Tabelle 210: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 497
Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 497
Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 498

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 498
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 498
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 499
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 499
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 499
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche..... 499
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 500
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche..... 500
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 500
Tabelle 222: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 501
Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 501
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 501
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 502
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 503
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 503
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 504
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 504
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 504
Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 505
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene 505
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 506
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 506
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 506
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 507

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 507
Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 507
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 508
Tabelle 240: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 509
Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 509
Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 510
Tabelle 243: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 510
Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 510
Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 511
Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 511
Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 511
Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 512
Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 512
Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 512
Tabelle 251: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 513
Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 513
Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 513
Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 514
Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 514
Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 515
Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 515
Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 515
Tabelle 259: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 516

Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 516
Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 516
Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 517
Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 517
Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 517
Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 518
Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 518
Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 518
Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 519
Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 519
Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 519
Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 520
Tabelle 272: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 521
Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 521
Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 522
Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 522
Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 522
Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 523
Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 523
Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 523
Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 524
Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 524
Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 524

Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 525
Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 525
Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene 525
Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 526
Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 526
Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 526
Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 527
Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 527
Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 527
Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 528
Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 528
Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 528
Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 529
Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 529
Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 529
Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 530
Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche 530
Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - Erwachsene 531
Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - Kinder und Jugendliche 532
Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr - Erwachsene 533
Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Erwachsene 533
Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Erwachsene 534
Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Erwachsene 534
Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr - Kinder und Jugendliche 535
Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Kinder und Jugendliche 535

Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Kinder und Jugendliche 535
Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Kinder und Jugendliche..... 536
Tabelle 310: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene..... 537
Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene..... 537
Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche..... 538

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 Gesundheitsökonomie (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 des Klinikums in Nordhausen. Das Klinikum startete zum 01.01.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie und Kinder und Jugendpsychiatrie gemäß §64b SGB V. Gemäß der Klinikbefragung hatte das Klinikum seit 2009 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur, zu deren spezifischer Struktur jedoch keine weiteren Aussagen getroffen wurden. 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 Kindern bzw. Jugendlichen sowie Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten des Klinikums Nordhausen 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 2 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 wahnhafte Störungen (F20-F29), Affektive Störungen (F30-F39), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Somatoforme Störungen (F45), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Essstörungen (F50), Spezifische Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline (F60.31), Intelligenzstörung (F70-F79), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84) sowie Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F90-F98).

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

Für das Klinikum Nordhausen 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, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im 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 Krankenhaushopping, 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 derer 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 Versorgungkosten und den vollstationären Behandlungstagen aufgrund von Indexdiagnosen (Definition „Indexdiagnosen“ siehe Abschnitt „Ein- und Ausschlusskriterien der Studienpopulation“ im separaten Methodenband) zueinander in Beziehung gesetzt, die im Betrachtungszeitraum zwischen IG und KG ermittelt wurden. Ferner wurden im Rahmen der zweiten Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) die Differenzen in den psychiatrischen Versorgungskosten und den Veränderungen in den AU-Tagen aufgrund von Indexdiagnosen aufeinander bezogen. In diese Analyse flossen ausschließlich Patienten mit Versicherungsstatus „Mitglied“ ein. Für die Analyse des Patientenmix wurden die Anteile der Patienten entsprechend des Behandlungssettings sowohl für die Studienpopulation als auch für die Klinik betrachtet.

Ergebnisse

Die Studienpopulation für das Klinikum Nordhausen für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 938 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und 743 Patienten der Kinder und Jugendpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Daher waren das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

Effektivität

Erwachsene

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 74 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der IG und der KG mit vergleichbar niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Der Peak im ersten Modelljahr war in der IG nur leicht geringer als in der KG. Jedoch war der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation und dem ersten patientenindividuellen Jahr in der IG geringer als in der KG (Seite 75 ff.). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant. Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer ab dem ersten patientenindividuellen Jahr und einem kleinen Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG. Auch der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG größer.

Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen *teilstationären Behandlungsdauer* klinikneuer Patienten 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 höher als in der KG. Auch der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG größer. Bei den klinikbekannten Patienten war das Muster der Verläufe der teilstationären Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar, wobei die IG weniger teilstationäre Tage im ersten patientenindividuellen Jahr im Vergleich zum Jahr davor hatte und die KG mehr. Die absoluten teilstationären Tage waren jedoch über den gesamten Zeitraum in IG und KG gering (Seite 75 ff.).

Das Muster des Anteils an *Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt* nach Referenzfall war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar mit Peak bei den klinikneuen Patienten und nur sehr kleinem Peak und dann Absenkung bei den klinikbekannten Patienten. Dabei war der Peak bei den klinikneuen Patienten in der IG höher als in der KG.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine signifikant größere Zunahme der vollstationären Tage in der IG im Vergleich zur KG (Seite 100 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* – für die Teilgruppe der erwerbstätigen Patienten - zeigten sich in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von

Indexdiagnosen blieb bei den klinikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert, abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streuungsbereichs. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Dabei hatte die IG im Vergleich zur KG im Prä-Zeitraum ca. 10 AU-Tage und im ersten patientenindividuellen Jahr ca. 12 AU-Tage weniger. Danach glich sich die Anzahl AU-Tage an bis sie im zweiten patientenindividuellen Jahr in der IG leicht über der der KG lag. Dabei war der Anstieg vom Prä-Zeit zum ersten patientenindividuellen Jahr in der IG geringer als in der KG (Seite 195 ff.). Betrachtet man jedoch die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjährigem Nachbeobachtungszeitraum hatte die IG eine statistisch signifikant größere Zunahme im Vergleich zur KG. Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG stets etwas geringer als in der KG. Die durchschnittliche Anzahl an AU-Tagen war in der IG in den ersten Jahren geringer und glich sich im dritten patientenindividuellen Jahr der KG an bzw. war etwas über dem Wert der KG. Dabei war der Anstieg von der Prä-Zeit zum ersten patientenindividuellen Jahr in der IG mit 3,0 geringer als in der KG mit 5,9 (Seite 195 ff.). Für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit war dieser Unterschied statistisch signifikant.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG statistisch signifikant weniger stark an als in der KG (Seite 202 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigte sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 105 ff.) klinikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen ein kleiner Peak im ersten und zweiten patientenindividuellen Jahr. Der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG geringer als in der KG. Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtung signifikant. Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten*, mit kleinem Peak im ersten und zweiten patientenindividuellen Jahr, war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier stets über dem Niveau der KG (Seite 106 ff.). Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Muster der durchschnittlichen Anzahl der *PIA*-Kontakte mit nahezu gleichen durchschnittlichen PIA-Kontakten über die Zeit. Hier wies die IG jedoch stets und mit zunehmendem Unterschied mehr PIA-Kontakte auf als die KG. Die ambulante Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war über die Zeit und zwischen IG und KG vergleichbar mit nur leicht erhöhten Kontakt beim Vertragsarzt in der IG (Seite 106 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich eine vergleichbar starke Zunahme der Inanspruchnahme der PIA bei Indexdiagnosen in der IG und der KG. Auch die Zunahme der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar (Seite 130 ff.).

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 206 ff.) war der Anteil an Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar. Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG größer als in der KG.

Bei den Parametern *Behandlungskontinuität* (Seite 134 ff.), *Arzt- und Krankenhaushopping* (Seite 183 ff.), *Komorbidität* (Seite 213 ff.), *Mortalität* (Seite 218 ff.), *Progressionsrate* (Seite 226 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 242 ff.) zeigten sich 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

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 74 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von klinikneuen Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der IG und der KG mit vergleichbar niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation (Prä-Zeitraum) zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG geringer als in der KG (Seite 75 ff.). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant.

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer ab dem ersten patientenindividuellen Jahr und einem kleinen Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über die ersten Jahre in der IG etwas geringer als in der KG. Der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation (Prä-Zeitraum) zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG geringer als in der KG. Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant.

Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen *teilstationären Behandlungsdauer* klinikneuer Patienten der KJP war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, hier kleinem Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Jedoch waren hier die Unterschiede zwischen IG und KG über die Zeit gering. Der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG auch hier etwas geringer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten war das Muster der Verläufe der teilstationären Behandlungstage zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar, wobei die IG geringere teilstationäre Tage aufwies im Vergleich zur KG (Seite 75 ff.).

Für die Patienten der KJP mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine statistisch signifikant größere Zunahme der vollstationären Tage in der IG im Vergleich zur KG. Der Anstieg des Anteils der Personen mit mindestens einem stationären Aufenthalt war zwischen IG und KG vergleichbar (Seite 100 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigte sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 105 ff.) klinikneuer Patienten der KJP vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr eine stärkere Zunahme der PIA-Kontakte im Vergleich zu Patienten der KG. Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Der weitere Verlauf der PIA-Inanspruchnahme war, abgesehen von dem höheren Peak in der IG im ersten Jahr, zwischen IG und KG vergleichbar. Die ambulante Inanspruchnahme von *Vertragsärzten*

für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war in der IG im gesamten Beobachtungszeitraum um durchschnittlich 2,4 Kontakte niedriger als in der KG. Auch der Anstieg der Kontakte vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG bei den Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant geringer als in der KG (Seite 106 ff.). Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Muster der PIA-Kontakte über die Zeit mit einem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und danach Abfall der Kontakte über die Zeit. Dabei war sowohl der Anstieg der Kontakte im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG stärker im Vergleich zur KG als auch der Abfall der Kontakte danach. Der größere Anstieg der PIA-Kontakte im ersten Jahr in der IG war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich ein kontinuierlicher Anstieg über die Zeit mit einer stetig weiter erhöhenden Inanspruchnahme in IG und KG, aber einer stets niedrigeren Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG. Der Unterschied zwischen IG und KG wurde über die Zeit größer (Seite 106 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigten sich vergleichbare Veränderungen über die Zeit. So stieg die Anzahl der Kontakte in der PIA in der IG um 4,0 und in der KG um 3,6 Kontakte. Dieser kleine Unterschied war statistisch nicht signifikant. Auch der Anstieg der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG mit jeweils 0,5 Kontakten Zuwachs vergleichbar (Seite 130 ff.).

Bei den Parametern *Behandlungskontinuität* (Seite 134 ff.), *Arzt- und Krankenhaushopping* (Seite 183 ff.), Wiederaufnahme (Seite 205 ff.), *Komorbidität* (Seite 213 ff.), *Mortalität* (Seite 218 ff.), *Progressionsrate* (Seite 226 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 242 ff.) zeigten sich 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.

Kosten

Erwachsene

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der IG der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr um 3.210 € signifikant teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Der Kostenunterschied im ersten Jahr war u.a. auf die stark unterschiedlich hohen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 3.481,67 € signifikant teurer als die KG. Hinsichtlich Kosten teilstationärer sowie PIA-Leistungen unterschieden sich die IG und KG nicht signifikant voneinander. Insgesamt führten also die deutlich höheren Kosten vollstationärer psychiatrischer Versorgung dazu, dass die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten in der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant teurer waren als in der KG. Die Hypothese der insgesamt niedrigeren psychiatrischen Gesamtversorgungskosten kann also, ebenso wie die Hypothese der niedrigeren voll- und teilstationärer Versorgungskosten, verworfen werden.

Die IG der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten in allen vier Beobachtungszeiträumen signifikant teurer als die KG. Der geringste Kostenunterschied ergab sich im dritten Nachbeobachtungsjahr: Hier war die IG um 1.035,66 € je Patient teurer. Der größte Kostenunterschied ergab sich im ersten Nachbeobachtungsjahr: Hier war die IG um 1355,88 € teurer. Hinsichtlich vollstationärer, teilstationärer, PIA und vertragsärztlicher Versorgungskosten ergaben sich kaum signifikante Kostenunterschiede zwischen IG und KG. Jedoch war die IG hinsichtlich der Psychopharmakaversorgungskosten signifikant teurer als die KG. Kostenunterschiede reichten dabei von 782,90 € (Prä-Zeitraum) bis zu 879,08 € (erstes Nachbeobachtungsjahr). Insgesamt führten also die deutlich höheren Kosten der Psychopharmakaversorgung zu insgesamt höheren Gesamtkosten für die IG im Vergleich zur KG. Die Hypothese der insgesamt niedrigeren psychiatrischen Gesamtversorgungskosten kann also, ebenso wie die Hypothese der niedrigeren voll- und teilstationärer Versorgungskosten, verworfen werden.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient im Zeitverlauf um 1.906,76 € signifikant teurer ($p = 0{,}005$). Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich teureren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.213,69 € teurer als die KG ($p = 0{,}058$). Ebenso entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG in den teilstationären Versorgungskosten um 413,60 € teurer als die KG ($p = 0{,}092$). Bei den Kosten der Psychopharmakaversorgung entwickelte sich die IG um 225,31 € teurer als die KG ($p = 0{,}001$). Insgesamt führte die teurere Entwicklung in voll- und teilstationären Leistungen zusammen mit höheren Psychopharmakaversorgungskosten zu einer insgesamt teureren Entwicklung der IG. Die Hypothese der insgesamt niedrigeren psychiatrischen Gesamtversorgungskosten kann also, ebenso wie die Hypothese der niedrigeren voll- und teilstationärer Versorgungskosten, verworfen werden.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG der klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, so wie den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, nicht signifikant voneinander. Entsprechend ist nicht von einer Verlagerung der Versorgungskosten vom stationären in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich auszugehen. Die Hypothese der Verschiebung der Versorgungskosten in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich kann also verworfen werden.

Aufgrund signifikant höherer Kosten der Arzneimittelversorgung in der IG kann die Hypothese der reduzierten Kosten der Psychopharmakaversorgung für klinikneue und klinikbekannte der Kohorte 1 und Kohorte 3 verworfen werden.

Kinder und Jugendliche

Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede der durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Ebenso ergaben sich keine Unterschiede in den Kosten voll- und teilstationärer Leistungen und PIA-Leistungen. Die Hypothese der insgesamt niedrigeren psychiatrischen Gesamtversorgungskosten

kann also, ebenso wie die Hypothese der niedrigeren voll- und teilstationärer Versorgungskosten, verworfen werden.

Bei den klinikbekannten Patienten waren die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG um 1.519,69 € signifikant günstiger als in der KG. Während sich in den vollstationären Versorgungskosten keine signifikanten Kostenunterschiede ergaben, war die IG jedoch im teilstationären Bereich im ersten Nachbeobachtungsjahr um 299,77 € signifikant günstiger als die KG. Zusätzlich war die IG bzgl. durchschnittlicher PIA-Kosten, sowie vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung signifikant günstiger als die KG. Insgesamt war die IG also aufgrund niedrigerer Kosten für teilstationäre und PIA-Leistungen, sowie geringerer vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgungskosten günstiger als die KG. Die Hypothese der insgesamt niedrigeren psychiatrischen Gesamtversorgungskosten kann also, ebenso wie die Hypothese der niedrigeren voll- und teilstationären Kosten, nicht verworfen werden.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient im Zeitverlauf um 2.290,02 € teurer als die KG ($p = 0{,}104$). Die durchschnittlichen vollstationären Versorgungskosten entwickelten sich in der IG im Zeitverlauf um 1.763,52 € teurer, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war ($p = 0{,}204$). Aufgrund relativ geringer Fallzahlen konnten keine sinnvollen Aussagen zu teilstationären Kosten getroffen werden. Bei den durchschnittlichen Kosten für PIA-Leistungen entwickelte sich die IG im Zeiterlauf um 155,35 € günstiger als die KG ($p < 0{,}001$). Die Hypothese der insgesamt niedrigeren psychiatrischen Gesamtversorgungskosten kann also, ebenso wie die Hypothese der niedrigeren vollstationären Kosten, verworfen werden.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung fielen bei den klinikneuen und klinikbekannten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr signifikant niedriger aus als in der jeweiligen KG. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelten sich die Kosten der IG nahezu parallel zur KG. Insgesamt ist also nicht von einer Verlagerung der Versorgungskosten vom stationären in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich auszugehen. Die Hypothese der Verschiebung der Versorgungskosten in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich kann also verworfen werden.

Da sich zwischen jeweiliger IG und KG die Kosten der Arzneimittelversorgung nicht signifikant voneinander unterschieden, kann die Hypothese der reduzierten Kosten der Psychopharmakaversorgung für klinikneue und klinikbekannte der Kohorte 1 und Kohorte 3 verworfen werden

Kosten-Effektivität

Erwachsene

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 1.906,76 € je Patient teurer als die KG ($p = 0{,}008$). Die IG hatte im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 3,1 zusätzliche vollstationäre Tage

Krankenhausaufenthalt (p <0,001). Insgesamt ergab sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -624,25 €. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag entstanden 624,25 € an zusätzlichen psychiatrischen Versorgungskosten.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 1.074,97 € je Patient teurer, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war (p = 0,216). Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 10,5 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden (p <0,001). Hier ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 102,73 €. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag entstanden 102,73 € zusätzliche psychiatrische Versorgungskosten.

Kinder und Jugendliche

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 2.290,02 € je Patient teurer als die KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war (p = 0,107). Gleichzeitig hatte die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 1,5 zusätzliche vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt (p = 0,001). Insgesamt ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -1.508,06 €. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag entstanden zusätzliche psychiatrischen Versorgungskosten in Höhe von 1.508,06 €.

Diskussion

Dieser Zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zum Klinikum Nordhausen in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus 10 Kontrollklinken (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 Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. Diese treffen sowohl für die Erwachsenenpsychiatrie als auch für die Kinder -und Jugendpsychiatrie zu, außer bei der Arbeitsunfähigkeit (AU), die nur für Erwachsene relevant ist. 1) Unterschiede in der voll- und teilstationären Behandlungsdauer im ersten Modelljahr zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. 2) Es gibt Veränderungen über die Zeit bei der voll- und teilstationären Behandlungsdauer sowie bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. 3) Es gibt Tendenzen zu weniger AU-Tagen im Modellvorhaben. 4) Effekte aus einem Vor-Vertrag sind unter den klinikbekannten Patienten ersichtlich.

Erwachsene

Der Peak der klinikneuen erwachsenen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr bezüglich der vollstationären Behandlung ist plausibel, weil die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver war. Die kürzere durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG im Vergleich zur KG ist zudem ein Hinweis, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Interessant ist hier der Vergleich zwischen den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (beide mit einem Jahr Nachbeobachtung). Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr wies die IG statistisch signifikant weniger vollstationäre Tage auf als die KG; während bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr die IG statistisch signifikant mehr vollstationäre Tage aufwies. Hier schien über die Zeit eine Veränderung der Inanspruchnahme vollstationärer Tage stattgefunden zu haben. Auch teilstationäre Tage wurden für die Patienten der IG stärker in Anspruch genommen als für Patienten der KG. Der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war für Patienten mit Referenzfall im ersten und im dritten Jahr größer in der IG als in der KG. Für die Anteile mit mindestens einem stationären Aufenthalt verzeichneten sowohl die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr als auch die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr einen stärkeren Anstieg in der IG im Vergleich zur KG. Für das dritte Modelljahr war dieser Effekt statistisch signifikant.

Mutmaßlich weist das bereits im Prä-Zeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären Behandlungstage klinikbekannter Patienten darauf hin, dass der Vor-Vertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V auf eine geringere Behandlungsdauer wirkte.

Der beobachtete Unterschied kürzerer Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Betrachtet man die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, dann ist hier eine signifikant geringere Zunahme an AU-Tagen bei den Patienten der IG zu verzeichnen. Bei den *klinikbekannten* erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich, dass obwohl die IG bereits mit einem niedrigeren AU-Wert startete, sie dennoch weiter unter dem Anstieg in der KG bleiben konnte. Für diesen Parameter muss 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 lässt sich feststellen, dass die Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten für *klinikneue* Patienten in der IG stets größer als in der KG war. Auch der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verlor dieser Wert an statistischer Signifikanz. Patienten der IG schienen demnach mehr Ärzte mit psychiatrischer/psychologischer Fachbezeichnung in Anspruch genommen zu haben. Im dritten Modelljahr war dieser Effekt nicht mehr ersichtlich.

Bei den klinikbekannten Patienten war dagegen eine höhere Inanspruchnahme der PIA in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Diese höhere Inanspruchnahme erhöhte sich für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr über die dreijährige Nachbeobachtungszeit jedes Jahr weiter. Klinikbekannte

Patienten (und damit Patienten mit einem bereits länger anhaltenden Krankheitsverlauf) scheinen daher im Versorgungsgeschehen besser in der PIA führbar/integrierbar zu sein. Für die klinikneuen Patienten ist (noch) kein wesentlicher Effekt der PIA-Inanspruchnahme zwischen IG und KG ersichtlich. Die absoluten Zahlen der PIA-Inanspruchnahme waren auch bei den klinikbekannten Patienten wesentlich höher als bei den klinikneuen Patienten im Verlauf.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen und AU-Tagen keine Verringerung der Qualität ersichtlich ist

Kinder und Jugendliche

Die klinikneuen Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr wiesen unter der IG einen geringeren Anstieg vollstationärer Tage vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr als in der KG auf. Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der IG sehr kleinem, Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über die ersten Jahre in der IG etwas geringer als in der KG. Der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation (Prä-Zeitraum) zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG auch geringer als in der KG. Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar, wobei die IG geringere teilstationäre Tage aufwies im Vergleich zur KG. Bei den Patienten der KJP scheint sich eine Verringerung der voll- und teilstationären Tagen abzuzeichnen. Bereits im Prä-Zeitraum der klinikbekannten Patienten war eine geringere vollstationäre Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Dies ist im Gegensatz bei den klinikneuen Patienten nicht der Fall. Dort waren die voll- und teilstationären Tage in der IG höher als in der KG. Hier scheint sich ggf. auch der Vor-Vertrag der IG abzuzeichnen.

Betrachtet man jedoch die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ist hier eine statistisch signifikant größere Zunahme der vollstationären Tage in der IG im Vergleich zur KG zu sehen. Auch hier scheint sich, analog der Beobachtungen der Erwachsenenpsychiatrie, eine Veränderung über die Zeit (Vergleich 1. Modelljahr mit 3. Modelljahr) abzubilden.

Bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme bei den *klinikneuen* Patienten der KJP war eine stärkere Zunahme der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr ersichtlich. Die ambulante Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war in der IG bei den klinikneuen Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant geringer als in der KG. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr waren die signifikanten Effekte nicht mehr ersichtlich. Das heißt, es schien sich eine Veränderung über die Zeit bezüglich der PIA-Kontakte (IG nicht mehr häufigere Kontakte) und Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (nicht mehr weniger Kontakte) abzuzeichnen. Auch bei den *klinikbekannten* Patienten der KJP zeigten sich vergleichbare Muster der PIA-Kontakte über die Zeit, dabei war ein größerer Anstieg der PIA-Kontakte im ersten Jahr in der IG im Vergleich zur KG zu verzeichnen. Bereits im Prä-Zeitraum waren hier, analog zu stationären Behandlungstagen geringere Inanspruchnahmen von PIA-Kontakten und Kontakten beim entsprechenden

Facharzt zu verzeichnen. Der Vor-Vertrag könnte auch hier auf bereits geringere Ausgangswerte gewirkt haben.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen keine Verringerung der Qualität, z.B. im Sinne einer verringerten Behandlungskontinuität oder einer erhöhten Wiederaufnahmerate in der Modellklinik, ersichtlich ist. Zu beachten gilt hier, dass teilweise Fallzahlen zu gering waren, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

Kosten

Sowohl bei den Erwachsenen, aber noch mehr bei Kinder- und Jugendlichen, wirkten sich relativ geringe Fallzahlen im teilstationären Bereich auf die Aussagekraft der Ergebnisse aus. Noch geringer fiel die Anzahl an Individuen aus, welche sonstige psychiatrische ambulant im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahmen. Entsprechend konnten hierzu keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden getroffen werden.

In der Diskussion muss berücksichtigt werden, dass sich sowohl bei klinikneuen als auch bei klinikbekannten Patienten das Verhältnis der Tagesätze von Modellklinik zu den Kontrollkliniken im Zeitverlauf stark veränderte. So lag der durchschnittliche Tagessatz der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall um ca. 75 %, 2015 um ca. 70 % und 2016 ca. 11 % oberhalb des Niveaus der Kontrollkliniken. Inwieweit es sich um periodenfremde Effekte handelt lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten.

Eine Winsorierung bzw. Trunkierung der jeweiligen Kostenmaxima wurde nicht vorgenommen.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von 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 stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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 Frage-

stellung 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. Es ist jedoch ersichtlich, dass sowohl voll- und teilstationäre Tage als auch teilweise Arbeitsunfähigkeitstage in diesem Modellprojekt vermieden wurden, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten. Weiterhin ist eine Veränderung über die Zeit ersichtlich. Jedoch waren die Kosten vergleichbar bzw. teilweise höher in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung.

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 einen separaten Methodenband ausgelagert.

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum August bis Dezember 2018. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte im Dezember 2018.

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

- AOK PLUS
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- IKK classic
- Knappschaft
- Pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- TBK (Thüringer Betriebskrankenkasse)
- 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 Kontrollpatienten die Daten folgender weiterer Krankenkassen berücksichtigt:

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- atlas BKK ahlmann
- BKK der G. M. Pfaff AG
- BKK exklusiv
- BKK firmus
- Metzinger BKK (Fusion mit der mhplus BKK zur mhplus BKK zum 01.01.2019)
- BKK Mobil Oil
- BKK Technoform
- BKK ZF & Partner
- Brandenburgische BKK
- Debeka BKK
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

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

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.

Erwachsene

In das Matching der Erwachsenen flossen in der IG 1.381 Versicherte ein, wobei für alle 1.381 Versicherte (100%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die KG wurde aus einer Grundpopulation von 34.637 Patienten gezogen.

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

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

Der Anteil der PIA-Referenzfälle war in der IG über alle Kohorten bei sowohl klinikneuen und -bekannten Patienten signifikant höher als in der KG. In Kohorte 1 hatten wiederum die klinikneuen Patienten der IG einen signifikant niedrigeren Anteil an PIA-Referenzfällen im Vergleich zur KG. In Kohorte 2 und 3 hatte die IG jeweils einen signifikant größeren Anteil an PIA-Referenzfällen. Gleichzeitig hatte die IG über alle drei Kohorten signifikant weniger vollstationärer Referenzfälle in der Allg. Psychiatrie. Während sich die Anteile für Kohorte 1 nicht signifikant zwischen den Gruppen unterschied, hatte in Kohorte 2 und Kohorte 3 die IG signifikant weniger Anteile vollstationärer Referenzfälle in der Allg. Psychiatrie im Vergleich zur KG. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching - Erwachsene

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	1.667	42.218	1.381 (83%)	34.637 (82%)	1.381 (83% ; 100%)	1.381 (3% ; 4%)
	Kohorte 1	684	21.923	626 (92%)	18.636 (85%)	626 (92% ; 100%)	626 (3% ; 3%)
	Kohorte 2	571	10.378	443 (78%)	8.321 (80%)	443 (78% ; 100%)	443 (4% ; 5%)
	Kohorte 3	412	9.917	312 (76%)	7.680 (82%)	312 (76% ; 100%)	312 (3% ; 4%)
Klinikneu	Gesamt	1.058	28.429	841 (79%)	22.582 (79%)	841 (79% ; 100%)	841 (3% ; 4%)
	Kohorte 1	279	9.767	240 (86%)	7.941 (81%)	240 (86% ; 100%)	240 (2% ; 3%)
	Kohorte 2	390	9.443	307 (79%)	7.563 (80%)	307 (79% ; 100%)	307 (3% ; 4%)
	Kohorte 3	389	9.219	294 (76%)	7.078 (79%)	294 (76% ; 100%)	294 (3% ; 4%)
Klinikbekannt	Gesamt	609	13.789	540 (89%)	12.055 (87%)	540 (89% ; 100%)	540 (4% ; 4%)
	Kohorte 1	405	12.156	386 (95%)	10.695 (88%)	386 (95% ; 100%)	386 (3% ; 4%)
	Kohorte 2	181	935	136 (75%)	758 (81%)	136 (75% ; 100%)	136 (15% ; 18%)
	Kohorte 3	23	698	18 (78%)	602 (87%)	18 (78% ; 100%)	18 (3% ; 3%)

(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 Kontroll-klinik	Score 0...100	Eingeschlos-sene Kontroll-patienten
1	23,8	339
2	24,3	205
3	25,3	281
4	25,4	233
5	26,4	157
6	26,9	141
7	28,4	22
8	30,1	53
9	31,6	61
10	31,9	27

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching - Erwachsene

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs.	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG
Anzahl Patienten	gesamt	1.381	1.381		626	626		443	443		312	312			
	klinikneu	841	841		240	240		307	307		294	294			
	klinikbekannt	540	540		386	386		136	136		18	18			
mittleres Alter	gesamt	51,4	52,4	0,974	52,0	54,6	0,094	51,6	51,8	1,000	49,9	49,0	1,000	1,000	0,075
	klinikneu	51,2	50,9	1,000	52,4	54,4	1,000	50,7	50,4	1,000					
	klinikbekannt	51,7	54,8	0,030	51,7	54,8	0,125	53,6	54,8	1,000					
Anteil Frauen	gesamt	50,4%	53,0%	1,000	46,0%	48,9%	1,000	52,8%	58,5%	0,732	55,8%	53,5%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	51,1%	53,9%	1,000	46,3%	46,7%	1,000	50,2%	59,3%	0,229					
	klinikbekannt	49,3%	51,7%	0,902	45,9%	50,3%	1,000	58,8%	56,6%	1,000					
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	39,1%	39,1%	1,000	61,7%	61,7%	1,000	30,7%	30,7%	1,000	5,8%	5,8%	1,000	0,025	0,048
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	47,6%	36,9%	<0,001	54,2%	55,8%	1,000	46,5%	23,3%	<0,001	35,9%	18,6%	<0,001	<0,001	1,000
	klinikneu	26,8%	18,3%	<0,001	8,8%	20,0%	0,007	33,2%	18,2%	<0,001					
	klinikbekannt	80,0%	65,9%	<0,001	82,4%	78,0%	1,000	76,5%	34,6%	<0,001					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	44,6%	54,6%	<0,001	40,1%	39,0%	1,000	45,6%	67,9%	<0,001	52,2%	67,0%	0,002	<0,001	1,000
	klinikneu	61,7%	70,2%	0,003	77,5%	70,0%	0,700	57,3%	72,0%	0,002					
	klinikbekannt	18,0%	30,4%	<0,001	16,8%	19,7%	1,000	19,1%	58,8%	<0,001					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	7,8%	7,0%	1,000	5,8%	4,6%	1,000	7,9%	7,7%	1,000	11,9%	10,6%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	11,5%	9,0%	0,650	13,8%	8,3%	0,700	9,4%	8,1%	1,000					
	klinikbekannt	2,0%	3,7%	0,579	0,8%	2,3%	1,000	4,4%	6,6%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	1,5%	<0,001	0,0%	0,6%	1,000	0,0%	1,1%	0,583	0,0%	3,8%	0,011	NA	1,000
	klinikneu	0,0%	2,5%	<0,001	0,0%	1,7%	0,792	0,0%	1,6%	0,475					
	klinikbekannt	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	10,9%	11,9%	1,000	15,0%	16,6%	1,000	9,5%	9,7%	1,000	4,8%	5,4%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	3,0%	2,3%	1,000	4,6%	2,5%	1,000	2,3%	2,3%	1,000					
	klinikbekannt	23,3%	26,9%	0,619	21,5%	25,4%	1,000	25,7%	26,5%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,0%	1,6%	1,000	3,0%	2,4%	1,000	2,0%	1,6%	1,000	0,0%	0,0%	NA	1,000	1,000
	klinikneu	0,2%	0,2%	1,000	0,4%	0,4%	1,000	0,3%	0,3%	1,000					
	klinikbekannt	4,8%	3,7%	0,902	4,7%	3,6%	1,000	5,9%	4,4%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	31,9%	27,5%	0,112	51,4%	49,0%	1,000	24,2%	14,7%	0,004	3,5%	2,6%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	0,8%	1,4%	1,000	1,3%	0,8%	1,000	0,7%	2,9%	0,475					
	klinikbekannt	80,2%	68,1%	<0,001	82,6%	79,0%	1,000	77,2%	41,2%	<0,001					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	39,7%	38,5%	1,000	34,2%	32,6%	1,000	41,5%	42,0%	1,000	48,1%	45,2%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	46,0%	40,4%	0,165	45,0%	37,1%	0,700	44,3%	38,1%	0,700					
	Klinikbekannt	29,8%	35,4%	0,299	27,5%	29,8%	1,000	35,3%	50,7%	0,086					

(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)

Kinder und Jugendliche

In das Matching der Kinder und Jugendlichen flossen in der IG 1.140 Versicherte ein, wobei für 1.118 Versicherte (98 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 4). Die KG wurde aus einer Grundpopulation von 4.892 Patienten gezogen.

Dabei wurden Kontrollpatienten aus den vier Kliniken der KJP, welche als Kontrollklinken zur Verfügung standen, ausgewählt (vgl. Tabelle 5).

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 (vgl. Tabelle 6). Entsprechend ergaben sich zwischen IG und KG der jeweiligen Kohorten keine signifikanten Unterschiede bzgl. Alter und Geschlecht, mit Ausnahme der Kohorte 2: Hier war der Anteil weiblicher Patienten in der IG signifikant geringer als in der KG (p = 0,041). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannte Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergaben.

Hinsichtlich Referenzfälle und Behandlungen im Prä-Zeitraum ergaben sich kaum signifikante Unterschiede zwischen IG und KG. In der IG der Kohorte 2 hatten signifikant mehr klinikbekannte Patienten der IG einen vollstationären Fall im Prä-Zeitraum. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

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

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	1.432	6.488	1.140 (80%)	4.892 (75%)	1.118 (78% ; 98%)	1.118 (17% ; 23%)
	Kohorte 1	617	3.062	522 (85%)	2.419 (79%)	500 (81% ; 95%)	500 (16% ; 21%)
	Kohorte 2	498	1.764	375 (75%)	1.309 (74%)	375 (75% ; 100%)	375 (21% ; 29%)
	Kohorte 3	317	1.662	243 (77%)	1.164 (75%)	243 (77% ; 100%)	243 (15% ; 21%)
Klinikneu	Gesamt	700	3.673	525 (75%)	2.639 (72%)	519 (74% ; 98%)	519 (14% ; 20%)
	Kohorte 1	187	1.241	142 (76%)	918 (74%)	136 (73% ; 95%)	136 (11% ; 15%)
	Kohorte 2	266	1.246	195 (73%)	917 (74%)	195 (73% ; 100%)	195 (16% ; 21%)
	Kohorte 3	247	1.186	188 (76%)	804 (72%)	188 (76% ; 100%)	188 (16% ; 23%)
Klinikbekannt	Gesamt	732	2.815	615 (84%)	2.253 (80%)	599 (82% ; 97%)	599 (21% ; 27%)
	Kohorte 1	430	1.821	380 (88%)	1.501 (82%)	364 (85% ; 95%)	364 (20% ; 24%)
	Kohorte 2	232	518	180 (78%)	392 (76%)	180 (78% ; 100%)	180 (35% ; 46%)
	Kohorte 3	70	476	55 (79%)	360 (80%)	55 (79% ; 100%)	55 (12% ; 15%)

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

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

Rangplatz der Kontroll-klinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontroll-patien-ten
1	25,0	256
2	29,3	166
3	29,4	111
4	32,2	694

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.	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG
Anzahl Patienten	gesamt	1.118	1.118		500	500		375	375		243	243			
	klinikneu	519	519		136	136		195	195		188	188			
	klinikbekannt	599	599		364	364		180	180		55	55			
mittleres Alter	gesamt	11,7	11,9	0,491	11,8	11,9	1,000	11,6	11,9	1,000	11,7	12,0	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	12,1	12,2	1,000	11,8	11,9	1,000	12,2	12,4	1,000					
	klinikbekannt	11,4	11,7	0,413	11,8	11,9	1,000	11,0	11,4	0,739					
Anteil Frauen	gesamt	35,2%	39,1%	0,396	33,0%	34,2%	1,000	33,6%	43,5%	0,041	42,4%	42,4%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	43,2%	46,2%	1,000	47,1%	47,8%	1,000	39,5%	46,2%	1,000					
	klinikbekannt	28,4%	32,9%	0,413	27,7%	29,1%	1,000	27,2%	40,6%	0,052					
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	53,6%	53,6%	1,000	72,8%	72,8%	1,000	48,0%	48,0%	1,000	22,6%	22,6%	1,000	<0,001	<0,001
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	76,8%	74,1%	NA	82,4%	80,8%	NA	76,5%	69,3%	NA	65,8%	67,5%	NA	NA	NA
	klinikneu	68,2%	67,2%	NA	69,9%	63,2%	NA	71,3%	70,8%	NA					
	klinikbekannt	84,3%	80,0%	NA	87,1%	87,4%	NA	82,2%	67,8%	NA					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	19,9%	22,5%	NA	15,0%	16,4%	NA	20,0%	26,7%	NA	29,6%	28,4%	NA	NA	NA
	klinikneu	29,1%	29,7%	NA	27,2%	35,3%	NA	26,2%	26,7%	NA					
	klinikbekannt	11,9%	16,2%	NA	10,4%	9,3%	NA	13,3%	26,7%	NA					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	3,3%	3,5%	NA	2,6%	2,8%	NA	3,5%	4,0%	NA	4,5%	4,1%	NA	NA	NA
	klinikneu	2,7%	3,1%	NA	2,9%	1,5%	NA	2,6%	2,6%	NA					
	klinikbekannt	3,8%	3,8%	NA	2,5%	3,3%	NA	4,4%	5,6%	NA					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	NA	NA
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	8,5%	5,5%	0,057	12,6%	9,8%	1,000	6,9%	2,4%	0,039	2,5%	1,6%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	3,3%	2,1%	1,000	4,4%	0,7%	0,754	2,6%	3,6%	1,000					
	klinikbekannt	13,0%	8,5%	0,092	15,7%	13,2%	1,000	11,7%	1,1%	<0,001					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,6%	1,9%	0,950	4,0%	3,2%	1,000	2,1%	0,8%	1,000	0,4%	0,8%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	0,6%	0,8%	1,000	0,7%	0,0%	1,000	0,5%	1,5%	1,000					
	klinikbekannt	4,3%	2,8%	0,428	5,2%	4,4%	1,000	3,9%	0,0%	0,088					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	48,6%	49,5%	1,000	65,2%	65,6%	1,000	41,1%	44,5%	1,000	25,9%	23,9%	1,000	<0,001	<0,001
	klinikneu	3,3%	5,0%	1,000	1,5%	2,9%	1,000	2,6%	7,7%	0,233					
	klinikbekannt	87,8%	88,0%	1,000	89,0%	89,0%	1,000	82,8%	84,4%	0,776					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	43,5%	47,0%	0,488	39,6%	43,2%	1,000	45,3%	48,3%	1,000	48,6%	53,1%	1,000	1,000	0,284
	klinikneu	46,1%	46,4%	1,000	37,5%	39,0%	1,000	44,1%	43,6%	1,000					
	klinikbekannt	41,2%	47,6%	0,157	40,4%	44,8%	1,000	46,7%	53,3%	0,739					

(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 Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH

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

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

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

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

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

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

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

Im stationären Bereich der Erwachsenenpsychiatrie erfolgte bis einschließlich 2013 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPflV. Ab dem 01.01.2014 erfolgt die Abrechnung nach Modellpflegesätzen und seit dem 01.07.2015 nach PEPP.

Vier der fünf Kontrollkliniken rechnen in der Erwachsenenpsychiatrie über den gesamten Beobachtungszeitraum nach Bundespflegesatzverordnung ab, in einer Klinik erfolgte die Umstellung auf PEPP im vierten Quartal 2015.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden Fälle der seit 2014 am Modell beteiligten Krankenkassen bis einschl. 2013 mit Pflegesätzen nach Bundespflegesatzverordnung abgerechnet. Mit Modellbeginn erfolgte der Umstieg auf Modellpflegesätze und zum 01.07.2015 auf PEPP.

Alle vier Kontrollkliniken rechneten nach Bundespflegesatzverordnung ab, stellten aber während des Beobachtungszeitraums auf PEPP um, wobei zum dritten und vierten Quartal 2014 sowie zum dritten und vierten Quartal 2015 umgestellt wwurde.

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 dieses 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.

Über 70% der eingeschlossenen klinikneuen und über 35% der eingeschlossenen klinikbekannten erwachsenen 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

Vaskulär Demenz (F01)
Persönlichkeits- und Verhaltsstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07)
psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
Schizophrenie (F20)
rezidivierende depressive Störungen (F33)
depressive Episoden (F32)
Andere Angststörungen (F41)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
Leichte Intelligenzminderung (F70)
Mittelgradige Intelligenzminderung (F71) (Tabelle 7)

Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle - Erwachsene

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**240**	**240**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	74,2 %	77,1 %
• Zwei Diagnosen	22,5 %	19,6 %
• Drei Diagnosen	2,5 %	2,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,8 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	6	6
2. F10 & F43	5	5
3. F33 & F41	4	4

[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)	**386**	**386**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	38,3 %	45,9 %
• Zwei Diagnosen	40,7 %	36,8 %
• Drei Diagnosen	16,3 %	13,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	4,7 %	3,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F07 & F71 / KG: F01 & F07	23	12
2. IG: F07 & F70 / KG: F10 & F33	12	10
3. IG: F10 & F33 / KG: F20 & F70	9	9

[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)	**312**	**312**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	61,9 %	65,1 %
• Zwei Diagnosen	22,4 %	20,2 %
• Drei Diagnosen	14,1 %	11,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,6 %	3,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F43 / KG: F10 & F32	6	8
2. IG: F10 & F32 / KG: F33 & F43	6	5
3. F10 & F43	5	4

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

Über 60% der eingeschlossenen Patienten der KJP wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (**Tabelle 8**).

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

depressive Episoden (F32)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
Hyperkinetische Störungen (F90)
Störungen des Sozialverhaltens (F91)
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94)
Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)
(Tabelle 8)

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)	**136**	**136**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	68,4 %	72,1 %
• Zwei Diagnosen	25,7 %	19,9 %
• Drei Diagnosen	5,1 %	7,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,7 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F43 & F92	5	3
2. IG: F90 & F98 / KG: F43 & F91	3	3
3. IG: F90 & F92 / KG: F43 & F90	3	3

[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)	**364**	**364**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	64,3 %	67,9 %
• Zwei Diagnosen	28,0 %	27,5 %
• Drei Diagnosen	6,9 %	4,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,8 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F94	13	13
2. F90 & F92	10	10
3. IG: F90 & F98 / KG: F43 & F92	7	7

[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)	**500**	**500**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	65,4 %	69,0 %
• Zwei Diagnosen	27,4 %	25,4 %
• Drei Diagnosen	6,4 %	5,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,8 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F94	14	14
2. F90 & F92	13	12
3. F43 & F92	12	10

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

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

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)	178	185	240	240
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,5 %	2,9 %	0,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	11,8 %	11,4 %	13,8 %	11,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,6 %	0,5 %	1,3 %	0,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,6 %	0,5 %	1,3 %	2,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	29,2 %	28,6 %	28,3 %	30,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,6 %	5,9 %	7,1 %	5,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	24,7 %	25,9 %	30,8 %	33,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,6 %	14,1 %	22,1 %	19,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,5 %	3,3 %	3,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	7,3 %	8,1 %	10,8 %	12,9 %
• F 50 (Essstörungen)	1,1 %	1,1 %	0,8 %	1,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	2,8 %	2,7 %	5,4 %	5,8 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,4 %
Alter[1]				
• Mittelwert	52,0	54,7	52,4	54,4
• Median	50	55	51	55

• (Interquartilsabstand)	(36 - 65)	(40 - 69)	(37 - 65)	(42 - 66)
Geschlecht (%)				
• Frauen	44,4 %	44,9 %	46,3 %	46,7 %
• Männer	55,6 %	55,1 %	53,8 %	53,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	91,6 %	78,4 %	91,3 %	80,0 %
• PIA	8,4 %	21,6 %	8,8 %	20,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,1 %	1,1 %	2,9 %	1,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,1 %	5,9 %	4,6 %	7,1 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	11,8 %	16,2 %	11,3 %	15,0 %
• Abitur/Fachabitur	2,2 %	5,4 %	2,5 %	5,8 %
• Abschluss unbekannt	7,9 %	2,7 %	6,7 %	3,8 %
• Fehlende Angabe	71,9 %	68,6 %	72,1 %	66,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,8 %	2,7 %	4,2 %	3,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	18,5 %	22,2 %	17,1 %	22,5 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	1,1 %	0,8 %	0,8 %
• Bachelor	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,6 %	2,2 %	0,8 %	2,9 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	5,6 %	2,7 %	5,0 %	3,3 %
• Fehlende Angabe	71,9 %	68,6 %	72,1 %	66,7 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	12,9 %	11,4 %	17,9 %	11,3 %
• Nein	61,8 %	65,4 %	58,3 %	65,4 %
• Fehlende Angabe	25,3 %	23,2 %	23,8 %	23,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	23,0 %	27,0 %	24,2 %	30,0 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	15,2 %	16,2 %	15,4 %	16,3 %
• Weder A noch B	61,8 %	56,8 %	60,4 %	53,8 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	51,7 %	48,6 %	50,0 %	51,3 %
• Familienversicherter	2,2 %	2,7 %	2,9 %	2,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	41,0 %	43,8 %	42,9 %	42,1 %
• Fehlende Angabe	5,1 %	4,9 %	4,2 %	4,6 %

[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

Klinikbekannte 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)	148	177	386	386
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,6 %	4,7 %	6,7 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	5,4 %	5,1 %	7,5 %	8,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	1,6 %	2,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	1,7 %	0,5 %	1,8 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	6,1 %	5,1 %	25,1 %	20,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	22,3 %	19,8 %	24,9 %	24,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	18,9 %	19,2 %	17,9 %	19,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	23,0 %	26,6 %	32,4 %	32,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,7 %	2,8 %	8,0 %	8,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	3,4 %	4,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	4,7 %	5,6 %	10,4 %	12,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	3,1 %	3,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	14,2 %	12,4 %	32,9 %	25,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,8 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,7 %	1,1 %	5,2 %	3,1 %
Alter[1]				
• Mittelwert	50,1	54,5	51,7	54,8
• Median	51	54	51	55
• (Interquartilsabstand)	(38 - 62)	(42 - 66)	(39 - 62)	(41 - 69)
Geschlecht (%)				
• Frauen	45,3 %	46,9 %	45,9 %	50,3 %
• Männer	54,7 %	53,1 %	54,1 %	49,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	30,4 %	28,8 %	17,6 %	22,0 %
• PIA	69,6 %	71,2 %	82,4 %	78,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	8,1 %	1,1 %	9,1 %	3,1 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,4 %	2,3 %	3,9 %	1,6 %

• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	8,8 %	7,3 %	5,2 %	5,2 %
• Abitur/Fachabitur	1,4 %	1,7 %	1,0 %	2,1 %
• Abschluss unbekannt	1,4 %	7,9 %	2,8 %	8,3 %
• Fehlende Angabe	77,0 %	79,7 %	78,0 %	79,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	10,1 %	1,7 %	11,1 %	3,6 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	10,8 %	9,6 %	8,0 %	7,3 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,5 %
• Bachelor	0,7 %	0,6 %	0,3 %	0,5 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,6 %	0,3 %	1,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	1,4 %	7,3 %	2,3 %	7,3 %
• Fehlende Angabe	77,0 %	79,7 %	78,0 %	79,8 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	23,0 %	24,9 %	29,0 %	29,0 %
• Nein	51,4 %	58,2 %	53,9 %	56,7 %
• Fehlende Angabe	25,7 %	16,9 %	17,1 %	14,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	20,9 %	22,6 %	15,8 %	21,5 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	36,5 %	42,9 %	43,5 %	46,9 %
• Weder A noch B	42,6 %	34,5 %	40,7 %	31,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	39,9 %	35,6 %	37,8 %	32,1 %
• Familienversicherter	4,7 %	2,3 %	3,4 %	2,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	52,7 %	58,8 %	56,5 %	62,7 %
• Fehlende Angabe	2,7 %	3,4 %	2,3 %	2,8 %

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diag-nose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	193	203	312	312
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,6 %	2,0 %	10,6 %	5,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,6 %	3,0 %	14,1 %	7,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,5 %	5,8 %	3,5 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	1,0 %	1,0 %	1,9 %	2,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	26,9 %	26,1 %	26,6 %	27,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,2 %	5,4 %	6,4 %	5,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	28,5 %	29,6 %	33,3 %	39,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	19,7 %	18,7 %	24,0 %	25,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,1 %	2,0 %	4,8 %	5,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	9,8 %	9,9 %	13,5 %	16,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,6 %	3,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	1,0 %	2,2 %	4,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,6 %	1,0 %	5,8 %	5,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	2,2 %	1,9 %
Alter[1]				
• Mittelwert	46,0	48,4	49,9	49,0
• Median	46	48	50	48
• (Interquartilsabstand)	(28 - 60)	(31 - 62)	(30 - 66)	(32 - 65)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,9 %	51,7 %	55,8 %	53,5 %
• Männer	45,1 %	48,3 %	44,2 %	46,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	55,4 %	75,4 %	64,1 %	81,4 %
• PIA	44,6 %	24,6 %	35,9 %	18,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,6 %	0,5 %	2,6 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,3 %	4,4 %	6,4 %	4,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	14,0 %	16,3 %	12,5 %	13,5 %
• Abitur/Fachabitur	3,6 %	5,4 %	3,2 %	5,1 %

• Abschluss unbekannt	6,7 %	7,4 %	5,4 %	7,7 %
• Fehlende Angabe	66,8 %	66,0 %	69,9 %	67,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,7 %	4,9 %	5,1 %	5,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,7 %	18,2 %	17,6 %	15,1 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,5 %	1,5 %	0,6 %	1,6 %
• Bachelor	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,6 %	3,4 %	1,6 %	2,9 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	6,2 %	5,9 %	4,8 %	6,7 %
• Fehlende Angabe	66,8 %	66,0 %	69,9 %	67,9 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	7,8 %	8,4 %	14,4 %	11,9 %
• Nein	73,1 %	69,5 %	66,3 %	67,0 %
• Fehlende Angabe	19,2 %	22,2 %	19,2 %	21,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	23,3 %	26,1 %	23,4 %	27,6 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	16,6 %	16,3 %	19,6 %	19,2 %
• Weder A noch B	60,1 %	57,6 %	57,1 %	53,2 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	59,1 %	60,1 %	51,3 %	57,1 %
• Familienversicherter	9,3 %	2,0 %	8,0 %	3,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	28,0 %	33,5 %	36,5 %	35,3 %
• Fehlende Angabe	3,6 %	4,4 %	4,2 %	4,5 %

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

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

Da die fehlenden Angaben zu Schulabschluss und Berufsabschluss (beides aus dem Tätigkeitsschlüssel entnommen) sehr hoch sind und zudem bei dieser Gruppe nicht aussagekräftig ist, 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	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	93	98	136	136
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 %	1,0 %	0,7 %	2,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,1 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	8,6 %	8,2 %	12,5 %	11,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,8 %	13,3 %	22,1 %	25,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,2 %	1,0 %	2,2 %	1,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	7,5 %	5,1 %	8,8 %	6,6 %
• F 50 (Essstörungen)	1,1 %	1,0 %	0,7 %	2,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	4,3 %	3,1 %	3,7 %	3,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	3,2 %	4,1 %	3,7 %	5,9 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	60,2 %	63,3 %	67,6 %	68,4 %
Alter[1]				
• Mittelwert	11,4	11,6	11,8	11,9
• Median	12	12	13	13
• (Interquartilsabstand)	(8 - 15)	(8 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)
Geschlecht (%)				

• Frauen	50,5 %	46,9 %	47,1 %	47,8 %
• Männer	49,5 %	53,1 %	52,9 %	52,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	21,5 %	25,5 %	30,1 %	36,8 %
• PIA	78,5 %	74,5 %	69,9 %	63,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,1 %	0,0 %	0,7 %	0,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,2 %	1,0 %	4,4 %	0,7 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	2,2 %	4,1 %	1,5 %	2,9 %
• Abitur/Fachabitur	1,1 %	2,0 %	0,7 %	2,9 %
• Abschluss unbekannt	3,2 %	3,1 %	2,2 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	90,3 %	89,8 %	90,4 %	89,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,5 %	5,1 %	8,1 %	5,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	1,0 %	0,0 %	1,5 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	2,0 %	0,0 %	1,5 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	2,2 %	2,0 %	1,5 %	2,2 %
• Fehlende Angabe	90,3 %	89,8 %	90,4 %	89,7 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	5,4 %	3,1 %	5,1 %	2,2 %
• Nein	65,6 %	77,6 %	64,0 %	77,9 %
• Fehlende Angabe	29,0 %	19,4 %	30,9 %	19,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	10,8 %	11,2 %	12,5 %	8,8 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	0,0 %	2,0 %	0,0 %	1,5 %
• Weder A noch B	89,2 %	86,7 %	87,5 %	89,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	19,4 %	17,3 %	24,3 %	17,6 %
• Familienversicherter	68,8 %	70,4 %	64,0 %	66,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	2,2 %	1,0 %	2,9 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	9,7 %	11,2 %	8,8 %	13,2 %

[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 – Kinder und Jugendliche

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diag-nose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	234	247	364	364
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,4 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	1,7 %	1,6 %	2,5 %	2,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,7 %	4,5 %	12,4 %	12,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	0,9 %	1,2 %	1,4 %	2,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,4 %	1,1 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	4,3 %	4,0 %	7,7 %	7,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,9 %	1,6 %	2,2 %	2,7 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	86,8 %	86,6 %	89,3 %	89,0 %
Alter[1]				
• Mittelwert	11,6	11,7	11,8	11,9
• Median	12	11	12	12
• (Interquartilsabstand)	(9 - 14)	(9 - 14)	(9 - 14)	(9 - 15)
Geschlecht (%)				
• Frauen	28,6 %	30,4 %	27,7 %	29,1 %
• Männer	71,4 %	69,6 %	72,3 %	70,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	9,0 %	11,3 %	12,9 %	12,6 %
• PIA	91,0 %	88,7 %	87,1 %	87,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,9 %	0,4 %	0,5 %	0,8 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,0 %	3,6 %	2,7 %	3,3 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,8 %	3,6 %	3,0 %	4,1 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	2,0 %	0,3 %	1,6 %
• Abschluss unbekannt	0,4 %	1,2 %	0,5 %	1,6 %

• Fehlende Angabe	91,9 %	89,1 %	92,9 %	88,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	8,1 %	5,7 %	6,6 %	6,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	2,8 %	0,0 %	2,7 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,3 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	1,6 %	0,0 %	1,1 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,4 %	0,5 %	1,1 %
• Fehlende Angabe	91,9 %	89,1 %	92,9 %	88,5 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	2,6 %	6,1 %	3,8 %	6,6 %
• Nein	71,4 %	64,8 %	70,9 %	64,3 %
• Fehlende Angabe	26,1 %	29,1 %	25,3 %	29,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	8,1 %	6,9 %	8,8 %	7,7 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,8 %
• Weder A noch B	91,5 %	92,7 %	90,9 %	91,5 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	18,4 %	13,4 %	18,1 %	14,8 %
• Familienversicherter	76,1 %	74,9 %	73,9 %	71,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	3,0 %	3,2 %	4,1 %	5,2 %
• Fehlende Angabe	2,6 %	8,5 %	3,8 %	8,2 %

[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	**Population I (Einfach-Diag-nose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	168	186	243	243
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	1,8 %	0,0 %	4,1 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,6 %	0,5 %	0,8 %	0,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	7,1 %	7,5 %	10,3 %	9,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,1 %	14,5 %	18,5 %	18,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	4,2 %	4,3 %	4,9 %	4,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	3,6 %	2,7 %	5,3 %	6,2 %
• F 50 (Essstörungen)	1,8 %	1,6 %	2,5 %	3,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,6 %	0,5 %	4,9 %	4,1 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	1,8 %	2,2 %	2,1 %	1,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	65,5 %	66,1 %	71,2 %	70,4 %
Alter[1]				
• Mittelwert	11,5	11,8	11,7	12,0
• Median	11	12	12	12
• (Interquartilsabstand)	(8 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)
Geschlecht (%)				
• Frauen	43,5 %	41,4 %	42,4 %	42,4 %
• Männer	56,5 %	58,6 %	57,6 %	57,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	22,6 %	23,1 %	34,2 %	32,5 %
• PIA	77,4 %	76,9 %	65,8 %	67,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,6 %	1,6 %	0,8 %	1,2 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,6 %	2,2 %	3,7 %	2,1 %
• Abitur/Fachabitur	1,2 %	1,1 %	0,8 %	1,2 %

• Abschluss unbekannt	1,8 %	1,1 %	1,2 %	0,8 %
• Fehlende Angabe	92,3 %	94,1 %	92,6 %	94,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	1,2 %	2,7 %	2,1 %	2,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	4,2 %	1,6 %	3,7 %	1,6 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,6 %	1,1 %	0,4 %	1,2 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	1,2 %	0,5 %	0,8 %	0,4 %
• Fehlende Angabe	92,3 %	94,1 %	92,6 %	94,7 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	1,2 %	1,6 %	3,7 %	3,3 %
• Nein	75,6 %	74,7 %	74,9 %	74,1 %
• Fehlende Angabe	23,2 %	23,7 %	21,4 %	22,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	8,3 %	7,5 %	7,0 %	9,5 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	1,8 %	0,5 %	2,1 %	0,4 %
• Weder A noch B	89,9 %	91,9 %	90,9 %	90,1 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	10,7 %	9,7 %	9,9 %	9,5 %
• Familienversicherter	85,1 %	82,8 %	84,0 %	81,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	1,2 %	4,8 %	4,1 %	6,2 %
• Fehlende Angabe	3,0 %	2,7 %	2,1 %	2,9 %

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

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 klinikneue und klinikbekannte Patienten. Klinikneue sind Patienten, die mit dem Referenzaufenthalt zum ersten Mal in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. in der PIA der Referenz-Klinik aufgetreten sind. Klinikbekannte sind Patienten, die bereits im 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 graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die den Vergleich von IG und KG über die Zeit (Präzeit, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr bzw. Prä- vs. 1. Jahr) visualisieren. Wie diese Abbildungen generell zu lesen sind, ist im separaten Methodenband im Abschnitt Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert. Grafiken, für die nicht mindestens 40 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.

- 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)	**227**	**227**	**213**	**200**	**225**	**225**	**212**	**196**
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)	9,3 %	46,7 %	14,1 %	9,5 %	8,0 %	33,3 %	10,4 %	14,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,4 %	2,2 %	0,9 %	0,5 %	0,9 %	2,7 %	0,5 %	0,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	22,5 %	19,4 %	14,6 %	10,5 %	21,8 %	22,2 %	17,5 %	14,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	2,6	23,1	3,8	3,1	0,8	23,5	4,6	3,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,0	9,9	0,9	1,0	0,2	8,2	1,2	0,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,7	33,0	4,7	4,0	1,1	31,7	5,8	3,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,8	0,2	0,1	0,1	0,8	0,0	0,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,8	0,2	0,1	0,1	0,5	0,0	0,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,1	2,8	2,5	2,0	2,8	3,3	2,8	1,6

[1] Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
[2] Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
[3] Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Erwachsene, Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**379**	**379**	**370**	**361**	**375**	**375**	**364**	**343**
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)	22,7 %	21,9 %	17,3 %	14,7 %	24,3 %	25,3 %	18,1 %	16,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,2 %	1,8 %	0,8 %	2,2 %	4,8 %	3,5 %	1,6 %	2,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,8 %	16,1 %	16,2 %	16,9 %	18,7 %	22,1 %	20,6 %	19,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	7,0	10,0	6,4	7,7	9,4	13,5	7,0	7,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	1,7	1,5	1,0	0,5	1,0	1,8	0,5	0,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	8,6	11,6	7,4	8,2	10,4	15,4	7,5	7,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	1,3	0,6	1,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,9	0,5	0,4	0,5	1,0	1,3	0,6	1,0

• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	2,4	2,2	2,4	2,1	3,4	2,5	2,7

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

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

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

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

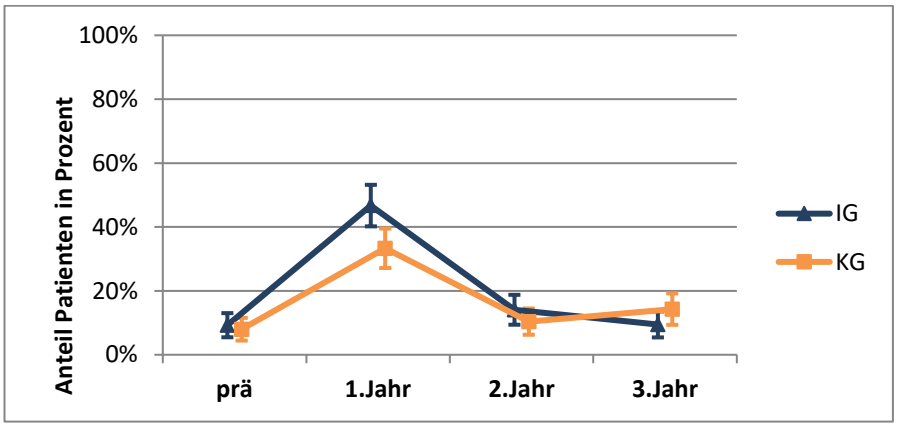
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

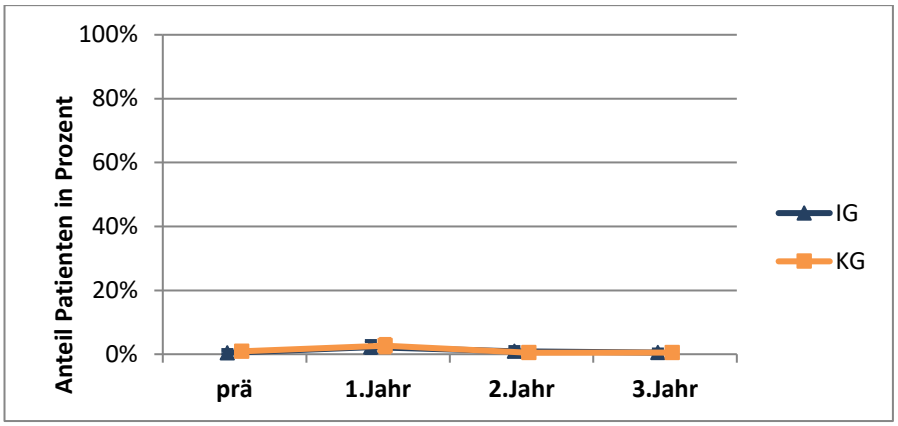
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

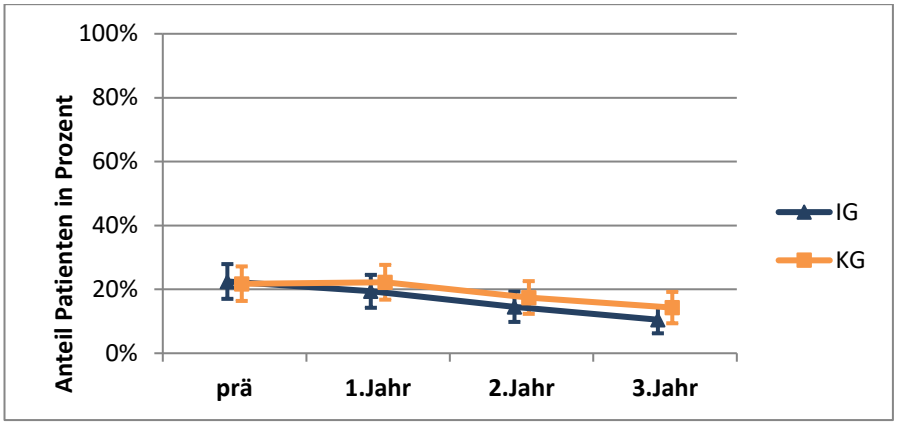
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

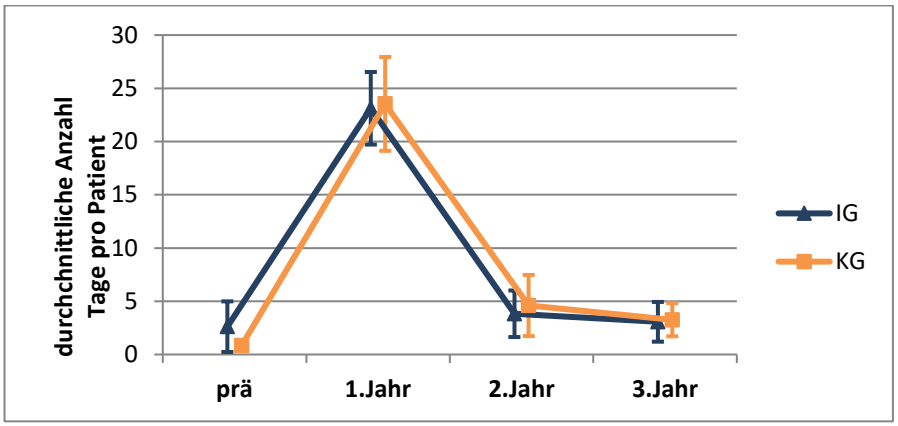


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

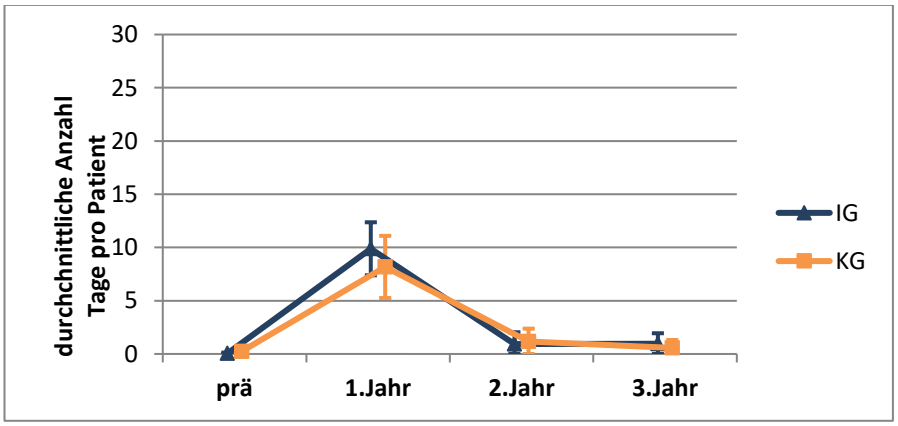


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

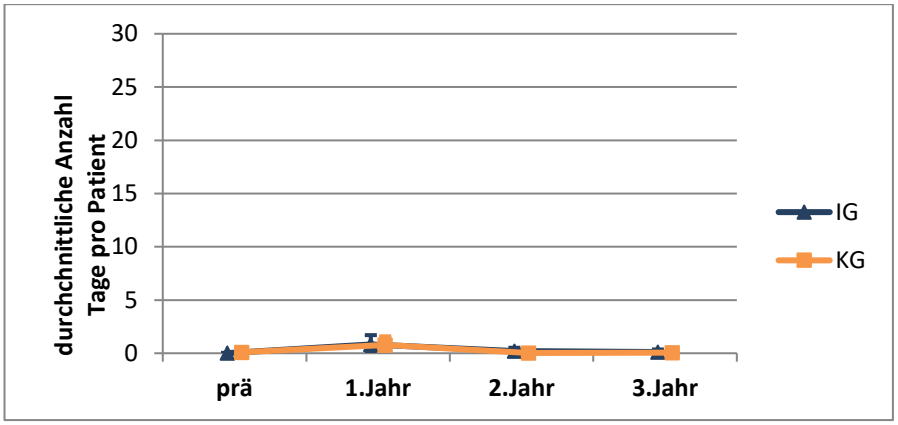
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



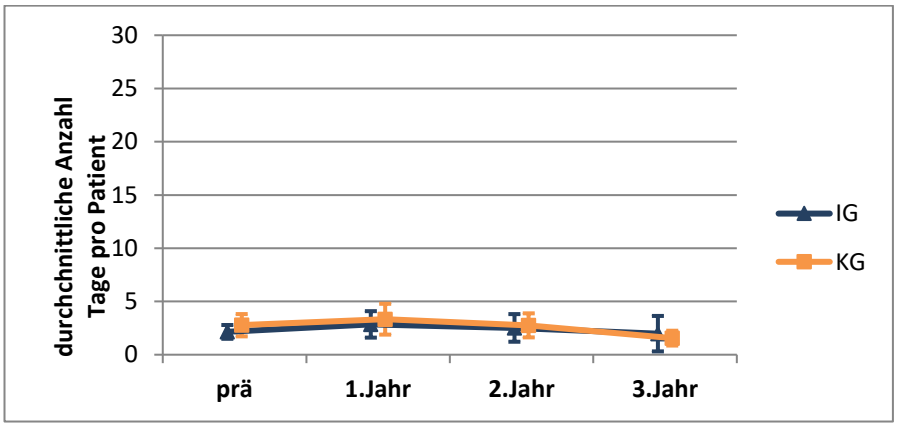
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



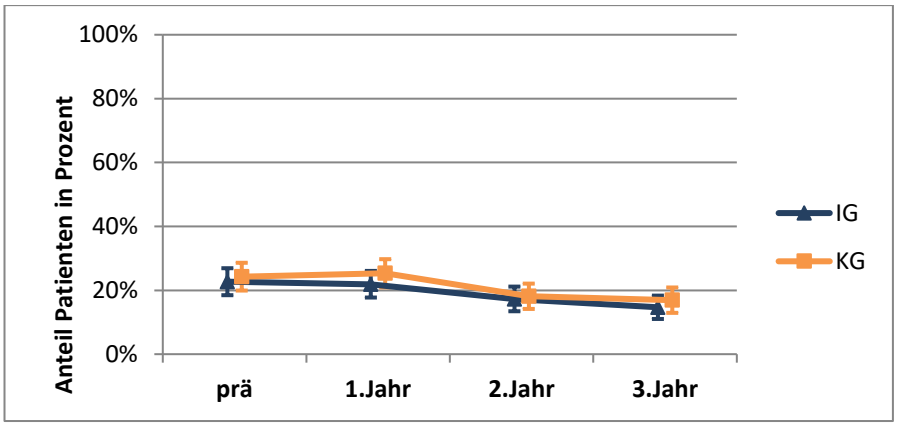
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

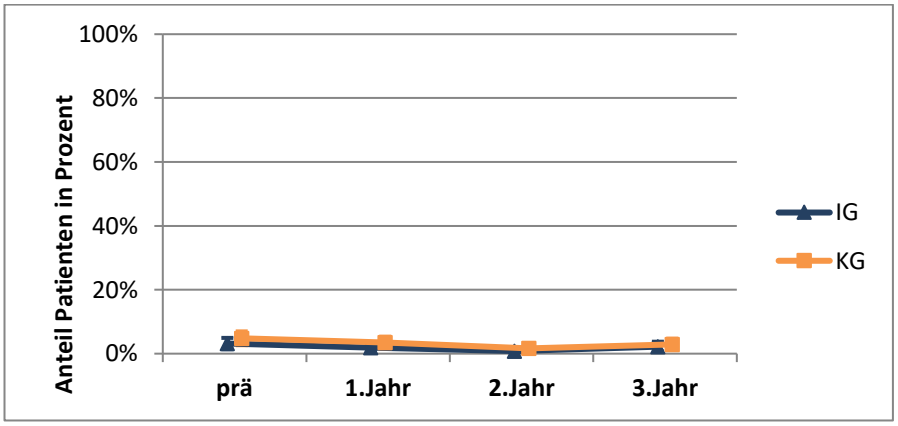
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

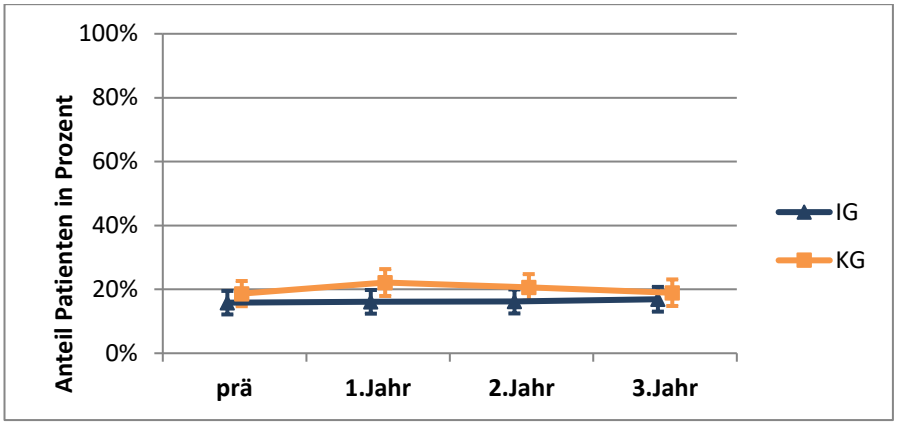
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

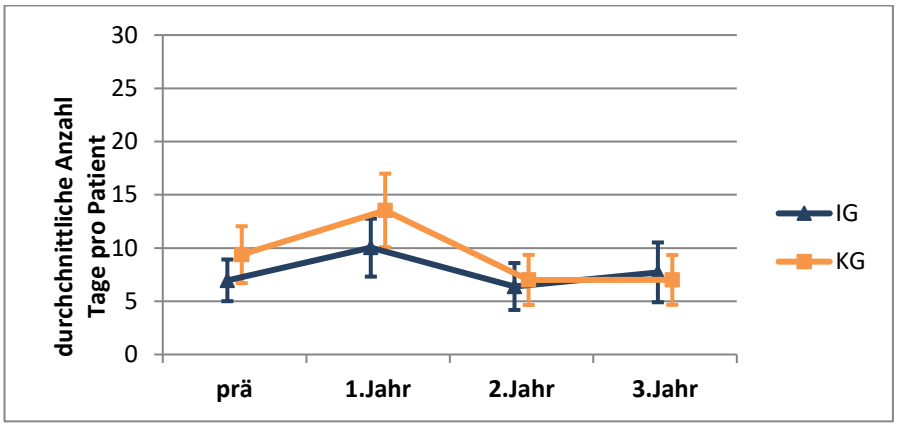


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

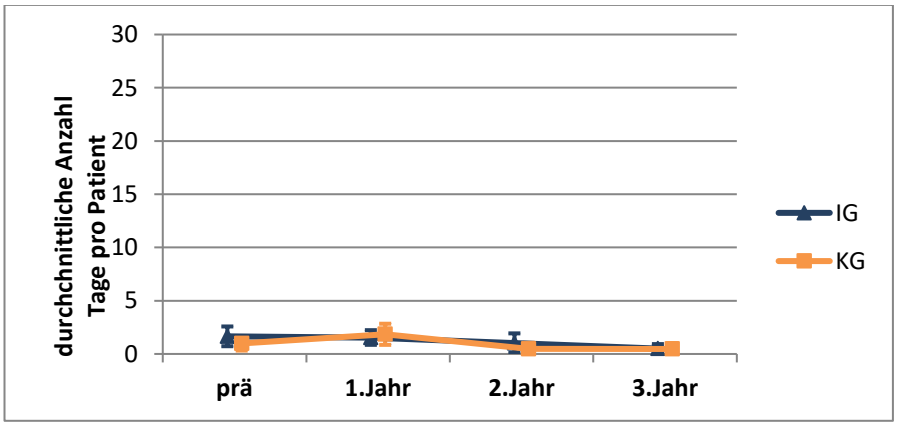


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

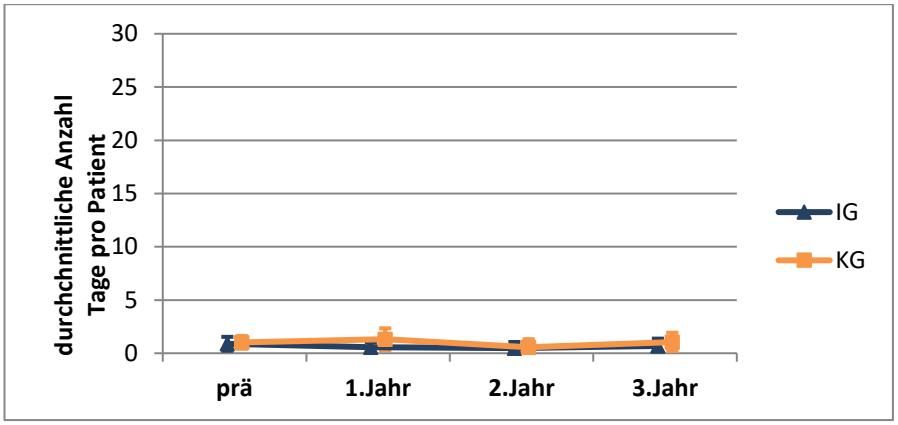
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



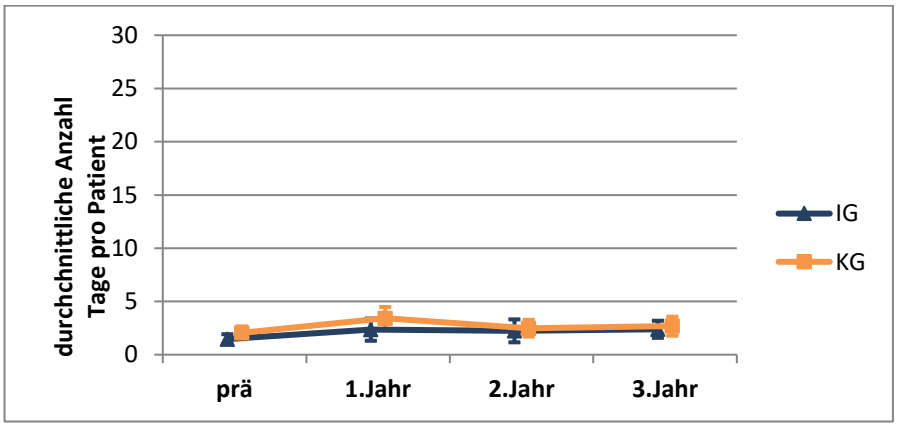
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{klinikneu}$: IG=227, KG=225; $n_{klinikbekannt}$: IG=379, KG=375).

Sowohl in der IG als auch in der KG zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,6; KG: 0,8 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 23,1; KG: 23,5 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 3,82 und 3,1 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 4,6 und 3,3 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Der Peak im ersten Modelljahr war in der IG nur leicht geringer als in der KG (-0,4 vollstationäre Tage). Jedoch war der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation und dem ersten patientenindividuellen Jahr in der IG geringer als in der KG (IG: +20,5 vollstationäre Tage; KG: +22,7 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant (siehe Anhang; $DiD_{additiv}$ = -3,07 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 höher als in der KG (IG: 9,9 teilstationäre Tage; KG: 8,2 teilstationäre Tage). Auch der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG größer (IG: +9,8 teilstationäre Tage; KG: +7,9 teilstationäre Tage).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* ab dem ersten patientenindividuellen Jahr und einem kleinen Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum, außer im dritten patientenindividuellen Jahr, in der IG geringer als in der KG (prä: -2,4; 1. Jahr: -3,5; 2. Jahr: - 0,6; 3. Jahr: 0,7 vollstationäre Tage). Hier war der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation zum ersten patientenindividuellen Jahr auch geringer in der IG im Vergleich zur KG (IG: -3,1 vollstationäre Tage; KG: +4,2 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant (siehe Anhang; $DiD_{additiv}$ = -0,97 vollstationäre Tage).

Die Muster der Verläufe der *teilstationären Behandlungstage* waren zwischen IG und KG vergleichbar, wobei die IG weniger teilstationäre Tage im ersten patientenindividuellen Jahr im Vergleich zum Jahr davor hatte und die KG mehr (IG: -0,1 teilstationäre Tage; KG: +0,9 teilstationäre Tage). Die absoluten teilstationären Tage waren jedoch über den gesamten Zeitraum in IG und KG gering.

Für die *Dauer 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 fast gleichförmiger Verlauf mit wenigen Aufnahmen.

Das Muster des Anteils an *Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt* nach Referenzfall war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar mit Peak bei den klinikneuen Patienten und nur sehr kleinem Peak und dann Absenkung bei den klinikbekannten Patienten. Dabei war der Peak bei den klinikneuen Patienten in der IG höher als in der KG (Differenz Präzeitraum zum 1. Jahr IG: +37%-Punkte; KG: + 25%-Punkte). Diese Differenz ist auch bereits in den Referenzfällen sichtbar (siehe Tabelle 9).

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)	**312**	**312**	**312**	**312**
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)	4,8 %	37,8 %	8,0 %	29,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,5 %	6,7 %	3,8 %	3,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,1 %	17,6 %	16,0 %	14,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	1,3	23,8	1,2	20,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,0	11,6	0,0	9,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	1,3	35,5	1,2	30,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,9	1,8	0,9	1,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,9	1,2	0,9	1,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	2,3	2,4	1,8

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

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

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

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

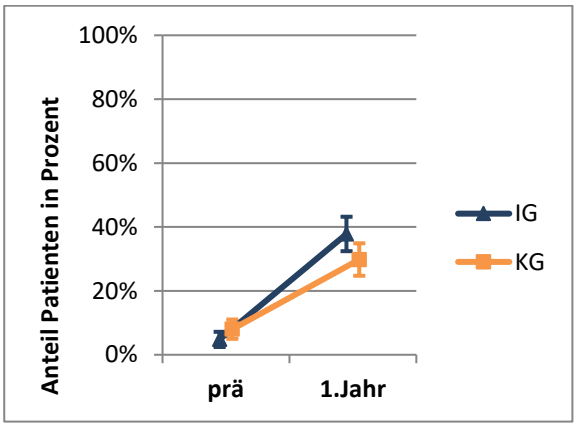
Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

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)

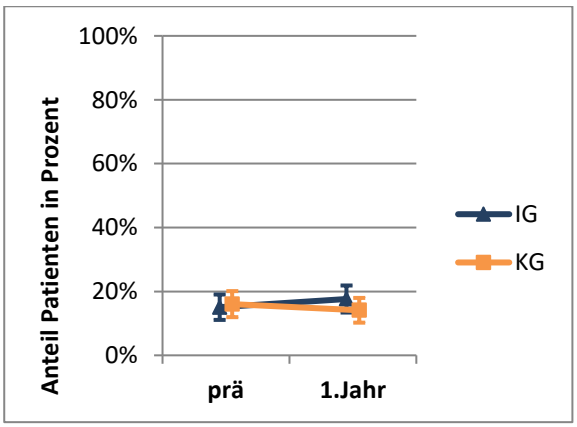
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

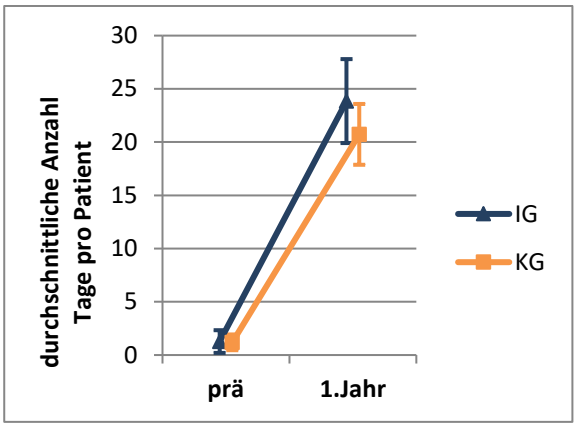
  Fallzahl zu klein

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

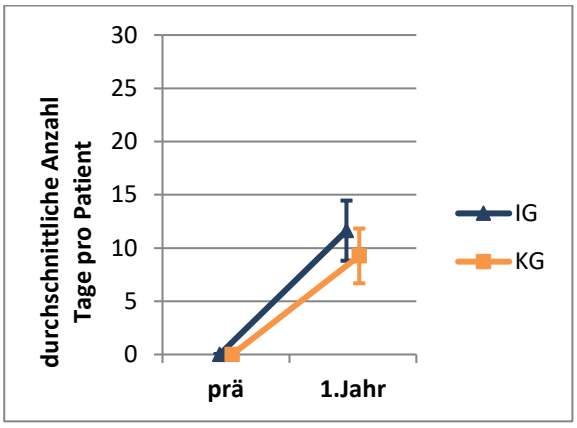


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

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



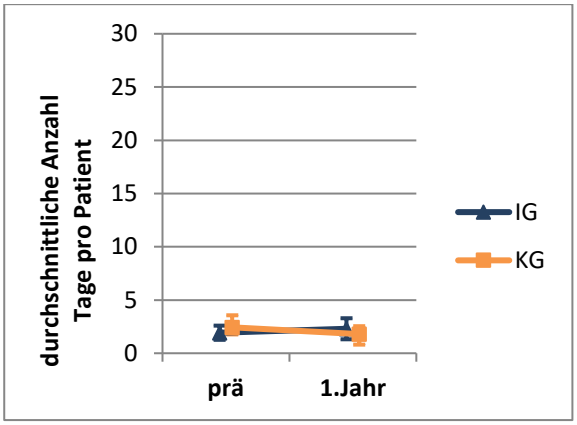
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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

Fallzahl zu klein

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



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=312 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine signifikant größere Zunahme der vollstationären Tage in der IG im Vergleich zur KG (DiD $_{additiv}$ = +3,05 vollstationäre Tage). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 1,3; KG: 1,2 vollstationäre Tage), aber Patienten der IG wiesen einen größeren Anstieg als die Patienten der KG auf (IG: +22,6; KG: +19,5 vollstationäre Tage).

Auch die Zunahme der teilstationären Tage war in der IG größer als in der KG (IG: +11,6; KG: +9,3 teilstationäre Tage). Hier wurden keine inferenzstatistischen Tests gerechnet.

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt nach Referenzfall stieg in der IG signifikant stärker als in der KG (DiD = 2,60).

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 klinikneuen 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 und im zweiten Jahr in der IG signifikant geringer und im dritten Jahr signifikant größer als in der KG.

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)	**117**	**117**	**116**	**116**	**125**	**125**	**125**	**124**
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)	7,7 %	30,8 %	9,5 %	12,1 %	4,0 %	24,0 %	12,8 %	6,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,0 %	0,9 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	2,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	6,0 %	2,6 %	3,4 %	2,6 %	4,0 %	3,2 %	0,8 %	1,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	2,9	21,5	3,7	2,2	0,5	26,2	3,3	2,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	1,5	4,9	0,2	1,7	0,0	4,5	0,4	1,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	4,5	26,4	3,9	3,9	0,5	30,7	3,7	3,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0

[1] Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
[2] Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
[3] Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Kinder, Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**341**	**341**	**340**	**340**	**327**	**327**	**327**	**327**
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)	18,5 %	15,2 %	11,5 %	8,8 %	16,8 %	15,6 %	12,2 %	10,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,9 %	0,3 %	1,2 %	1,2 %	0,6 %	0,9 %	0,6 %	1,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	2,6 %	5,3 %	3,5 %	2,6 %	2,8 %	3,1 %	3,4 %	4,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	7,5	8,3	4,5	3,8	9,1	11,0	6,0	3,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	2,4	2,0	0,7	0,2	3,1	3,6	0,7	0,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	9,8	10,3	5,2	4,0	12,2	14,6	6,7	3,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4

• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2

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

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

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

[4]Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

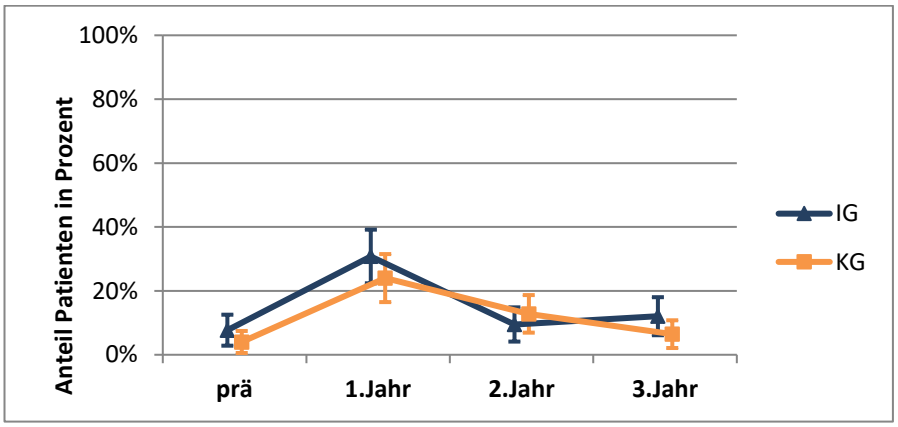
Kinder, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

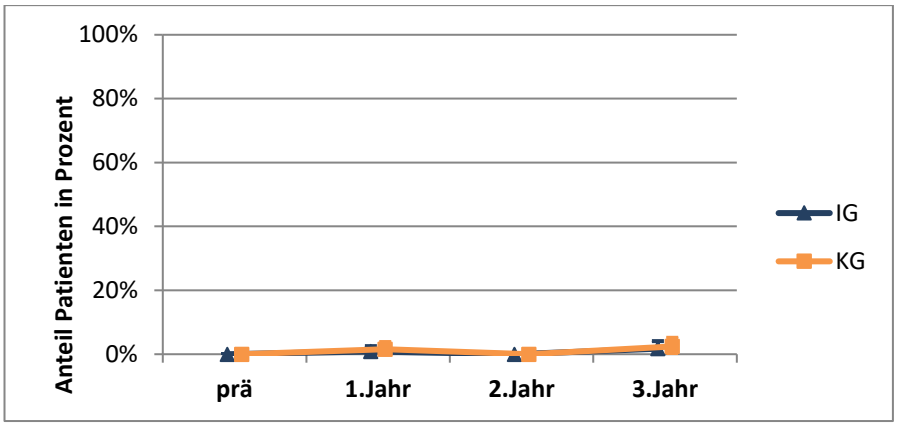
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

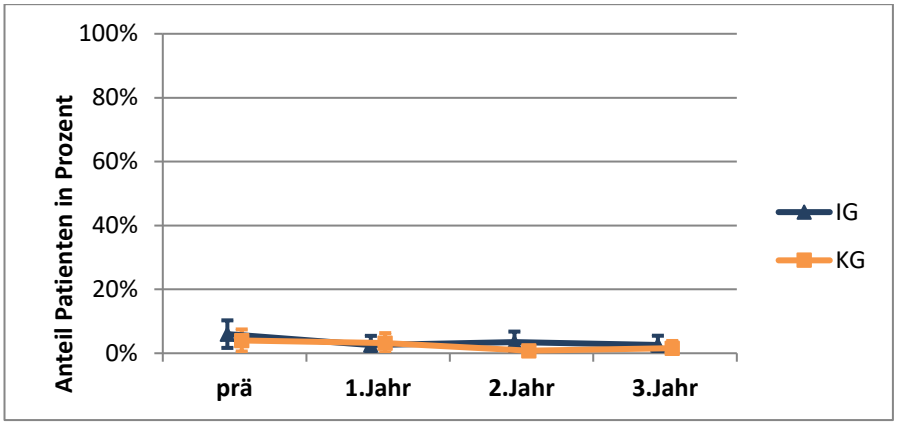
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

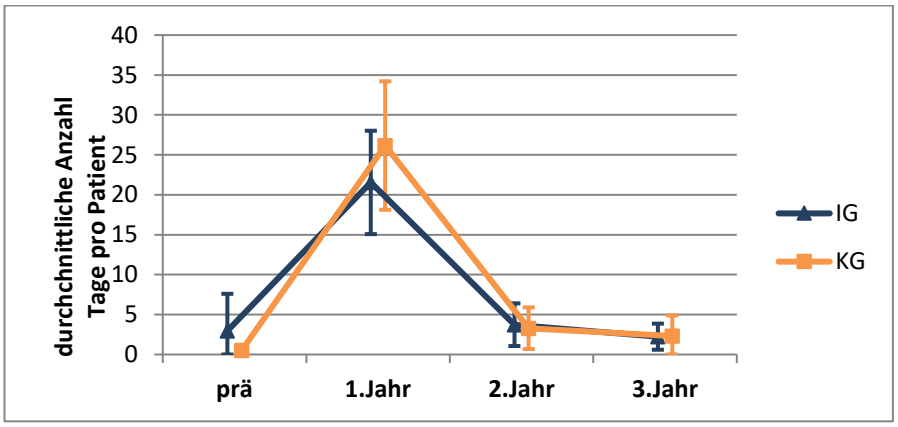


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

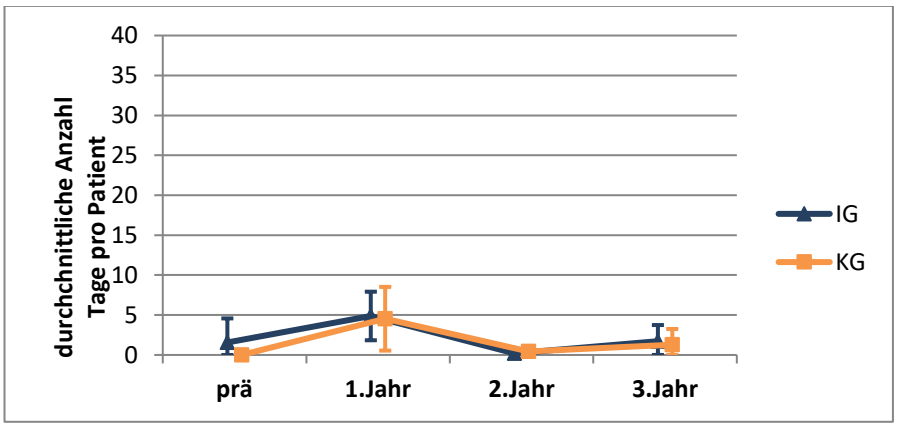


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

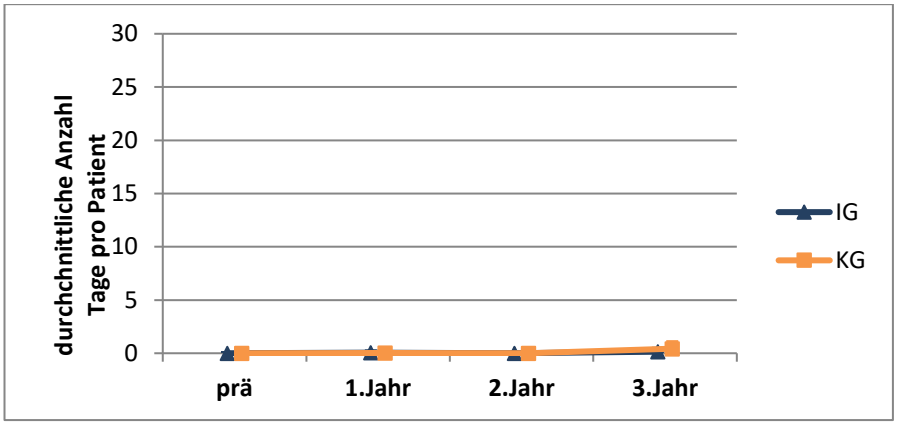
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



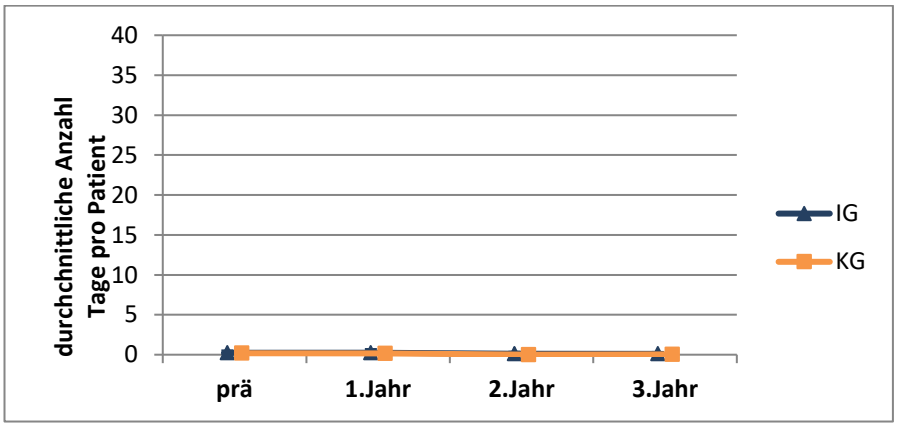
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



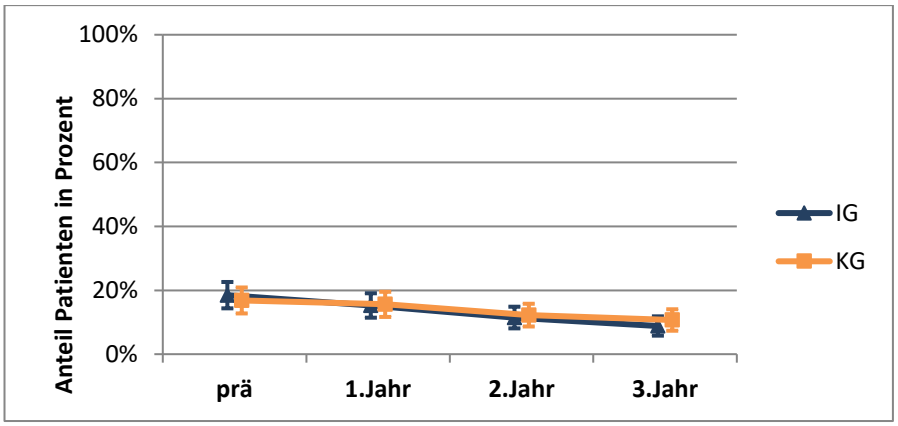
Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

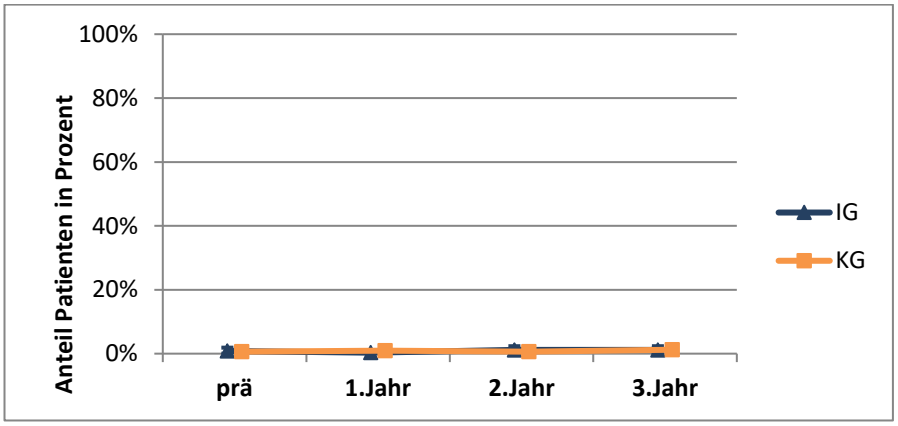
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

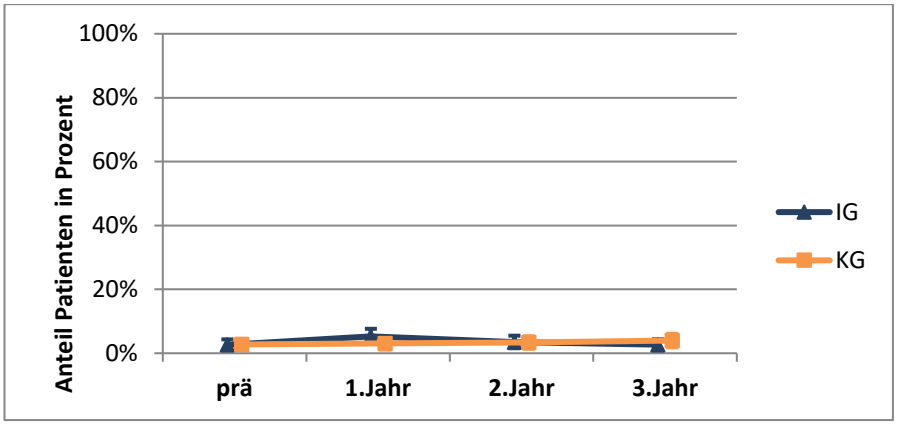
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

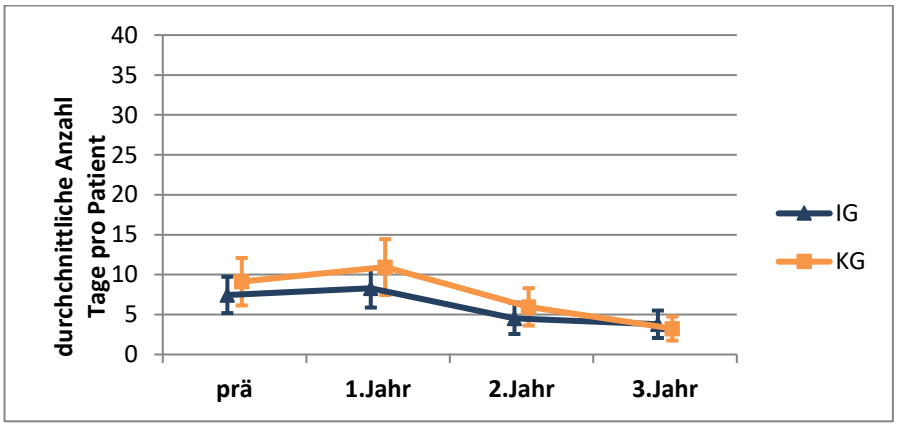


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

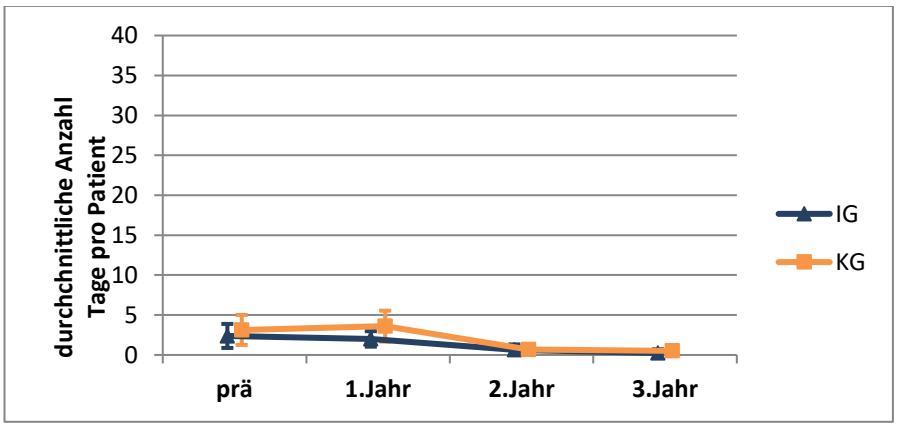


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

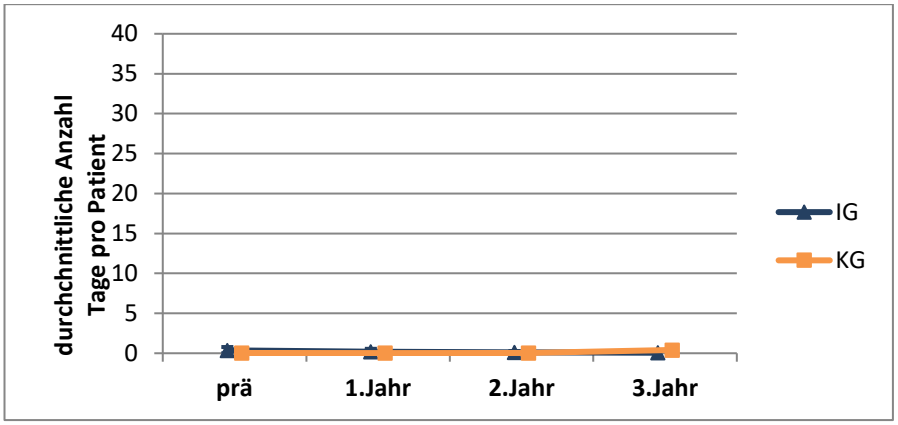
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



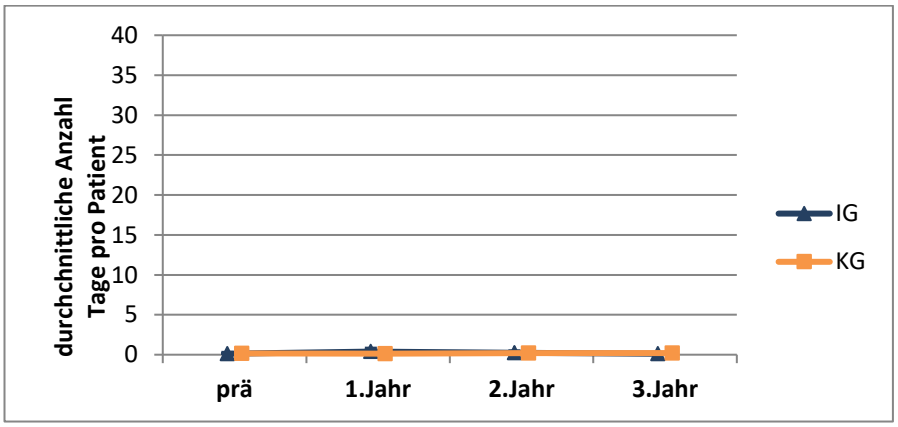
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{klinikneu}$: IG=117, KG=125; $n_{klinikbekannt}$: IG=341, KG=327).

Sowohl in der IG als auch in der KG zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,9; KG: 0,5 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 21,5; KG: 26,2 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 3,7 und 2,2 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 3,3 und 2,3 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation (Prä-Zeitraum) zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG geringer als in der KG (IG: +18,6 vollstationäre Tage; KG: +25,7 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant (siehe Anhang; $DiD_{additiv}$ = -7,94 vollstationäre Tage).

Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, hier kleinem Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Jedoch waren hier die Unterschiede zwischen IG und KG über die Zeit gering. Der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG auch hier etwas geringer als in der KG (IG: +3,3 teilstationäre Tage; KG: +4,5 teilstationäre Tage).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der IG sehr kleinem, Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über die ersten Jahre in der IG etwas geringer als in der KG (prä: -1,7; 1. Jahr: -2,7; 2. Jahr: -1,4; 3. Jahr: +0,5 vollstationäre Tage). Der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation (Prä-Zeitraum) zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG geringer als in der KG (IG: +0,8 vollstationäre Tage; KG: +1,8 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant (siehe Anhang; $DiD_{additiv}$ = -1,99 vollstationäre Tage).

Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar, wobei die IG geringere teilstationäre Tage aufwies im Vergleich zur KG (prä: -0,8; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: 0,0; 3. Jahr: -0,3 teilstationäre Tage).

Für die Dauer 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 fast gleichförmiger Verlauf mit wenigen Aufnahmen.

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar.

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)	**243**	**243**	**243**	**243**
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)	7,8 %	29,6 %	3,7 %	23,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,8 %	1,2 %	1,6 %	1,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	2,5 %	2,5 %	4,1 %	3,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	1,3	27,5	1,0	25,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,2	7,8	0,8	6,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	1,5	35,2	1,8	32,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,4	0,4	0,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,4	0,4	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,6	0,4	0,2	0,2

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

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

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

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

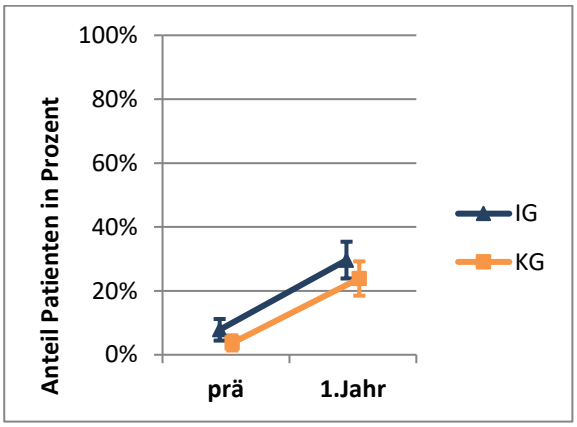
Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

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)**

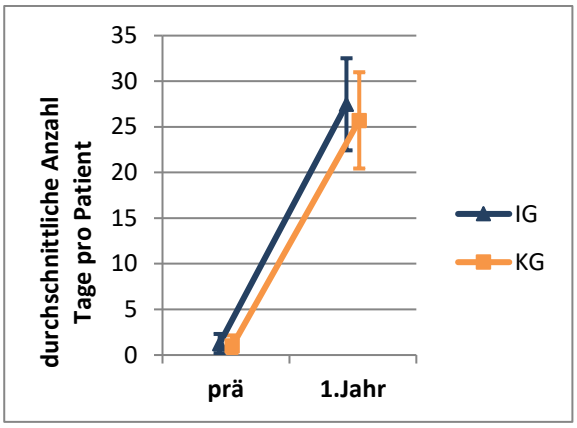
  Fallzahl zu klein

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

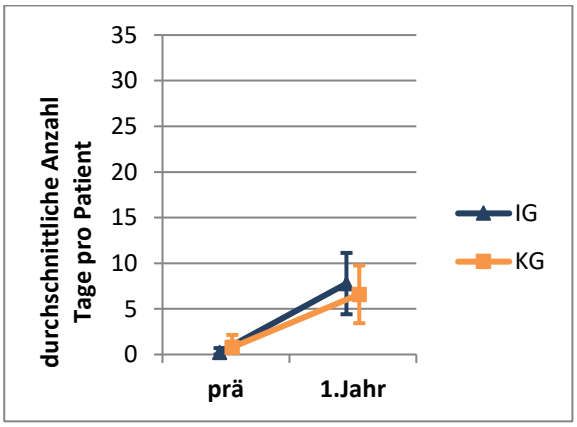
  Fallzahl zu klein

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 Patienten der KJP mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=243 pro Gruppe) zeigte sich bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine größere Zunahme der vollstationären Tage in der IG im Vergleich zu KG (IG: +26,2 vollstationäre Tage; KG: +24,7 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD additiv = 1,52 vollstationäre Tage). Der Anstieg des Anteils der Personen mit mindestens einem stationären Aufenthalt war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: +21,8 %-Punkte; KG: +20,2 %-Punkte).

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 klinikneuen 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 der Kohorte der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr in der IG signifikant geringer als in der KG (DiD $_{additiv}$: -3,48 vollstationäre Tage). In den Kohorten der Patienten mit Referenzfall im zweiten und dritten Jahr war dieser in der IG signifikant höher als in der KG (DiD $_{additiv}$: 2. Jahr: +4,90 vollstationäre Tage; 3. Jahr: +3,10 vollstationäre Tage).

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte vollstationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit affektiven Störungen 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 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 492ff.).

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)	**227**	**227**	**213**	**200**	**225**	**225**	**212**	**196**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**218**	**223**	**201**	**188**	**220**	**219**	**204**	**189**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,8	2,2	1,5	0,0	2,8	2,0	1,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,4	3,6	3,9	3,1	2,1	2,6	2,7	2,2
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	6,6	8,6	7,8	7,7	7,2	9,5	8,9	8,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,2	0,5	0,4	0,1	0,3	0,2	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	4,8	4,6	6,4	8,1	6,6	6,7	4,3	4,5

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

Erwachsene, Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**379**	**379**	**370**	**361**	**375**	**375**	**364**	**343**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**376**	**374**	**365**	**355**	**372**	**371**	**357**	**335**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	14,7	16,9	15,8	15,4	12,9	14,3	11,9	10,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	1,1	1,1	1,2	1,3	1,0	0,8	1,0	1,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	10,3	9,3	11,1	11,5	12,4	11,1	12,0	11,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0

• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,5	0,5	0,7	0,5	0,9	0,4	0,5	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,8	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	20,7	27,0	26,5	27,1	21,0	19,4	16,7	16,5

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

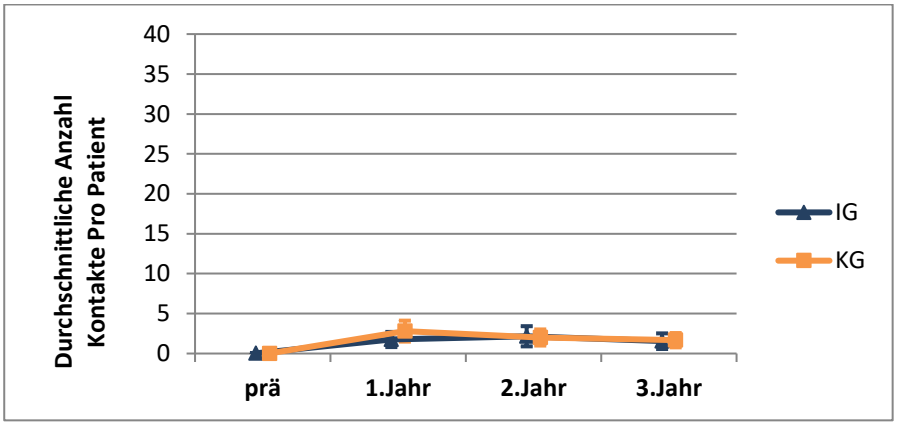
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

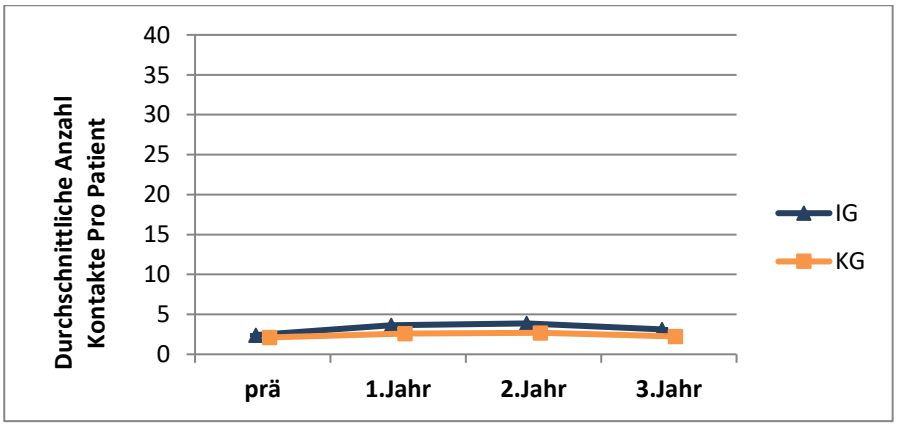
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

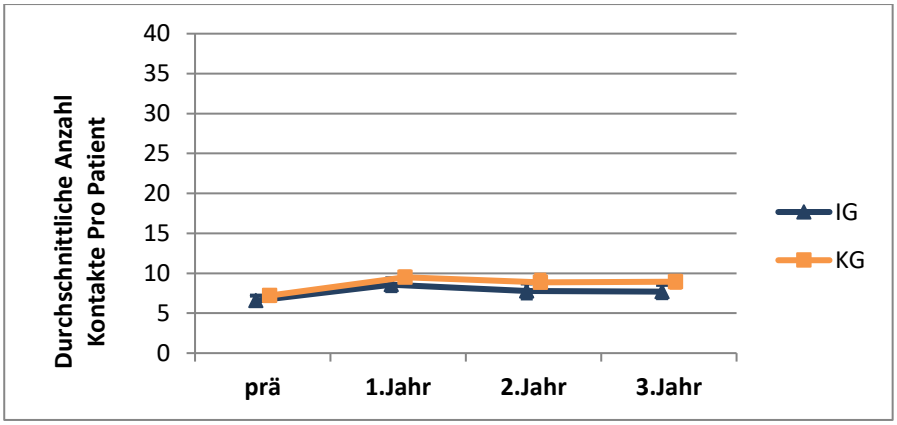
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

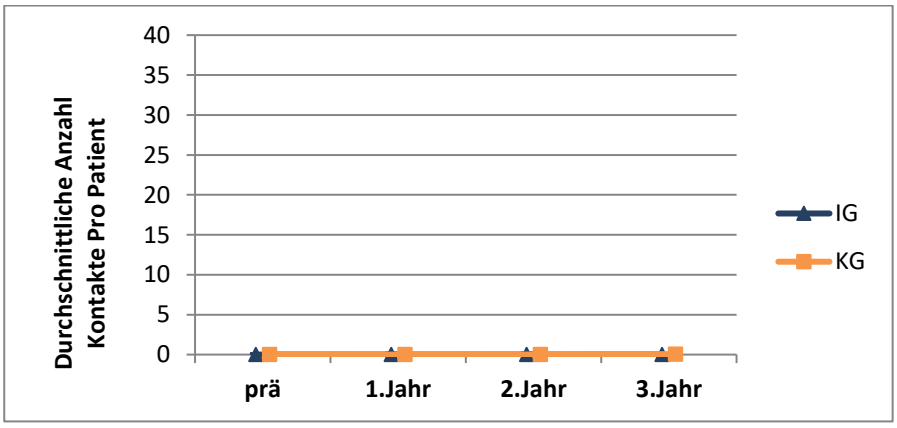


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

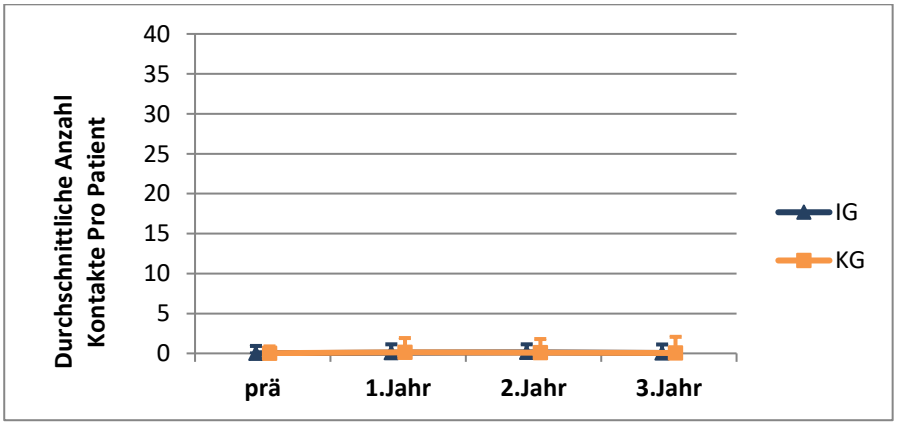


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

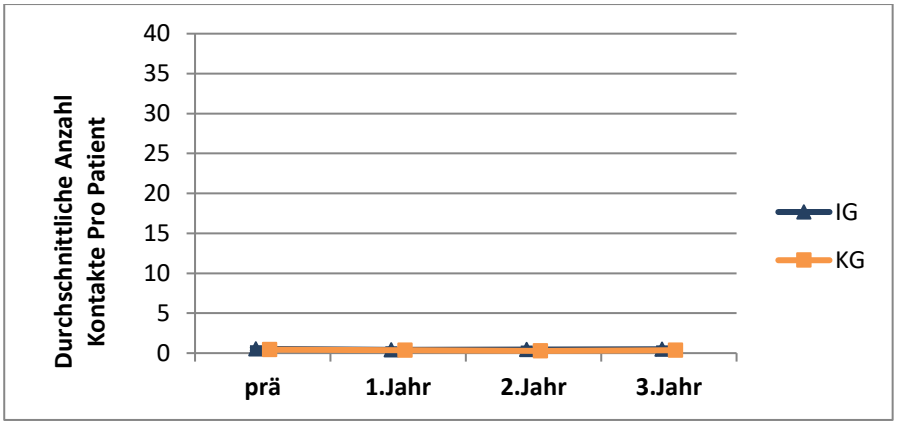
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

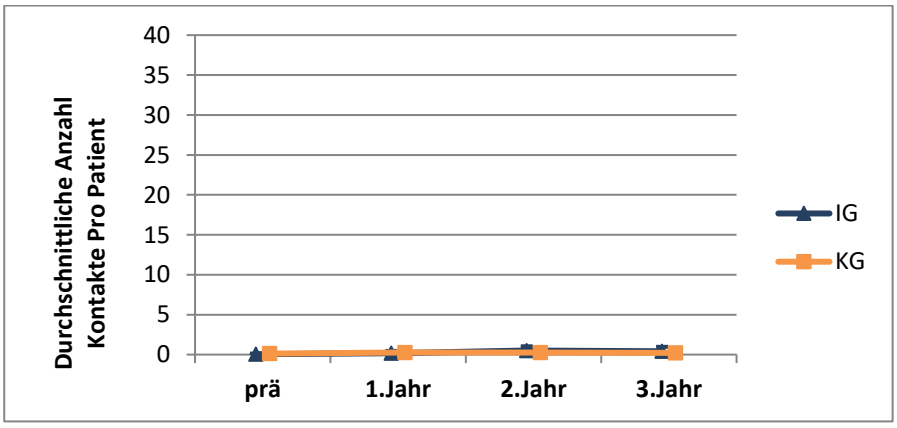


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

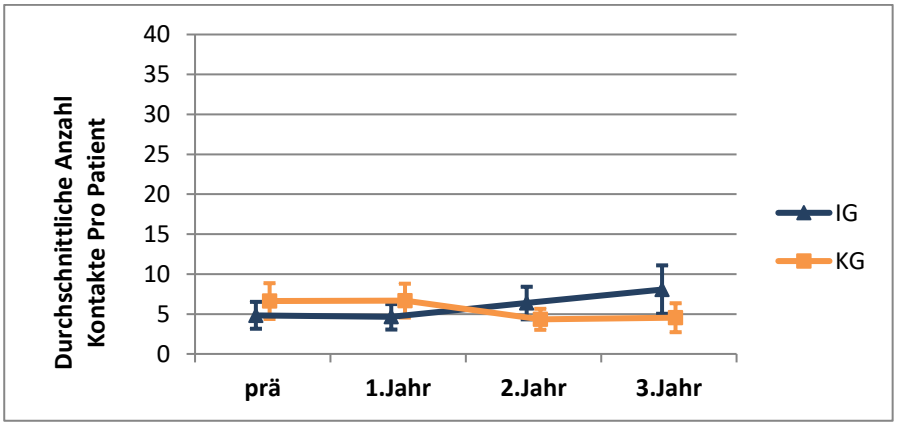


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



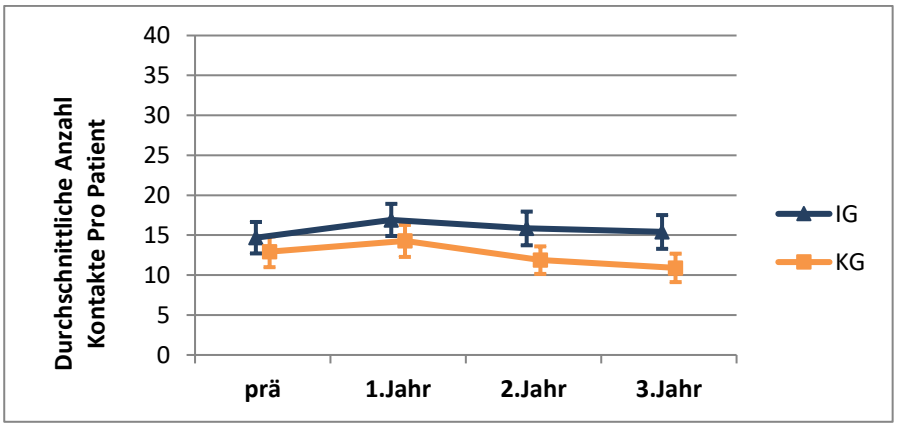
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

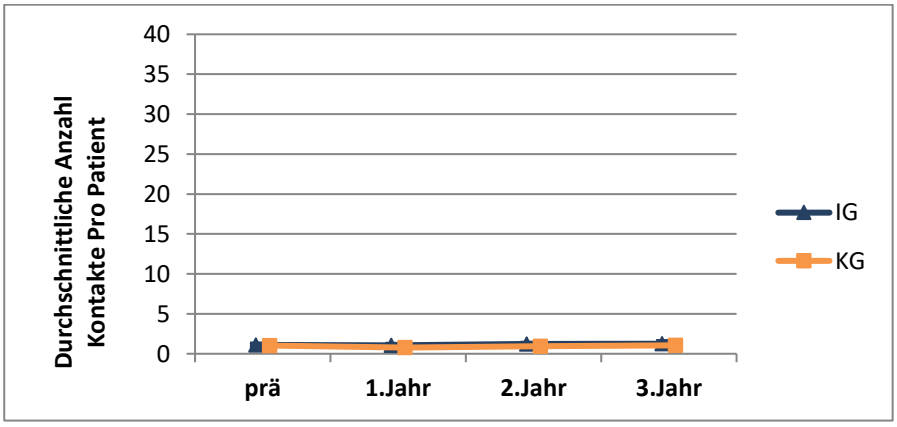
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

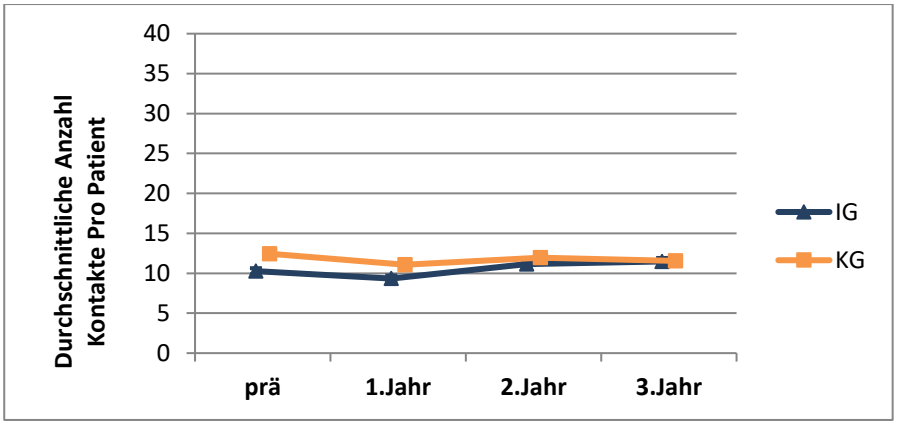
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

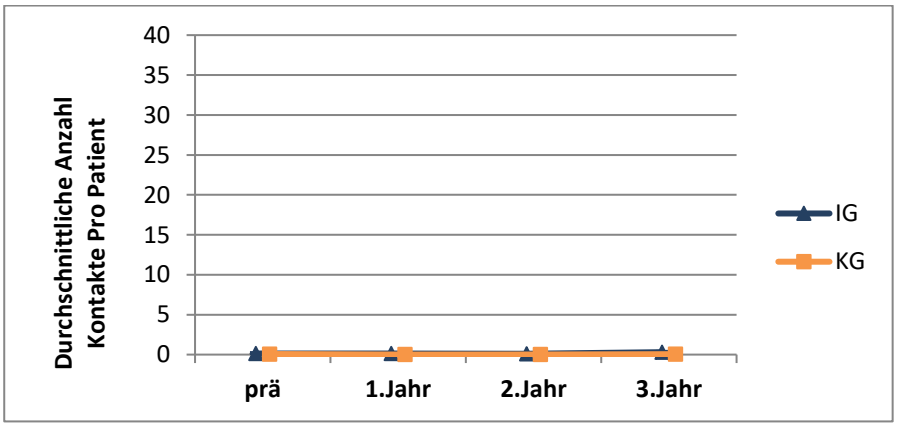


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

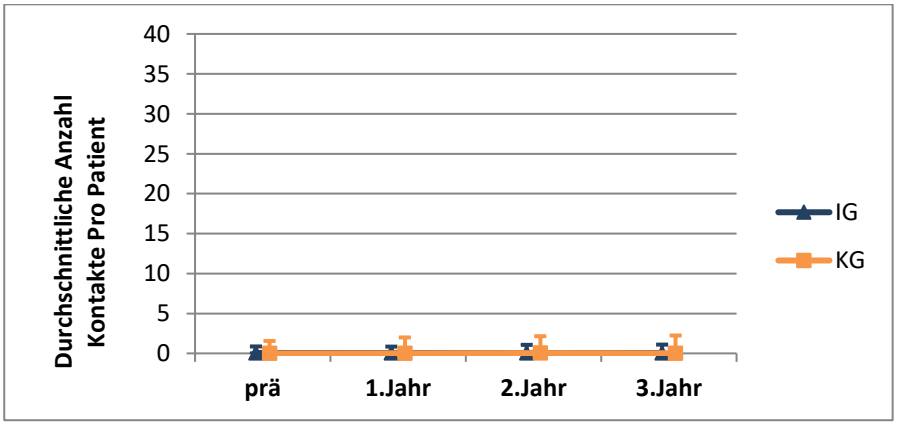


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

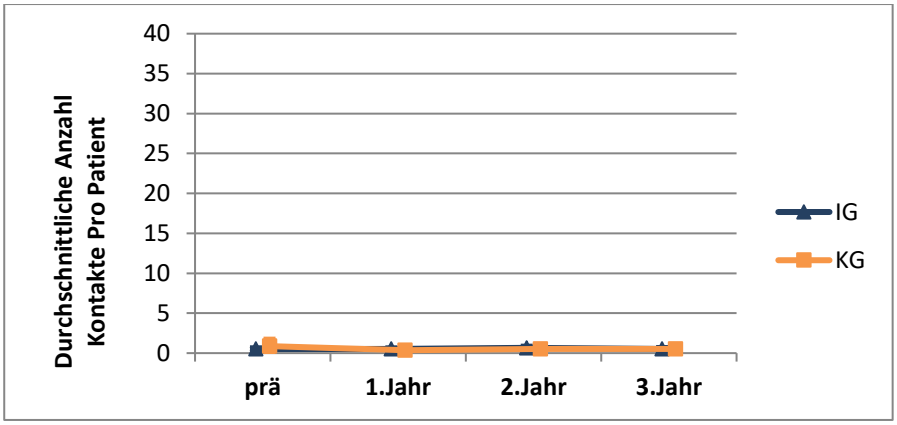
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

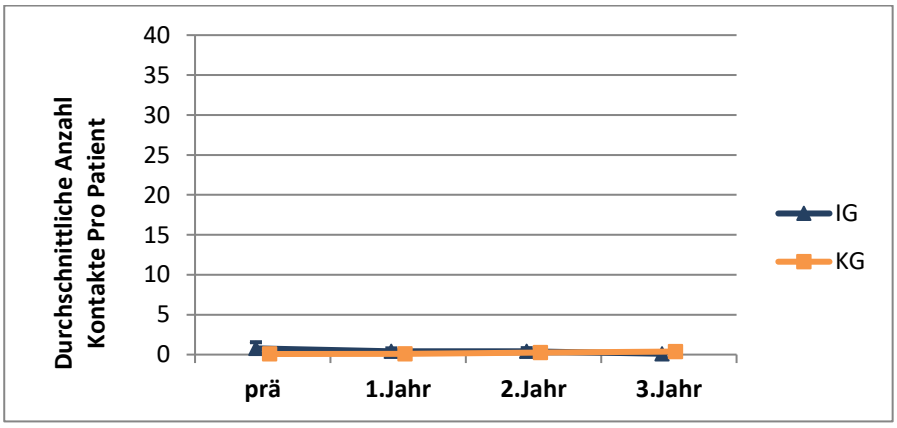


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

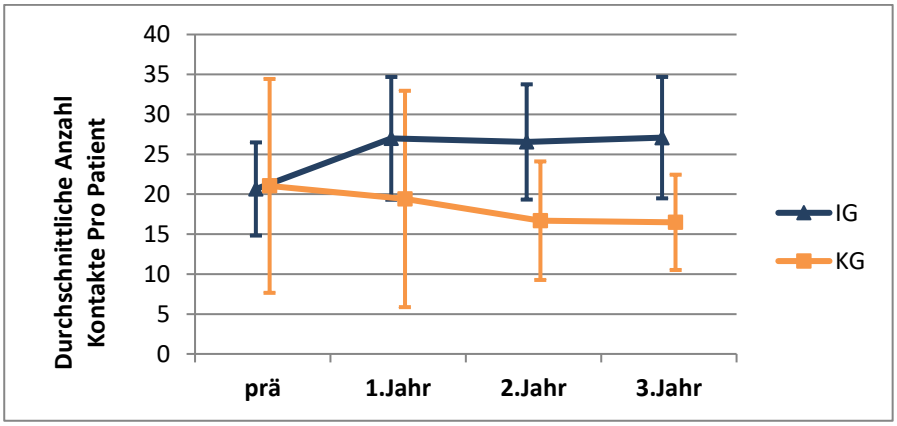


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{klinikneu}$: IG=223, KG=220; $n_{klinikbekannt}$: IG=376, KG=372). 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 klinikneuen Patienten zeigte sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen ein kleiner Peak im ersten und zweiten patientenindividuellen Jahr. Der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG geringer als in der KG (IG: +1,8; KG: +2,8 PIA-Kontakte).

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten*, mit kleinem Peak im ersten und zweiten patientenindividuellen Jahr, war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier stets über dem Niveau der KG (Prä: +0,3; 1. Jahr: +1,0; 2. Jahr: +1,2; 3. Jahr: +0,9 Kontakte).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Muster der durchschnittlichen Anzahl der *PIA*-Kontakte mit nahezu gleichen durchschnittlichen PIA-Kontakten über die Zeit. Hier wies die IG jedoch stets und mit zunehmendem Unterschied mehr PIA-Kontakte auf als die KG (Prä: +1,8; 1. Jahr: +2,6; 2. Jahr: +4,0; 3. Jahr: +4,5 Kontakte). Der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtung signifikant (DiD additiv = 0,90 PIA-Kontakte).

Die ambulante Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war über die Zeit und zwischen IG und KG vergleichbar mit nur leicht erhöhten Kontakt beim Vertragsarzt in der IG (+0,1 bis +0,3 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)	**312**	**312**	**312**	**312**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**297**	**307**	**297**	**305**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,4	0,3	2,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	3,0	4,3	2,6	3,7
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	7,6	9,1	8,1	9,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,3	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,5	0,4	0,5	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,3	0,8	0,2	0,6
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	8,8	11,9	10,9	10,5

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

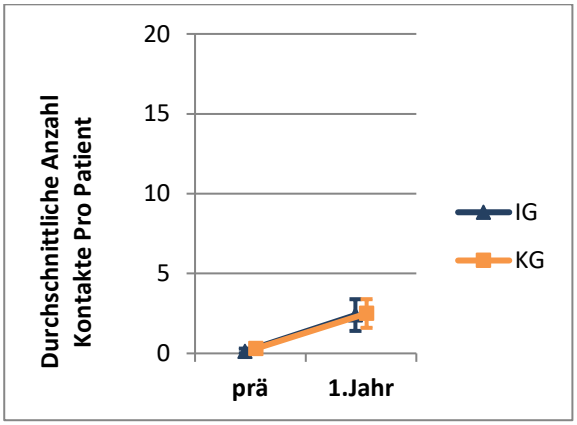
Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

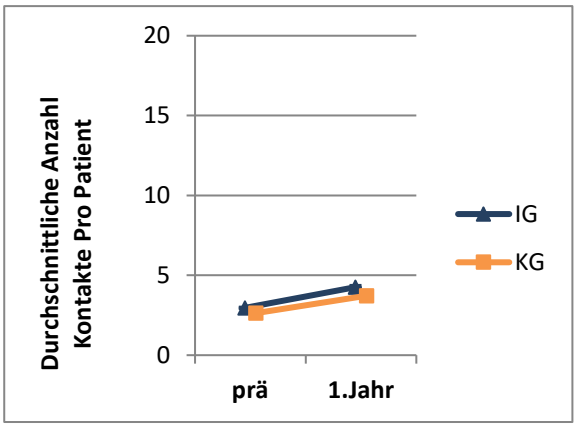
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

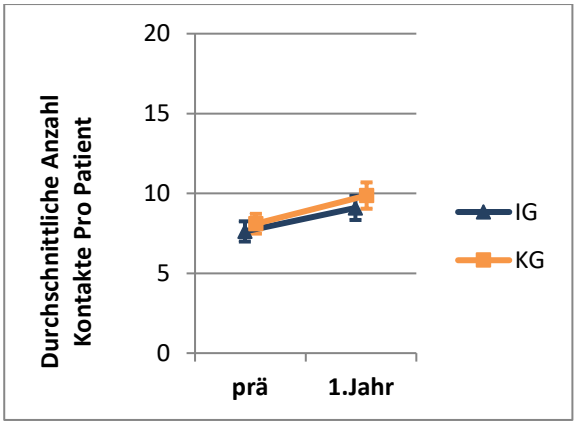
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



- **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

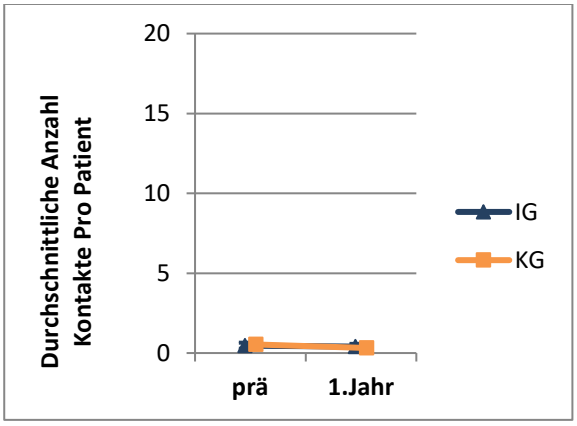
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

  Fallzahl zu klein

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

  Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

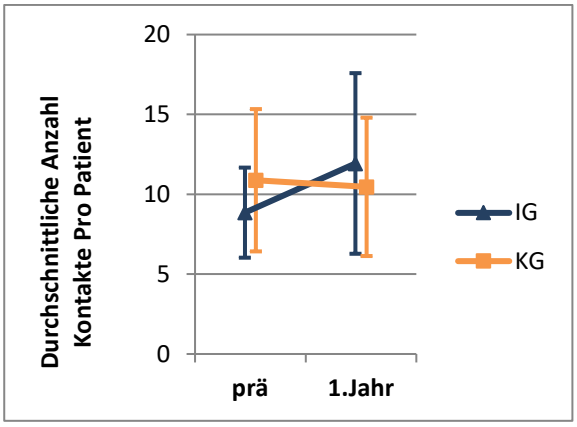


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

  Fallzahl zu klein

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



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= 307 und 305) zeigte sich eine vergleichbar starke Zunahme der Inanspruchnahme der PIA bei Indexdiagnosen in der IG und der KG (IG: +2,3 Kontakte; KG: +2,2 Kontakte). Auch die Zunahme der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: +1,3 Kontakte; KG: +1,1 Kontakte).

Die DiD-Parameter für Inanspruchnahme in der PIA und bei Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bei Indexdiagnosen waren statistisch nicht signifikant.

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)	**117**	**117**	**116**	**116**	**125**	**125**	**125**	**124**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**113**	**113**	**104**	**107**	**123**	**123**	**121**	**118**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,2	1,5	1,2	0,1	2,8	1,4	1,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	0,9	1,9	2,4	2,0	2,5	4,8	5,1	4,6
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	3,2	4,4	4,2	3,6	3,2	3,9	3,8	3,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,8	0,7	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	5,5	3,7	4,7	4,4	2,9	4,8	3,7	3,0

[1] Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.
[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60
[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69
[5] Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69
[6] APN: 5xxxxxx, 6xxxxxx UND verordnender Arzt = 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69
[7] APN: alle

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**341**	**341**	**340**	**340**	**327**	**327**	**327**	**327**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**338**	**338**	**326**	**320**	**325**	**322**	**315**	**316**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	3,8	6,0	3,1	2,0	4,2	5,7	3,7	3,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	0,3	0,7	0,9	1,0	0,5	1,1	1,9	2,3
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	4,3	4,2	4,1	3,7	4,8	4,9	5,0	4,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

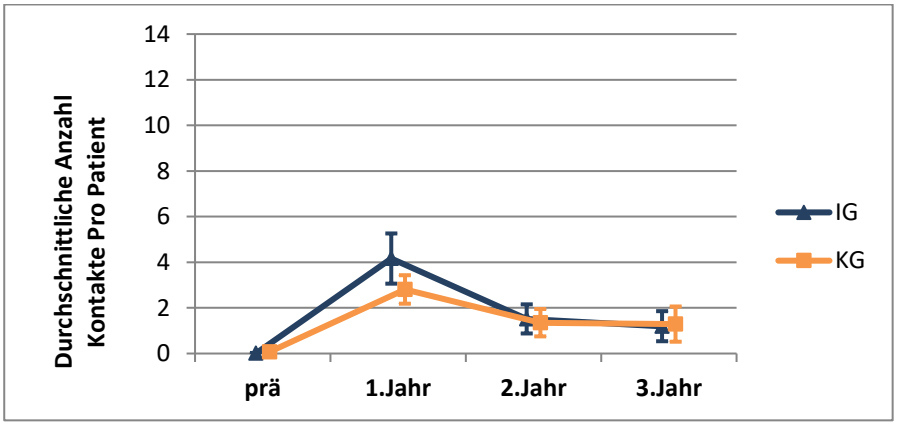
Kinder, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

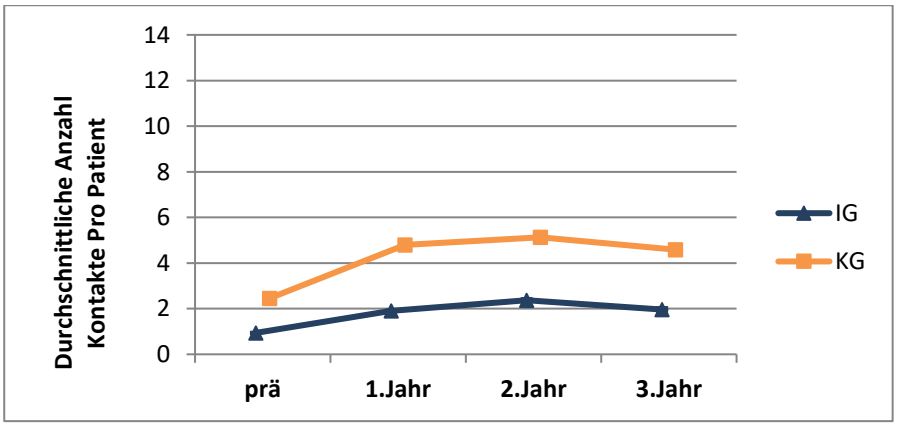
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

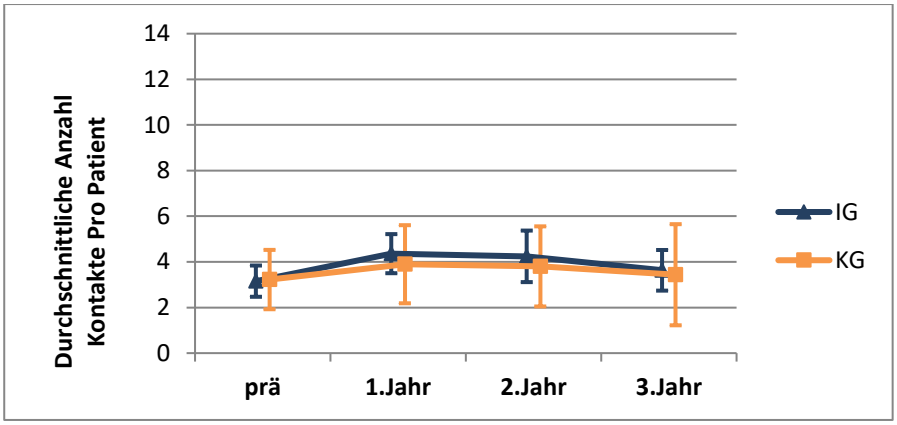
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

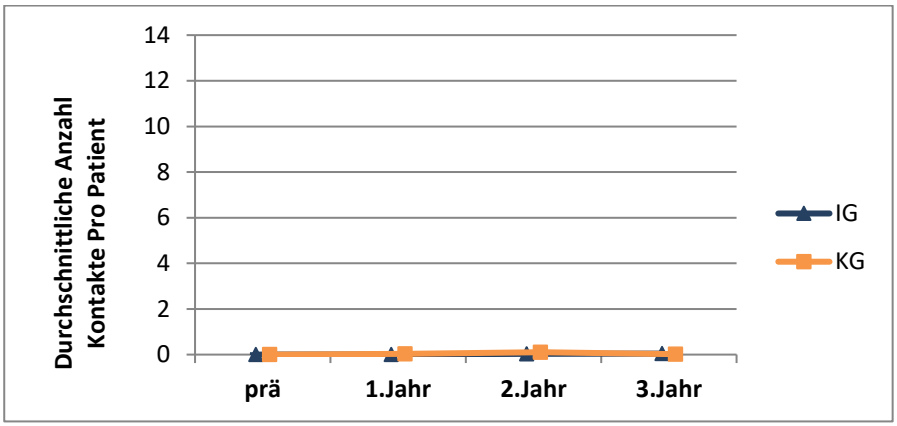


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

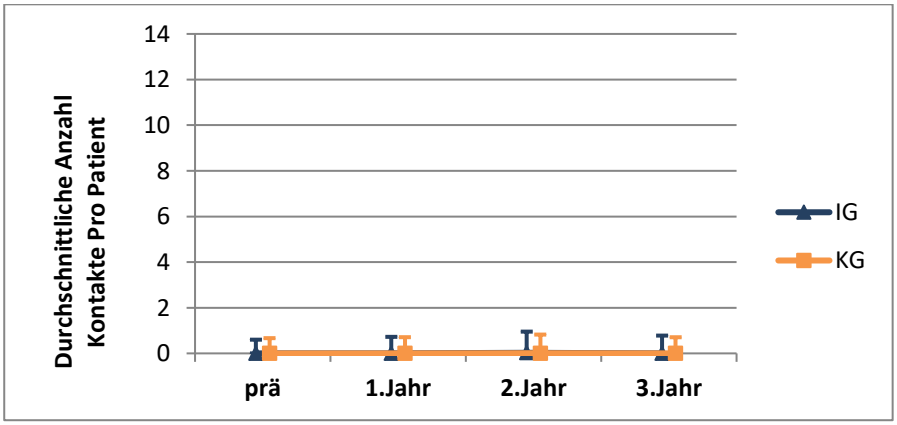


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

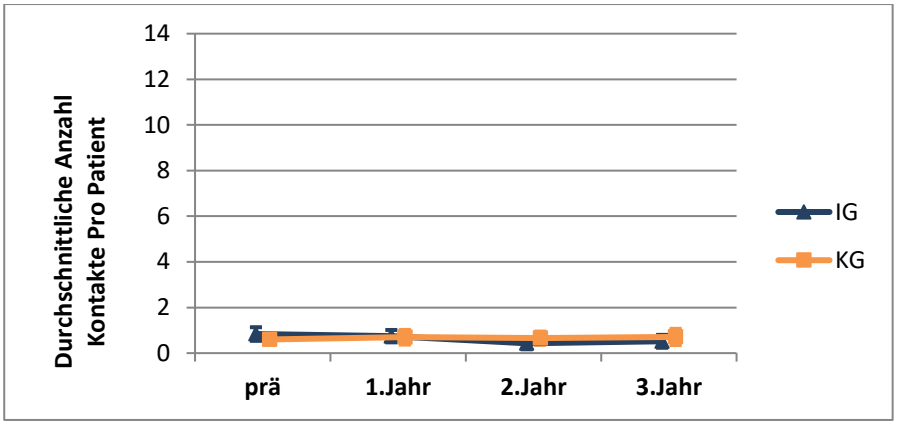
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

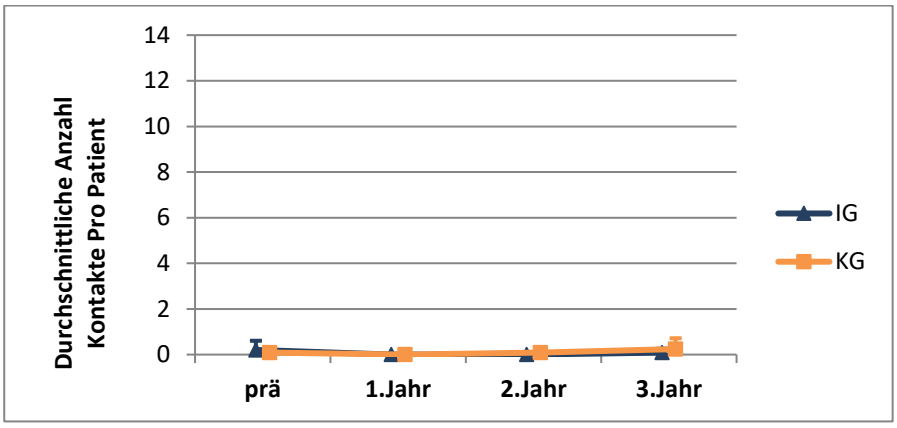


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

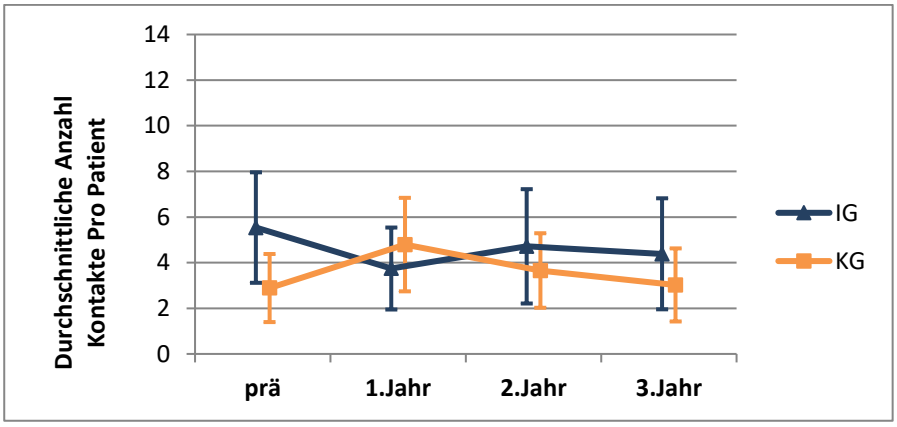


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



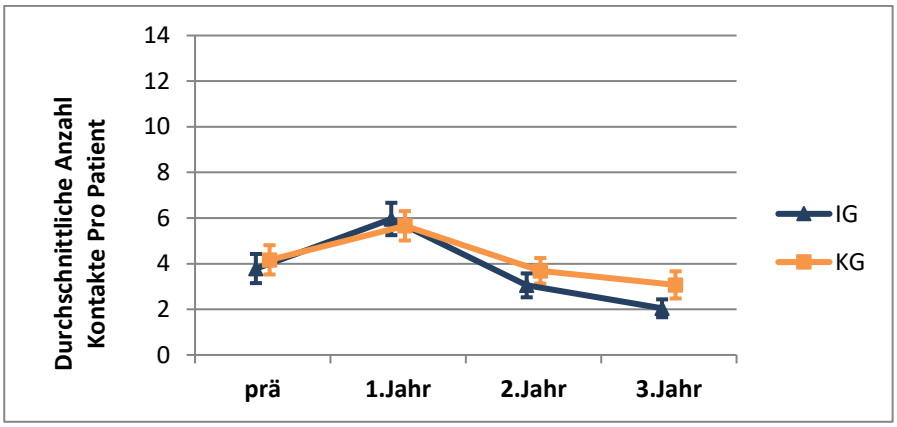
Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

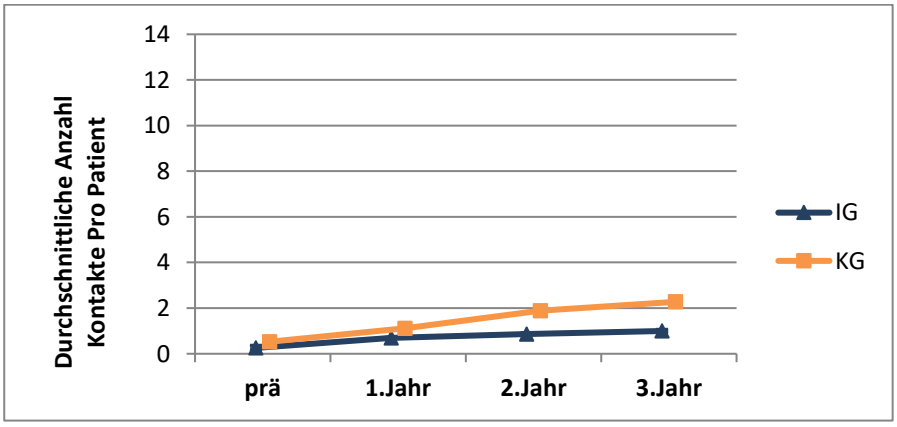
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

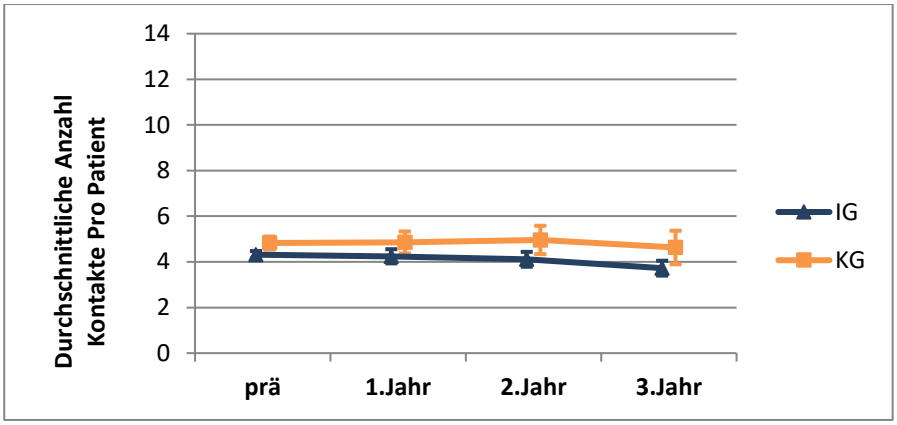
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

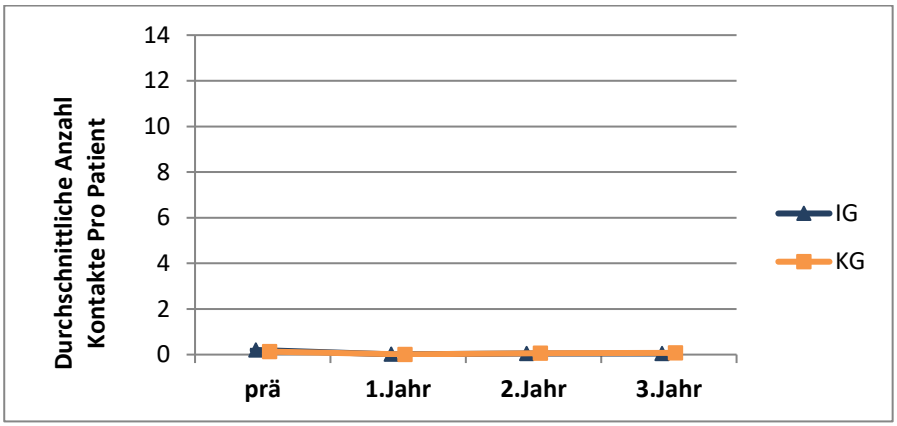


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

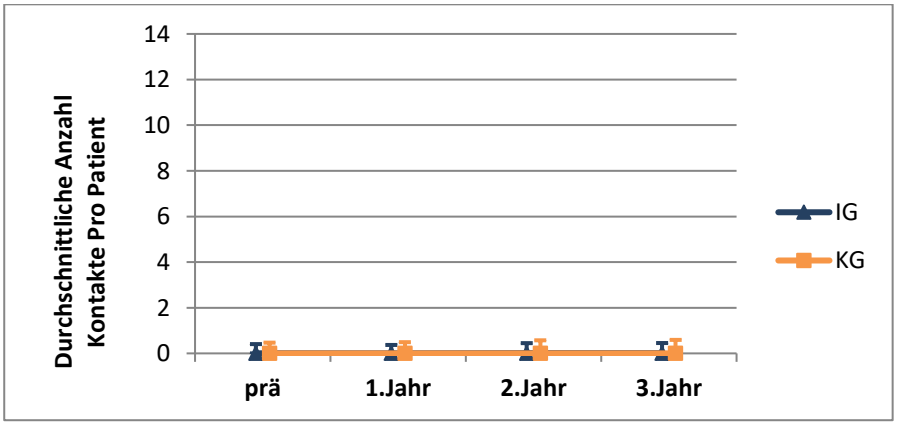


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

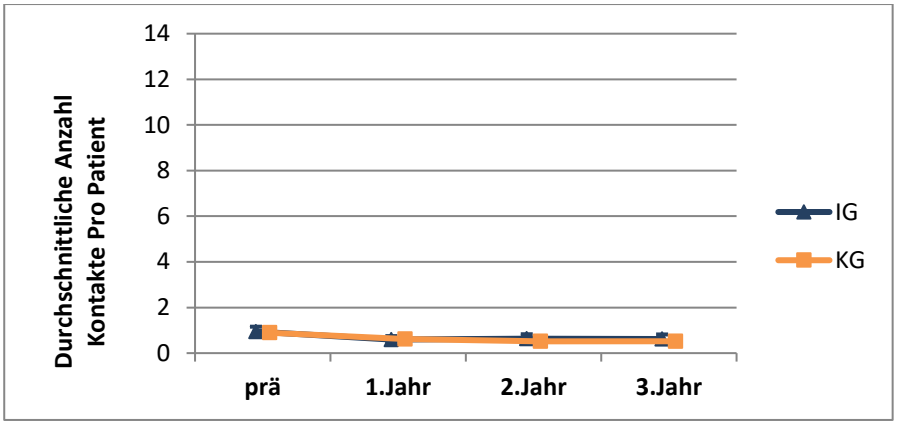
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

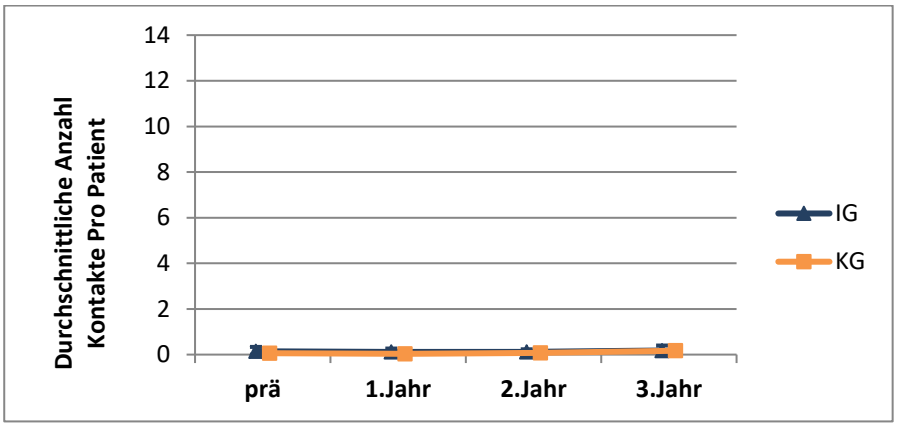


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

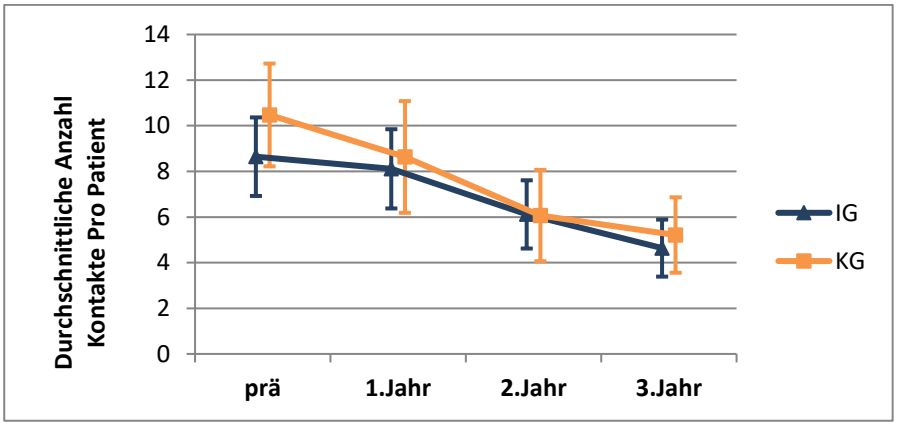


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{klinikneu}$: IG=113, KG=123; $n_{klinikbekannt}$: IG=338, KG=325). 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.

Klinikneue Patienten der IG zeigten vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr eine stärkere Zunahme der PIA-Kontakte im Vergleich Patienten der KG (IG: +4,2; KG: +2,7 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant (DiD additiv = 1,18 PIA-Kontakte). Der weitere Verlauf der PIA-Inanspruchnahme war, abgesehen von dem höheren Peak in der IG im ersten Jahr, zwischen IG und KG vergleichbar.

Die ambulante Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war in der IG im gesamten Beobachtungszeitraum um durchschnittlich 2,4 Kontakte niedriger als in der KG (Prä: -1,5; 1. Jahr: - 2,9; 2. Jahr: -2,8, 3. Jahr: -2,6 Kontakte). Auch der Anstieg der Kontakte vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG bei den Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD $_{additiv}$ = -1,54 Kontakte).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Muster der PIA-Kontakte über die Zeit mit einem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und danach Abfall der Kontakte über die Zeit. Dabei war sowohl der Anstieg der Kontakte im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +2,2; KG: +1,5 Kontakte) als auch der Abfall der Kontakte danach (IG: -3,9; KG: -2,6 PIA-Kontakte). Der größere Anstieg der PIA-Kontakte im ersten Jahr in der IG war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant (DiD additiv = 0,87 PIA-Kontakte).

Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich ein kontinuierlicher Anstieg über die Zeit mit einer stetig weiter erhöhenden Inanspruchnahme in IG und KG, aber einer stets niedrigeren Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG (Prä: -0,3; 1. Jahr: - -0,4; 2. Jahr: -1,0, 3. Jahr: -1,3 Kontakte). Der Unterschied zwischen IG und KG wurde über die Zeit größer.

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)	**243**	**243**	**243**	**243**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**240**	**240**	**241**	**242**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,0	0,1	3,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,5	3,0	4,5	5,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	3,1	3,5	4,0	4,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	1,1	0,9	0,9	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,1	0,6	0,2	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	6,6	9,2	6,2	5,6

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

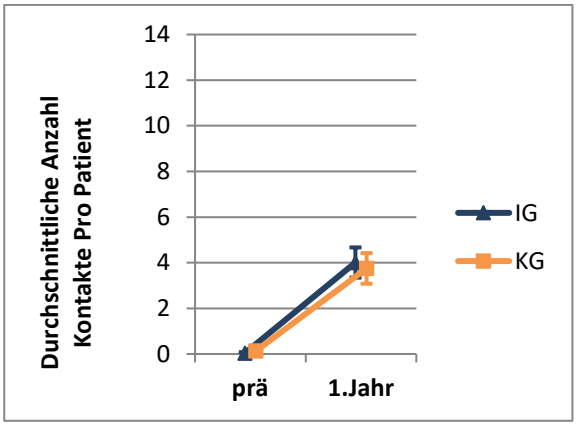
Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

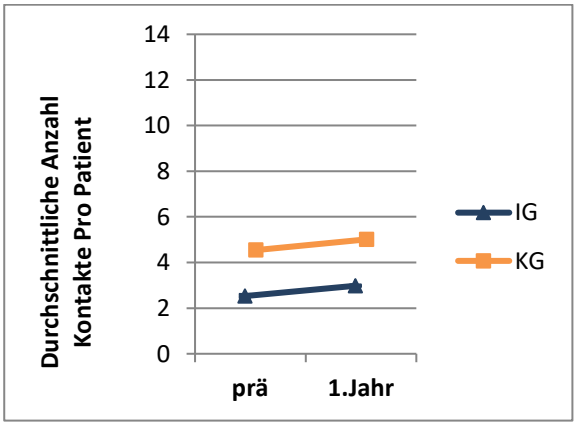
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

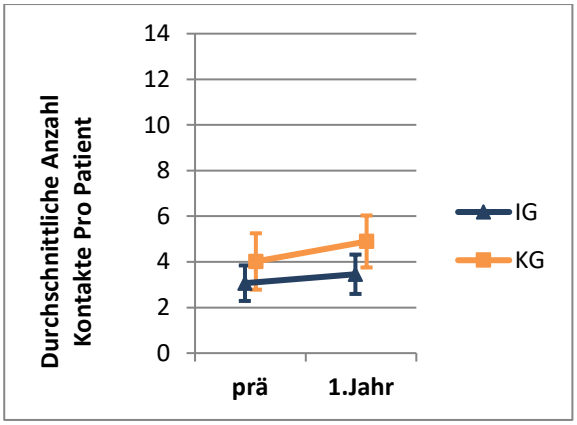
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



- **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

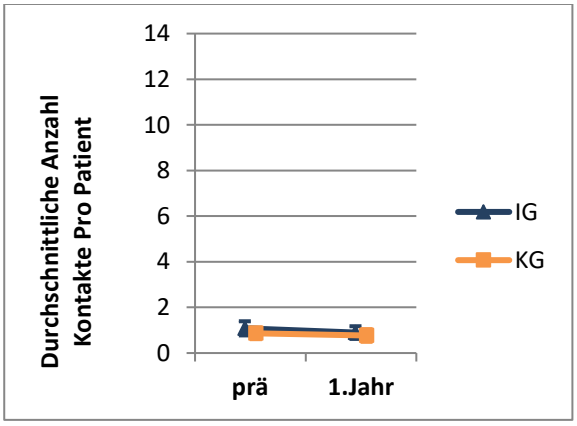
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

  Fallzahl zu klein

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

  Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

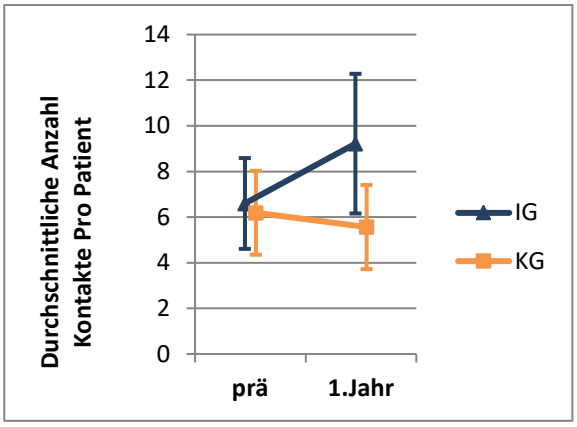


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

  Fallzahl zu klein

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



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= 240 und 242) zeigten sich vergleichbare Veränderungen über die Zeit. So stieg die Anzahl der Kontakte in der PIA in der IG um 4,0 und in der KG um 3,6 Kontakte. Dieser kleine Unterschied war statistisch nicht signifikant. Auch der Anstieg der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG mit jeweils 0,5 Kontakten Zuwachs vergleichbar.

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 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

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			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**25**	**256**	**46**	**25**	**18**	**236**	**40**	**30**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	4,0 %	2,7 %	4,3 %	8,0 %	5,6 %	5,1 %	7,5 %	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	4,0 %	18,0 %	8,7 %	16,0 %	11,1 %	13,1 %	5,0 %	6,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	48,0 %	50,0 %	41,3 %	16,0 %	44,4 %	53,4 %	42,5 %	56,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	4,0 %	12,9 %	6,5 %	4,0 %	11,1 %	10,6 %	7,5 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,0 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %	2,5 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	5,6 %	2,5 %	2,5 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,0 %	21,1 %	13,0 %	24,0 %	16,7 %	21,6 %	15,0 %	13,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	48,0 %	37,5 %	50,0 %	64,0 %	44,4 %	32,2 %	47,5 %	33,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**99**	**16**	**<10**	**<10**	**115**	**14**	**12**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	0,0 %	1,0 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %	7,8 %	21,4 %	8,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	12,5 %	38,4 %	18,8 %	66,7 %	25,0 %	23,5 %	7,1 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	62,5 %	50,5 %	43,8 %	33,3 %	37,5 %	48,7 %	64,3 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,5 %	18,2 %	12,5 %	0,0 %	12,5 %	10,4 %	0,0 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	37,5 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,1 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,5 %	0,0 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,5 %	40,4 %	31,3 %	66,7 %	25,0 %	37,4 %	28,6 %	25,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,0 %	25,3 %	37,5 %	16,7 %	37,5 %	27,0 %	28,6 %	50,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**43**	**<10**	**<10**	**<10**	**47**	**11**	**<10**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %	27,3 %	20,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	39,5 %	33,3 %	100,0 %	50,0 %	36,2 %	9,1 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	48,8 %	66,7 %	50,0 %	25,0 %	61,7 %	54,5 %	20,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	23,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %	0,0 %	20,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	66,7 %	7,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,4 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	41,9 %	33,3 %	100,0 %	50,0 %	42,6 %	36,4 %	40,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	0,0 %	23,3 %	16,7 %	0,0 %	25,0 %	17,0 %	36,4 %	60,0 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**22**	**242**	**41**	**23**	**14**	**220**	**27**	**30**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	4,5 %	4,1 %	22,0 %	13,0 %	14,3 %	7,7 %	18,5 %	13,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,1 %	30,6 %	14,6 %	26,1 %	7,1 %	20,0 %	14,8 %	10,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	63,6 %	67,4 %	56,1 %	47,8 %	71,4 %	73,6 %	59,3 %	76,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,6 %	33,1 %	22,0 %	17,4 %	21,4 %	34,5 %	33,3 %	36,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,1 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	5,9 %	3,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,7 %	2,4 %	0,0 %	14,3 %	5,5 %	0,0 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,6 %	36,0 %	34,1 %	34,8 %	28,6 %	30,9 %	33,3 %	23,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	36,4 %	19,0 %	22,0 %	43,5 %	28,6 %	13,2 %	22,2 %	10,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**97**	**14**	**<10**	**<10**	**106**	**11**	**12**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	3,1 %	21,4 %	0,0 %	20,0 %	9,4 %	18,2 %	25,0 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	28,6 %	57,7 %	35,7 %	83,3 %	20,0 %	33,0 %	18,2 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	85,7 %	76,3 %	42,9 %	83,3 %	60,0 %	70,8 %	90,9 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,3 %	42,3 %	35,7 %	16,7 %	20,0 %	35,8 %	54,5 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	28,6 %	7,2 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	11,3 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	4,7 %	0,0 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,6 %	61,9 %	50,0 %	83,3 %	60,0 %	50,0 %	36,4 %	50,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	5,2 %	14,3 %	16,7 %	40,0 %	9,4 %	0,0 %	8,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**43**	**<10**	**<10**	**<10**	**42**	**<10**	**<10**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	4,7 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	25,0 %	20,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	66,7 %	58,1 %	80,0 %	100,0 %	100,0 %	50,0 %	25,0 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	79,1 %	60,0 %	100,0 %	100,0 %	78,6 %	87,5 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	44,2 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	40,5 %	75,0 %	60,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	66,7 %	9,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,5 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	4,7 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	62,8 %	80,0 %	100,0 %	100,0 %	54,8 %	50,0 %	40,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	4,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	20,0 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**10**	**226**	**33**	**19**	**<10**	**203**	**22**	**28**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	10,0 %	5,3 %	30,3 %	26,3 %	12,5 %	10,3 %	13,6 %	17,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	30,0 %	41,6 %	24,2 %	26,3 %	12,5 %	28,6 %	36,4 %	10,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	70,0 %	81,9 %	69,7 %	68,4 %	100,0 %	90,6 %	90,9 %	89,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	40,0 %	54,0 %	42,4 %	31,6 %	50,0 %	59,1 %	63,6 %	57,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	20,0 %	8,0 %	0,0 %	5,3 %	12,5 %	9,9 %	9,1 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	4,9 %	21,2 %	0,0 %	37,5 %	10,3 %	9,1 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,0 %	47,3 %	51,5 %	47,4 %	37,5 %	42,4 %	50,0 %	32,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	20,0 %	12,8 %	15,2 %	26,3 %	0,0 %	4,4 %	9,1 %	7,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**93**	**13**	**<10**	**<10**	**98**	**<10**	**11**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	4,3 %	30,8 %	0,0 %	0,0 %	12,2 %	11,1 %	36,4 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	66,7 %	67,7 %	46,2 %	80,0 %	33,3 %	44,9 %	55,6 %	27,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	89,2 %	69,2 %	80,0 %	100,0 %	89,8 %	100,0 %	90,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	66,7 %	66,7 %	53,8 %	20,0 %	33,3 %	62,2 %	77,8 %	63,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	66,7 %	14,0 %	0,0 %	20,0 %	33,3 %	18,4 %	0,0 %	9,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	2,2 %	23,1 %	0,0 %	33,3 %	10,2 %	11,1 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	73,1 %	69,2 %	80,0 %	66,7 %	65,3 %	66,7 %	63,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	3,2 %	7,7 %	20,0 %	0,0 %	3,1 %	0,0 %	9,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**41**	**<10**	**<10**	**<10**	**39**	**<10**	**<10**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	7,3 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %	16,7 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	100,0 %	75,6 %	80,0 %	100,0 %	100,0 %	64,1 %	83,3 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	90,2 %	80,0 %	100,0 %	100,0 %	94,9 %	100,0 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,0 %	73,2 %	60,0 %	0,0 %	0,0 %	71,8 %	83,3 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	100,0 %	9,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	15,4 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	50,0 %	4,9 %	40,0 %	0,0 %	100,0 %	10,3 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	80,5 %	80,0 %	100,0 %	100,0 %	74,4 %	100,0 %	75,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	25,0 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten - Erwachsene

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**114**	**166**	**90**	**86**	**143**	**219**	**119**	**88**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,7 %	21,7 %	31,1 %	32,6 %	16,1 %	17,4 %	26,1 %	21,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	12,3 %	16,3 %	6,7 %	9,3 %	8,4 %	7,8 %	5,0 %	6,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	37,7 %	40,4 %	46,7 %	47,7 %	35,7 %	39,7 %	33,6 %	29,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	5,3 %	8,4 %	10,0 %	9,3 %	9,1 %	12,8 %	8,4 %	11,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,6 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,9 %	4,2 %	1,1 %	1,2 %	2,8 %	0,5 %	3,4 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,8 %	38,0 %	37,8 %	40,7 %	24,5 %	26,0 %	31,1 %	28,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,1 %	38,0 %	37,8 %	33,7 %	42,7 %	40,6 %	42,0 %	47,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**73**	**104**	**59**	**57**	**108**	**134**	**86**	**66**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,9 %	29,8 %	42,4 %	40,4 %	19,4 %	24,6 %	33,7 %	28,8 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,2 %	20,2 %	10,2 %	14,0 %	9,3 %	9,0 %	7,0 %	6,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	39,7 %	39,4 %	54,2 %	54,4 %	37,0 %	42,5 %	36,0 %	28,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	2,7 %	8,7 %	13,6 %	14,0 %	8,3 %	11,2 %	8,1 %	9,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,1 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	2,9 %	1,7 %	1,8 %	3,7 %	0,7 %	2,3 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,5 %	50,0 %	52,5 %	52,6 %	28,7 %	35,1 %	40,7 %	34,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,6 %	31,7 %	27,1 %	24,6 %	39,8 %	32,8 %	33,7 %	45,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**44**	**68**	**44**	**46**	**63**	**78**	**62**	**49**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,3 %	36,8 %	52,3 %	41,3 %	23,8 %	26,9 %	32,3 %	30,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,2 %	20,6 %	6,8 %	17,4 %	11,1 %	10,3 %	9,7 %	6,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	34,1 %	42,6 %	63,6 %	58,7 %	34,9 %	47,4 %	40,3 %	32,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	2,3 %	13,2 %	18,2 %	15,2 %	7,9 %	9,0 %	9,7 %	10,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,3 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	2,9 %	2,3 %	2,2 %	6,3 %	0,0 %	1,6 %	4,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	57,4 %	59,1 %	56,5 %	34,9 %	39,7 %	41,9 %	36,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,6 %	22,1 %	18,2 %	19,6 %	33,3 %	26,9 %	30,6 %	38,8 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**103**	**149**	**81**	**79**	**119**	**193**	**93**	**80**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,7 %	30,2 %	48,1 %	53,2 %	42,0 %	29,0 %	49,5 %	47,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,5 %	28,2 %	13,6 %	12,7 %	12,6 %	14,5 %	10,8 %	11,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	73,8 %	65,1 %	72,8 %	73,4 %	71,4 %	66,8 %	58,1 %	53,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	21,4 %	27,5 %	23,5 %	31,6 %	33,6 %	24,4 %	22,6 %	33,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,9 %	4,0 %	1,2 %	0,0 %	2,5 %	2,1 %	1,1 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	6,7 %	2,5 %	2,5 %	4,2 %	4,7 %	7,5 %	6,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,2 %	57,7 %	61,7 %	64,6 %	53,8 %	43,0 %	59,1 %	56,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,6 %	16,8 %	18,5 %	15,2 %	13,4 %	17,1 %	12,9 %	16,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**67**	**90**	**52**	**51**	**88**	**122**	**69**	**60**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,3 %	37,8 %	57,7 %	64,7 %	50,0 %	41,8 %	59,4 %	61,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,4 %	34,4 %	17,3 %	15,7 %	14,8 %	15,6 %	14,5 %	10,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,1 %	63,3 %	76,9 %	78,4 %	77,3 %	69,7 %	59,4 %	53,3 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	20,9 %	26,7 %	21,2 %	37,3 %	31,8 %	23,8 %	23,2 %	31,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,5 %	6,7 %	1,9 %	0,0 %	2,3 %	3,3 %	1,4 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	4,4 %	1,9 %	3,9 %	5,7 %	3,3 %	5,8 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,1 %	72,2 %	75,0 %	78,4 %	62,5 %	56,6 %	72,5 %	68,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,0 %	11,1 %	15,4 %	11,8 %	8,0 %	11,5 %	4,3 %	11,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**42**	**57**	**38**	**40**	**52**	**69**	**46**	**46**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	52,4 %	43,9 %	73,7 %	70,0 %	51,9 %	52,2 %	60,9 %	67,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,8 %	38,6 %	13,2 %	20,0 %	13,5 %	17,4 %	21,7 %	8,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,2 %	63,2 %	81,6 %	85,0 %	78,8 %	76,8 %	58,7 %	56,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	21,4 %	36,8 %	28,9 %	45,0 %	34,6 %	24,6 %	30,4 %	32,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,4 %	5,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	2,2 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	5,3 %	2,6 %	5,0 %	5,8 %	2,9 %	4,3 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,2 %	82,5 %	86,8 %	87,5 %	61,5 %	66,7 %	80,4 %	71,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	2,4 %	1,8 %	10,5 %	5,0 %	1,9 %	5,8 %	2,2 %	6,5 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**85**	**130**	**67**	**57**	**95**	**154**	**70**	**59**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	58,8 %	35,4 %	59,7 %	57,9 %	57,9 %	35,1 %	54,3 %	54,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,6 %	33,8 %	25,4 %	15,8 %	17,9 %	24,0 %	17,1 %	22,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,2 %	80,8 %	86,6 %	91,2 %	89,5 %	87,0 %	80,0 %	78,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	35,3 %	46,2 %	49,3 %	50,9 %	54,7 %	45,5 %	44,3 %	55,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,5 %	6,2 %	3,0 %	0,0 %	5,3 %	5,8 %	0,0 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	7,7 %	1,5 %	10,5 %	5,3 %	11,0 %	21,4 %	15,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,6 %	68,5 %	83,6 %	73,7 %	75,8 %	60,4 %	68,6 %	74,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,9 %	10,0 %	9,0 %	5,3 %	4,2 %	5,2 %	5,7 %	5,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**53**	**80**	**44**	**36**	**68**	**96**	**52**	**44**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	58,5 %	45,0 %	61,4 %	66,7 %	66,2 %	45,8 %	61,5 %	68,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,4 %	41,3 %	27,3 %	22,2 %	22,1 %	28,1 %	19,2 %	20,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	92,5 %	78,8 %	86,4 %	94,4 %	89,7 %	88,5 %	84,6 %	79,5 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	39,6 %	51,3 %	40,9 %	55,6 %	51,5 %	47,9 %	50,0 %	52,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,8 %	10,0 %	4,5 %	0,0 %	5,9 %	6,3 %	0,0 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	6,3 %	0,0 %	8,3 %	7,4 %	7,3 %	23,1 %	15,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	86,8 %	85,0 %	88,6 %	88,9 %	86,8 %	74,0 %	76,9 %	86,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,9 %	7,5 %	6,8 %	2,8 %	2,9 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**33**	**49**	**33**	**30**	**40**	**51**	**36**	**33**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	63,6 %	55,1 %	75,8 %	73,3 %	67,5 %	54,9 %	66,7 %	72,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	21,2 %	42,9 %	18,2 %	26,7 %	22,5 %	35,3 %	27,8 %	21,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	90,9 %	85,7 %	90,9 %	100,0 %	87,5 %	92,2 %	83,3 %	72,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	42,4 %	63,3 %	45,5 %	63,3 %	55,0 %	54,9 %	61,1 %	48,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	8,2 %	3,0 %	0,0 %	5,0 %	7,8 %	0,0 %	6,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	6,1 %	0,0 %	10,0 %	7,5 %	2,0 %	16,7 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,8 %	95,9 %	93,9 %	100,0 %	90,0 %	90,2 %	88,9 %	90,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

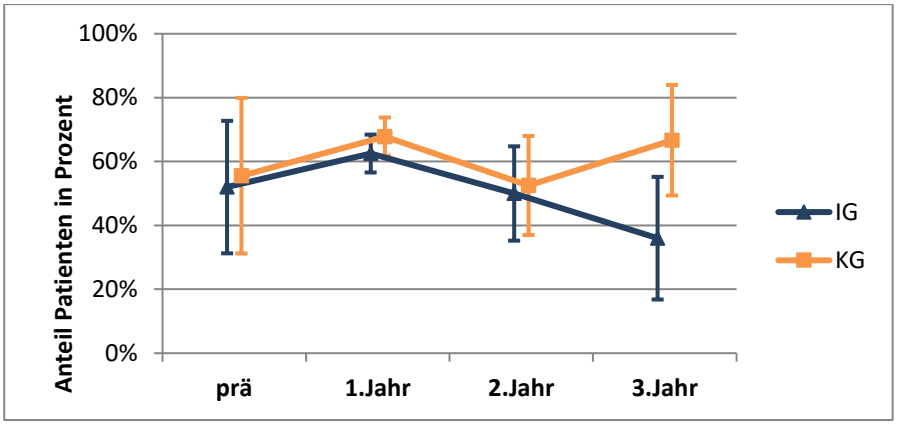
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

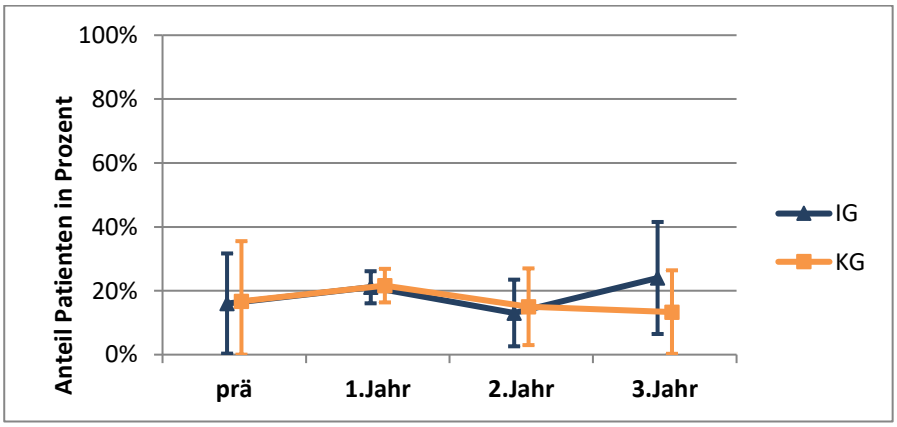
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



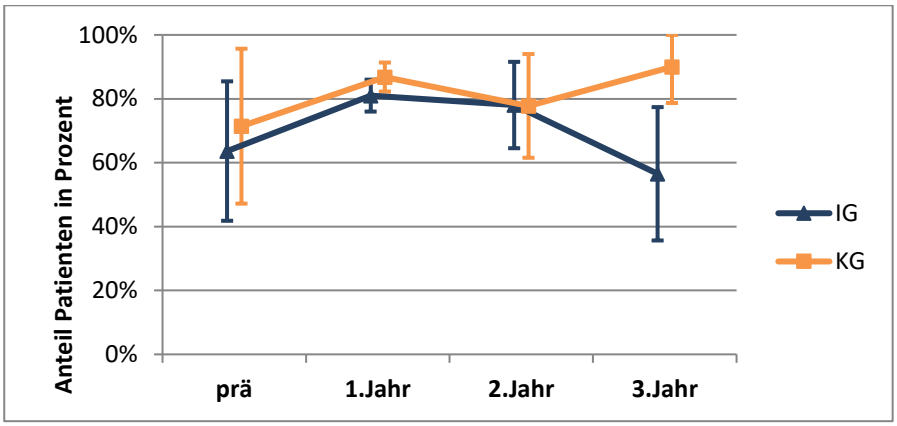
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



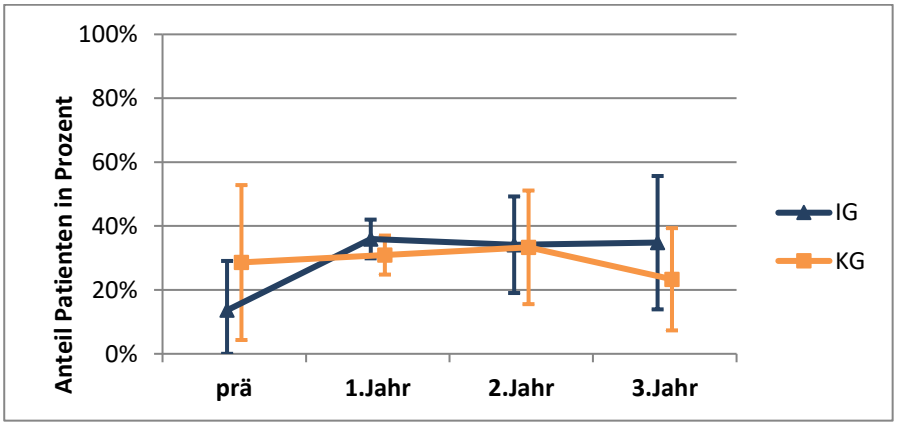
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



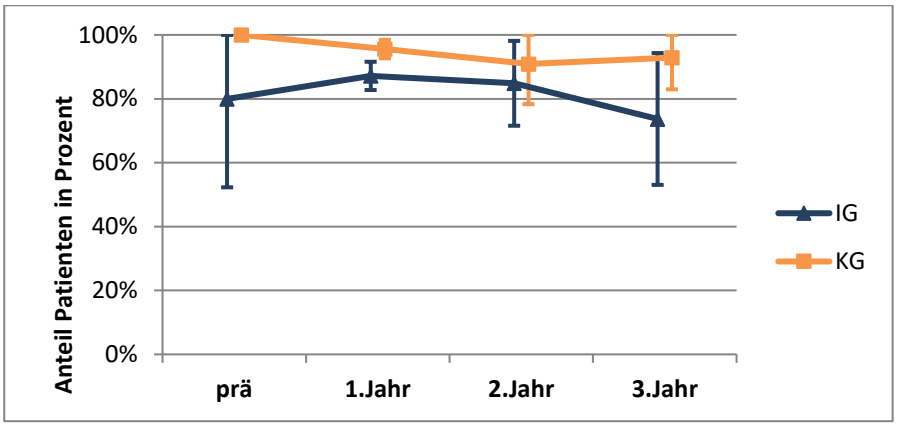
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



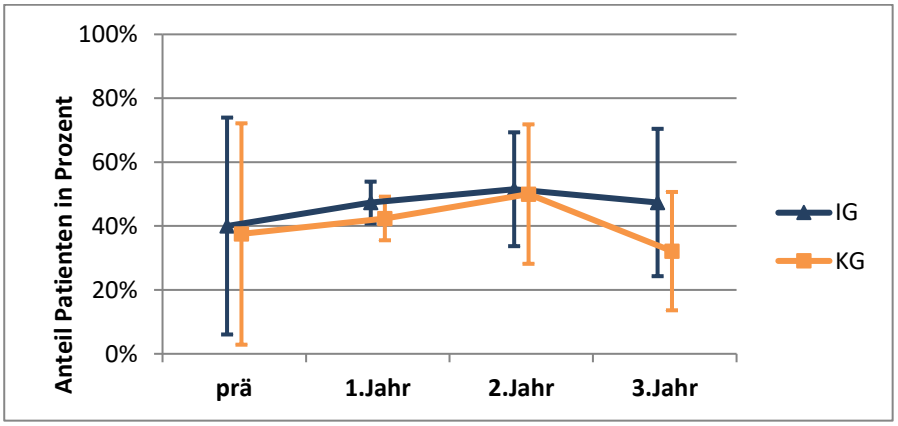
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



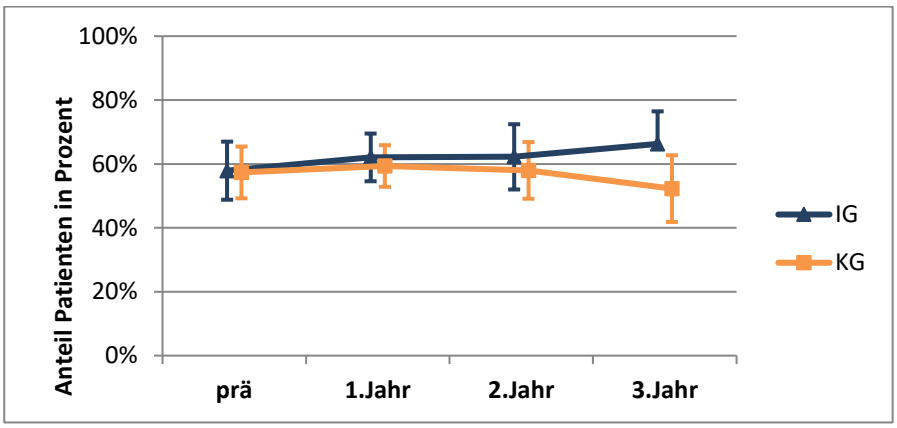
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

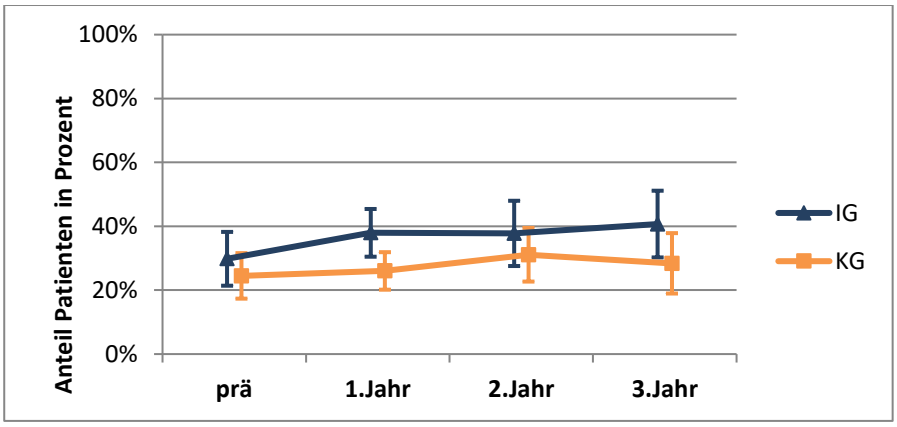
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



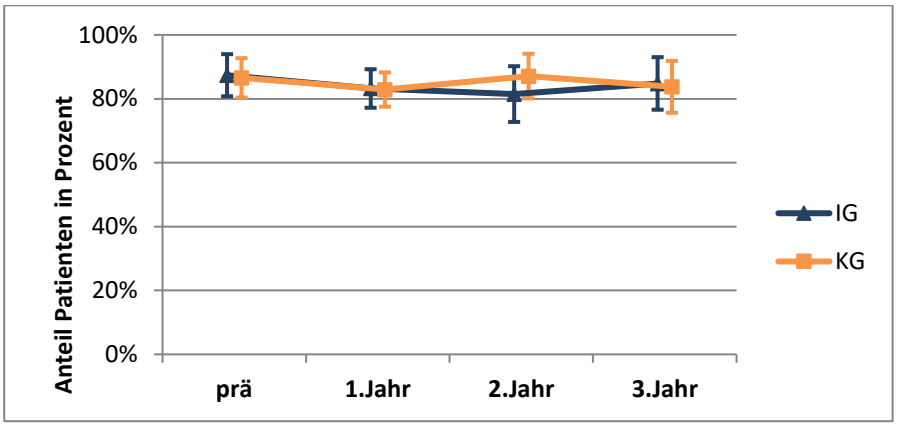
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



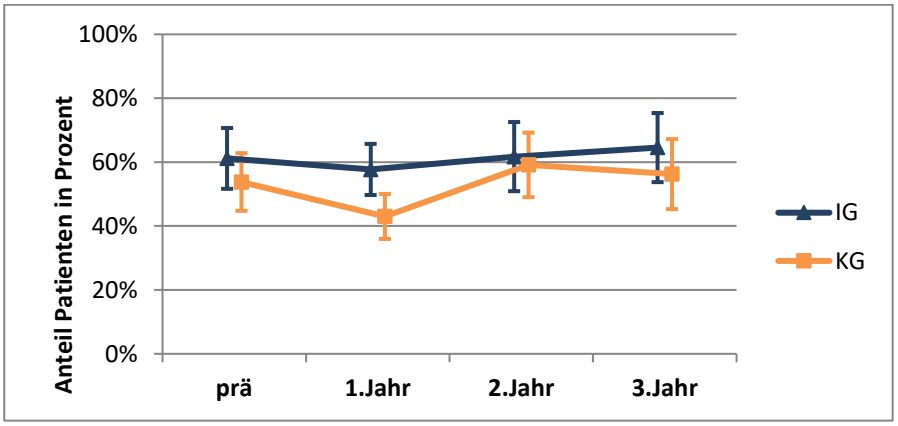
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



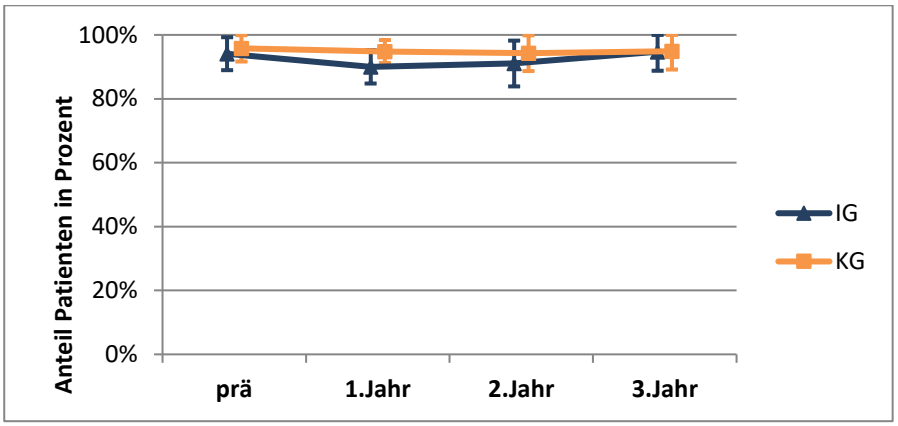
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



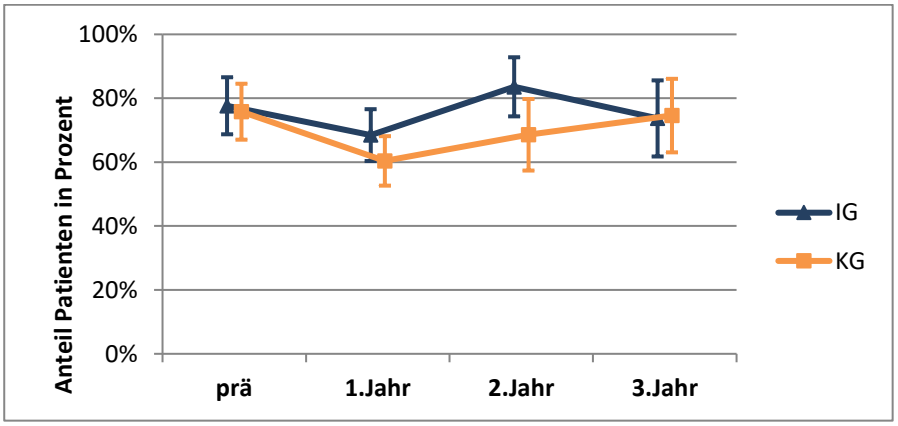
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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 ($n_{klinikneu}$: IG=256, KG=236; $n_{klinikbekannt}$: IG=166, KG=219). 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 Patienten ergaben sich im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen bezüglich der Kontinuität der Behandlung – abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streuungsbereichs. Dabei war zudem jeweils auch kein deutlicher Unterschied zwischen IG und KG festzustellen. Lediglich bei Patienten mit 7 bzw. 30 Tagen Nachbeobachtung nach Entlassung sank die Kontinuität vom zweiten zum dritten patientenindividuellen Jahr in der IG und stieg in der KG. Dieser Effekt sollte mit längerer Nachbeobachtungszeit weiter beobachtet werden.

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	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**13**	**280**	**23**	**336**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,7 %	3,6 %	13,0 %	3,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	7,7 %	19,3 %	8,7 %	9,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	38,5 %	50,7 %	52,2 %	52,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	7,7 %	7,5 %	13,0 %	10,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,7 %	1,8 %	8,7 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	1,4 %	4,3 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,4 %	23,6 %	30,4 %	16,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,2 %	33,9 %	26,1 %	34,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**11**	**130**	**15**	**154**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,1 %	2,3 %	20,0 %	1,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,1 %	28,5 %	13,3 %	14,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,5 %	52,3 %	46,7 %	55,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	9,1 %	9,2 %	13,3 %	11,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,1 %	3,1 %	13,3 %	5,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	0,0 %	6,7 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,2 %	32,3 %	46,7 %	21,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,4 %	26,9 %	20,0 %	26,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**57**	**<10**	**63**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	1,8 %	37,5 %	3,2 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	0,0 %	28,1 %	25,0 %	12,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	52,6 %	37,5 %	60,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	12,3 %	25,0 %	6,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	1,8 %	12,5 %	7,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	12,5 %	1,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	29,8 %	75,0 %	22,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	0,0 %	22,8 %	0,0 %	25,4 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**13**	**269**	**21**	**312**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,4 %	7,1 %	23,8 %	4,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,4 %	33,1 %	14,3 %	20,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	69,2 %	66,9 %	81,0 %	67,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,8 %	29,0 %	42,9 %	30,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	15,4 %	4,1 %	14,3 %	9,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	4,5 %	9,5 %	10,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,5 %	40,9 %	42,9 %	32,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,4 %	18,6 %	9,5 %	18,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**11**	**126**	**14**	**146**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,1 %	4,8 %	35,7 %	4,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,2 %	49,2 %	14,3 %	30,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	72,7 %	74,6 %	85,7 %	69,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	18,2 %	38,9 %	50,0 %	35,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	18,2 %	6,3 %	21,4 %	12,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	1,6 %	14,3 %	11,6 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,4 %	55,6 %	57,1 %	41,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,2 %	8,7 %	0,0 %	12,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**56**	**<10**	**61**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	5,4 %	50,0 %	6,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	0,0 %	51,8 %	25,0 %	34,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	75,0 %	75,0 %	68,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	46,4 %	50,0 %	27,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	7,1 %	25,0 %	14,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,8 %	12,5 %	9,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	57,1 %	75,0 %	45,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	8,9 %	0,0 %	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

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	**<10**	**252**	**17**	**286**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,5 %	8,3 %	35,3 %	7,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	37,5 %	46,8 %	11,8 %	29,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,0 %	83,7 %	82,4 %	86,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	75,0 %	53,6 %	76,5 %	52,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,5 %	6,3 %	17,6 %	15,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,0 %	7,1 %	17,6 %	18,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	56,3 %	47,1 %	45,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	7,9 %	11,8 %	8,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**118**	**11**	**138**

Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	3,4 %	54,5 %	7,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	66,1 %	18,2 %	46,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	83,3 %	89,8 %	90,9 %	94,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	66,7 %	64,4 %	100,0 %	61,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,7 %	8,5 %	27,3 %	21,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	5,9 %	18,2 %	19,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	70,3 %	72,7 %	61,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	1,7 %	0,0 %	0,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**0**	**53**	**<10**	**59**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	3,8 %	57,1 %	8,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	—	69,8 %	28,6 %	52,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	—	86,8 %	85,7 %	96,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	—	73,6 %	100,0 %	57,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	—	9,4 %	42,9 %	22,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,8 %	28,6 %	18,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	73,6 %	85,7 %	66,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	1,9 %	0,0 %	0,0 %

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

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

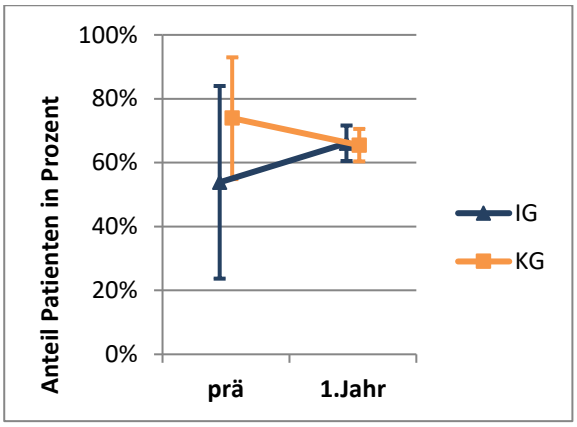
Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

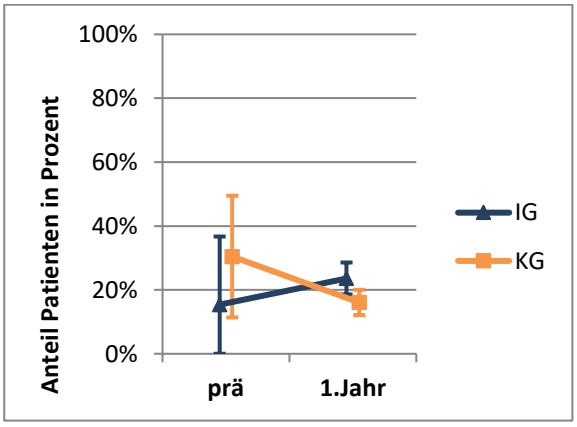
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**

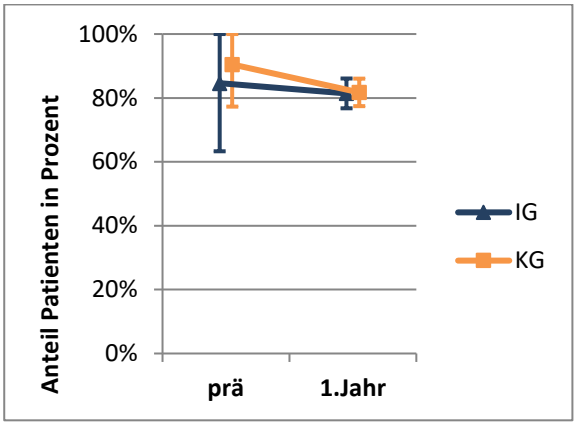


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

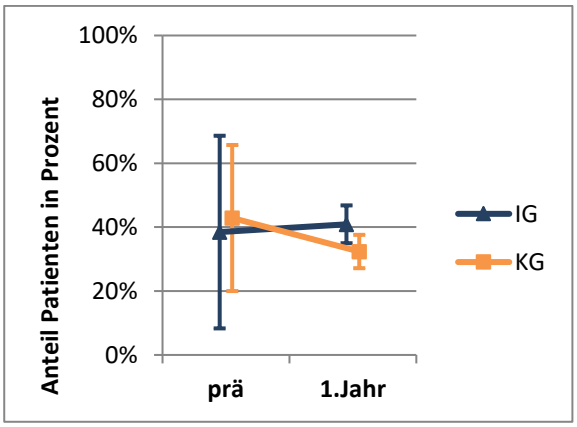


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**

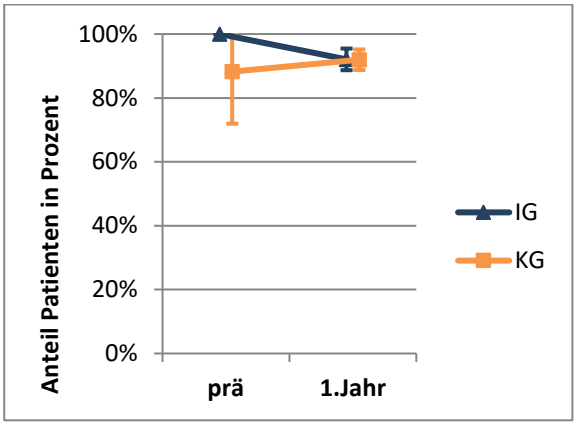


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

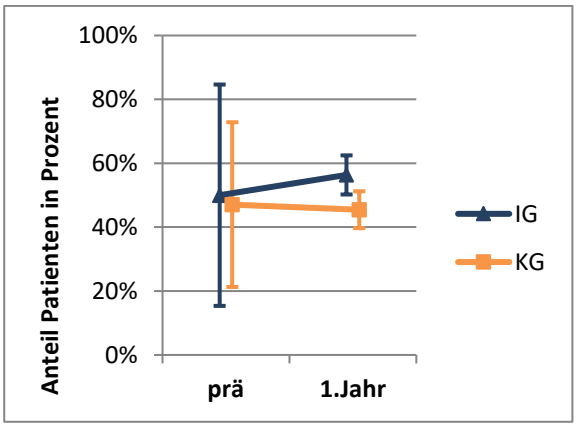


Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich eine Zunahme der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG und eine Abnahme in der KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7, 30 oder 90 Tage) sowie den Einteilungen in schwere psychische Erkrankungen. Zu beachten ist jedoch, dass die Fallzahlen für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum sehr gering waren. Daher konnten auch inferenzstatisch keine statistisch signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden.

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**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**10**	**80**	**10**	**12**	**<10**	**82**	**24**	**16**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	7,5 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	2,4 %	29,2 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,0 %	3,8 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	7,3 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	10,0 %	23,8 %	30,0 %	8,3 %	20,0 %	20,7 %	25,0 %	6,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	6,3 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	6,1 %	16,7 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	2,5 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	7,3 %	16,7 %	18,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	13,8 %	20,0 %	0,0 %	20,0 %	17,1 %	37,5 %	43,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,0 %	67,5 %	40,0 %	91,7 %	60,0 %	59,8 %	37,5 %	56,3 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**72**	**<10**	**11**	**<10**	**77**	**21**	**14**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,1 %	22,2 %	11,1 %	9,1 %	25,0 %	6,5 %	47,6 %	57,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,1 %	9,7 %	33,3 %	18,2 %	25,0 %	14,3 %	0,0 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	66,7 %	59,7 %	66,7 %	63,6 %	75,0 %	46,8 %	33,3 %	57,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	22,2 %	18,1 %	22,2 %	9,1 %	25,0 %	15,6 %	23,8 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	6,9 %	22,2 %	9,1 %	0,0 %	16,9 %	28,6 %	28,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,6 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	5,2 %	4,8 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,2 %	33,3 %	55,6 %	36,4 %	50,0 %	36,4 %	52,4 %	64,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,2 %	23,6 %	0,0 %	27,3 %	0,0 %	28,6 %	23,8 %	21,4 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**65**	**<10**	**10**	**<10**	**69**	**13**	**<10**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,9 %	35,4 %	33,3 %	30,0 %	0,0 %	15,9 %	30,8 %	37,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,3 %	20,0 %	33,3 %	30,0 %	33,3 %	23,2 %	7,7 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	71,4 %	84,6 %	100,0 %	70,0 %	66,7 %	78,3 %	84,6 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	57,1 %	38,5 %	55,6 %	70,0 %	33,3 %	47,8 %	61,5 %	37,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	7,7 %	33,3 %	20,0 %	0,0 %	24,6 %	7,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	9,2 %	0,0 %	10,0 %	33,3 %	11,6 %	15,4 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,9 %	55,4 %	88,9 %	70,0 %	33,3 %	53,6 %	38,5 %	50,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	6,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %	7,7 %	25,0 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

Kinder, klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**68**	**100**	**46**	**36**	**51**	**85**	**48**	**44**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	8,8 %	14,0 %	13,0 %	5,6 %	15,7 %	8,2 %	16,7 %	15,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	4,4 %	2,0 %	0,0 %	2,8 %	2,0 %	3,5 %	2,1 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	20,6 %	23,0 %	8,7 %	19,4 %	35,3 %	30,6 %	16,7 %	36,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	5,9 %	9,0 %	6,5 %	11,1 %	5,9 %	5,9 %	8,3 %	4,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,0 %	2,2 %	2,8 %	2,0 %	0,0 %	2,1 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,2 %	18,0 %	13,0 %	8,3 %	19,6 %	12,9 %	18,8 %	15,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	67,6 %	60,0 %	76,1 %	66,7 %	51,0 %	60,0 %	58,3 %	47,7 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**52**	**85**	**39**	**34**	**45**	**85**	**42**	**38**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,9 %	25,9 %	51,3 %	14,7 %	42,2 %	18,8 %	31,0 %	36,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	7,7 %	4,7 %	7,7 %	11,8 %	2,2 %	9,4 %	2,4 %	5,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	53,8 %	67,1 %	33,3 %	44,1 %	62,2 %	63,5 %	50,0 %	63,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	19,2 %	23,5 %	12,8 %	23,5 %	11,1 %	24,7 %	19,0 %	18,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	2,4 %	0,0 %	2,9 %	4,4 %	2,4 %	9,5 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	4,7 %	5,1 %	2,9 %	6,7 %	3,5 %	7,1 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,7 %	31,8 %	56,4 %	29,4 %	46,7 %	30,6 %	38,1 %	39,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	30,8 %	25,9 %	28,2 %	44,1 %	15,6 %	23,5 %	23,8 %	21,1 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**49**	**80**	**35**	**30**	**45**	**79**	**38**	**34**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	67,3 %	55,0 %	71,4 %	40,0 %	68,9 %	38,0 %	42,1 %	61,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	6,1 %	12,5 %	8,6 %	16,7 %	8,9 %	12,7 %	5,3 %	5,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,8 %	87,5 %	80,0 %	86,7 %	91,1 %	86,1 %	84,2 %	88,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	46,9 %	38,8 %	31,4 %	56,7 %	31,1 %	41,8 %	36,8 %	35,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	3,8 %	0,0 %	3,3 %	15,6 %	7,6 %	15,8 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,2 %	11,3 %	17,1 %	6,7 %	13,3 %	11,4 %	13,2 %	14,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,4 %	68,8 %	77,1 %	56,7 %	75,6 %	53,2 %	55,3 %	67,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	5,0 %	5,7 %	0,0 %	4,4 %	5,1 %	2,6 %	5,9 %

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

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

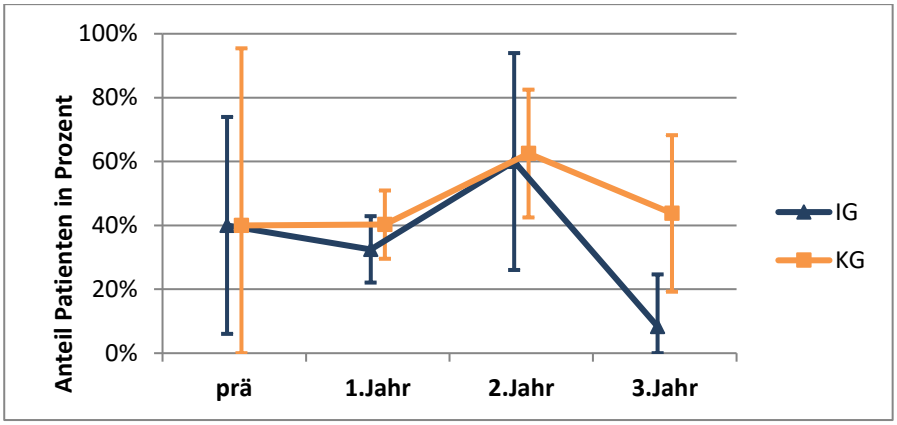
Kinder, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

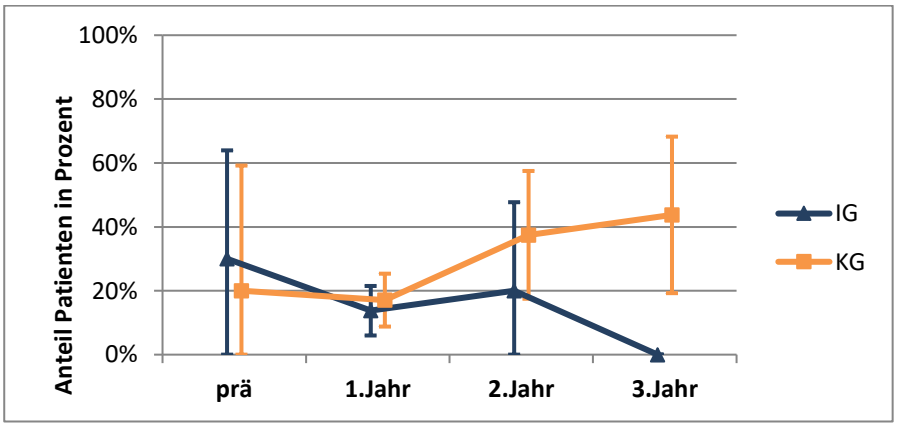
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



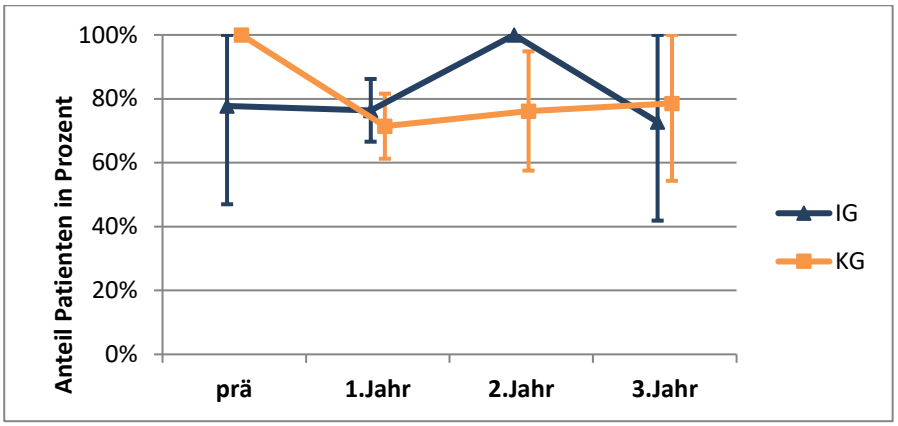
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



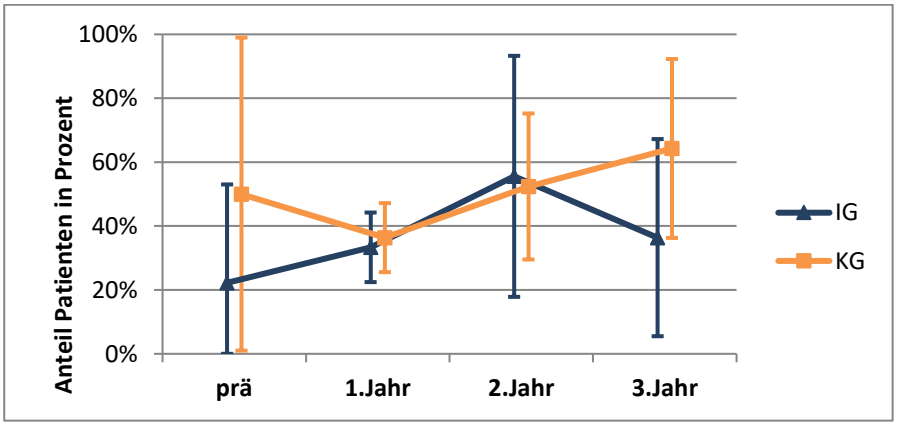
Kinder, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



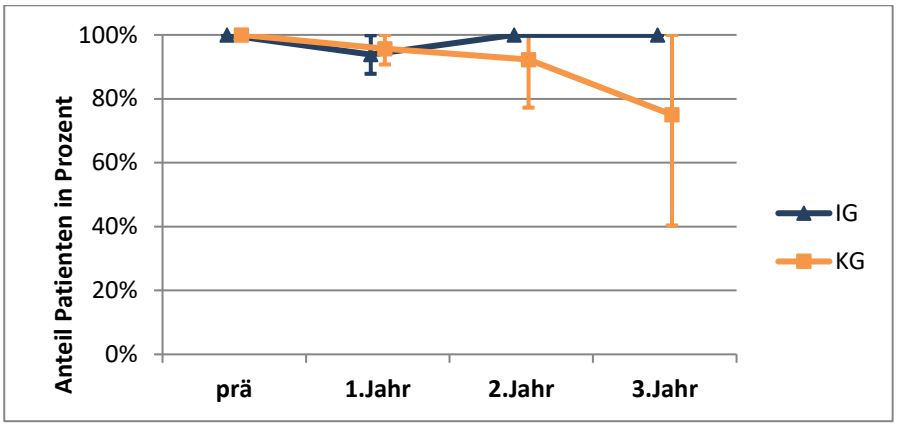
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



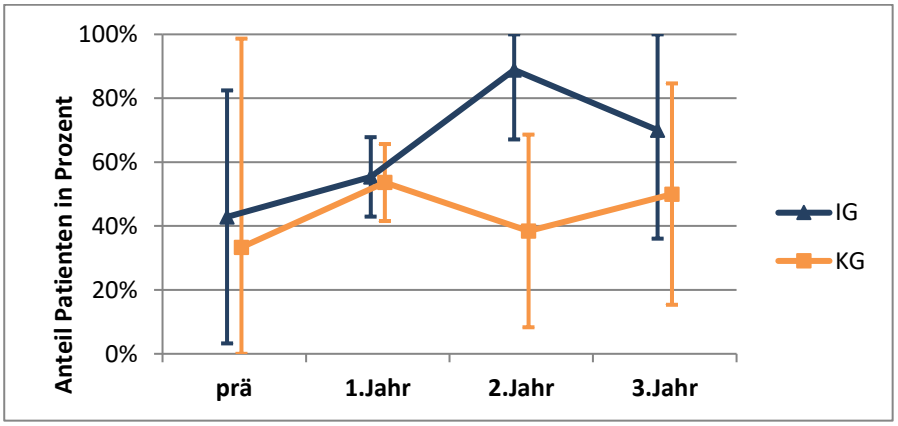
Kinder, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



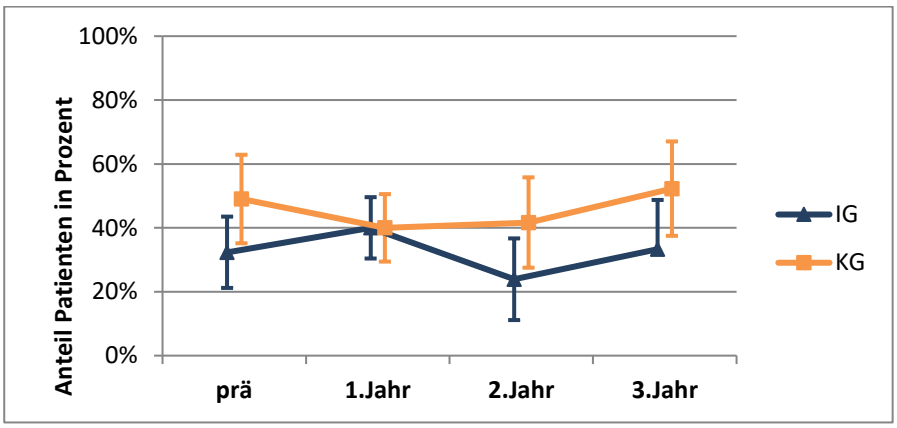
Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

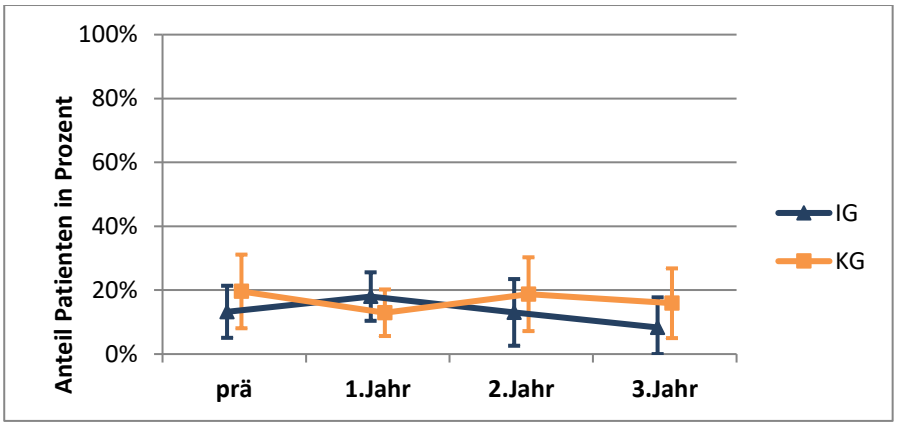
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



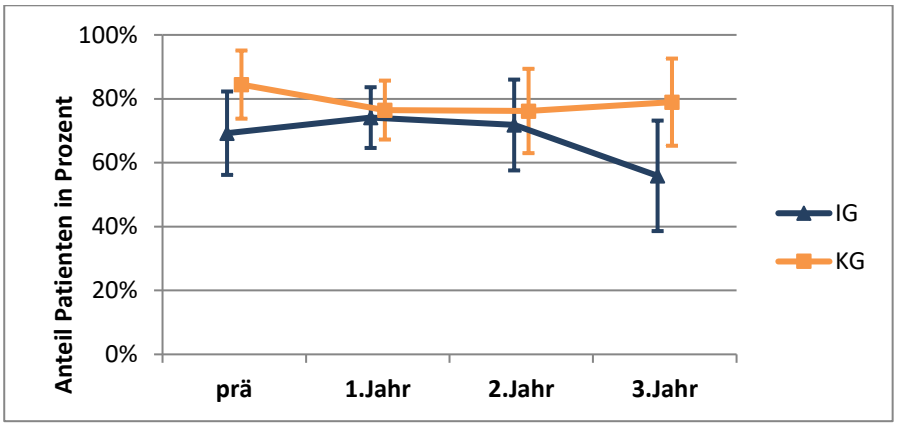
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



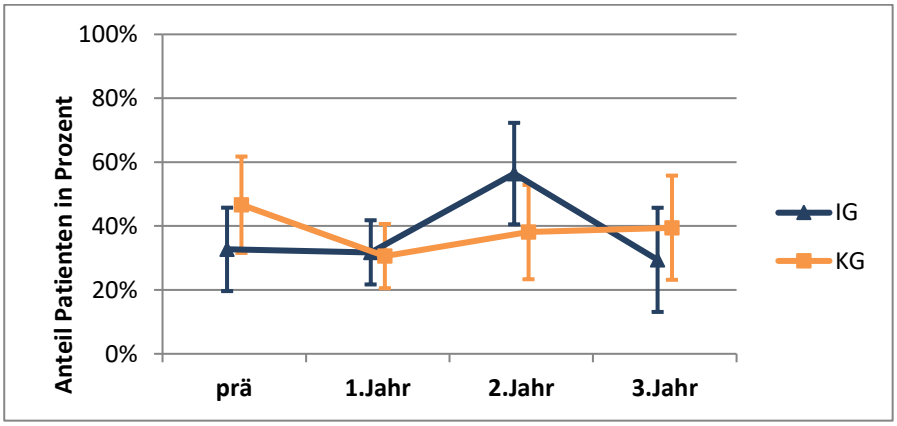
Kinder, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



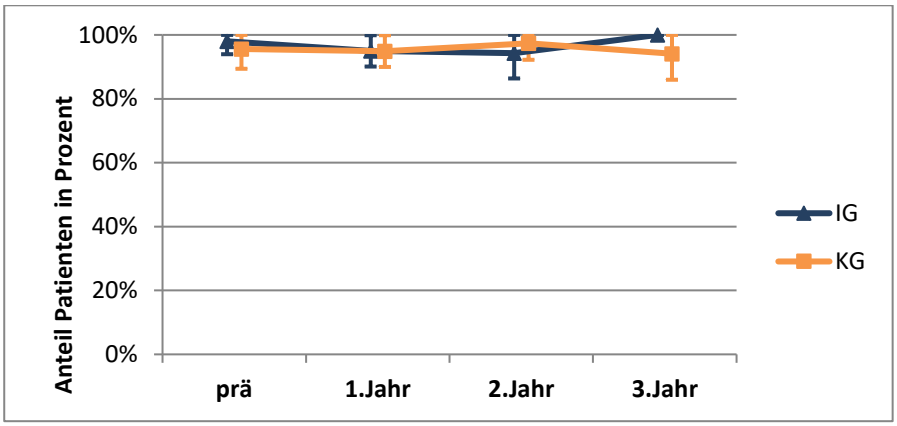
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



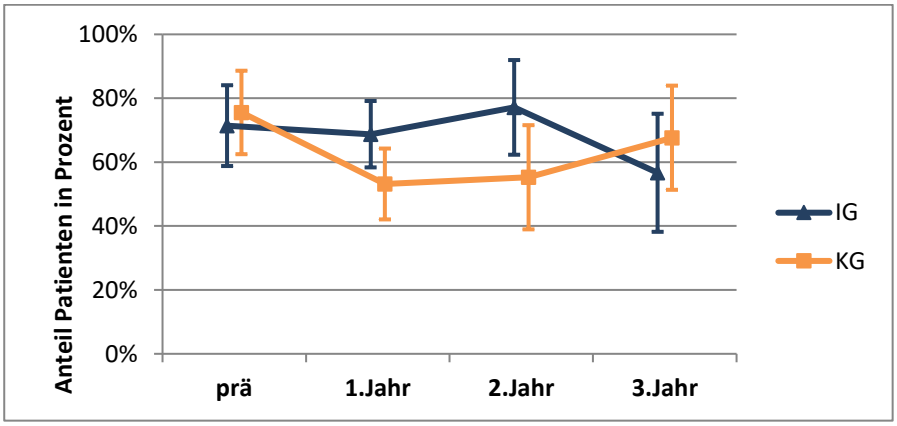
Kinder, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{klinikneu}$: IG=80, KG=82; $n_{klinikbekannt}$: IG=100, KG=85). 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 Patienten ergaben sich im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen bezüglich der Kontinuität der Behandlung - abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streuungsbereichs. Dabei war zudem jeweils auch kein deutlicher Unterschied zwischen IG und KG festzustellen.

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**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**14**	**154**	**13**	**137**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	5,8 %	7,7 %	6,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	0,0 %	5,8 %	7,7 %	8,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	21,4 %	20,8 %	15,4 %	21,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	5,2 %	0,0 %	9,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	14,3 %	2,6 %	7,7 %	8,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,3 %	13,6 %	23,1 %	22,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	64,3 %	67,5 %	61,5 %	55,5 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**12**	**147**	**12**	**134**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	12,2 %	16,7 %	14,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,0 %	10,2 %	8,3 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	25,0 %	56,5 %	58,3 %	57,5 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,7 %	23,8 %	16,7 %	23,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,7 %	8,8 %	8,3 %	17,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,4 %	16,7 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,7 %	29,3 %	33,3 %	41,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	41,7 %	26,5 %	16,7 %	20,9 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**10**	**137**	**10**	**128**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	33,6 %	40,0 %	27,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	30,0 %	21,2 %	20,0 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	60,0 %	88,3 %	80,0 %	85,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,0 %	42,3 %	30,0 %	46,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,0 %	13,1 %	10,0 %	24,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,1 %	30,0 %	10,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,0 %	56,2 %	70,0 %	60,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	4,4 %	10,0 %	6,3 %

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

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

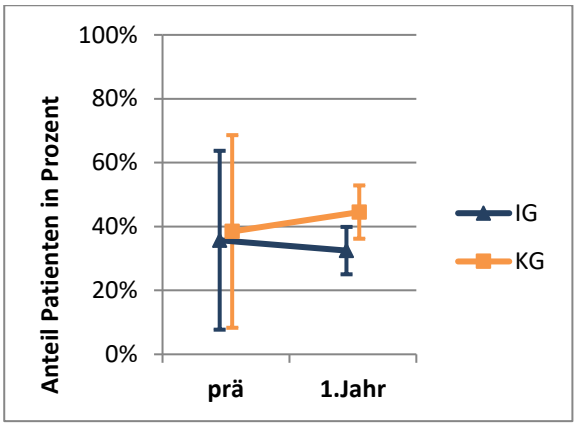
Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

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**

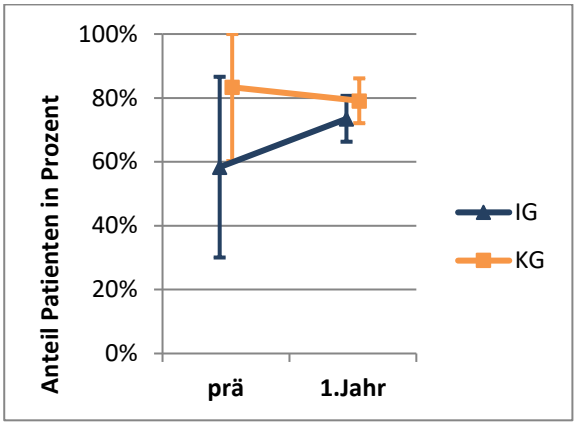


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

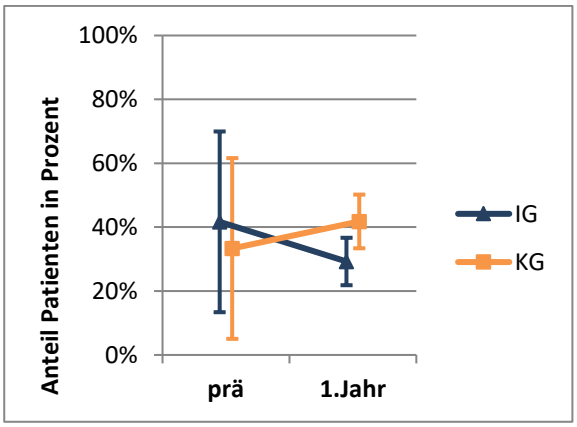
Fallzahl zu klein

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**

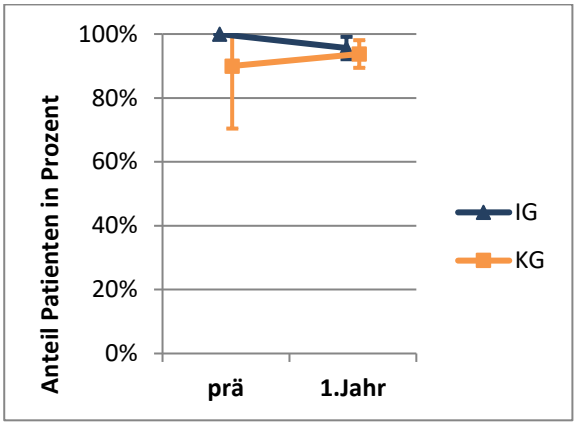


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

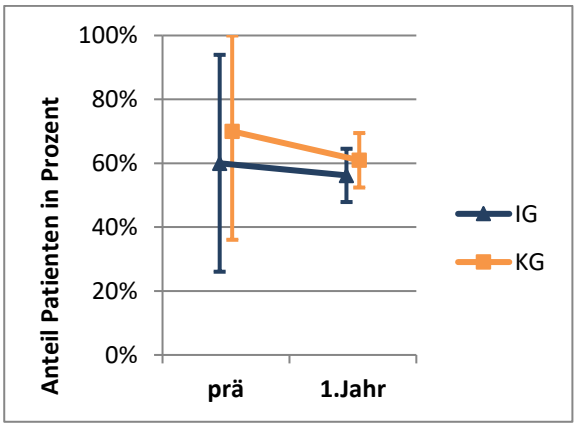


Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Bei den Patienten der KJP mit Referenzfall im dritten Jahr zeigten sich im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen bezüglich der Kontinuität der Behandlung - abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streuungsbereichs.

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 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

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 („Ambof-all_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 394ff.).

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.

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

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)	**227**	**227**	**227**	**227**	**225**	**225**	**225**	**225**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**218**	**223**	**201**	**188**	**220**	**219**	**204**	**189**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Haupt-diagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei								
• Drei (A)	0,9%	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Erwachsen, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**379**	**379**	**379**	**379**	**375**	**375**	**375**	**375**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**376**	**374**	**365**	**355**	**372**	**371**	**357**	**336**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Haupt-diagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei								
• Drei (A)	0,5%	1,3%	0,5%	0,3%	0,8%	0,5%	0,8%	0,5%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%

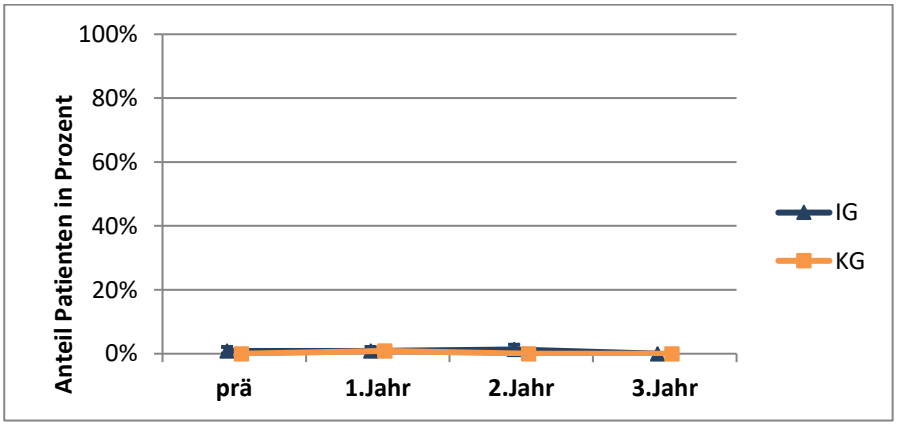
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

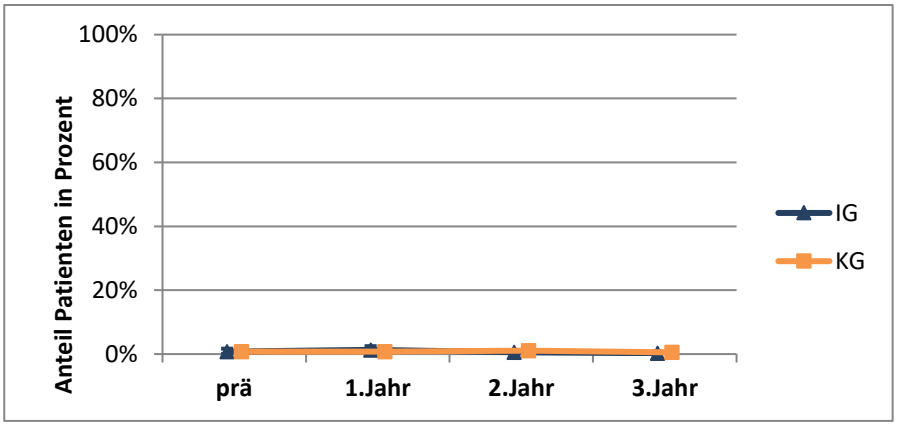
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 Krankenhaushopping ($n_{klinikneu}$: IG=223, KG=220; $n_{klinikbekannt}$: IG=376, KG=372) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster identisch 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)	**312**	**312**	**312**	**312**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**297**	**307**	**297**	**305**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,3%	1,0%	0,3%	0,6%
• Vier (B)	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%

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

Abbildung 16: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, 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.

Fallzahl zu klein

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

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)	**117**	**117**	**117**	**117**	**125**	**125**	**125**	**125**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**113**	**113**	**104**	**107**	**123**	**123**	**121**	**118**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Haupt-diagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei								
• Drei (A)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	0,8%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**341**	**341**	**341**	**341**	**327**	**327**	**327**	**327**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**338**	**338**	**326**	**320**	**325**	**322**	**315**	**316**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Haupt-diagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei								
• Drei (A)	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,6%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

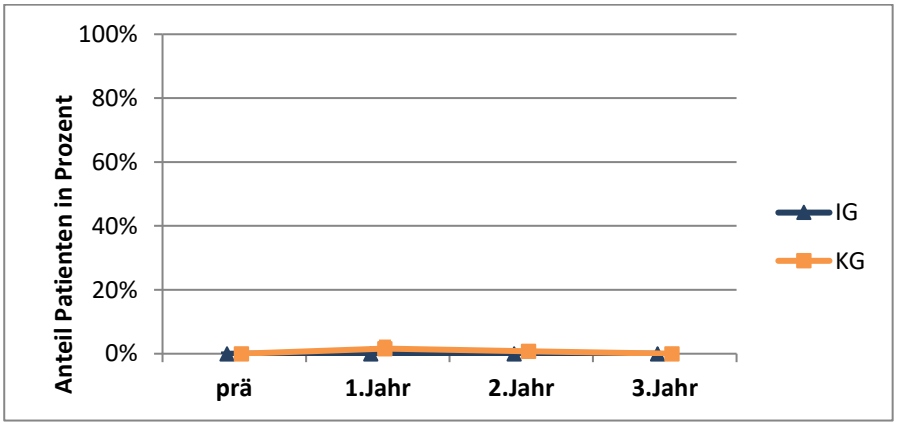
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Kinder, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

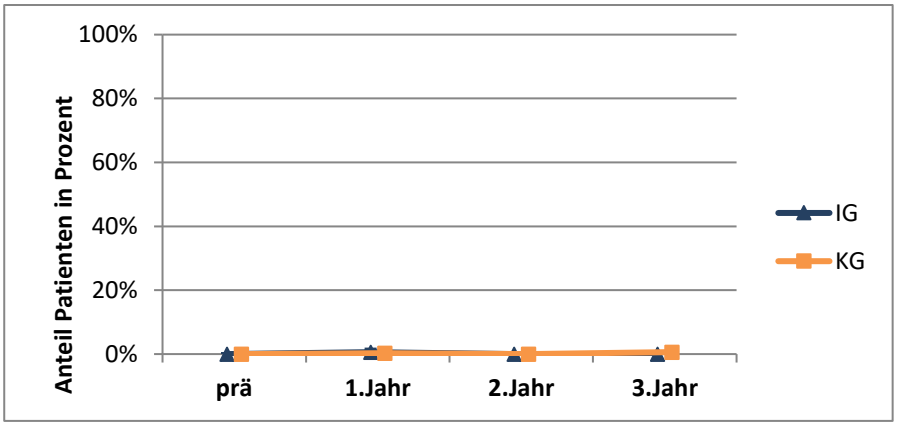
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 ($n_{klinikneu}$: IG=113, KG=123; $n_{klinikbekannt}$: IG=338, KG=325) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige 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)	**243**	**243**	**243**	**243**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**240**	**240**	**241**	**242**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,0%	0,4%	0,8%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Abbildung 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 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 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

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.

Da eine geringe Anzahl an Personen den Versichertenstatus Mitglied in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) aufwies (Tabelle 9), hat die IG auch eine geringe Anzahl an Personen, die in die Berechnung der Arbeitsunfähigkeit eingehen im Vergleich zur KG (Tabelle 29).

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)	**112**	**112**	**112**	**112**	**114**	**114**	**112**	**110**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	42	104	31	25	49	101	28	25
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,5	1,8	1,6	1,3	1,9	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	16,6	71,2	14,5	12,8	26,7	82,7	15,3	7,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,0%	12,5%	5,4%	1,8%	27,2%	12,3%	3,6%	2,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	0	<10	<10	0	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,0	1,0	—	1,0	1,7	—	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,0	0,7	0,2	0,0	0,2	0,8	0,0	0,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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)	**143**	**143**	**143**	**143**	**120**	**120**	**120**	**120**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	40	54	35	35	50	52	28	30
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,9	1,8	1,6	1,8	2,1	2,4	1,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	12,9	16,0	8,4	11,0	23,7	29,6	12,0	9,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	3,5%	1,4%	0,7%	2,1%	12,5%	5,8%	2,5%	0,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,0	1,0	1,3	1,0	1,0	1,5	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,3	0,6	1,0	0,7	0,8	0,7	2,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%

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

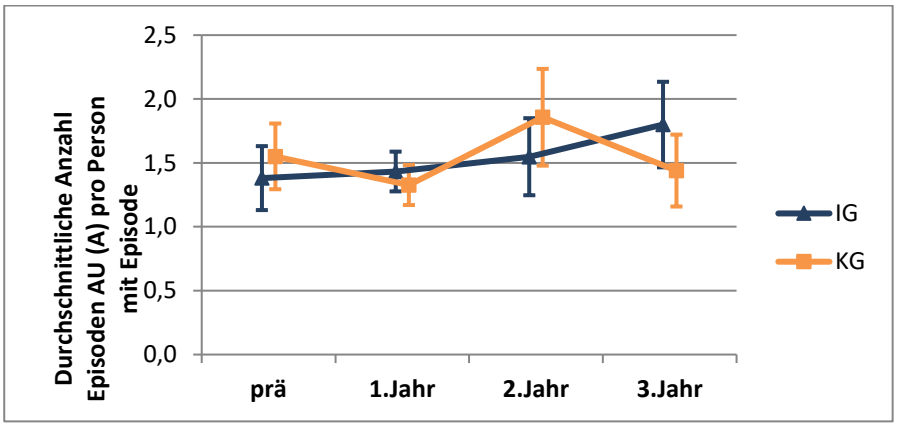
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

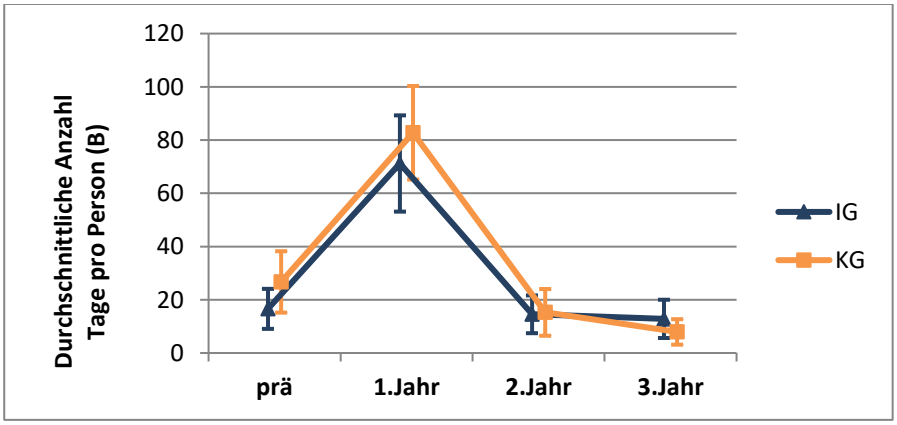
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

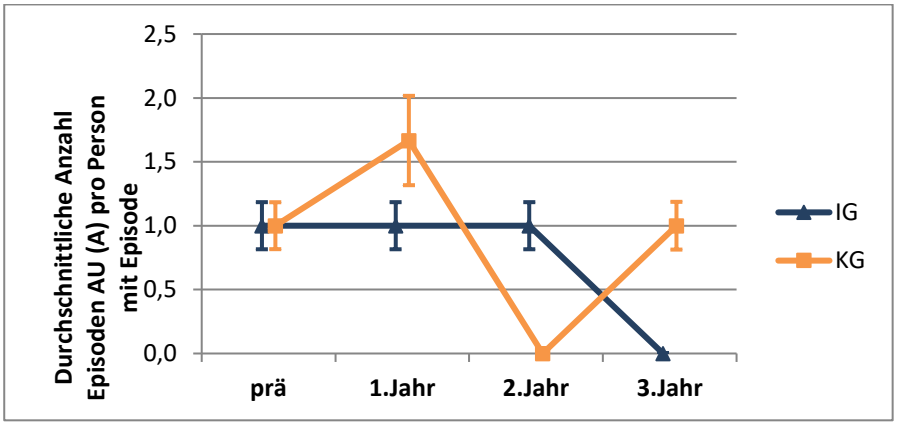


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

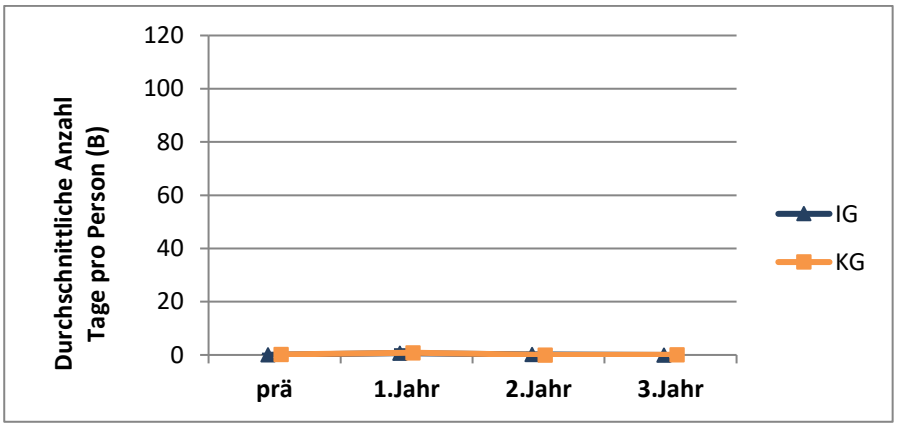


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



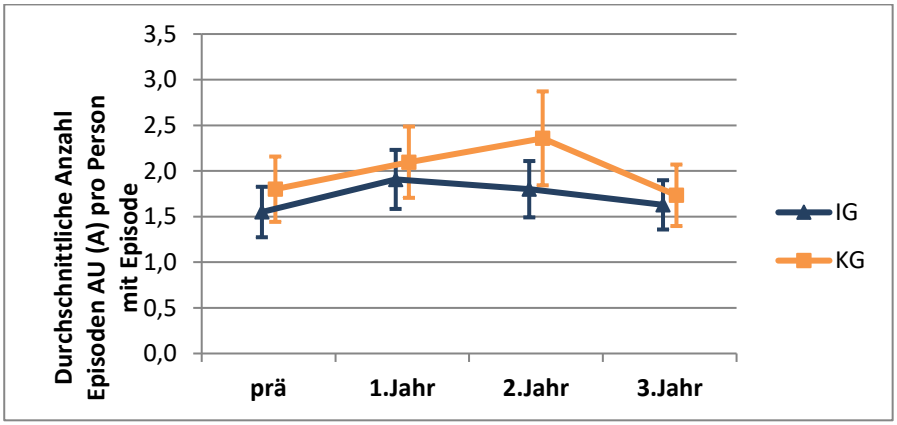
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

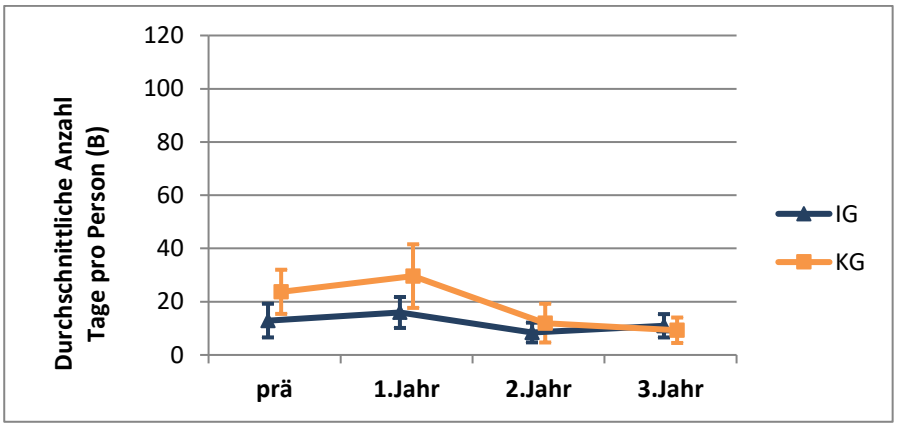
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

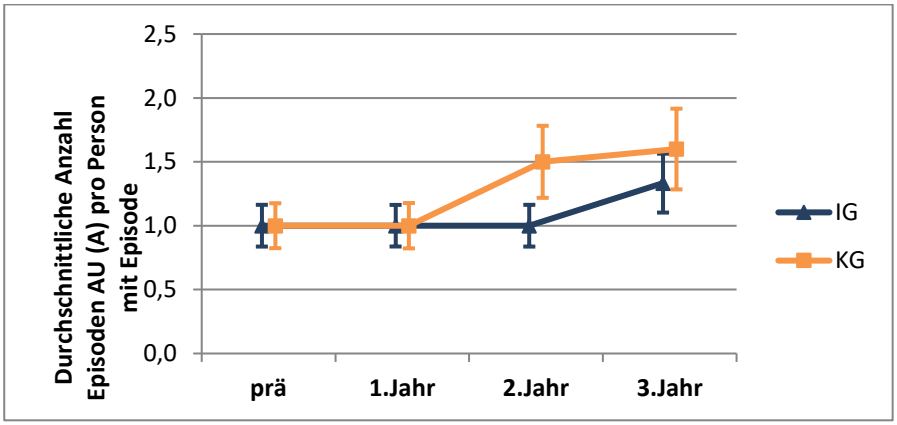


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

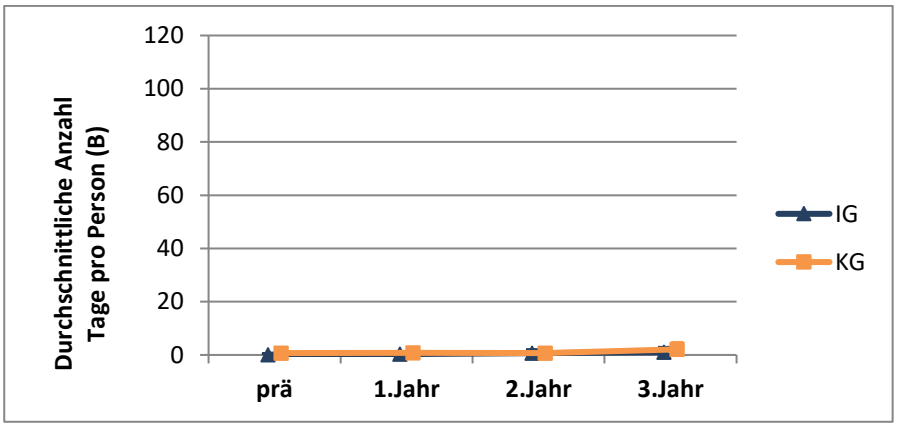


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{klinikneu}$: IG=112, KG=114; $n_{klinikbekannt}$: IG=143, KG=120). 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. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klinikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert, abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streuungsbereichs (1,3-1,9). Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar mit niedrigem Ausgangswert, Peak im ersten Jahr und danach erneut niedrigem Wert. Dabei hatte die IG im Vergleich zur KG im Prä-Zeitraum ca. 10 AU-Tage und im ersten patientenindividuellen Jahr ca. 12 AU-Tage weniger. Danach glich sich die Anzahl AU-Tage an (nur ca. 1 AU-Tage weniger im zweiten patientenindividuellen Jahr) bis sie im zweiten patientenindividuellen Jahr in der IG leicht über der der KG lag. Dabei war der Anstieg vom Prä-Zeit zum ersten patientenindividuellen Jahr in der IG geringer als in der KG (IG: +54,6 AU-Tage; KG: +56,0 AU-Tage). Betrachtet man jedoch die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjährigem Nachbeobachtungszeitraum hatte die IG eine statistisch signifikant größere Zunahme im Vergleich zur KG ($DiD_{additiv}$ = 4,01).

Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG stets etwas geringer als in der KG (Prä: -0,3; 1. Jahr: -0,2; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: -0,1). Die durchschnittliche Anzahl an AU-Tagen war in der IG in den ersten Jahren geringer und glich sich im dritten patientenindividuellen Jahr der KG an bzw. war etwas über dem Wert der KG (Prä: -10,8; 1. Jahr: -13,7; 2. Jahr: -3,5; 3. Jahr: +1,7). Dabei war der Anstieg von der Prä-Zeit zum ersten patientenindividuellen Jahr in der IG mit 3,0 geringer als in der KG mit 5,9. Für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit war dieser Unterschied statistisch signifikant ($DiD_{additiv}$ = -3,57 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)	**160**	**160**	**178**	**178**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	49	125	72	155
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,2	1,4	1,5	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	25,4	69,0	19,5	73,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	16,9%	15,0%	19,7%	14,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	11	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,2	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,1	1,7	1,9	1,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,6%	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

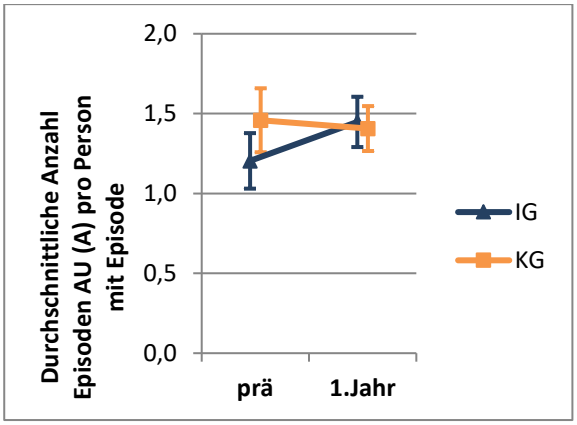
Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

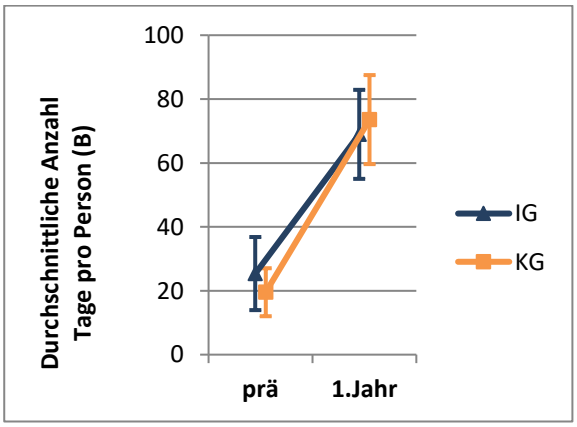
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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**

  Fallzahl zu klein

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

  Fallzahl zu klein

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=160 und 178) stieg die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (+0,2) und sank in der KG (-0,1). Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (+43,6 AU-Tage) weniger stark an als in der KG (+54,0 AU-Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD $_{additiv}$ = -10,46 AU-Tage).

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen 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 im ersten Modelljahr in der IG größer und im zweiten und dritten Modelljahr in der IG kleiner als in der KG.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Episoden in beiden Gruppen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen und im Besonderen bei Patienten mit affektiven Störungen.

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 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 492 ff.).

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 aufweisen[1] (alle)	**188**	**229**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	27,1%	25,3%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	143,8	137,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**89**	**108**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	12,2%	14,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	138,3	137,7
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**41**	**46**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	3,7%	5,2%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	148,3	176,8

[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)

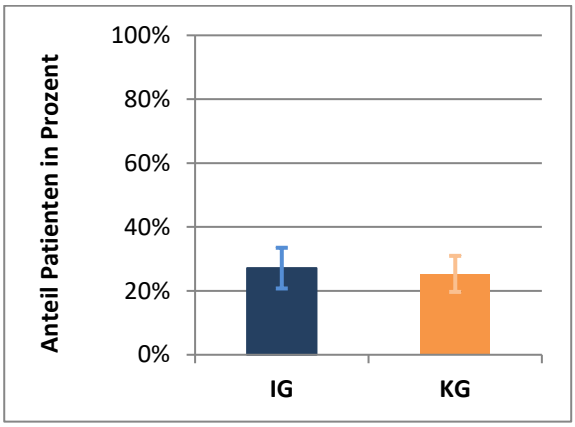
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

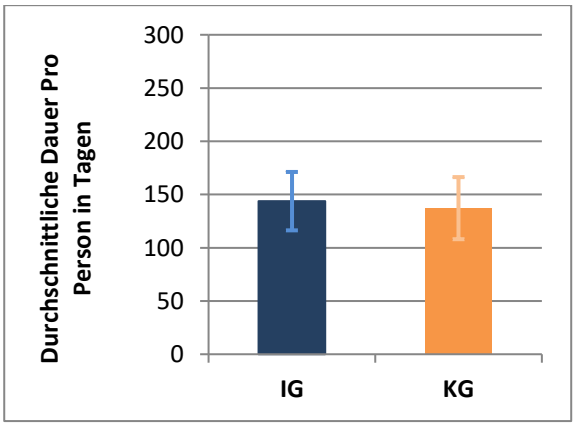
Legende für die folgenden Abbildungen:

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 Patienten mit *Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn* (n=188 und 229) *war der Anteil* an Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar (IG: 27,1%; KG: 25,3%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG größer als in der KG (IG: 143,8 Tage; KG: 137,2 Tage). Dieser Unterschied in der Dauer war statistisch signifikant ($DiD_{additiv}$ = 1,14).

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 aufweisen[1] (alle)	**106**	**96**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	21,7%	17,7%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	101,1	105,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**16**	**<10**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	4,7%	1,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	83,4	32,0
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**<10**	**0**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	1,9%	0,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	34,5	0,0

[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 Patienten mit *Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn* (n=106 und 96) war der Anteil an Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt in der IG größer als in der KG (IG: 21,7%; KG: 17,7%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG etwas niedriger als in der KG (IG: 101,1 Tage; KG: 105,2 Tage). Aufgrund geringer Fallzahlen konnten hier jedoch keine inferenzstatistischen Tests gerechnet 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 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

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)	**227**	**227**	**213**	**200**	**225**	**225**	**212**	**196**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,7	4,4	3,7	3,6	3,6	4,3	3,7	3,5

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Anzahl Personen (n)	**379**	**379**	**370**	**361**	**375**	**375**	**364**	**343**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,7	3,7	4,0	4,1	3,9	4,2	4,3	4,3

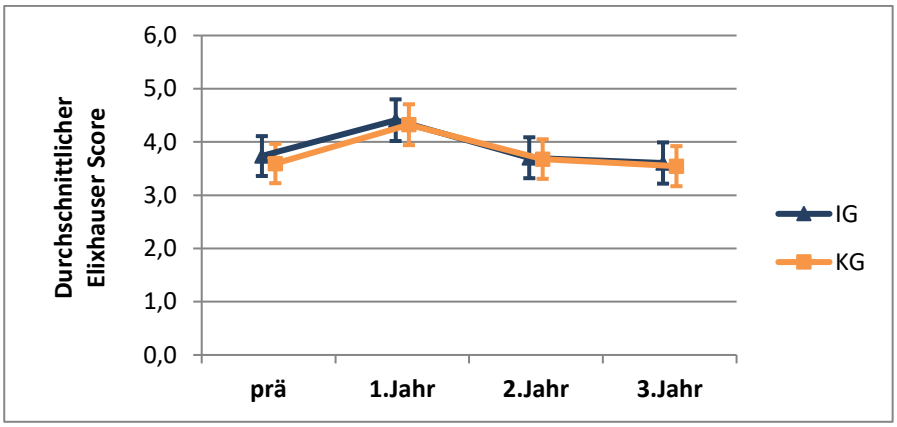
Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

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

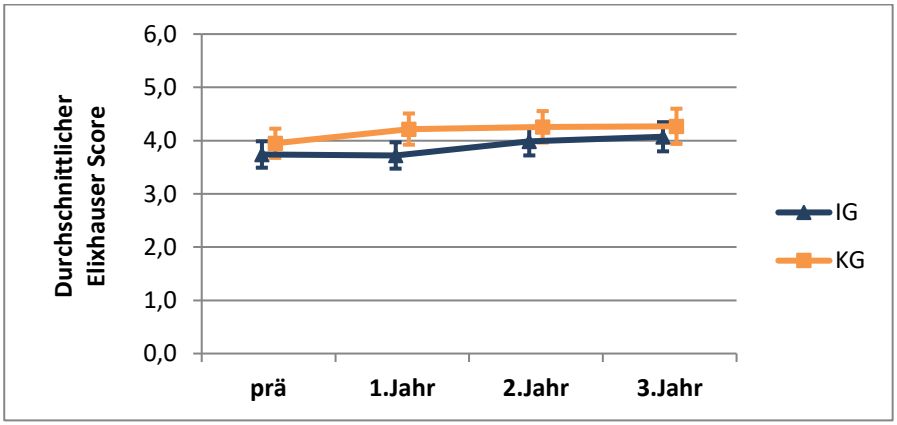


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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 ($n_{klinikneu}$: IG=227, KG=225; $n_{klinikbekannt}$: IG=379, KG=375) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen IG und KG sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten vergleichbar. Während klinikneue Patienten in der IG minimal höhere bzw. vergleichbare Scores im Vergleich zur KG aufwiesen (Prä: +0,1; 1. Jahr: +0,1; 2. Jahr: 0,0; 3. Jahr: +0,1), hatten klinikbekannte Patienten in der IG minimal geringere Scores (Prä: -0,2; 1. Jahr: -0,5; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,2).

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

Erwachsen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	**IG**	**KG**
Anzahl Personen (n)	**312**	**312**
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum		
• Mittelwert	4,0	4,1
• Median	3	3
• (Interquartilsabstand)	2 - 6	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		
• Mittelwert	2,6	2,7
• Median	2	2
• (Interquartilsabstand)	1 - 4	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		
• Mittelwert	1,4	1,4
• Median	1	1
• (Interquartilsabstand)	0 - 2	0 - 2

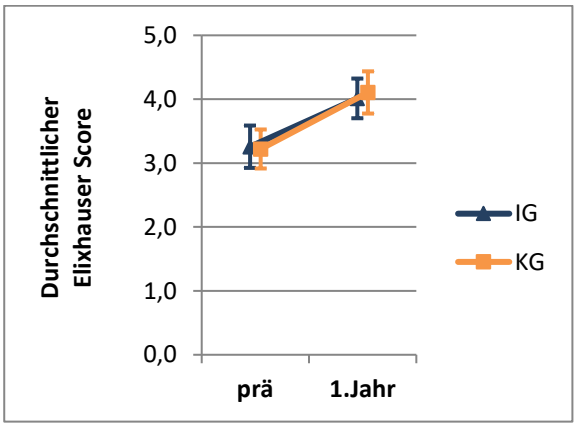
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

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.

Mittlerer Elixhauser Score



Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es keine relevante Unterscheidung zwischen IG und KG. Beide Verläufe waren nahezu identisch (IG: +0,8; KG: +0,9).

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 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

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)	**227**	**227**	**227**	**225**	**225**	**225**
• Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	6,2 %	11,9 %	13,7 %	5,8 %	12,9 %	15,6 %

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	**379**	**379**	**379**	**375**	**375**	**375**
• Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	2,4 %	4,7 %	7,7 %	2,9 %	8,5 %	12,0 %

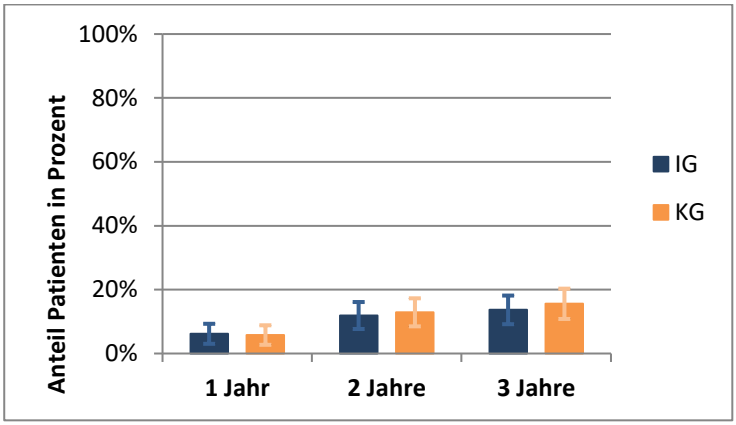
Abbildung 26: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

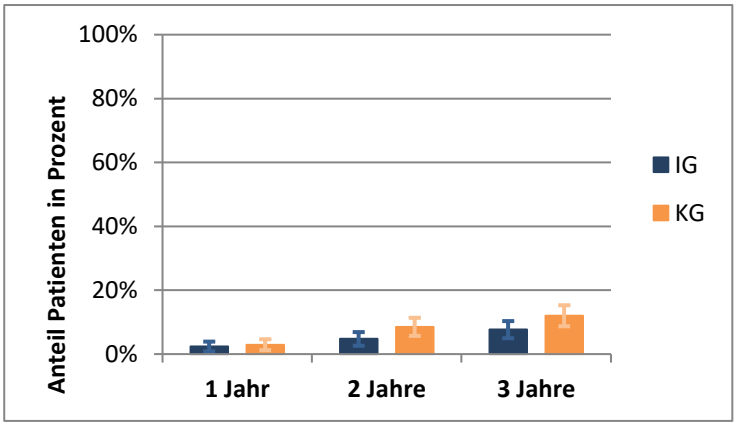


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{klinikneu}$: IG=227, KG=225; $n_{klinikbekannt}$: IG=379, KG=375) zeigten sich bei klinikneuen Patienten vergleichbare Anteile an Verstorbenen in der IG und KG. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich leicht geringere Anteil an Verstorbenen in der IG im Vergleich zu KG. Die absoluten Werte waren jedoch sehr gering.

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

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**312**	**312**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	4,2 %	4,8 %

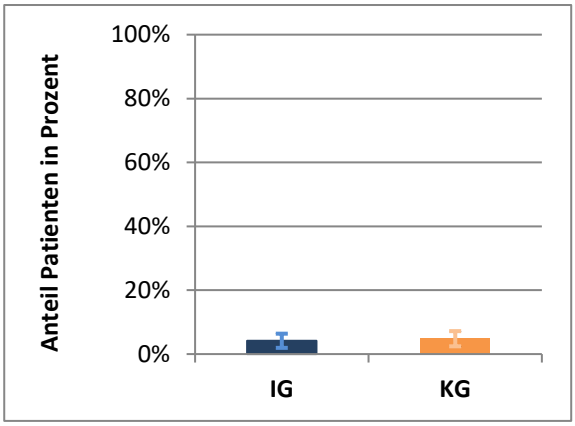
Abbildung 27: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, 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 Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, in der IG marginal geringer als in der KG. Dieser Unterschied war nicht statistisch signifikant.

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)	**117**	**117**	**117**	**125**	**125**	**125**
• Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,0 %	0,8 %	0,8 %

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	**341**	**341**	**341**	**327**	**327**	**327**
• Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

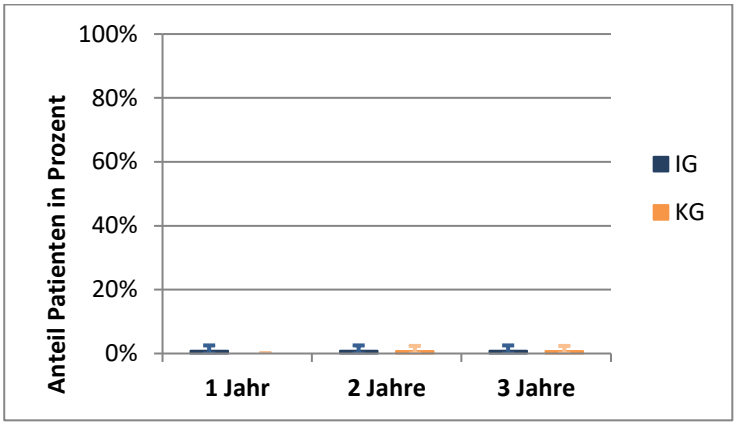
Abbildung 28: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr –Kinder und Jugendliche

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

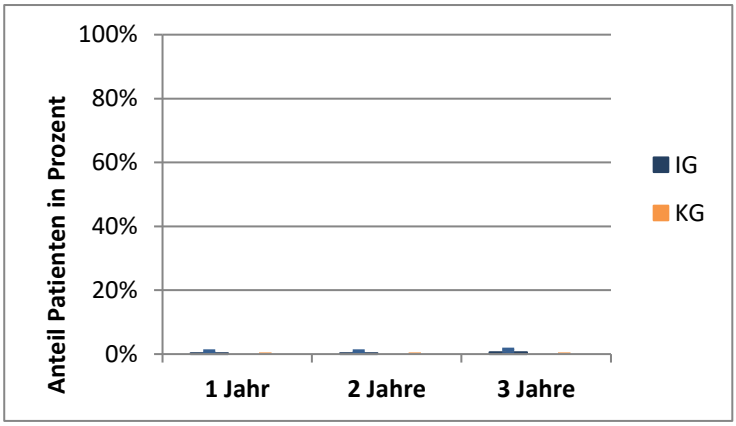


Kinder, klinikbekannte Patienten

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 ($n_{klinikneu}$: IG=117, KG=125; $n_{klinikbekannt}$: IG=341, KG=327) zeigten sich bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten leicht höhere Anteile an Verstorbenen in der IG im Vergleich zur KG. Die absoluten Werte waren jedoch sehr gering.

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)	**243**	**243**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	0,0 %

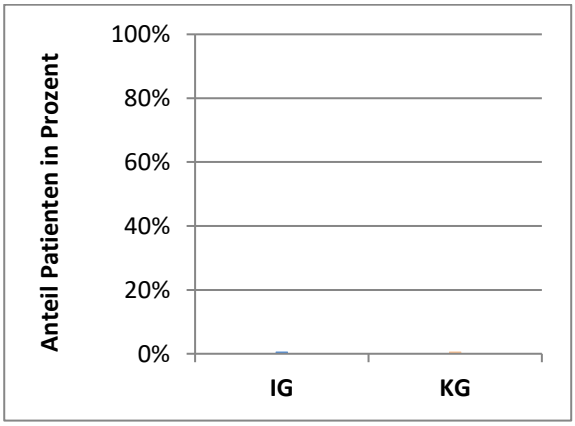
Abbildung 29: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

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



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

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verstarb keine Person im Nachbeobachtungszeitraum, weder in der IG noch in der KG.

Abbildung 26 und Abbildung 28 zeigen den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten; Abbildung 27 und Abbildung 29 zeigen 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 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

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	**213**	**200**	**196**	**212**	**196**	**190**
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	48	47	49	54	55	55
• Jegliche depr. Episode[3]	103	101	102	109	107	106
• ohne Suchterkrankung [5]	135	126	122	151	139	136
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	8,3 %	8,5 %	10,2 %	5,6 %	7,3 %	9,1 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	1,9 %	2,0 %	2,0 %	2,8 %	3,7 %	4,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	25,2 %	31,7 %	32,8 %	21,2 %	23,0 %	24,3 %

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

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	**370**	**361**	**350**	**364**	**343**	**330**
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	33	46	46	50	51	54
• Jegliche depr. Episode[3]	116	113	110	133	128	126
• ohne Suchterkrankung [5]	229	222	214	214	199	191
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	0,0 %	4,3 %	6,5 %	2,0 %	3,9 %	5,6 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	0,9 %	3,5 %	4,5 %	2,3 %	4,7 %	4,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	3,1 %	5,9 %	7,9 %	3,7 %	8,0 %	11,0 %

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

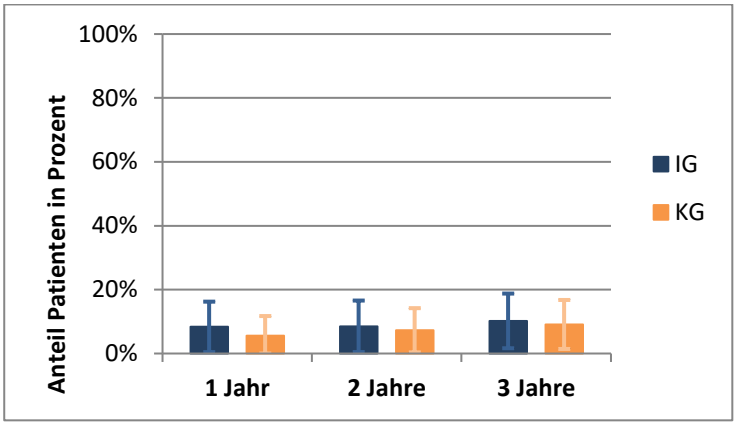
Abbildung 30: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, klinikneue Patienten

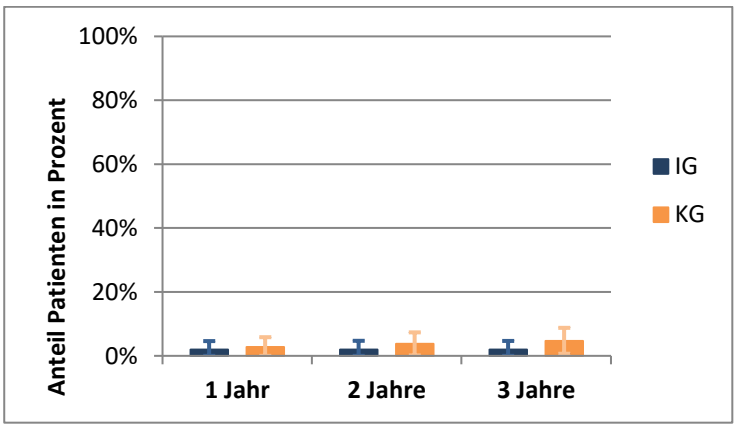
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

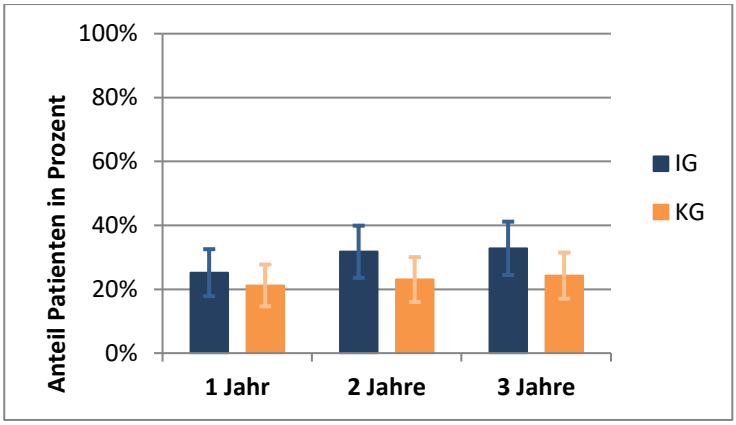
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

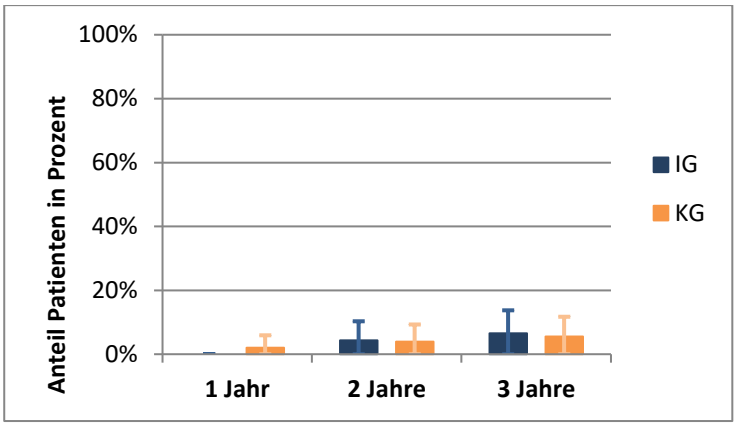


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

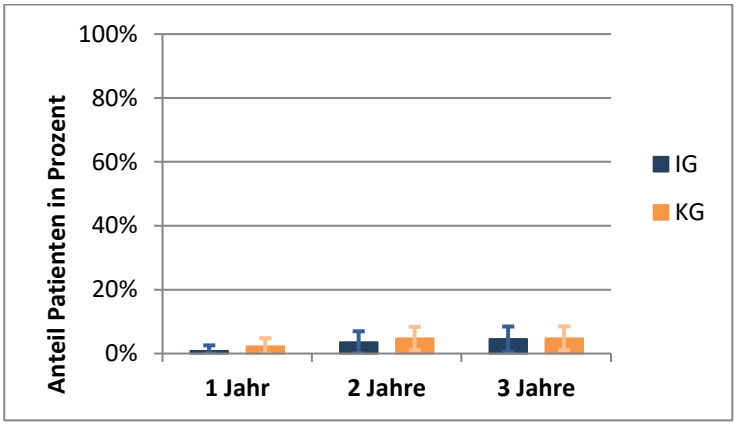
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

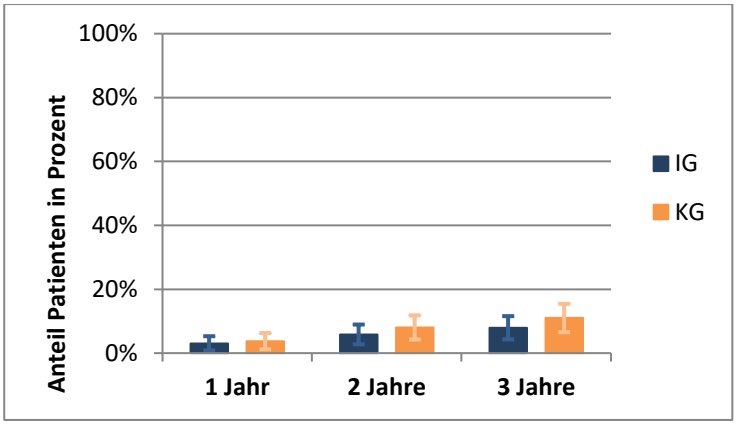
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich vergleichbare Werte der Progression zwischen IG und KG, sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten. Jedoch waren die Fallzahlen sehr gering.

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	**299**	**297**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	80	102
• Jegliche depr. Episode[3]	140	164
• ohne Suchterkrankung [5]	204	208
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	16,3 %	16,7 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	2,9 %	3,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	25,5 %	24,0 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)

[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

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

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

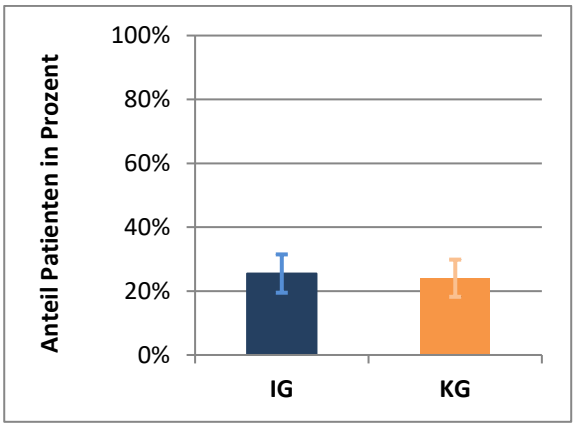
Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)



Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr waren die Anteile mit Progression vergleichbar zwischen IG und KG. Auch hier waren die Fallzahlen zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

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	**116**	**116**	**116**	**125**	**124**	**124**
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	20	21	22	18	21	22
• Jegliche depr. Episode[3]	35	36	37	28	30	33
• ohne Suchterkrankung [5]	107	107	107	121	121	121
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	10,0 %	14,3 %	18,2 %	5,6 %	4,8 %	9,1 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	8,6 %	11,1 %	10,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	7,5 %	12,1 %	15,9 %	5,0 %	9,1 %	11,6 %

[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

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	**340**	**340**	**339**	**327**	**327**	**327**
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	<10	11	17	16	21	26
• Jegliche depr. Episode[3]	37	43	48	27	32	37
• ohne Suchterkrankung [5]	325	325	324	319	319	319
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	11,1 %	18,2 %	11,8 %	0,0 %	4,8 %	3,8 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	8,1 %	11,6 %	10,4 %	3,7 %	3,1 %	2,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	1,5 %	4,6 %	7,4 %	2,8 %	5,3 %	7,8 %

[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

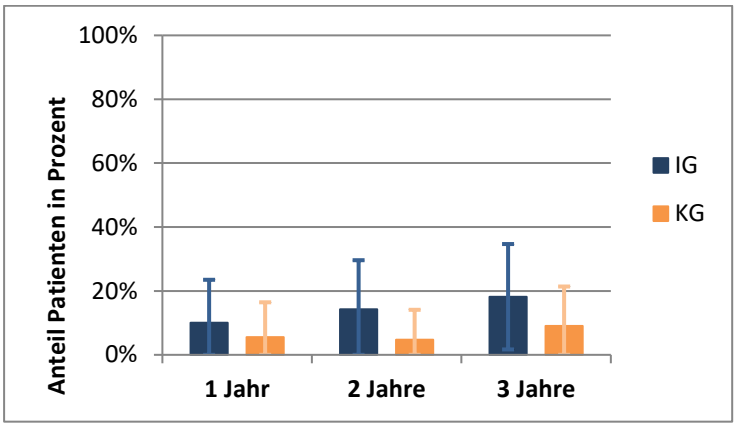
Abbildung 32: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

Kinder, klinikneue Patienten

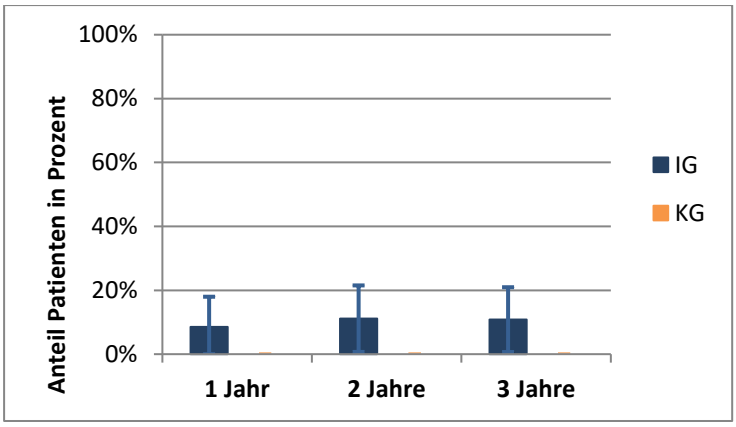
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

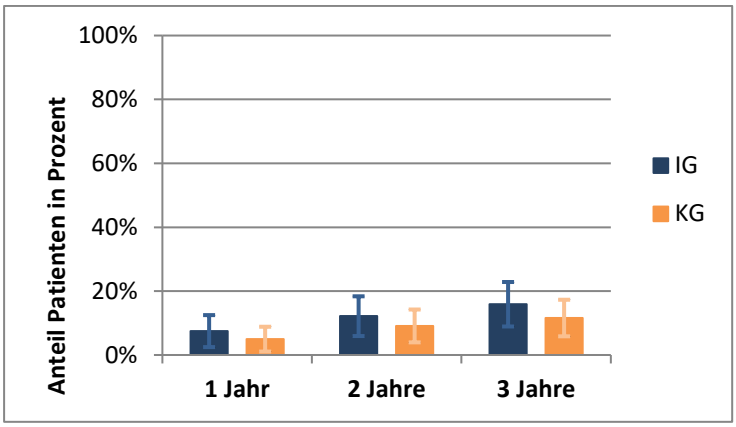
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

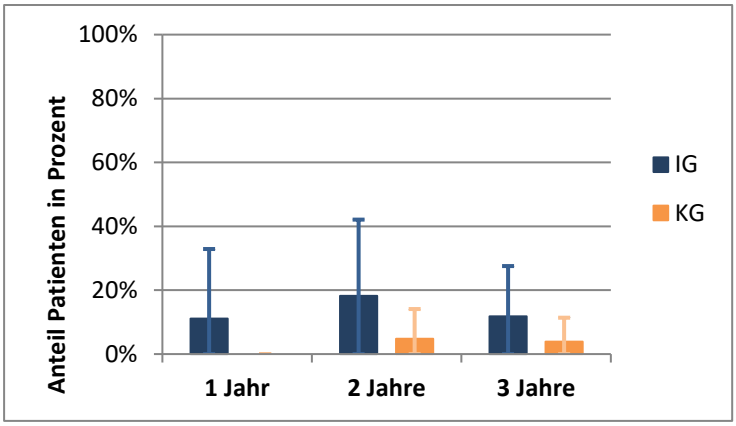


Kinder, klinikbekannte Patienten

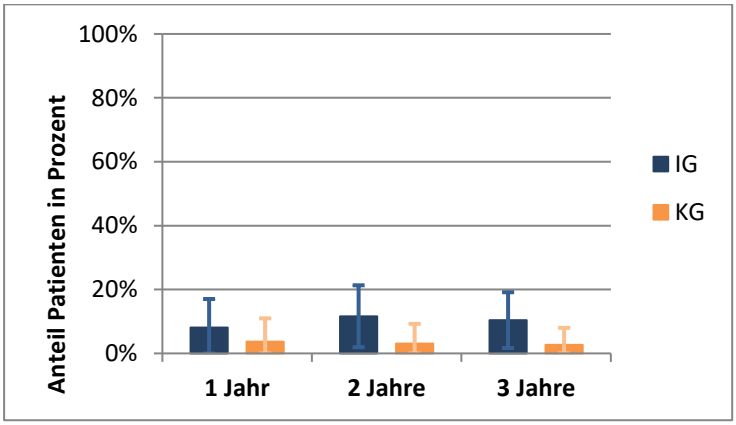
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

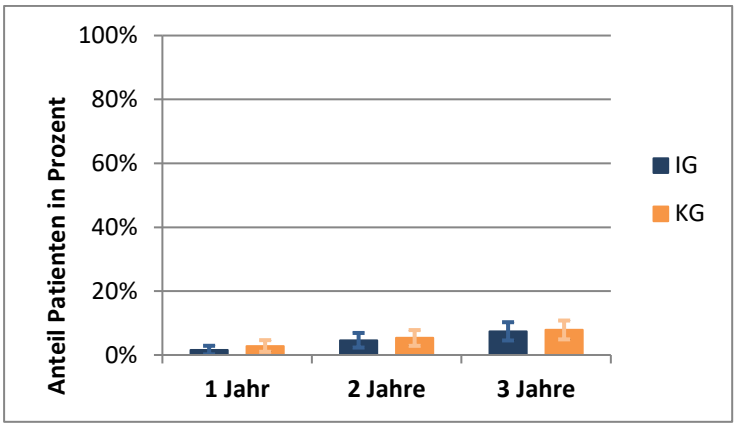
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



Bei den Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten in fast allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung eine höhere Progression in der IG im Vergleich zur KG. Nur in der Progression zu einer Suchterkrankung bei den klinikbekannten Patienten verzeichnete die IG leicht geringere Anteile der Progression. Jedoch waren die zugrundeliegenden Fallzahlen sehr gering.

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	**243**	**243**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	28	41
• Jegliche depr. Episode[3]	43	55
• ohne Suchterkrankung [5]	234	233
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	3,6 %	4,9 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	2,3 %	3,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	4,3 %	3,4 %

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

Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, 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 Patienten der KJP mit Referenzfall im dritten Modelljahr waren die Anteile der Progression zwischen IG und KG vergleichbar. Auch hier waren die zugrundeliegenden Fallzahl zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

Abbildung 30 und Abbildung 32 zeigen den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und

Abbildung 31 und Abbildung 33 zeigen 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 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

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)		
• Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit[3]	**20**	**34**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	0,0 %	0,0 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**28**	**33**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	0,0 %	3,0 %

[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)		
• Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz[1]	**50**	**42**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	12,0 %	4,8 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
• Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz[3]	**13**	**<10**
• Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern[4] oder Memantine[5]	69,2 %	77,8 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**22**	**22**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	22,7 %	31,8 %

[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

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten für diese drei Fragestellungen (Leitlinienadhärenz Demenz) keine Aussagen getroffen werden.

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)		
• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode[1]	**85**	**113**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	54,1 %	54,0 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**108**	**123**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	10,2 %	16,3 %

[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 zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 54,1%; KG: 54,0%). Dieser Unterschied war erwartungsgemäß nicht statistisch signifikant.

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG numerisch geringer als in der KG (IG: 10,2%; KG: 16,3%). Die Fallzahl war hier jedoch zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

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 6 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 6 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 (≥ 2 Rezepte mit Antipsychotika innerhalb von 12 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 6 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)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[2]	**19**	**17**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	89,5 %	94,1 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**13**	**10**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	100,0 %	90,0 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[5] und Langzeitmedikation[6]	**<10**	**<10**
• Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen[7] und antipsychotischer Medikation[3] innerhalb von sechs Monaten	0,0 %	0,0 %

[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

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten für diese drei Fragestellungen (Leitlinienadhärenz Schizophrenie) keine Aussagen getroffen werden.

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

Erwachsene, alle Patienten

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

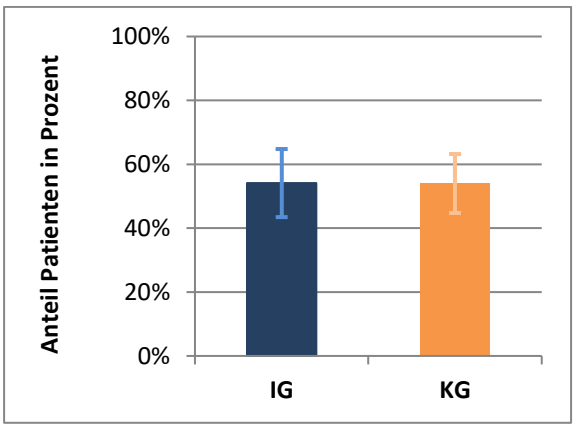
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

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 finden sich im Anhang (Seite 394ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 415ff.).

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.

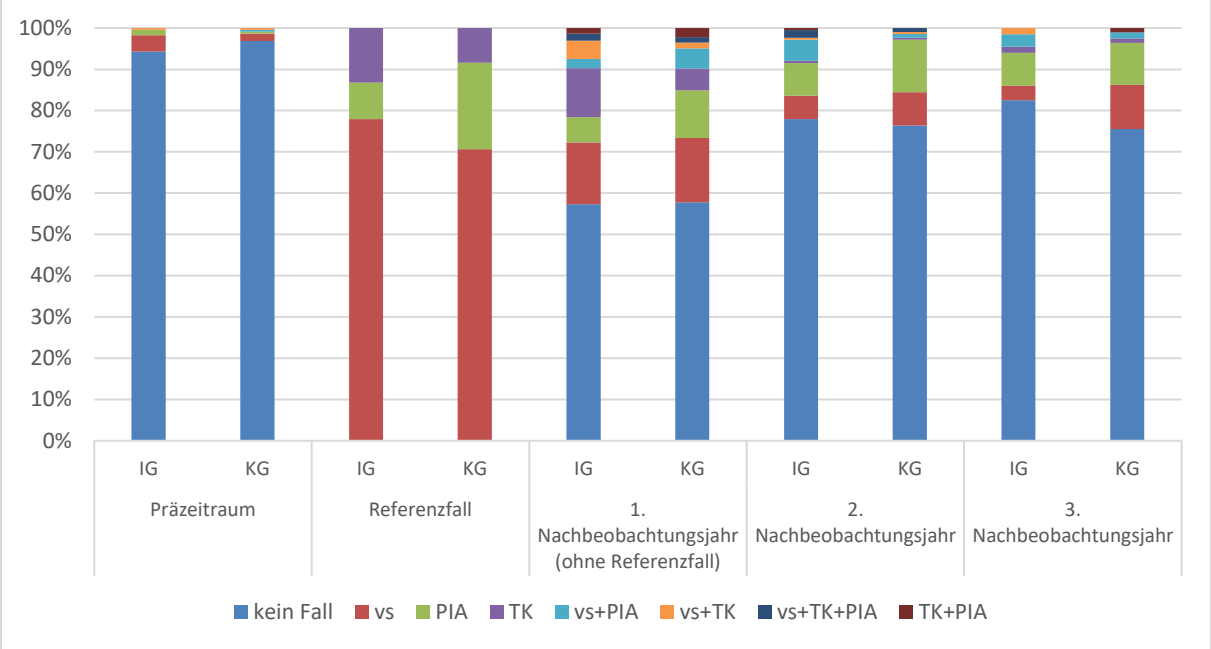
Erwachsene

Klinikneue Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungsjahr			3. Nachbeobachtungsjahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+PIA							<10	<10	1,000	<10	<10	1,000			
vs+TK	<10	<10	1,000				10	<10	0,567	<10	<10	1,000	<10		1,000
vs+PIA		<10	1,000				<10	11	0,984	11	<10	0,223	<10	<10	1,000
TK+PIA							<10	<10	1,000	<10		1,000		<10	1,000
vs	<10	<10	1,000	177	159	0,190	34	35	1,000	12	17	1,000	<10	21	0,074
TK				30	19	0,190	27	12	0,185	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
PIA	<10	<10	1,000	20	47	0,002	14	26	0,449	17	27	1,000	16	20	1,000
kein Fall	214	218	1,000				130	130	1,000	166	162	1,000	165	148	0,678
Gesamtergebnis	227	225	1,000	227	225	0,002	227	225	0,198	213	212	1,000	200	196	0,170

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

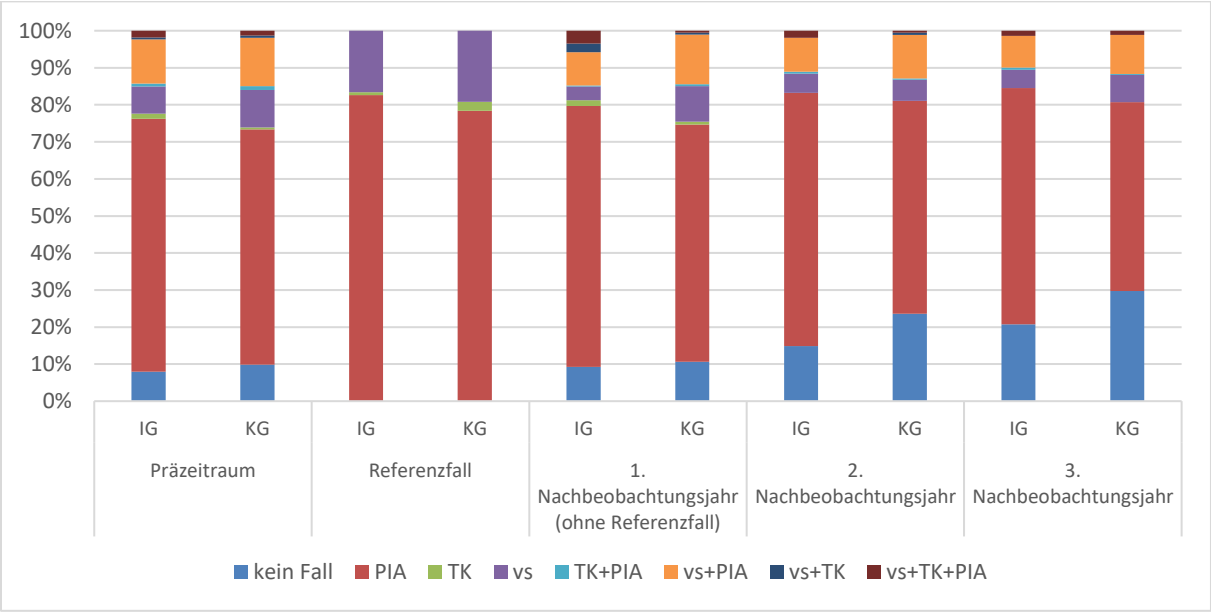


Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs-jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeob-achtungsjahr			3. Nachbeob-achtungsjahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+PIA	<10	<10	1,000				13	<10	0,068	<10	<10	0,939	<10	<10	1,000
vs+TK	<10	<10	1,000				<10	<10	0,423		<10	1,000			
vs+PIA	45	49	1,000				34	50	0,423	34	43	1,000	31	36	1,000
TK+PIA	<10	<10	1,000				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs	28	38	1,000	63	72	0,496	14	36	0,015	19	21	1,000	18	25	1,000
TK	<10	<10	1,000	<10	<10	0,496	<10	<10	1,000						
PIA	259	238	1,000	313	294	0,496	267	240	0,423	253	209	0,022	230	175	0,006
kein Fall	30	37	1,000				35	40	1,000	55	86	0,025	75	102	0,048
Gesamtergebnis	379	375	1,000	379	375	0,496	379	375	0,002	370	364	0,051	361	343	0,113

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 48 und Abbildung 36). In der IG hatten signifikant weniger Patienten einen PIA-Referenzfall (p = 0,002). Vom ersten bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Behandlungssettings zwischen IG und KG.

Bei den klinikneuen Patienten der IG ergaben sich weder im Prä-Zeitraum noch zum Referenzfall signifikante Unterschiede im Behandlungssetting im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 49 und Abbildung 37). Im ersten Nachbeobachtungsjahr hatte die IG im Vergleich zur KG signifikant weniger vollstationäre Aufenthalte (p = 0,015). Im zweiten Nachbeobachtungsjahr hatte die IG signifikant mehr PIA-Aufenthalte als die KG (p = 0,022) und gleichzeitig signifikant weniger Individuen ohne Behandlungsfall (p = 0,025). Ebenso hatte die IG im dritten Nachbeobachtungsjahr signifikant mehr PIA-Aufenthalte als die KG (p = 0,006) und gleichzeitig signifikant weniger Individuen ohne Behandlungsfall (p = 0,048).

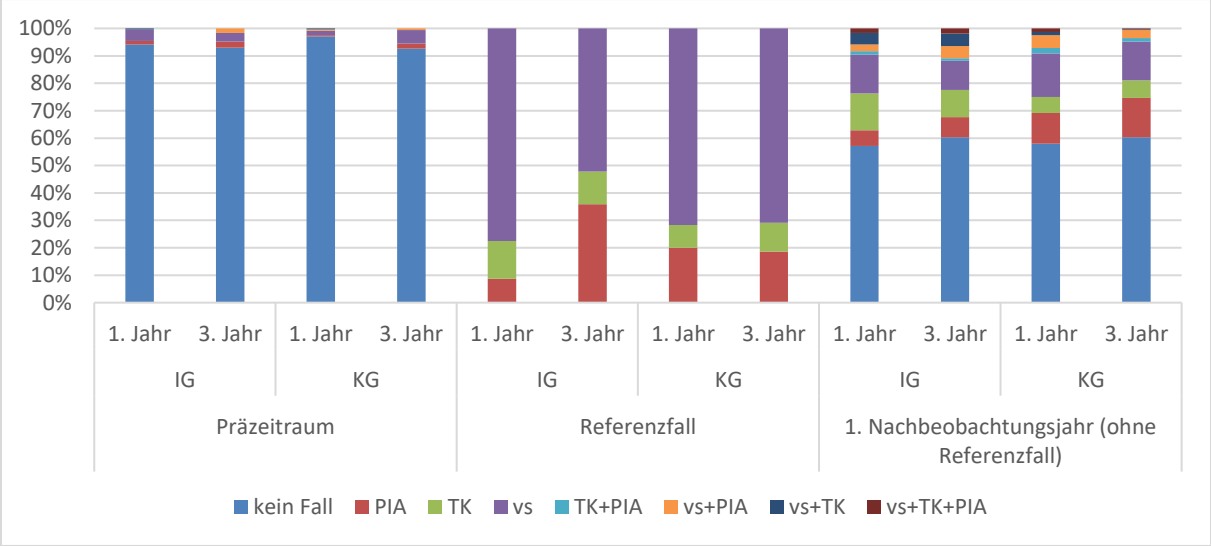
Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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) - Erwachsene

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
Behandlungs-setting	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**
vs+TK+PIA									<10	<10	<10	<10
vs+TK	<10		<10						10	14	<10	<10
vs+PIA		<10	<10	<10					<10	14	11	<10
TK+PIA									<10	<10	<10	<10
vs	10	10	<10	15	186	163	172	221	34	33	38	44
TK					33	37	20	33	32	31	14	20
PIA	<10	<10	<10	<10	21	112	48	58	14	23	27	45
kein Fall	226	290	233	289					137	188	139	188
Gesamtergeb-nis	**240**	**312**	**240**	**312**	**240**	**312**	**240**	**312**	**240**	**312**	**240**	**312**

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



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

Im Vergleich der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr mit den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr kam es zu einigen Verschiebungen bzgl. der Behandlungssettings innerhalb der Gruppen (IG bzw. KG) im Zeitverlauf (vgl. Tabelle 50 und Abbildung 38). So stieg insbesondere die Anzahl der PIA-Referenzfälle in der IG der Kohorte 1 zur Kohorte 3 besonders deutlich an: Während in der IG der ersten Kohorte 21 Individuen einen PIA-Referenzfall hatten waren es in der entsprechenden

Kohorte 3 bereites 112. Die Anzahl der Patienten der IG mit vollstationärem Referenzfall sank von Kohorte 1 zu Kohorte 3 von 186 auf 163 Patienten, während die Gesamtzahl der IG Patienten von Kohorte 1 zu Kohorte 3 von 240 auf 312 anwuchs.

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).

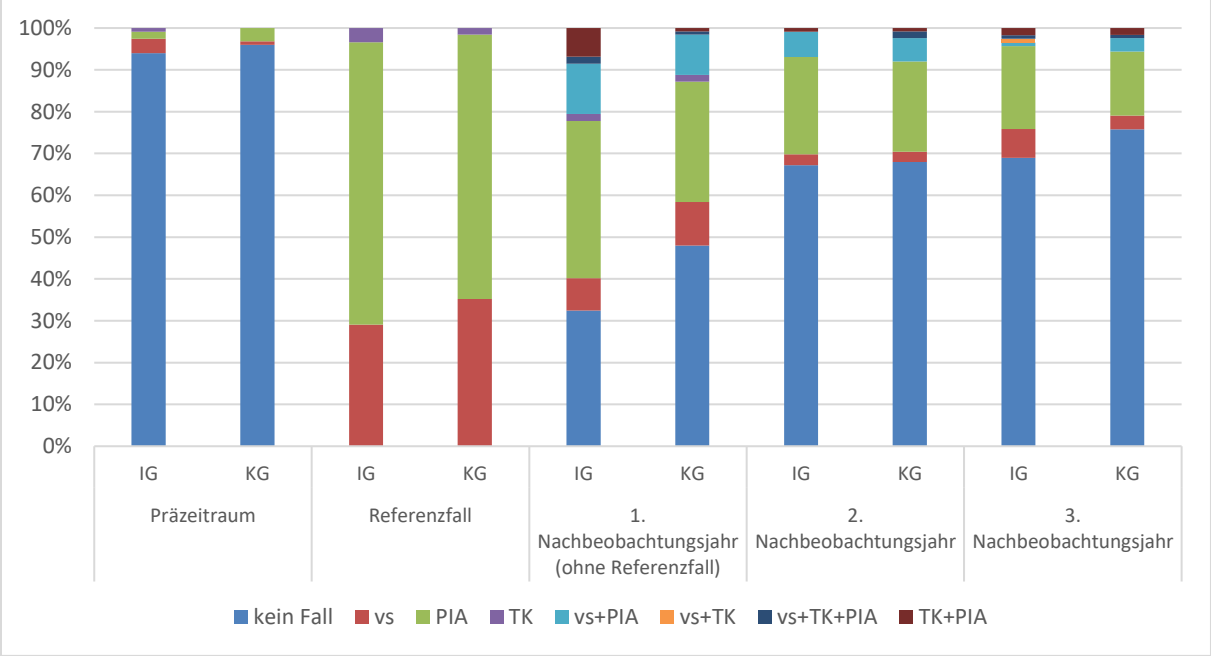
Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungsjahr			3. Nachbeobachtungsjahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+PIA							<10	<10	1,000		<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+TK													<10		1,000
vs+PIA							14	12	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
TK+PIA							<10	<10	0,226	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs	<10	<10	1,000	34	44	1,000	<10	13	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
TK	<10		1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000						
PIA	<10	<10	1,000	79	79	1,000	44	36	0,936	27	27	1,000	23	19	1,000
kein Fall	110	120	1,000				38	60	0,160	78	85	1,000	80	94	1,000
Gesamtergebnis	117	125	1,000	117	125	1,000	117	125	0,353	116	125	1,000	116	124	1,000

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

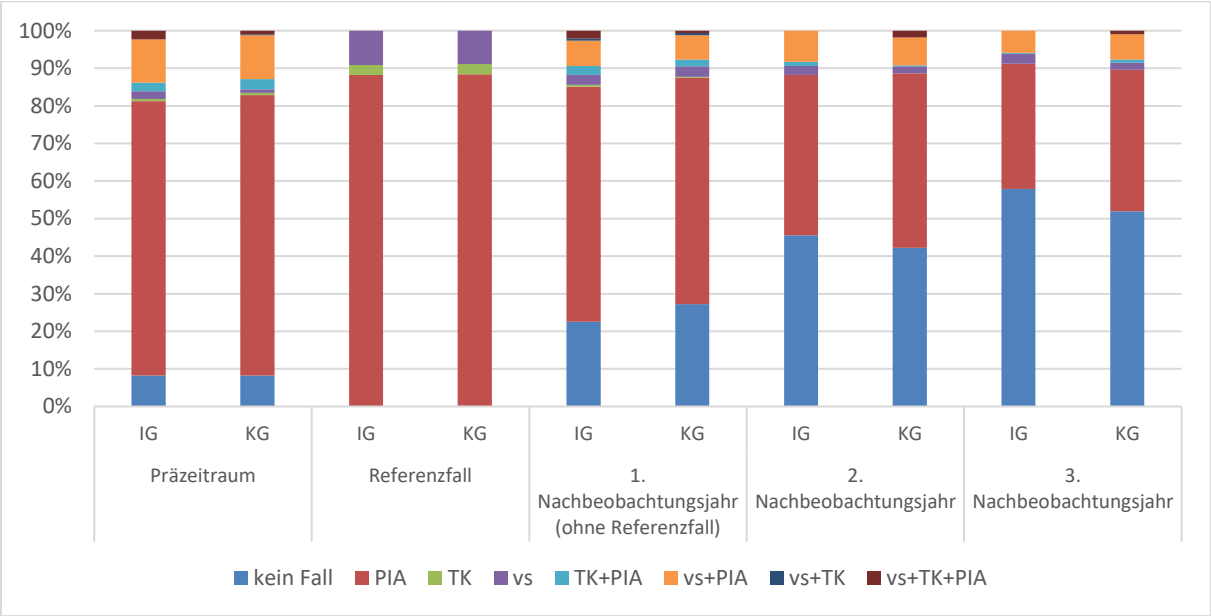


Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs-jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeob-achtungsjahr			3. Nachbeob-achtungsjahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+PIA	<10	<10	1,000				<10	<10	1,000		<10	0,251		<10	1,000
vs+TK		<10	1,000				<10	<10	1,000						
vs+PIA	39	38	1,000				23	21	1,000	28	24	1,000	20	22	1,000
TK+PIA	<10	<10	1,000				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs	<10	<10	1,000	31	29	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
TK	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000						
PIA	249	244	1,000	301	289	1,000	213	197	1,000	145	152	1,000	113	123	1,000
kein Fall	28	27	1,000				77	89	1,000	155	138	1,000	197	170	0,996
Gesamtergebnis	341	327	1,000	341	327	1,000	341	327	1,000	340	327	0,587	340	327	1,000

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich weder im Prä-Zeitraum, noch im Referenzfall, noch vom ersten bis dritten Nachbeobachtungsjahr signifikante Unterschiede in der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 51 und Abbildung 39).

Bei den klinikbekannten Patienten der IG zeigten sich weder im Prä-Zeitraum, noch im Referenzfall, noch vom ersten bis dritten Nachbeobachtungsjahr signifikanten Unterschiede in der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 52 und Abbildung 40).

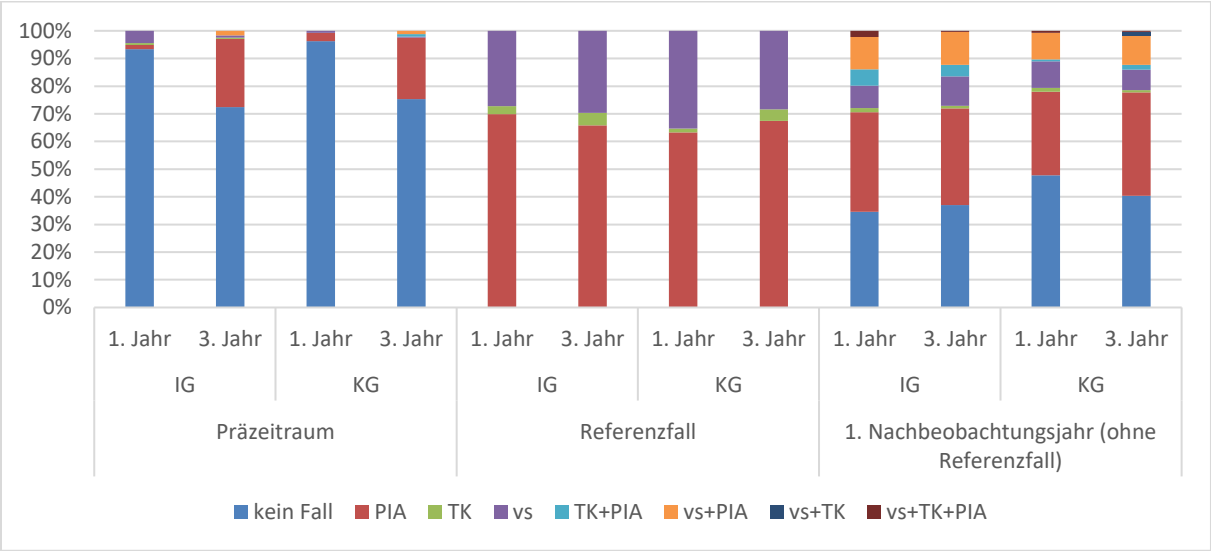
<u>Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3</u>

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) - Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
Behandlungs-setting	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**
vs+TK+PIA									<10	<10	<10	<10
vs+TK												<10
vs+PIA		<10		<10					16	29	13	26
TK+PIA				<10					<10	10	<10	<10
vs	<10	<10	<10	<10	37	72	48	69	11	26	13	18
TK	<10	<10			<10	11	<10	10	<10	<10	<10	<10
PIA	<10	60	<10	54	95	160	86	164	49	85	41	91
kein Fall	127	176	131	183					47	90	65	98
Gesamtergebnis	**136**	**243**	**136**	**243**	**136**	**243**	**136**	**243**	**136**	**243**	**136**	**243**

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



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

Im Vergleich der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr mit den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr kam es zu einigen Verschiebungen bzgl. der Behandlungssettings innerhalb der Gruppen (IG bzw. KG) im Zeitverlauf (vgl. Tabelle 53 und Abbildung 41). Besonders für den patienten-individuellen Prä-Zeitraum waren sowohl für die IG als auch für die KG deutliche Anstiege der PIA-Kontakte von Kohorte 1 zu Kohorte 3 zu verzeichnen.

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.[1] 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.

[1] Durch eine Änderung des OPS-Kataloges ab dem Jahr 2016 konnten die Therapieeinheiten nicht analog der Vorjahre erfasst werden. An der Implementierung in die Auswertungsroutinen und der Überprüfung auf die inhaltliche Vergleichbarkeit der neuen OPS-Schlüssel wird gearbeitet. Die Darstellung erfolgt an dieser Stelle demzufolge nur bis einschließlich des zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahrs.

Erwachsene

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) - Erwachsene

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	227	225	227	225	227	225	227	225	227	225	227	225	213	212	213	212
N mit mind. einem Fall	10	<10	<10	<10	177	159	30	19	53	52	44	23	28	22	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	0,0	0,0	1,0	1,9	1,9	0,8	0,5	1,1	2,0	1,0	0,2	0,6	0,0	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,2	0,0	0,0	6,9	9,1	3,6	3,4	3,4	3,9	4,4	2,8	1,4	1,5	0,3	0,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	-	-	-	0,1	0,4	-	-	0,1	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,0	0,0	-	-	0,8	4,7	-	-	0,4	1,7	-	-	0,1	0,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	-	-	-	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,3	0,0	0,2	0,2	-	-	-	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,0	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	0,1	-	-	0,2	0,2	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,0	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,0	-	-	0,2	0,2	-
Gesamt	**1,6**	**0,3**	**0,0**	**0,0**	**8,8**	**16,1**	**5,4**	**4,7**	**5,2**	**7,3**	**6,8**	**4,0**	**1,7**	**3,3**	**0,7**	**0,9**

(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) - Erwachsene

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	227	225	227	225	227	225	227	225	227	225	227	225	213	212	213	212
N mit mind. einem Fall	10	<10	<10	<10	177	159	30	19	53	52	44	23	28	22	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3,2	4,2	2,0	1,0	1,2	2,7	14,1	9,0	2,2	4,7	10,1	9,7	1,4	5,4	0,4	9,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10,0	6,5	6,0	5,0	8,8	12,9	27,0	40,3	14,4	16,7	22,8	27,1	10,3	14,7	8,0	33,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,9	-	-	-	0,1	0,6	-	-	0,6	0,4	-	-	0,4	0,5	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	22,2	0,5	-	-	1,0	6,7	-	-	1,8	7,6	-	-	0,6	7,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	2,2	1,0	0,3	0,9	0,5	-	-	-	3,5
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	4,6	1,1	0,2	0,8	1,5	-	-	-	2,5
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,7	-	-	-	-	-	-	0,7	1,1	0,3	-	-	1,5	7,6	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,3	-	-	-	-	-	-	0,5	0,8	0,3	-	-	1,5	5,7	-
	-		-		-		-		-		-		-		-	
Gesamt	**37,3**	**12,2**	**8,0**	**6,0**	**11,2**	**22,8**	**41,1**	**56,2**	**22,4**	**31,6**	**35,2**	**38,8**	**12,6**	**31,3**	**21,7**	**48,5**

(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)

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	227	225	227	225	227	225	213	212	200	196
N mit mind. einem Fall	<10	<10	20	47	26	45	33	31	22	25
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,5	1,1	1,2	1,3	1,0	0,9	1,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,4	1,5	1,2	1,6	0,9	1,3	0,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	-	0,0	0,1	0,5	0,0	0,3	-	0,1
Gesamt	**0,0**	**0,0**	**0,4**	**0,9**	**2,9**	**3,1**	**3,0**	**2,4**	**2,3**	**2,1**

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) - Erwachsene

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	227	225	227	225	227	225	213	212	200	196
N mit mind. einem Fall	<10	<10	20	47	26	45	33	31	22	25
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,0	1,0	2,2	2,2	9,9	6,2	8,4	7,1	8,4	7,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,3	1,5	1,9	1,8	13,2	6,0	10,2	6,4	11,5	6,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,2	0,1	0,9	1,0	0,8	0,6	1,0	1,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	1,0	-	0,1	1,0	2,5	0,1	2,1	-	0,9
Gesamt	**2,3**	**3,5**	**4,3**	**4,2**	**25,0**	**15,7**	**19,5**	**16,2**	**20,9**	**16,8**

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) - Erwachsene

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	379	375	379	375	379	375	379	375	379	375	379	375	370	364	370	364
N mit mind. einem Fall	82	94	17	13	63	72	<10	<10	70	90	29	<10	60	68	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,0	1,3	0,6	0,3	0,1	0,5	0,1	0,1	0,3	1,1	0,2	0,2	0,2	0,7	0,1	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	6,0	5,3	1,7	0,9	1,2	2,0	0,1	0,7	3,5	5,5	1,4	0,8	3,2	2,5	0,7	0,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	-	-	0,1	0,0	-	-	0,1	0,1	-	-	0,1	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	2,1	-	-	0,2	1,3	-	-	0,5	2,4	-	-	0,6	0,7	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0	0,1	-	0,0	-	0,0	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,0	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-	0,1	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-
Gesamt	**8,3**	**8,9**	**2,3**	**1,2**	**1,6**	**4,0**	**0,2**	**0,8**	**4,6**	**9,0**	**1,7**	**1,0**	**4,4**	**4,0**	**0,8**	**0,4**

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) - Erwachsene

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	379	375	379	375	379	375	379	375	379	375	379	375	370	364	370	364
N mit mind. einem Fall	82	94	17	13	63	72	<10	<10	70	90	29	<10	60	68	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	4,7	5,3	12,3	7,6	0,8	2,8	11,7	5,9	1,8	4,4	3,2	6,8	1,4	3,6	2,7	4,8
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	27,9	21,2	38,5	26,5	6,9	10,6	14,7	27,1	19,0	22,9	18,5	34,3	19,5	13,6	29,2	27,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	0,3	-	-	0,4	0,2	-	-	0,5	0,2	-	-	0,5	0,4	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,7	8,2	-	-	1,3	7,0	-	-	2,7	10,1	-	-	3,8	3,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,1	-	-	-	0,0	-	0,3	0,3	-	0,4	-	0,1	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	0,1	-	-	-	0,0	-	0,1	0,3	-	0,4	-	0,2	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,0	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	0,6	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	-	-	-
	-		-		-		-		-		-		-		-	
Gesamt	**38,5**	**35,3**	**50,8**	**34,1**	**9,5**	**20,6**	**26,3**	**33,4**	**24,7**	**37,6**	**22,5**	**41,1**	**27,1**	**21,4**	**31,9**	**32,2**

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) - Erwachsene

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	379	375	379	375	379	375	370	364	361	343
N mit mind. einem Fall	313	296	313	294	315	294	296	255	268	216
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	10,4	7,4	2,7	2,1	9,7	6,5	10,0	6,5	9,9	5,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,2	8,1	3,5	2,3	13,0	7,4	13,6	6,9	13,8	6,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,4	0,5	0,3	0,1	1,1	0,4	1,2	0,5	1,3	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	1,4	0,1	0,4	0,3	1,1	0,1	1,3	0,1	1,1
Gesamt	**15,2**	**17,4**	**6,6**	**4,8**	**24,1**	**15,4**	**24,8**	**15,1**	**25,1**	**14,0**

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) - Erwachsene

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	379	375	379	375	379	375	370	364	361	343
N mit mind. einem Fall	313	296	313	294	315	294	296	255	268	216
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	12,6	9,3	3,2	2,6	11,6	8,2	12,4	9,3	13,3	9,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	10,2	4,3	2,9	15,7	9,5	17,0	9,8	18,6	10,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	0,6	0,4	0,2	1,4	0,5	1,5	0,7	1,7	0,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	1,8	0,1	0,5	0,3	1,4	0,1	1,8	0,2	1,7
Gesamt	**18,4**	**22,0**	**8,0**	**6,2**	**29,0**	**19,7**	**31,0**	**21,6**	**33,8**	**22,2**

Für die klinikbekannten Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum, im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr weder bei der vollstationären noch bei der tagesklinischen Leistungserbringung signifikante Unterschiede hinsichtlich der Höhe erbrachter Therapieeinheiten (TE) zwischen Patienten der IG und KG (vgl. Tabelle 54). Im Referenzfall erhielt die IG signifikant (p = 0,016) weniger TE in Regelbehandlung (Arzt/Psychologe) im vollstationären Setting.

Hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl an PIA-Kontakte hatte die IG im Referenzfall signifikant (p = 0,049) weniger PIA-Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung (vgl. Tabelle 56).

Bei den klinikneuen Patienten ergaben sich im ersten Nachbeobachtungsjahr Unterschiede in der Höhe vollstationär erbrachter TE in Regelbehandlung (Arzt/Psychologe): Hier wurden in der IG signifikant weniger TE in diesem Setting erbracht (p = 0,018).

Bei der durchschnittlichen Anzahl an PIA-Kontakten ergaben sich in allen Zeiträumen signifikante Unterschiede zwischen klinikbekannten Patienten der IG und KG (vgl. Tabelle 60). Lediglich bei PIA-Kontakten mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (p = 0,547).

Kinder und Jugendliche

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) - Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	117	125	117	125	117	125	117	125	117	125	117	125	116	125	116	125
N mit mind. einem Fall	<10	<10	<10	-	34	44	<10	<10	25	26	12	<10	10	12	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-	-	-	-	0,4	0,0	-	-
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-
Gesamt	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**0,0**	**-**	**-**	**-**	**0,6**	**-**	**-**	**0,6**	**0,0**	**-**	**-**

(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) - Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	117	125	117	125	117	125	117	125	117	125	117	125	116	125	116	125
N mit mind. einem Fall	<10	<10	<10	-	34	44	<10	<10	25	26	12	<10	10	12	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	-	-	-
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	4,6	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-
Gesamt	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**0,1**	**-**	**-**	**-**	**2,7**	**-**	**-**	**6,8**	**0,3**	**-**	**-**

(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)

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	117	125	117	125	117	125	116	125	116	124
N mit mind. einem Fall	<10	<10	79	79	68	50	35	37	27	26
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	1,0	1,1	1,7	1,4	1,0	1,2	0,8	1,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,1	1,3	0,2	3,0	0,5	1,4	0,5	1,2	0,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	-	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-
Gesamt	**0,0**	**0,1**	**2,3**	**1,3**	**4,7**	**1,9**	**2,5**	**1,8**	**1,9**	**1,7**

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) - Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	117	125	117	125	117	125	116	125	116	124
N mit mind. einem Fall	<10	<10	79	79	68	50	35	37	27	26
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,0	1,5	1,5	1,7	2,9	3,5	3,5	4,2	3,2	5,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	1,8	1,9	0,4	5,1	1,2	4,7	1,7	5,0	2,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	-	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-
Gesamt	**1,0**	**3,3**	**3,4**	**2,1**	**8,1**	**4,8**	**8,2**	**6,2**	**8,3**	**8,0**

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) - Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	341	327	341	327	341	327	341	327	341	327	341	327	340	327	340	327
N mit mind. einem Fall	54	45	18	15	31	29	<10	<10	41	34	19	11	36	36	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,0	-	-	-	0,0	-	-	-	-	-	0,0	-	0,1	-	0,0
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,0	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	0,1	-	0,2	-	0,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	**-**	**0,1**	**-**	**-**	**-**	**0,1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**0,1**	**0,0**	**0,5**	**-**	**0,0**

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) - Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	341	327	341	327	341	327	341	327	341	327	341	327	340	327	340	327
N mit mind. einem Fall	54	45	18	15	31	29	<10	<10	41	34	19	11	36	36	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,0	-	-	-	0,5	-	-	-	-	-	1,1	-	0,9	-	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,1	-	-	-	0,7	-	-	-	-	-	2,0	-	1,7	-	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-		-		-		-		-		-		-		-	
Gesamt	**-**	**0,9**	**-**	**-**	**-**	**1,2**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**3,1**	**0,0**	**4,8**	**-**	**0,4**

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) - Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	341	327	341	327	341	327	340	327	340	327
N mit mind. einem Fall	304	294	301	289	251	226	177	183	134	151
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,0	4,1	1,3	1,6	2,7	3,4	2,3	3,3	1,7	2,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,7	1,8	1,9	0,5	4,1	1,0	3,0	1,0	1,8	0,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	-	0,1	-	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Gesamt	**4,9**	**5,9**	**3,3**	**2,1**	**7,0**	**4,4**	**5,4**	**4,3**	**3,6**	**3,5**

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) - Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	341	327	341	327	341	327	340	327	340	327
N mit mind. einem Fall	304	294	301	289	251	226	177	183	134	151
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,3	4,6	1,5	1,8	3,7	4,9	4,5	5,8	4,3	5,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,0	2,0	2,2	0,6	5,5	1,4	5,7	1,8	4,6	1,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	-	0,1	-	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Gesamt	**5,5**	**6,6**	**3,8**	**2,4**	**9,5**	**6,4**	**10,5**	**7,7**	**9,1**	**7,6**

Bei den klinikneuen Patienten sind sinnvolle Aussagen zu Unterschieden im Behandlungssetting der geleisteten Therapieeinheiten zwischen IG und KG aufgrund relativ geringer Fallzahl nicht möglich (vgl. Tabelle 62).

Die durchschnittliche Anzahl PIA-Kontakte ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung unterschied sich zum Referenzfall und im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant zwischen IG und KG ($p < 0{,}001$ in beiden Fällen; vgl. Tabelle 64).

Bei den klinikbekannten Patienten sind sinnvolle Aussagen zu Unterschieden im Behandlungssetting der geleisteten Therapieeinheiten zwischen IG und KG aufgrund relativ geringer Fallzahl nicht möglich (vgl. Tabelle 66).

Bei der durchschnittlichen Anzahl an PIA-Kontakten gab es in allen Beobachtungszeiträumen signifikante Unterschiede zwischen klinikbekannten Patienten der IG und KG (vgl. Tabelle 68). Die IG hatte über alle Zeiträume hinweg signifikant weniger PIA-Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung. Dafür hatte die IG vom Referenzfall bis zum zweiten Nachbeobachtungsjahr signifikant mehr PIA-Kontakte ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung. Vom Referenzfall bis zum zweiten Nachbeobachtungsjahr hatte die IG signifikant mehr PIA-Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung. Hinsichtlich PIA-Kontakte ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

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.

Erwachsene

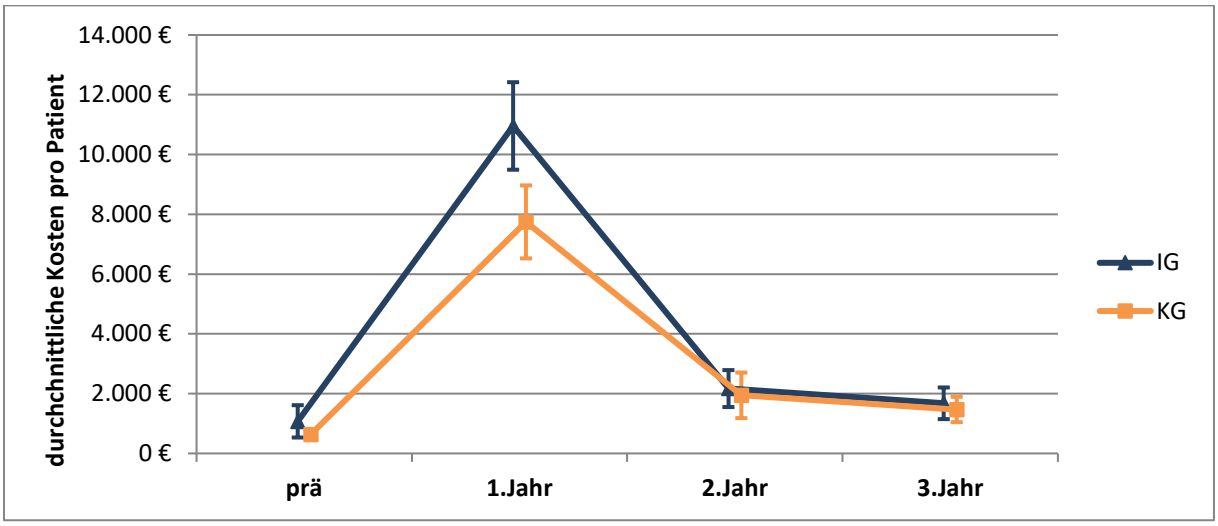
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	195	227	183	166	198	225	183	163
durchschnittliche Kosten	**1.072,65 €**	**10.956,74 €**	**2.169,23 €**	**1.676,86 €**	**633,19 €**	**7.746,44 €**	**1.943,37 €**	**1.470,22 €**
Standardabweichung	4.157,32 €	11.252,45 €	4.600,10 €	3.823,95 €	1.193,22 €	9.347,27 €	5.668,58 €	3.032,47 €
Minimum	0,00 €	124,76 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	67,94 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,03 €	1.931,53 €	38,74 €	22,52 €	21,48 €	1.761,17 €	30,93 €	20,23 €
Median	172,27 €	7.578,41 €	607,29 €	334,98 €	107,05 €	4.908,12 €	243,06 €	345,74 €
75%-Perzentil	761,47 €	14.967,29 €	1.869,50 €	1.258,53 €	616,88 €	10.444,55 €	1.170,37 €	1.311,17 €
Maximum	50.452,22 €	54.154,95 €	43.069,76 €	30.063,51 €	6.665,76 €	67.366,72 €	41.664,18 €	21.010,87 €

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



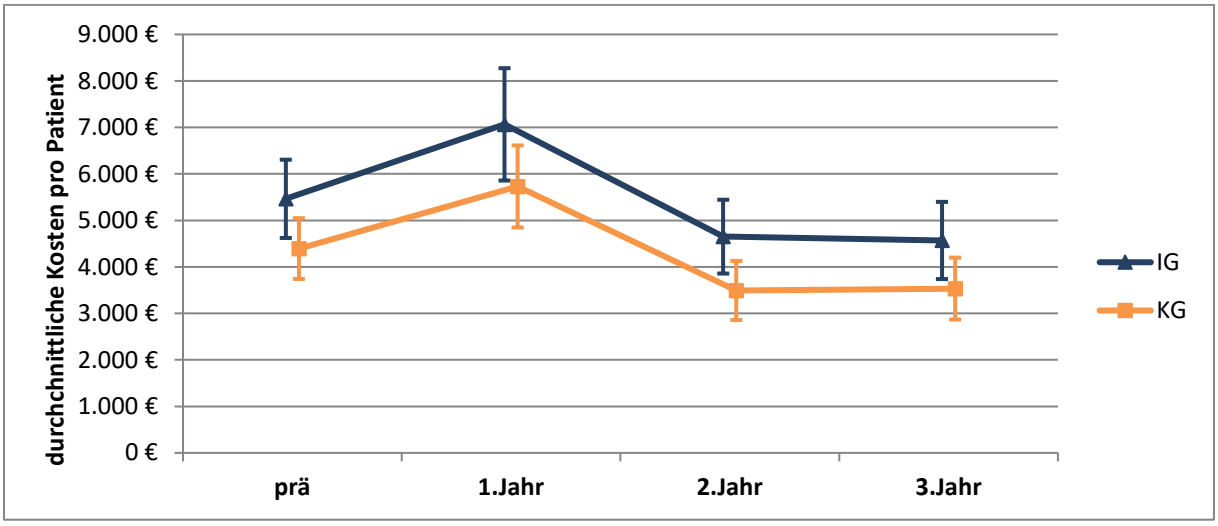
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 70)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	377	379	363	351	373	375	356	326
durchschnittliche Kosten	**5.463,98 €**	**7.066,36 €**	**4.650,82 €**	**4.568,74 €**	**4.394,30 €**	**5.730,48 €**	**3.492,78 €**	**3.533,08 €**
Standardabweichung	8.362,09 €	12.003,93 €	7.791,84 €	8.047,34 €	6.453,02 €	8.726,11 €	6.196,97 €	6.294,27 €
Minimum	0,00 €	27,18 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	108,60 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	976,56 €	1.116,73 €	835,98 €	770,84 €	779,18 €	1.033,76 €	642,01 €	544,02 €
Median	2.002,39 €	2.610,87 €	1.747,73 €	1.440,62 €	1.826,78 €	2.356,77 €	1.293,52 €	1.241,94 €
75%-Perzentil	5.891,56 €	7.896,30 €	4.565,60 €	4.506,54 €	4.901,28 €	7.066,14 €	3.265,76 €	3.067,04 €
Maximum	58.898,55 €	125.048,18 €	59.495,64 €	77.636,45 €	40.555,97 €	65.795,18 €	52.127,77 €	51.767,00 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 71)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied bzgl. durchschnittlicher direkter psychiatrischer Versorgungskosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 70 und Abbildung 42). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die IG signifikant teurer war als die KG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums ab, wobei sich keine signifikanten Kostenunterschiede mehr ergaben.

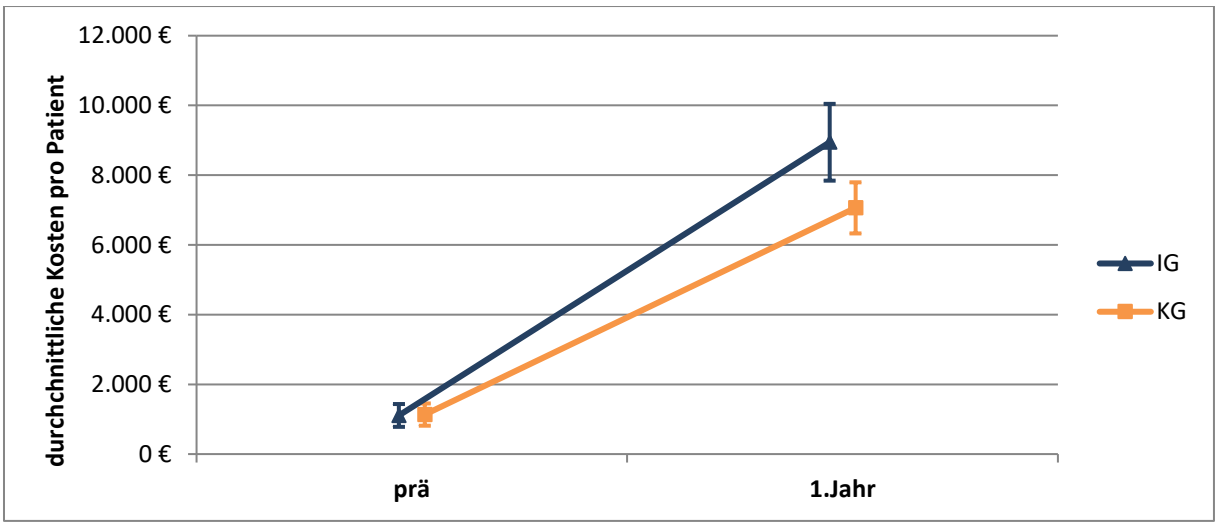
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG über alle Beobachtungszeiträume signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 71 und Abbildung 43). Im zweiten und dritten Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr war das Kostenmaximum in der IG fast doppelt so hoch wie in der KG.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	259	312	273	312						
durchschnittliche Kosten	**1.108,36 €**	**8.943,13 €**	**1.132,93 €**	**7.060,94 €**	**-24,58 €**	**0,916**	**1.882,18 €**	**0,005**	**1.906,76 €**	**0,005**
Standardabweichung	2.947,71 €	9.920,77 €	2.876,44 €	6.605,21 €						
Minimum	0,00 €	98,15 €	0,00 €	43,64 €						
25%-Perzentil	19,71 €	1.267,42 €	32,42 €	1.624,55 €						
Median	206,94 €	6.605,80 €	165,09 €	5.784,28 €						
75%-Perzentil	825,32 €	13.318,54 €	916,29 €	9.979,31 €						
Maximum	23.705,52 €	86.505,57 €	24.500,94 €	39.051,34 €						

Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 72)

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant von der KG (vgl. Tabelle 72 und Abbildung 44). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die IG signifikant teurer war (p = 0,005). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeiterlauf um 1.906,76 € teurer als die KG (p = 0,005).

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 - Erwachsene

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	1.108,36 €	356,95 €	0,002	59,58 €	691,96 €	0,931	521,43 €	330,41 €	0,115
Differenz KG-IG	24,58 €	504,81 €	0,961	-94,46 €	457,13 €	0,836	-86,55 €	456,18 €	0,850
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	7.834,77 €	504,81 €	<0,001	4.927,94 €	893,64 €	<0,001	5.031,70 €	554,23 €	<0,001
Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)	**1.906,76 €**	**713,90 €**	**0,008**	**1.926,11 €**	**648,71 €**	**0,003**	**1.944,17 €**	**647,39 €**	**0,003**
Alter bis 29 J.				-817,18 €	525,59 €	0,120			
30 J. bis 47 J.				-329,22 €	505,94 €	0,515			
48 J. bis 64 J.				192,46 €	481,41 €	0,689			
Weiblich				382,34 €	342,82 €	0,265			
Erwerbstätig				-544,27 €	515,15 €	0,291			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				-2.033,76 €	1.208,10 €	0,093			
Referenzdiagnose F00				-122,01 €	1.078,43 €	0,910			
Referenzdiagnose F01				2.754,00 €	964,67 €	0,004	2.325,86 €	819,74	0,005
Referenzdiagnose F02				2.669,47 €	1.221,71 €	0,029	2.447,03 €	1174,92	0,037
Referenzdiagnose F03				2.345,26 €	4.062,80 €	0,564			
Referenzdiagnose F07				2.371,54 €	1.667,02 €	0,155			
Referenzdiagnose F10				1.093,04 €	634,27 €	0,085			
Referenzdiagnose F2x				11.049,72 €	1.064,25 €	<0,001	10.565,79 €	992,63	<0,001
Referenzdiagnose F3x				5.470,97 €	561,71 €	<0,001	5.129,01 €	502,39	<0,001
Referenzdiagnose F4x				1.060,25 €	705,64 €	0,133			
Referenzdiagnose F43				1.433,74 €	607,99 €	0,019	867,49 €	552,31	0,117
Referenzdiagnose F45				4.424,34 €	1.064,29 €	<0,001	4.407,06 €	1041,59	<0,001
Referenzdiagnose F50				3.164,31 €	1.559,14 €	0,043	3.475,21 €	1531,71	0,023
Referenzdiagnose F60.31				3.146,33 €	1.350,31 €	0,020	2.573,87 €	1331,10	0,053
Referenzdiagnose F7x				126,67 €	1.108,95 €	0,909			
Referenzdiagnose F84*									
Referenzdiagnose F9x				1.526,91 €	1.773,78 €	0,390			
vollstat. Fall in Prä				5.964,81 €	796,46 €	<0,001	6.004,76 €	794,94	<0,001
teilstat. Fall in Prä				2.618,94 €	5.697,35 €	0,646			
PIA-Fall in Prä				2.740,34 €	1.356,63 €	0,044	2.454,36 €	1353,26	0,070
vertragsärztl. Fall in Prä				549,80 €	618,81 €	0,374			
R^2			0,23			0,38			0,38

*Hinweis: Referenzdiagnose F84 wurde ausgeschlossen, da sie nur eine Ausprägung aufwies.

Im Grundmodell ergab sich eine um 1.906,76 € teurere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG (p = 0,008; vgl. Tabelle 73). Unter Kontrolle weiterer Variablen ergab sich im Gesamtmodell eine um 1.926,11 € teurere Entwicklung (p = 0,003). Im gesättigten Modell ergab sich eine um 1.944,17 € teurere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG (p = 0,003).

Kinder und Jugendliche

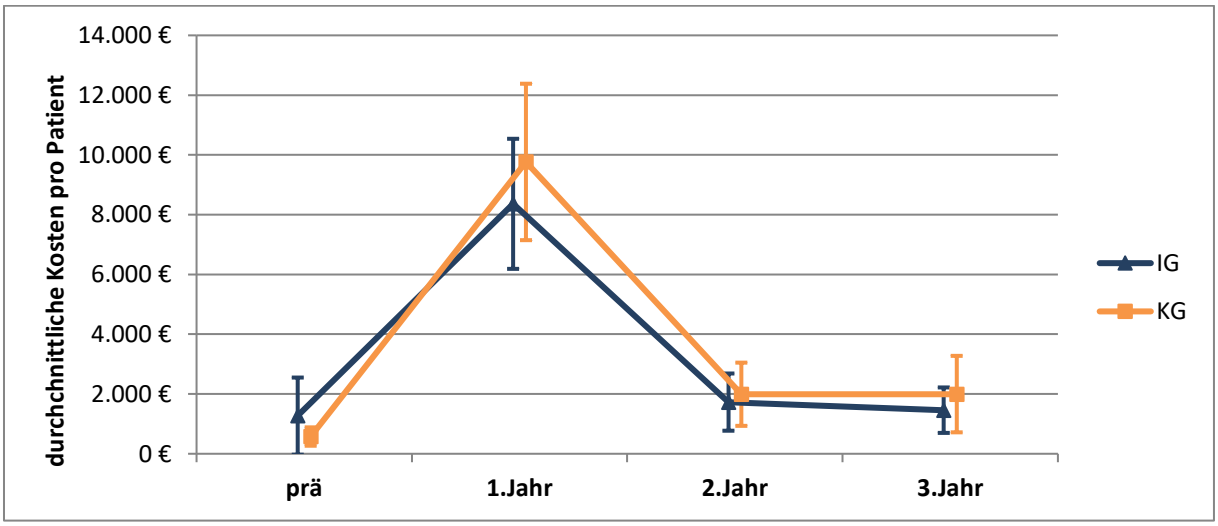
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	101	117	89	95	105	125	103	92
durchschnittliche Kosten	**1.275,30 €**	**8.362,67 €**	**1.728,35 €**	**1.458,57 €**	**576,20 €**	**9.764,06 €**	**1.991,67 €**	**1.996,38 €**
Standardabweichung	7.207,39 €	12.008,74 €	5.260,84 €	4.176,77 €	1.754,34 €	14.928,94 €	6.033,90 €	7.270,07 €
Minimum	0,00 €	42,08 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	80,08 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	20,53 €	377,38 €	8,48 €	22,17 €	13,02 €	650,33 €	19,97 €	0,00 €
Median	59,06 €	1.089,85 €	116,76 €	117,50 €	61,59 €	1.958,26 €	446,51 €	91,79 €
75%-Perzentil	323,96 €	13.493,28 €	845,05 €	576,48 €	352,97 €	15.737,55 €	1.624,34 €	1.238,56 €
Maximum	71.066,75 €	61.732,22 €	36.489,88 €	23.683,60 €	17.129,76 €	85.739,15 €	55.082,48 €	70.186,52 €

Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



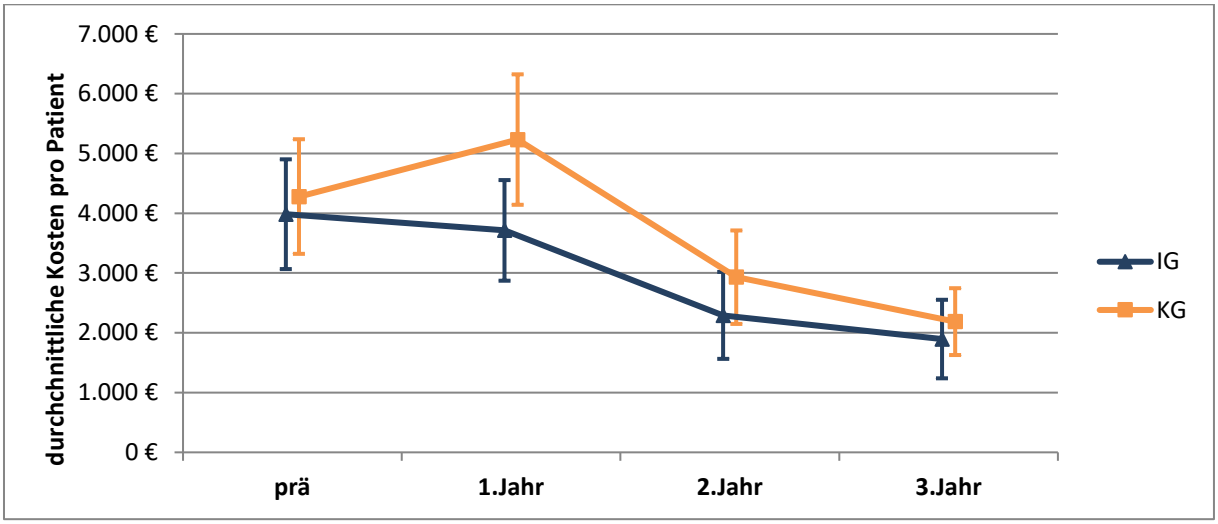
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 74)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	335	341	292	270	324	327	279	263
durchschnittliche Kosten	**3.983,99 €**	**3.712,99 €**	**2.290,81 €**	**1.895,37 €**	**4.279,39 €**	**5.232,68 €**	**2.930,30 €**	**2.186,77 €**
Standardabweichung	8.648,47 €	7.930,01 €	6.842,14 €	6.179,14 €	8.843,01 €	10.067,03 €	7.212,77 €	5.157,55 €
Minimum	0,00 €	29,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	70,24 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	316,67 €	309,92 €	33,70 €	19,50 €	478,61 €	747,25 €	56,20 €	17,45 €
Median	710,81 €	648,93 €	324,00 €	188,80 €	1.114,01 €	1.624,01 €	911,63 €	587,51 €
75%-Perzentil	1.328,82 €	1.566,82 €	860,88 €	752,38 €	2.058,56 €	3.053,37 €	1.782,00 €	1.843,56 €
Maximum	42.764,93 €	48.942,33 €	60.040,85 €	45.947,82 €	52.273,07 €	85.545,94 €	64.671,84 €	34.392,93 €

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 75)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich in keinem Beobachtungszeitraum signifikante Unterschiede bzgl. durchschnittlicher direkter psychiatrischer Versorgungskosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 74 und Abbildung 45). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die IG signifikant günstiger war als die KG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums ab.

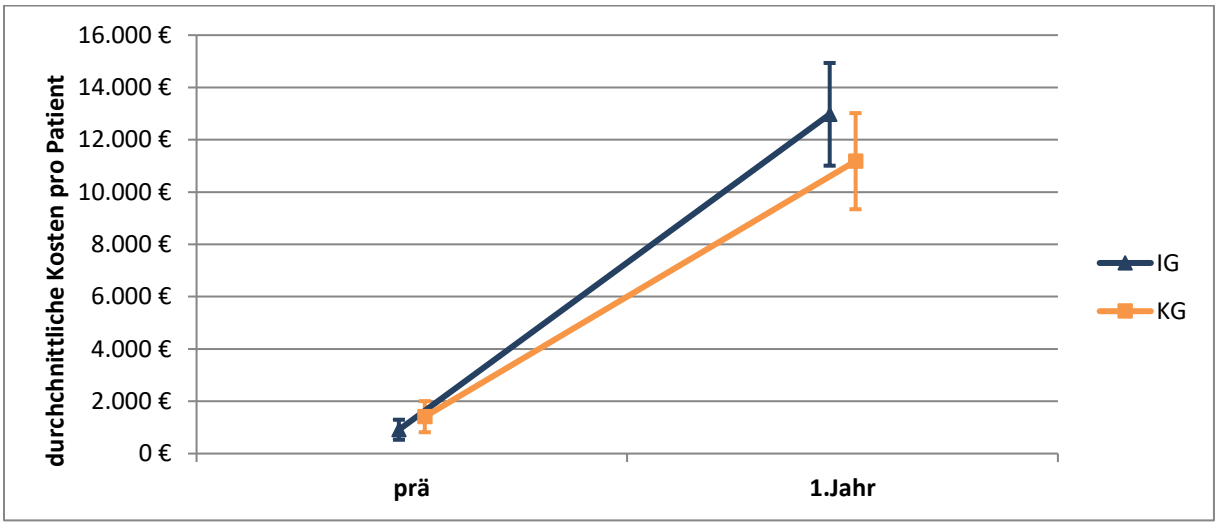
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 75 und Abbildung 46). Im zweiten und dritten Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten, wobei sich IG und KG nicht mehr signifikant voneinander unterschieden.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	212	243	223	243						
durchschnittliche Kosten	**911,67 €**	**12.972,49 €**	**1.410,58 €**	**11.181,38 €**	**-498,91 €**	**0,168**	**1.791,11 €**	**0,192**	**2.290,02 €**	**0,104**
Standardabweichung	3.047,68 €	15.617,50 €	4.731,38 €	14.621,81 €						
Minimum	0,00 €	28,69 €	0,00 €	88,64 €						
25%-Perzentil	45,35 €	562,76 €	48,79 €	1.028,91 €						
Median	166,25 €	4.314,34 €	355,69 €	2.591,47 €						
75%-Perzentil	565,08 €	22.794,74 €	1.169,92 €	20.369,02 €						
Maximum	26.574,50 €	77.446,23 €	40.380,59 €	68.185,22 €						

Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 76)

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant von der KG (vgl. Tabelle 76 und Abbildung 47). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen den Gruppen ergab. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeiterlauf um 2.290,02 € teurer als die KG, jedoch war der Kostenunterschied nicht signifikant ($p = 0,104$).

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 - Kinder und Jugendliche

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	911,70 €	709,60 €	0,199	-1.331,90 €	1.515,10 €	0,380	171,30 €	690,20 €	0,804
Differenz KG-IG	498,90 €	1.003,50 €	0,619	695,70 €	958,00 €	0,468	725,50 €	952,30 €	0,446
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	12.060,80 €	1.003,50 €	<0,001	4.597,20 €	2.065,60 €	0,026	4.752,50 €	1.496,90 €	0,002
Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)	**2.290,00 €**	**1.419,10 €**	**0,107**	**2.509,60 €**	**1.356,00 €**	**0,065**	**2.693,60 €**	**1.344,10 €**	**0,045**
2 J. bis 5 J.				904,50 €	1.703,00 €	0,595			
5 J. bis 9 J.				112,50 €	1.006,90 €	0,911			
10 J. bis 14 J.				947,30 €	834,70 €	0,257			
Weiblich				140,60 €	713,80 €	0,844			
Tod im Nachbeobachtungsjahr*									
Referenzdiagnose F00									
Referenzdiagnose F01									
Referenzdiagnose F02									
Referenzdiagnose F03									
Referenzdiagnose F07				2.772,40 €	3.515,80 €	0,431			
Referenzdiagnose F10				2.431,00 €	5.310,00 €	0,647			
Referenzdiagnose F2x*									
Referenzdiagnose F3x				7.725,80 €	1.775,00 €	<0,001	6.977,90 €	1696,00 €	<0,001
Referenzdiagnose F4x				11.895,50 €	2.143,50 €	<0,001	11.516,00 €	2120,80 €	<0,001
Referenzdiagnose F43				4.938,50 €	1.406,30 €	<0,001	4.443,70 €	1329,70 €	<0,001
Referenzdiagnose F45				1.365,80 €	2.427,20 €	0,574			
Referenzdiagnose F50				22.793,40 €	2.946,60 €	<0,001	22.253,30 €	2914,20 €	<0,001
Referenzdiagnose F60.31*									
Referenzdiagnose F7x				4.336,80 €	2.336,20 €	0,064			
Referenzdiagnose F84				3.265,80 €	3.740,50 €	0,383			
Referenzdiagnose F9x				8.114,20 €	1.436,50 €	<0,001	7.504,00 €	1264,90 €	<0,001
vollstat. Fall in Prä				8.367,50 €	1.993,00 €	<0,001	8.297,60 €	1977,00 €	<0,001
teilstat. Fall in Prä				13.395,40 €	5.284,80 €	0,011	13.957,80 €	5252,30 €	0,008
PIA-Fall in Prä				1.178,80 €	1.118,80 €	0,292			
vertragsärztl. Fall in Prä				788,20 €	1.379,80 €	0,568			
R^2			0,20			0,28			0,28

*Hinweis: Referenzdiagnose F2x und F60.31 und „Tod im Nachbeobachtungsjahr“ wurden ausgeschlossen, da sie nur eine Ausprägung aufwiesen.

Im Grundmodell ergab sich eine um 2.290,00 € teurere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war (p = 0,107; vgl. Tabelle 77). Unter Kontrolle weiterer Variablen ergab sich im Gesamtmodell eine um 2.509,60 € teurere Entwicklung, wobei der Kostenunterschied hier ebenfalls nicht signifikant war (p = 0,065). Im gesättigten Modell ergab sich eine um 2.693,60 € signifikant teurere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG (p = 0,045).

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.

Erwachsene

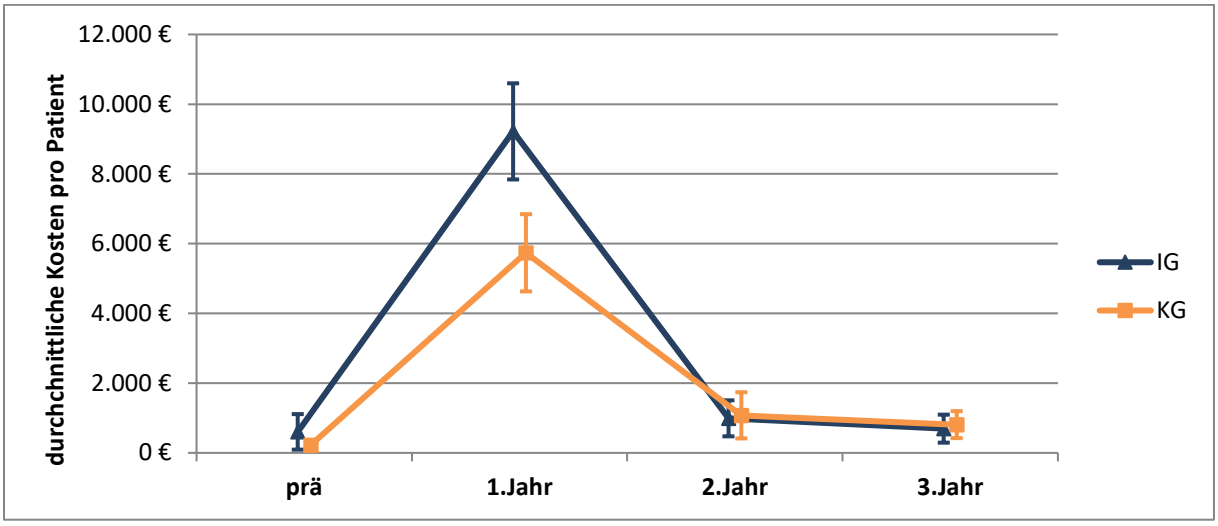
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	21	185	29	17	19	168	22	24
durchschnittliche Kosten	**601,52 €**	**9.219,49 €**	**990,16 €**	**694,53 €**	**222,67 €**	**5.737,82 €**	**1.076,76 €**	**809,45 €**
Standardabweichung	3.916,66 €	10.597,79 €	3.840,86 €	2.896,67 €	863,39 €	8.474,60 €	4.918,37 €	2.764,17 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	477,33 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	6.163,66 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.884,16 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	13.453,92 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.654,40 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	49.975,44 €	48.244,20 €	42.694,69 €	25.572,91 €	5.936,58 €	66.202,79 €	41.106,38 €	19.632,93 €

Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



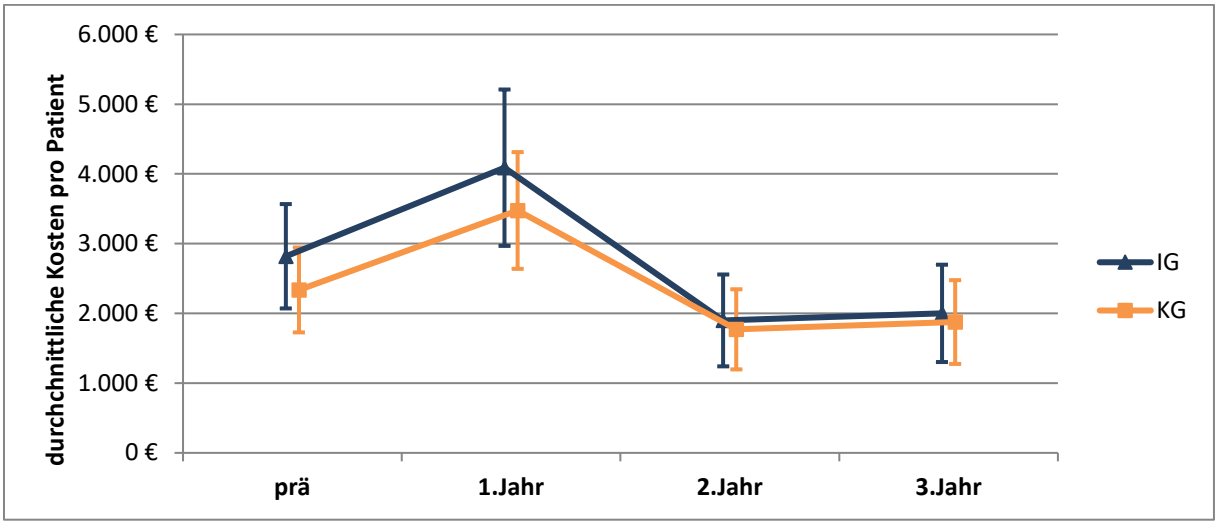
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 78)

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	87	108	63	56	95	119	70	65
durchschnittliche Kosten	**2.819,19 €**	**4.089,26 €**	**1.899,11 €**	**2.000,36 €**	**2.335,89 €**	**3.475,79 €**	**1.771,51 €**	**1.875,97 €**
Standardabweichung	7.433,35 €	11.136,14 €	6.465,55 €	6.767,40 €	6.013,46 €	8.272,22 €	5.592,78 €	5.676,70 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.372,11 €	0,00 €	0,00 €	234,20 €	3.690,56 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	50.983,79 €	122.348,60 €	53.533,24 €	77.444,78 €	38.452,41 €	62.376,18 €	50.111,93 €	50.852,49 €

Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 79)

Bei den klinikneuen Patienten zeigte sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied bzgl. durchschnittlicher vollstationärer Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 78 und Abbildung 48). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei die IG signifikant teurer war als die KG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums ab, wobei sich keine signifikanten Kostenunterschiede mehr ergaben.

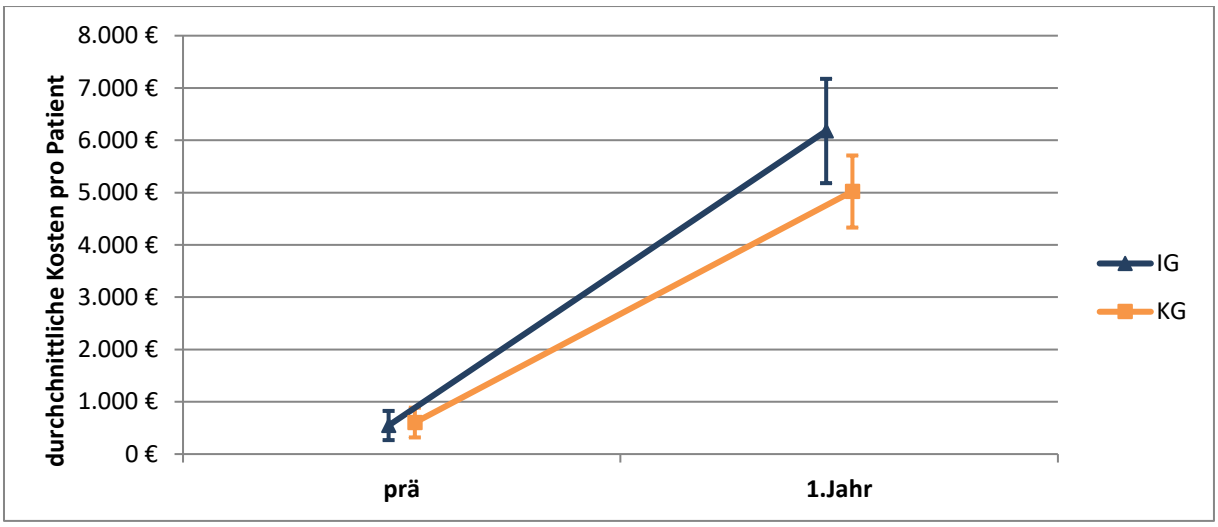
Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich im Zeitverlauf keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 79 und Abbildung 49). In beiden Gruppen sanken die Kosten im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr. Im ersten Nachbeobachtungsjahr war das Kostenmaximum in der IG fast doppelt so hoch wie in der KG.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	26	193	33	227						
durchschnittliche Kosten	**546,34 €**	**6.177,36 €**	**602,60 €**	**5.019,92 €**	**-56,26 €**	**0,782**	**1.157,44 €**	**0,062**	**1.213,69 €**	**0,058**
Standardabweichung	2.516,17 €	8.984,70 €	2.563,72 €	6.210,59 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	3.173,24 €	0,00 €	3.030,67 €						
75%-Perzentil	0,00 €	9.714,06 €	0,00 €	7.637,37 €						
Maximum	23.587,50 €	86.039,42 €	24.291,81 €	38.687,80 €						

Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 80)

Die durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Kosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 80 und Abbildung 50). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum an, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war (p = 0,062). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.213,69 € teurer als die KG, wobei der Unterschied nicht signifikant war (p = 0,058).

Kinder und Jugendliche

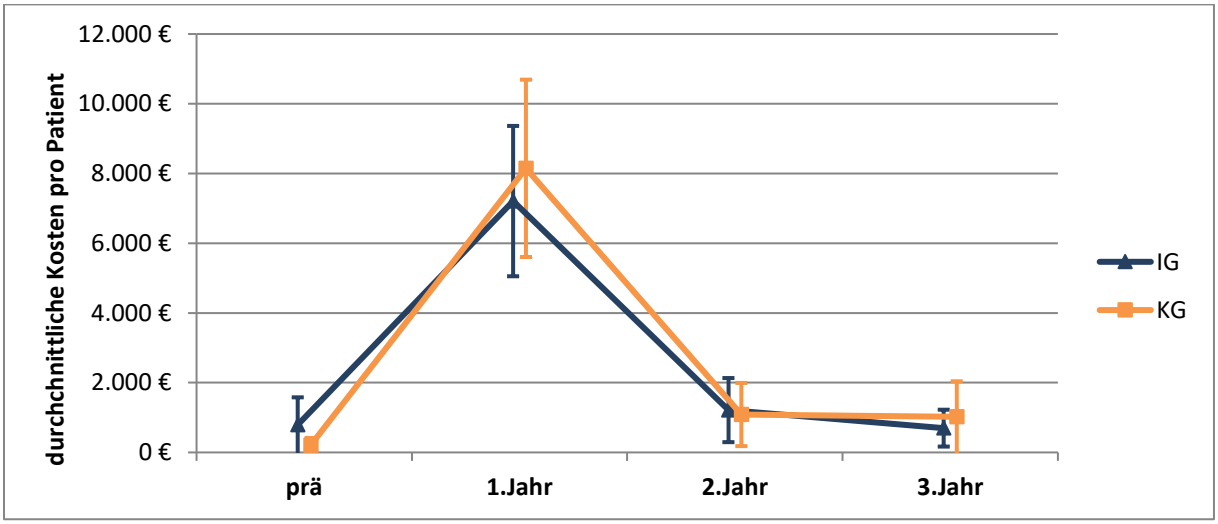
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	<10	49	10	12	<10	60	15	10
durchschnittliche Kosten	**790,17 €**	**7.207,83 €**	**1.214,10 €**	**696,15 €**	**207,41 €**	**8.147,09 €**	**1.087,24 €**	**1.020,00 €**
Standardabweichung	6.682,27 €	11.897,29 €	5.050,85 €	2.906,41 €	1.564,66 €	14.507,15 €	5.165,98 €	6.371,22 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	12.406,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13.903,18 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	71.056,85 €	59.343,59 €	35.883,28 €	20.653,25 €	16.817,75 €	84.465,98 €	48.150,41 €	64.632,91 €

Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



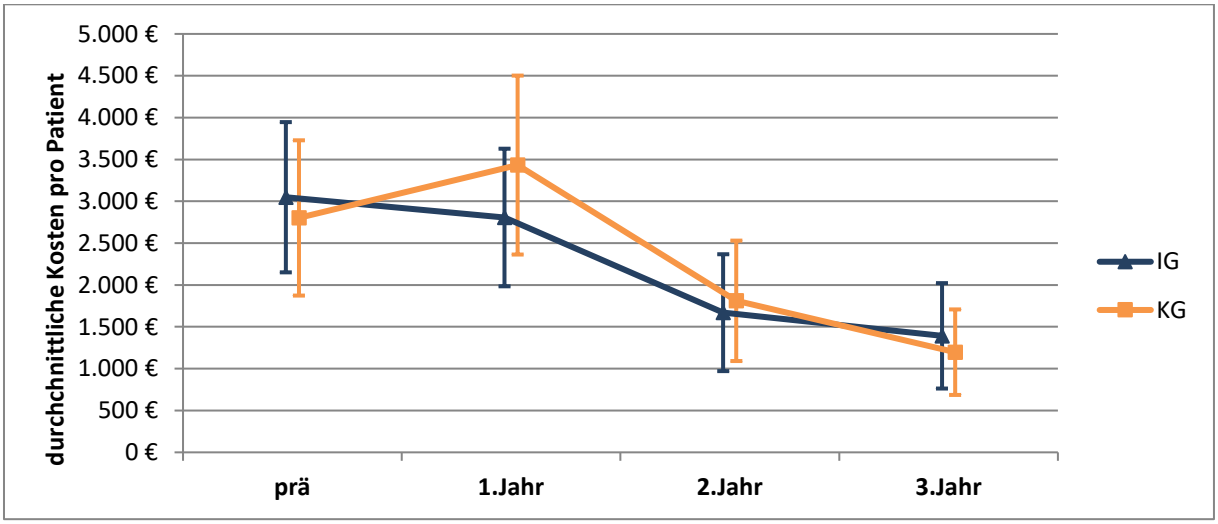
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 81)

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	55	60	37	31	45	63	40	36
durchschnittliche Kosten	**3.048,54 €**	**2.806,18 €**	**1.668,98 €**	**1.392,23 €**	**2.800,96 €**	**3.433,00 €**	**1.810,60 €**	**1.197,05 €**
Standardabweichung	8.458,20 €	7.746,22 €	6.568,68 €	5.923,74 €	8.559,21 €	9.864,27 €	6.637,19 €	4.714,88 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	42.064,72 €	47.989,36 €	58.727,57 €	44.630,82 €	50.074,05 €	84.962,90 €	64.193,14 €	32.051,01 €

Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 82)

Bei den klinikneuen Patienten zeigten sich über alle Beobachtungszeiträume keine signifikanten Unterschiede bzgl. durchschnittlicher vollstationärer Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 51).

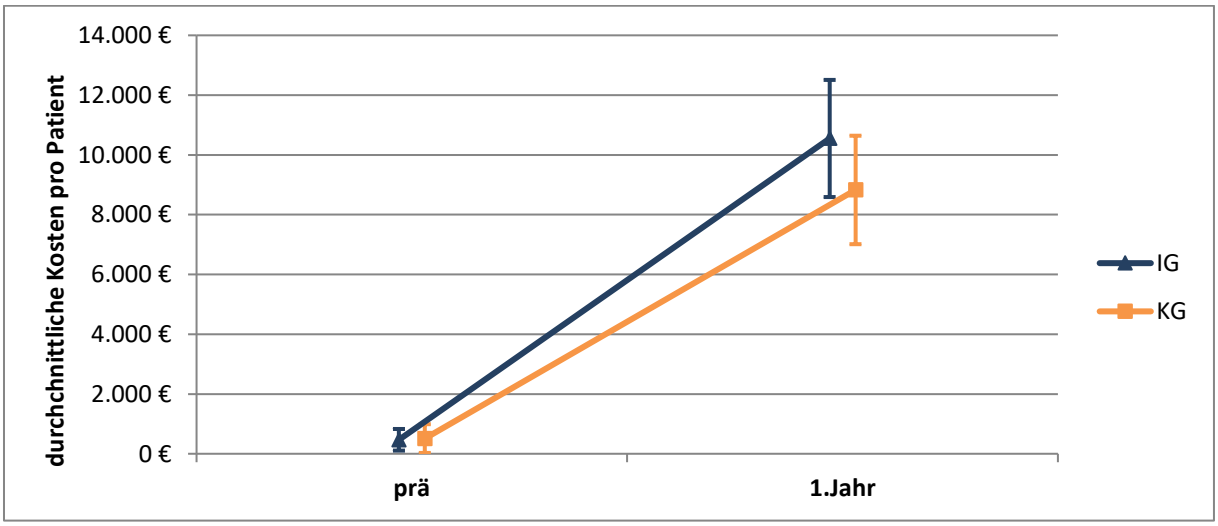
Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich über alle Beobachtungszeiträume ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bzgl. durchschnittlicher vollstationärer Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 82 und Abbildung 52). In beiden Gruppen sanken die Kosten im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr unterhalb des Niveaus des Prä-Zeitraums.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	20	114	10	111						
durchschnittliche Kosten	**467,82 €**	**10.548,99 €**	**509,02 €**	**8.826,66 €**	**-41,19 €**	**0,893**	**1.722,32 €**	**0,207**	**1.763,52 €**	**0,204**
Standardabweichung	2.877,40 €	15.585,30 €	3.825,01 €	14.432,95 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	20.840,73 €	0,00 €	14.569,32 €						
Maximum	26.513,62 €	76.920,37 €	38.535,63 €	66.855,05 €						

Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 83)

Die durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Kosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 83 und Abbildung 53). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum an, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.763,52 € teurer als die KG, wobei dieser Kostenunterschied ebenfalls nicht signifikant war ($p = 0{,}204$).

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.

Erwachsene

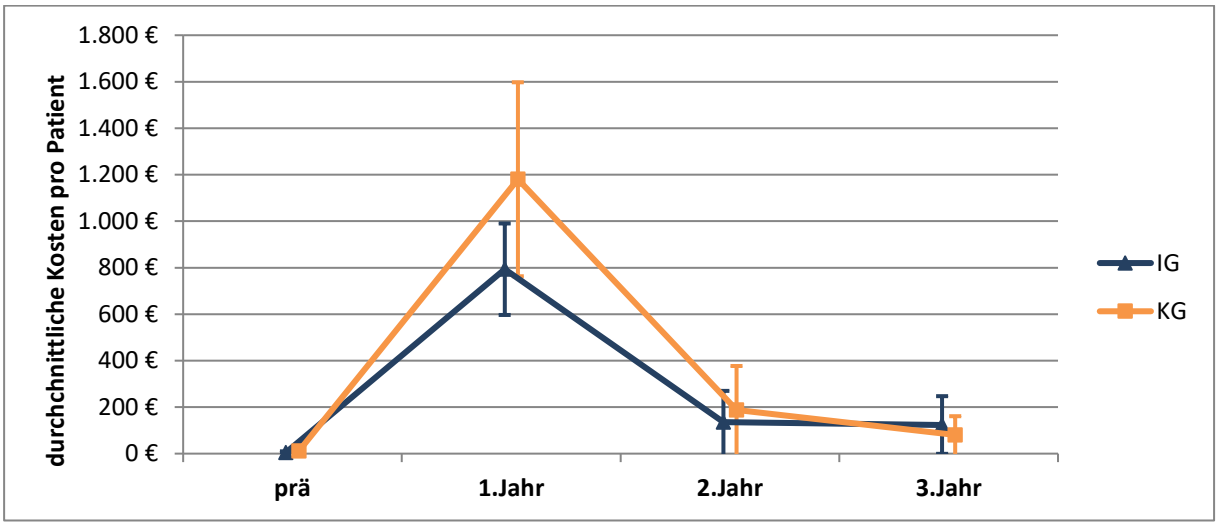
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	<10	68	<10	<10	<10	37	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**4,98 €**	**793,39 €**	**134,97 €**	**123,62 €**	**12,26 €**	**1.180,33 €**	**188,51 €**	**80,55 €**
Standardabweichung	75,08 €	1.512,67 €	1.210,57 €	897,98 €	147,75 €	3.193,05 €	1.514,06 €	719,68 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	997,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.131,13 €	7.232,93 €	16.919,47 €	9.381,86 €	2.127,51 €	19.309,00 €	18.213,09 €	7.544,67 €

Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



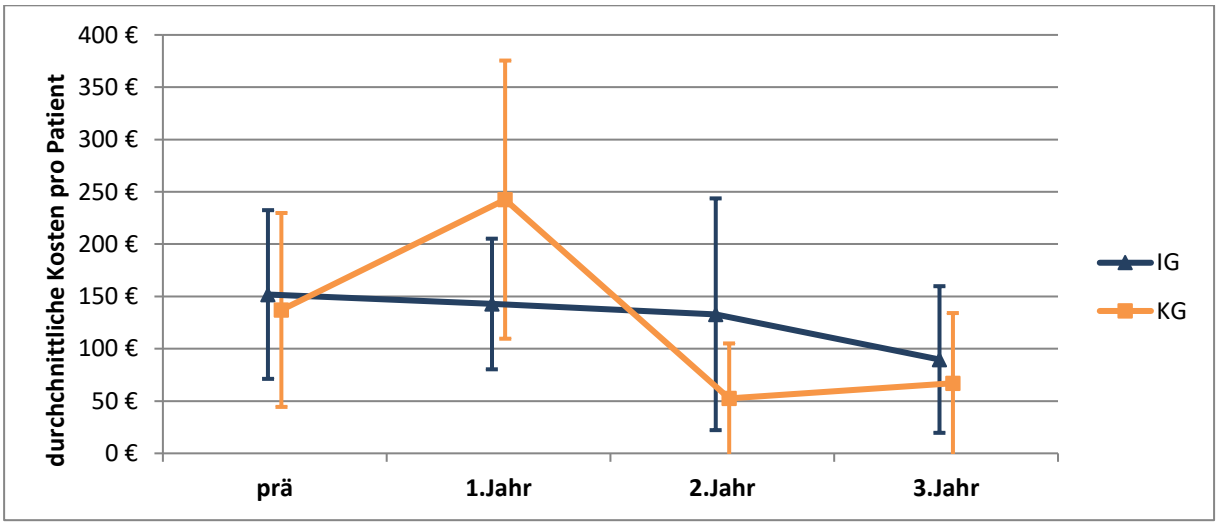
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 84)

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	17	31	<10	<10	13	17	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**151,84 €**	**142,78 €**	**132,96 €**	**89,71 €**	**137,09 €**	**242,54 €**	**52,54 €**	**67,05 €**
Standardabweichung	801,06 €	620,31 €	1.087,11 €	679,51 €	915,81 €	1.313,67 €	580,24 €	694,27 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	6.714,72 €	5.588,98 €	12.833,38 €	7.431,25 €	11.321,16 €	10.600,89 €	7.918,57 €	10.557,62 €

Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 85)

Bei den klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich bei den durchschnittlichen teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 54). Dies lag u.a. an der geringen Anzahl an Patienten mit teilstationärem Aufenthalt.

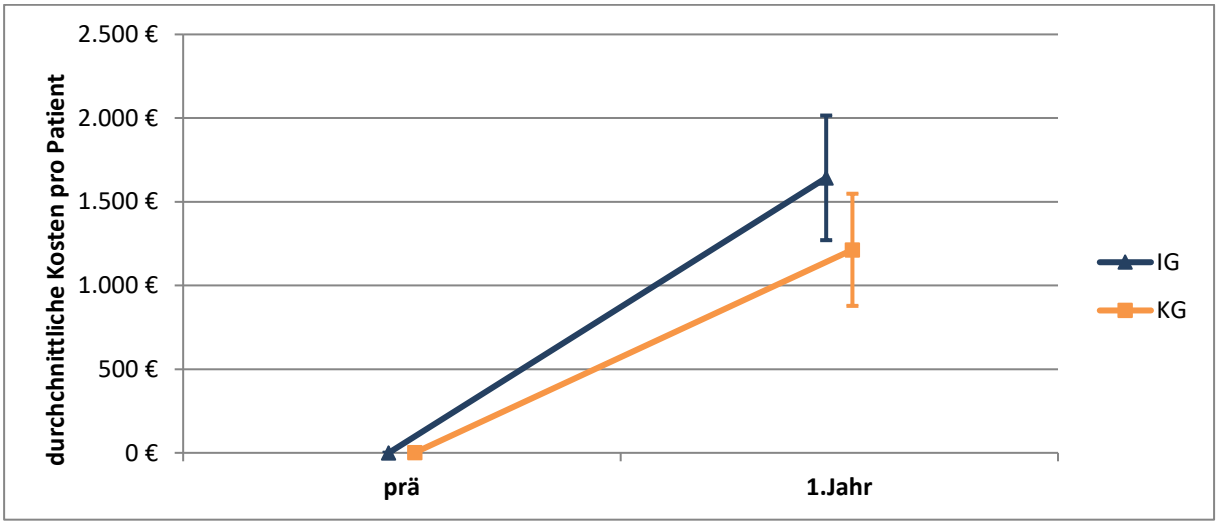
Bei den klinikbekannten Patienten der IG ergaben sich über die Beobachtungszeiträume ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (Tabelle 85 und Abbildung 55). Dies lag auch hier u.a. an der geringen Anzahl an Patienten mit teilstationärem Aufenthalt.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 86: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	<10	88	<10	55						
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**1.643,00 €**	**1,65 €**	**1.213,05 €**	**-1,65 €**	**0,318**	**429,95 €**	**0,093**	**431,60 €**	**0,092**
Standardabweichung	0,00 €	3.355,92 €	29,10 €	3.019,29 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.722,85 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	14.833,03 €	513,96 €	16.083,43 €						

Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 86)

Im Rahmen der tagesklinischen Versorgung zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Höhe der Kosten im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 86 und Abbildung 56). Im ersten Jahr stiegen

in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen IG und KG ergab (p = 0,093). Insgesamt zeigte sich im Zeitverlauf eine um 431,60 € teurere, jedoch nicht signifikant teurere Entwicklung der IG (p = 0,092).

Kinder und Jugendliche

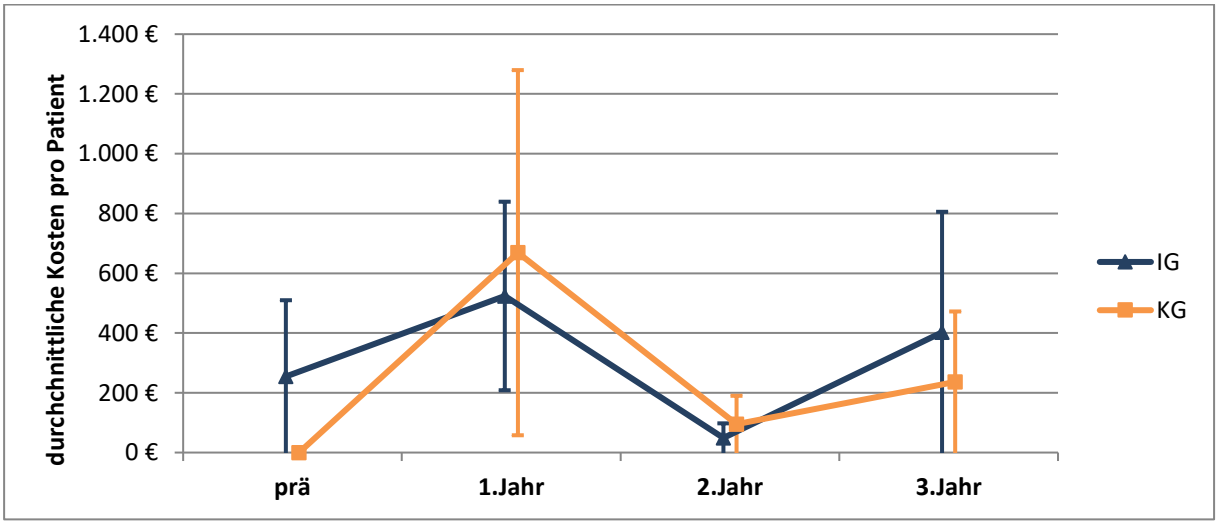
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	<10	15	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**254,84 €**	**523,89 €**	**48,89 €**	**402,79 €**	**0,00 €**	**668,71 €**	**94,99 €**	**236,07 €**
Standardabweichung	2.756,51 €	1.740,63 €	526,58 €	2.511,91 €	0,00 €	3.484,84 €	632,61 €	1.990,99 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	29.816,22 €	9.490,68 €	5.671,48 €	18.967,00 €	0,00 €	24.969,37 €	5.540,18 €	21.028,17 €

Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



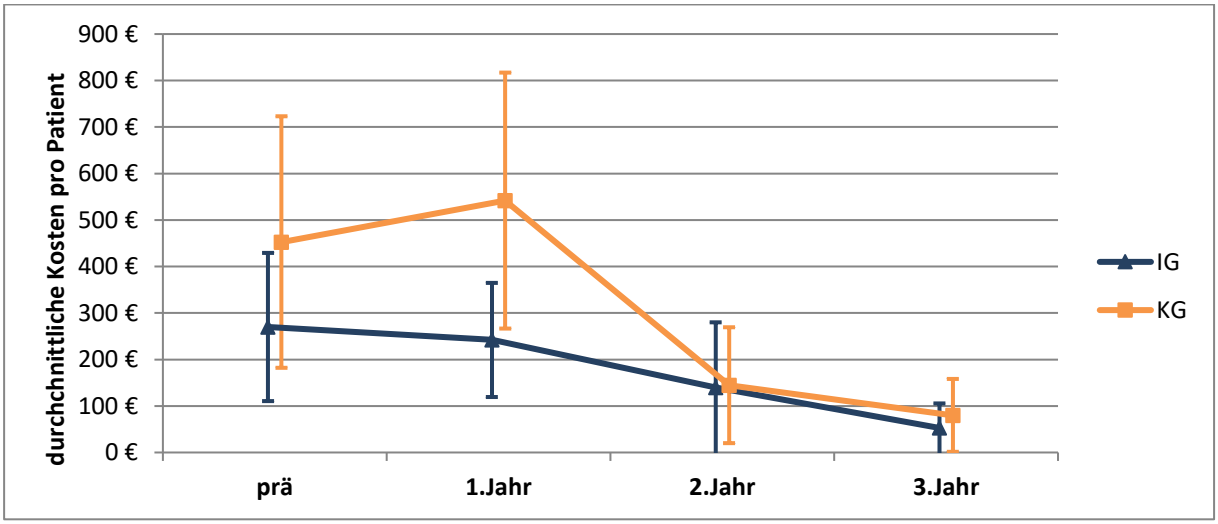
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 87)

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	18	27	<10	<10	15	20	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**269,88 €**	**242,02 €**	**139,96 €**	**52,74 €**	**452,63 €**	**541,79 €**	**144,70 €**	**79,79 €**
Standardabweichung	1.501,51 €	1.156,64 €	1.422,48 €	972,54 €	2.495,83 €	2.539,75 €	1.149,75 €	723,02 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	15.035,80 €	12.450,59 €	19.635,79 €	17.932,70 €	20.149,52 €	19.347,69 €	12.830,13 €	9.418,95 €

Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 88)

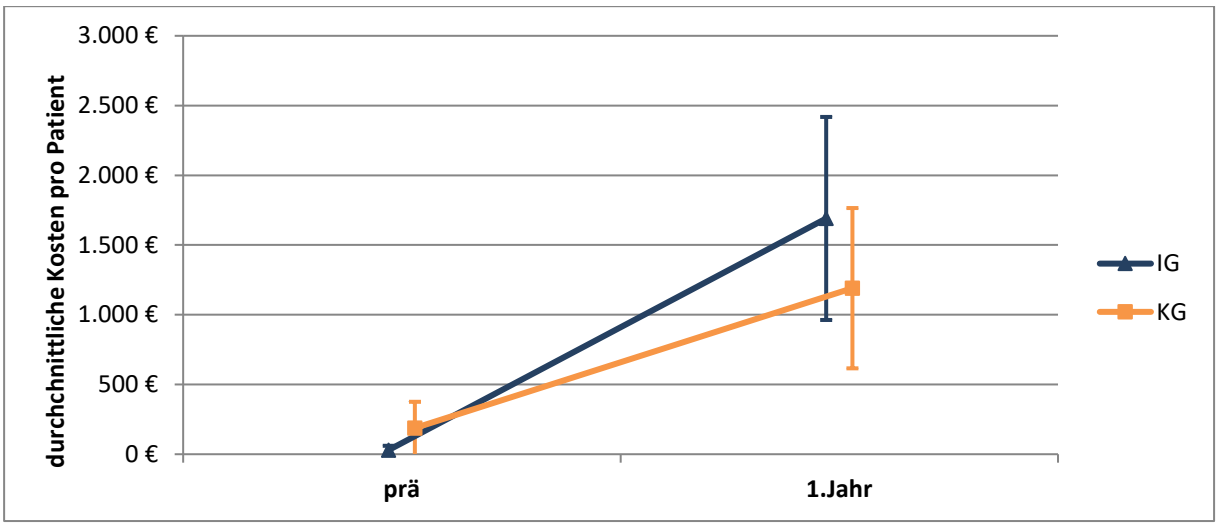
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit teilstationärem Aufenthalt sowohl bei klinikneuen als auch klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr lassen sich keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden treffen (vgl. Tabelle 87, Tabelle 88, Abbildung 58 und Abbildung 57).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 89: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	<10	24	<10	20						
durchschnittliche Kosten	**30,23 €**	**1.690,39 €**	**187,94 €**	**1.190,42 €**	**-157,71 €**	**0,328**	**499,97 €**	**0,291**	**657,68 €**	**0,191**
Standardabweichung	471,27 €	5.789,49 €	2.464,00 €	4.570,13 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	7.346,42 €	34.087,16 €	37.798,37 €	25.151,97 €						

Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 89)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr mit teilstationärem Aufenthalt lassen sich keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden treffen (vgl. Tabelle 89 und Abbildung 59).

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.

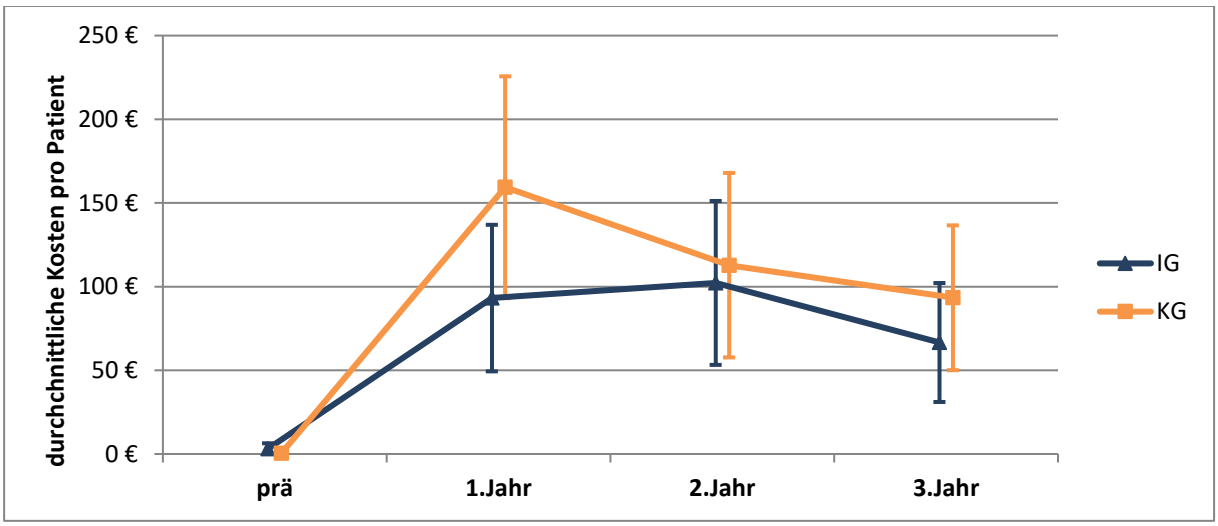
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	<10	35	33	22	<10	67	33	25
durchschnittliche Kosten	**3,20 €**	**93,16 €**	**102,21 €**	**66,62 €**	**0,51 €**	**159,39 €**	**112,82 €**	**93,35 €**
Standardabweichung	33,32 €	336,54 €	364,58 €	256,41 €	5,92 €	507,13 €	409,39 €	308,96 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	92,77 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	454,22 €	2.850,71 €	2.767,36 €	2.023,80 €	83,22 €	4.171,61 €	3.763,24 €	2.166,47 €

Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



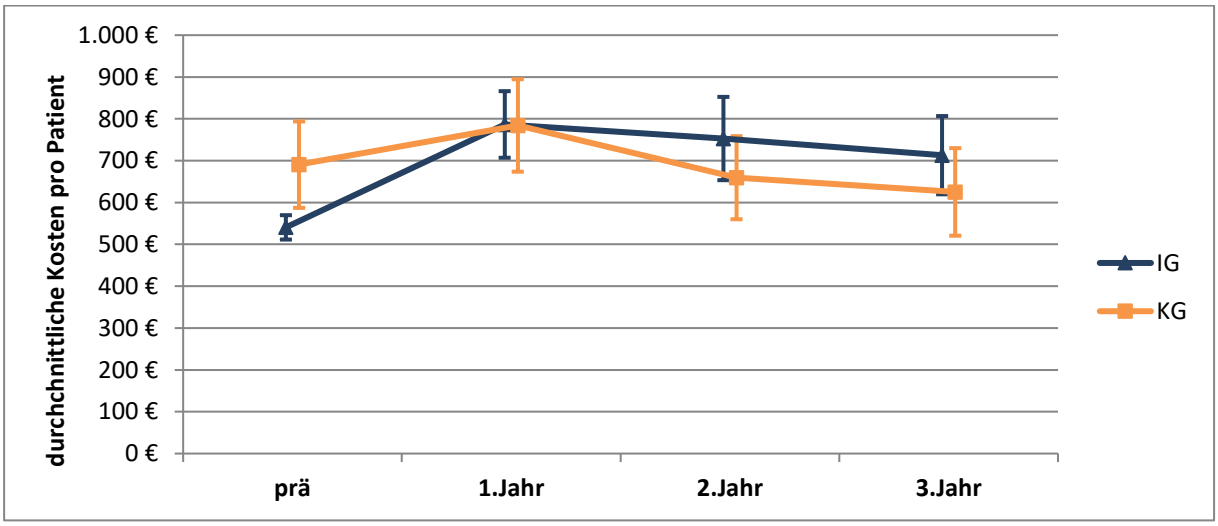
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 90)

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	314	327	296	271	296	311	257	217
durchschnittliche Kosten	**540,63 €**	**786,58 €**	**752,94 €**	**713,15 €**	**690,50 €**	**784,20 €**	**659,25 €**	**625,34 €**
Standardabweichung	288,95 €	790,24 €	977,18 €	906,37 €	1.020,82 €	1.091,36 €	966,11 €	988,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	403,70 €	364,84 €	259,74 €	6,30 €	143,97 €	233,56 €	0,00 €	0,00 €
Median	605,55 €	634,62 €	579,65 €	559,09 €	467,27 €	529,97 €	457,92 €	381,09 €
75%-Perzentil	807,40 €	961,08 €	943,64 €	932,51 €	684,46 €	885,65 €	708,52 €	708,52 €
Maximum	987,30 €	7.038,24 €	13.315,68 €	10.657,28 €	8.597,38 €	9.290,49 €	7.173,10 €	6.477,40 €

Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 91)

Bei den durchschnittlichen PIA-Versorgungskosten klinikneuer Patienten ergaben sich im Zeitverlauf keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 60). Nur relativ wenige Patienten der IG bzw. KG hatten einen PIA-Aufenthalt.

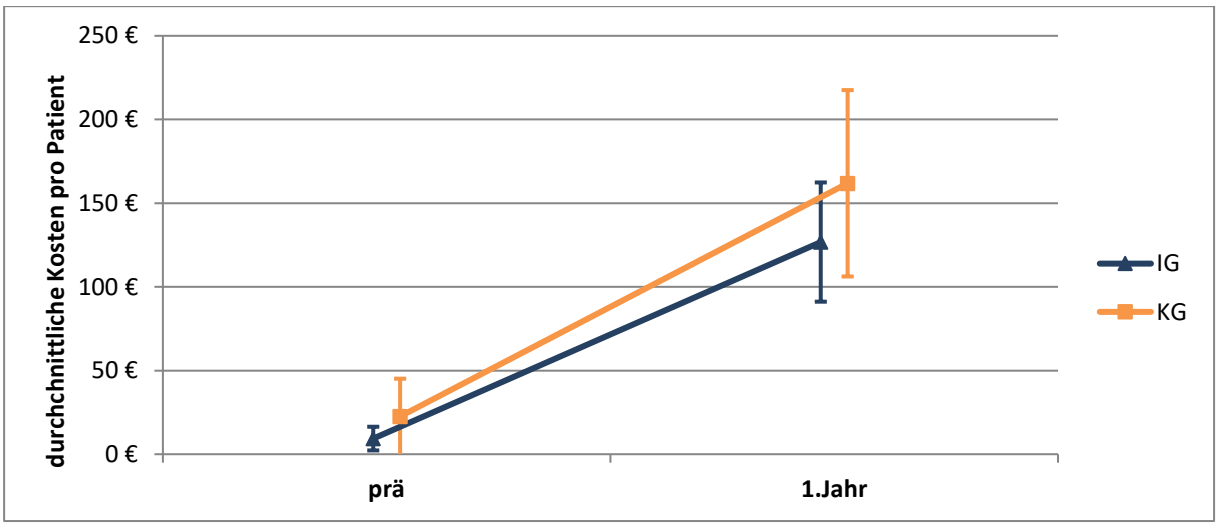
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG im Prä-Zeitraum signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 91 und Abbildung 61). Ab dem ersten Nachbeobachtungsjahr entwickelten sich die Kosten von IG und KG nahezu identisch. Es ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede mehr zwischen den Gruppen. Ein Großteil der klinikbekannten Patienten beider Gruppen (IG und KG) hatte über alle Zeiträume hinweg einen PIA-Aufenthalt.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 92: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	11	130	<10	87						
durchschnittliche Kosten	**9,34 €**	**126,76 €**	**22,57 €**	**161,87 €**	**-13,22 €**	**0,311**	**-35,12 €**	**0,298**	**-21,89 €**	**0,505**
Standardabweichung	63,79 €	320,99 €	221,23 €	501,86 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	98,15 €	0,00 €	65,88 €						
Maximum	687,49 €	2.263,41 €	2.818,34 €	4.933,67 €						

Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 92)

Bei den durchschnittlichen Kosten der PIA-Behandlung bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 92 und Abbildung 62). Die Inanspruchnahme von PIA-Leistungen war im Prä-Zeitraum relativ gering (IG: 11; KG: 8 von jeweils 312). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Inanspruchnahme (IG: 130; KG: 87) und damit die durchschnittlichen Kosten an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied ergab (p = 0,298). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 21,89 € günstiger, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war (p = 0,505).

Kinder und Jugendliche

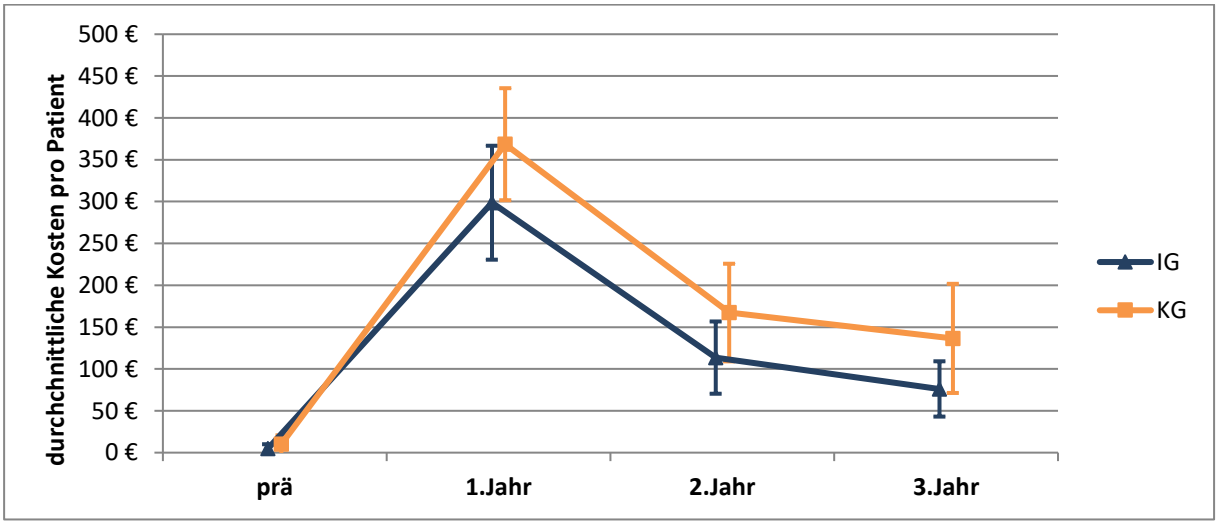
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3.Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3.Jahr**
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	<10	96	36	28	<10	90	38	25
durchschnittliche Kosten	**5,02 €**	**298,67 €**	**113,57 €**	**76,11 €**	**10,33 €**	**368,54 €**	**167,40 €**	**136,53 €**
Standardabweichung	38,28 €	375,66 €	237,30 €	181,62 €	76,19 €	381,88 €	332,83 €	370,45 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	63,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	167,54 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	302,48 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	381,57 €	152,53 €	0,00 €	0,00 €	604,96 €	194,72 €	0,00 €
Maximum	302,48 €	1.862,93 €	1.318,61 €	1.049,22 €	772,16 €	1.512,40 €	1.817,86 €	2.812,80 €

Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



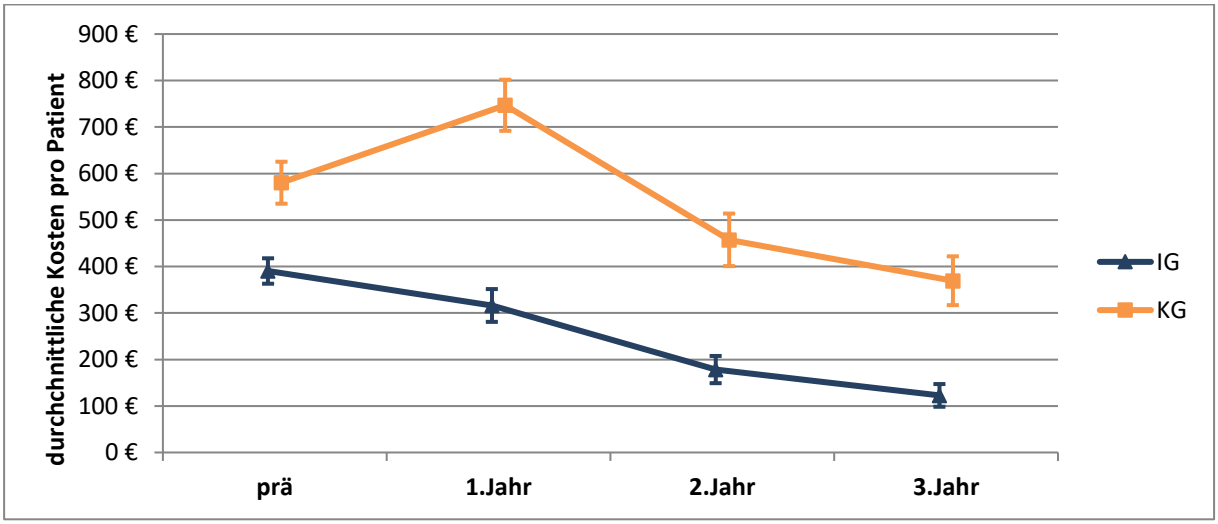
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 93)

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	304	325	178	137	290	306	184	151
durchschnittliche Kosten	**390,32 €**	**316,20 €**	**178,33 €**	**122,77 €**	**580,22 €**	**746,80 €**	**457,38 €**	**369,40 €**
Standardabweichung	257,48 €	332,22 €	275,33 €	229,61 €	416,71 €	507,08 €	521,49 €	484,46 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	201,85 €	129,84 €	0,00 €	0,00 €	285,36 €	302,48 €	0,00 €	0,00 €
Median	403,70 €	238,58 €	64,63 €	0,00 €	570,72 €	724,12 €	302,48 €	0,00 €
75%-Perzentil	605,55 €	387,51 €	270,97 €	179,52 €	856,08 €	1.209,92 €	907,44 €	628,23 €
Maximum	1.316,62 €	2.972,05 €	1.983,17 €	1.922,70 €	3.843,36 €	3.263,38 €	2.793,04 €	2.342,99 €

Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 94)

Bei den durchschnittlichen PIA-Versorgungskosten klinikneuer Patienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG im Zeitverlauf (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 63). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten deutlich an. Im zweiten und dritten Modelljahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder ab.

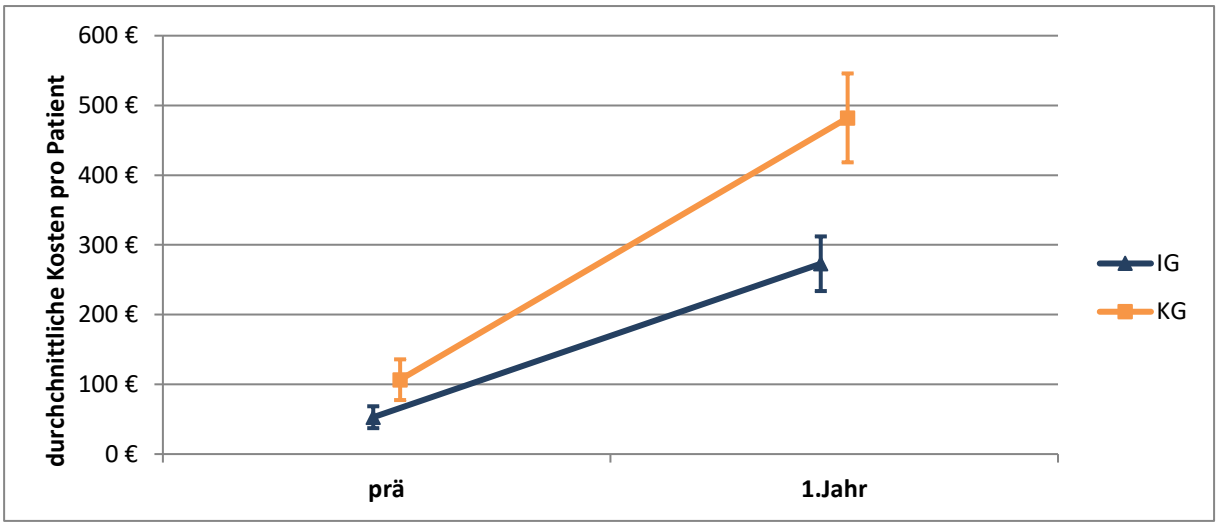
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG in allen Beobachtungszeiträumen signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 64). In beiden Gruppen hatten in etwa gleich viele Patienten einen PIA-Aufenthalt.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 95: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	63	191	58	189						
durchschnittliche Kosten	**52,87 €**	**272,94 €**	**106,65 €**	**482,08 €**	**-53,78 €**	**0,002**	**-209,14 €**	**<0,001**	**-155,35 €**	**<0,001**
Standardabweichung	124,74 €	311,51 €	232,11 €	506,84 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	44,73 €	0,00 €	100,01 €						
Median	0,00 €	166,85 €	0,00 €	302,48 €						
75%-Perzentil	21,22 €	399,61 €	0,00 €	787,45 €						
Maximum	835,04 €	1.636,86 €	1.463,07 €	4.216,76 €						

Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 95)

Bei den durchschnittlichen Kosten der PIA-Behandlung bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war die IG im Prä-Zeitraum signifikant günstiger als die KG (p = 0,002; vgl. Tabelle 95 und Abbildung 65). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei die IG signifikant günstiger war (p <0,001). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 155,35 € günstiger (p <0,001).

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.

Erwachsene

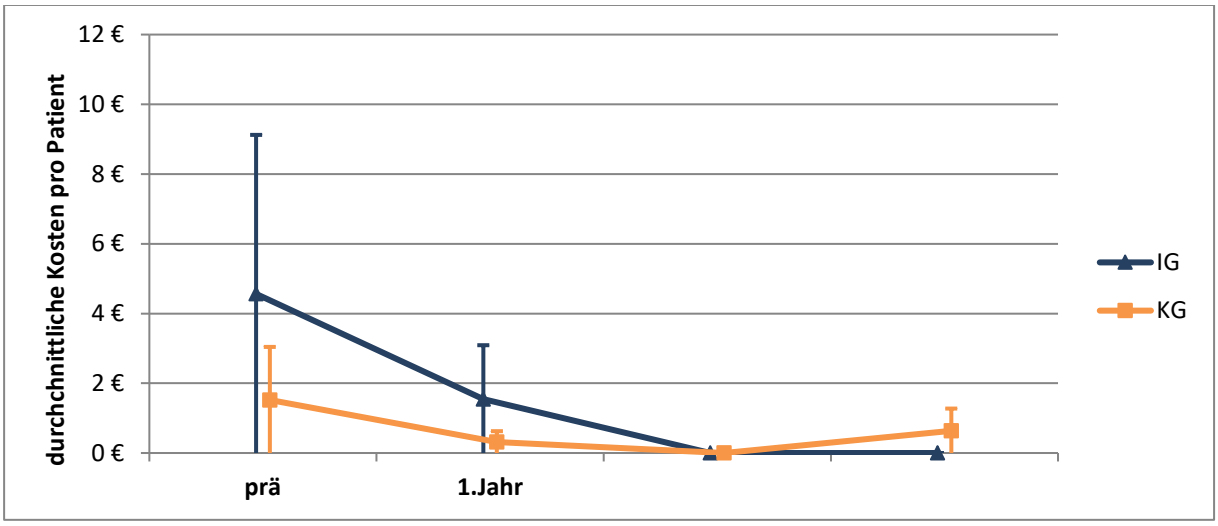
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**4,56 €**	**1,55 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**1,52 €**	**0,31 €**	**0,00 €**	**0,64 €**
Standardabweichung	51,22 €	23,29 €	0,00 €	0,00 €	22,82 €	4,69 €	0,00 €	8,92 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	693,18 €	350,87 €	0,00 €	0,00 €	342,31 €	70,40 €	0,00 €	124,86 €

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) - Erwachsene



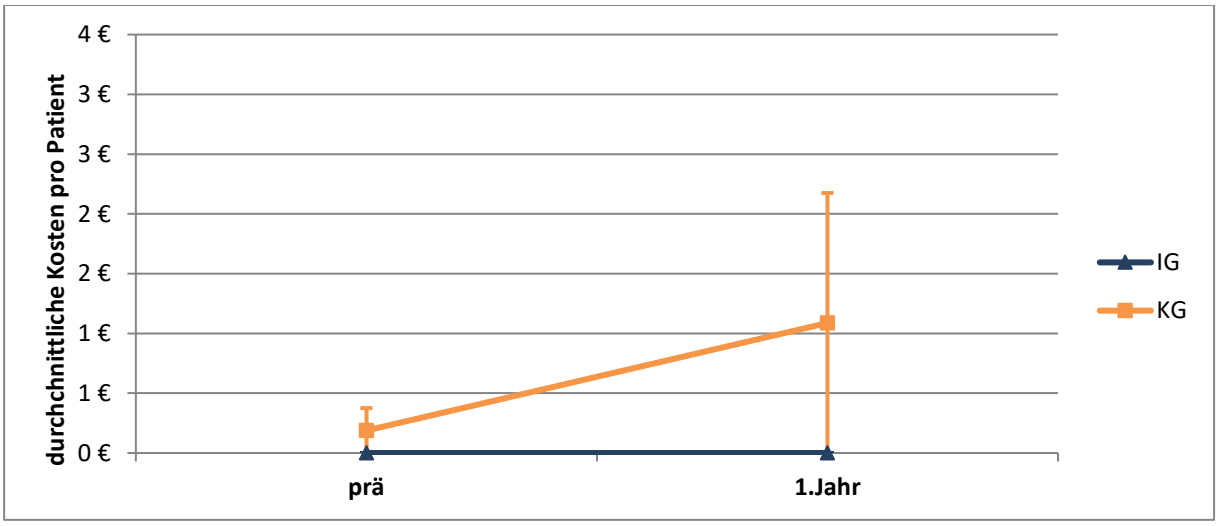
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 96)

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,19 €**	**1,09 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3,64 €	21,06 €	0,00 €	0,00 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	70,40 €	407,86 €	0,00 €	0,00 €

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) - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 97)

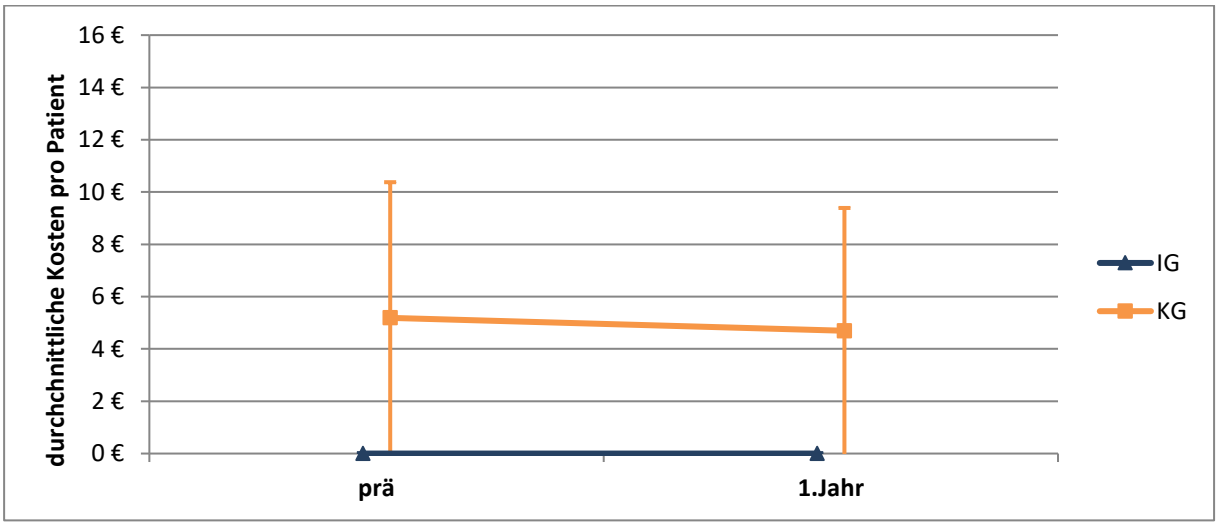
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten (sowohl klinikneu als auch klinikbekannt) mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche sonstige im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 96, Tabelle 97, Abbildung 66und Abbildung 67).

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 - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,00 €**	**5,19 €**	**4,70 €**	**-5,19 €**	**0,292**	**-4,70 €**	**0,186**	**0,49 €**	**0,826**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	86,89 €	62,63 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	1.532,68 €	1.009,59 €						

Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 98)

Da bei den Erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten und im dritten Modelljahr maximal zwei Individuen gleichzeitig sonstige im Krankenhaus erbrachte psychiatrische Leistungen in Anspruch nahmen und entsprechend keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich sind wird an dieser Stelle auf Tabellen und Abbildungen verzichtet.

Kinder und Jugendliche

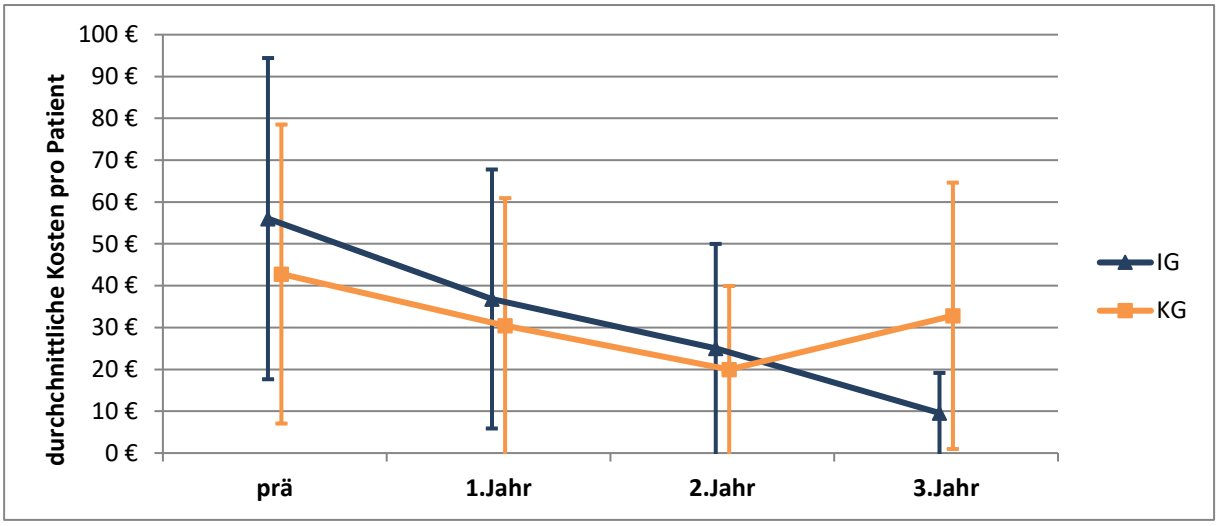
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**56,03 €**	**36,83 €**	**24,99 €**	**9,58 €**	**42,79 €**	**30,46 €**	**19,96 €**	**32,80 €**
Standardabweichung	211,83 €	170,81 €	163,64 €	76,62 €	203,81 €	186,50 €	145,34 €	180,83 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.377,80 €	1.412,36 €	1.449,61 €	740,72 €	1.380,85 €	1.402,00 €	1.423,00 €	1.401,76 €

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) - Kinder und Jugendliche



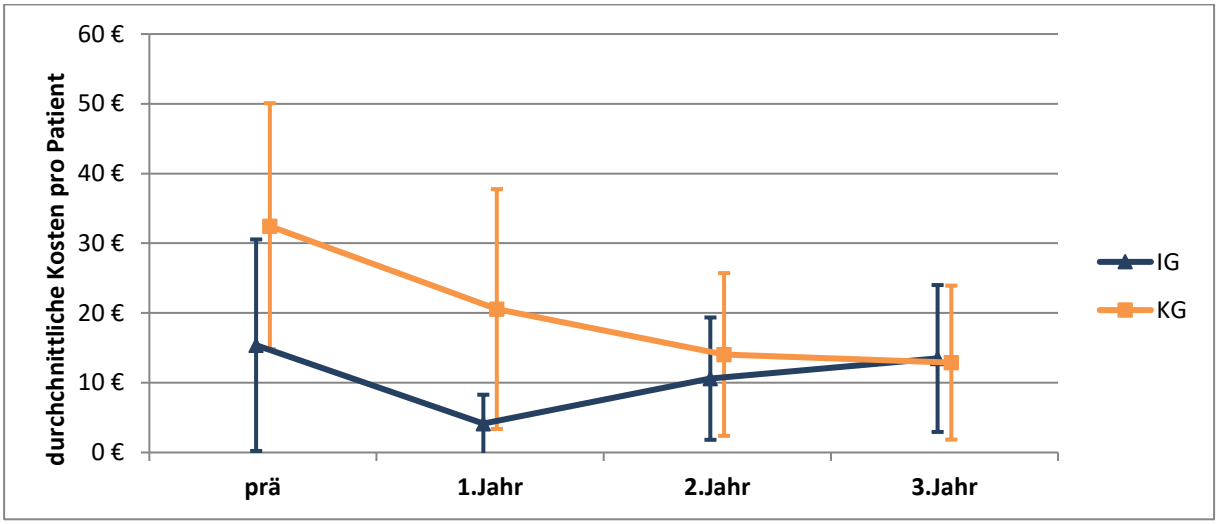
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 99)

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	17	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**15,38 €**	**4,14 €**	**10,59 €**	**13,48 €**	**32,45 €**	**20,57 €**	**14,05 €**	**12,88 €**
Standardabweichung	142,88 €	46,82 €	82,53 €	99,09 €	162,67 €	158,66 €	107,66 €	101,86 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.400,33 €	710,62 €	740,72 €	1.401,76 €	1.377,80 €	1.668,40 €	1.192,32 €	1.401,76 €

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) - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 100)

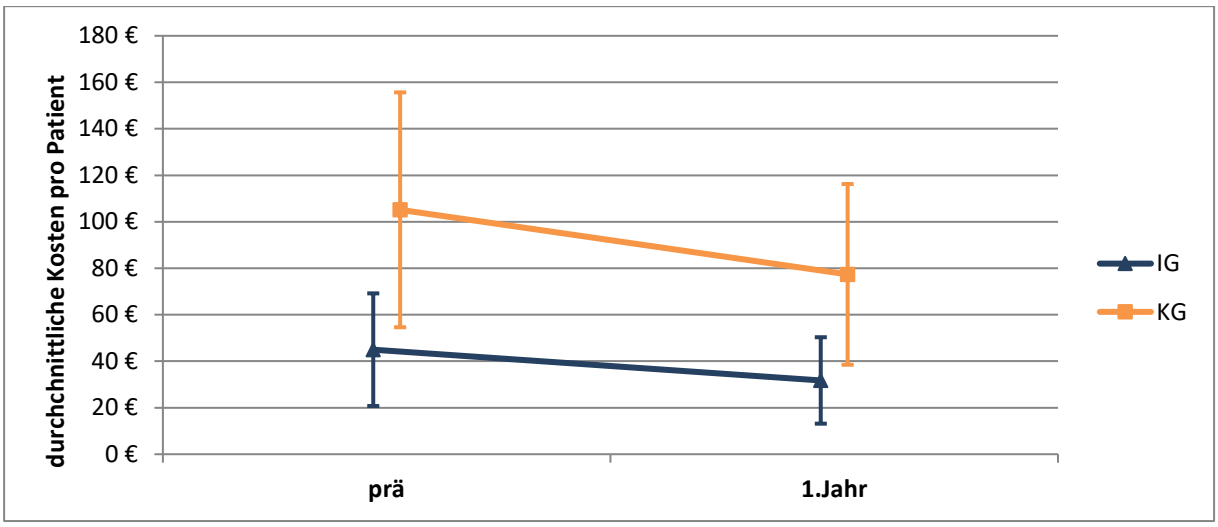
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten (sowohl klinikneu als auch klinikbekannt) mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche sonstige im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 99, Tabelle 100, Abbildung 69 und Abbildung 70).

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 - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	16	13	23	19						
durchschnittliche Kosten	**44,97 €**	**31,73 €**	**105,14 €**	**77,37 €**	**-60,17 €**	**0,036**	**-45,63 €**	**0,039**	**14,54 €**	**0,541**
Standardabweichung	192,66 €	147,89 €	401,82 €	309,16 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.449,61 €	1.120,34 €	4.086,37 €	2.628,48 €						

Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 101)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, welche sonstige im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 101 und Abbildung 71).

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.

Erwachsene

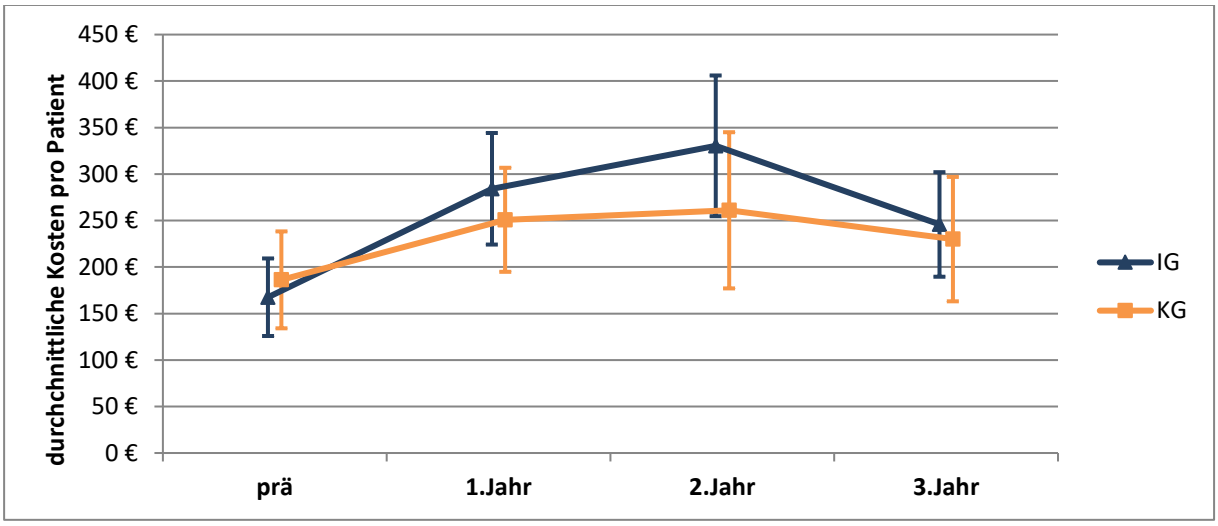
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	183	207	178	163	191	203	181	160
durchschnittliche Kosten	**167,51 €**	**284,17 €**	**330,33 €**	**245,79 €**	**186,21 €**	**250,81 €**	**261,01 €**	**230,03 €**
Standardabweichung	320,58 €	461,13 €	563,62 €	405,66 €	398,85 €	428,15 €	623,93 €	477,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	6,65 €	32,00 €	18,94 €	13,36 €	9,75 €	28,35 €	14,04 €	11,58 €
Median	43,06 €	111,87 €	82,89 €	67,53 €	36,94 €	94,19 €	60,98 €	47,26 €
75%-Perzentil	235,29 €	347,26 €	387,43 €	309,58 €	175,86 €	313,07 €	239,40 €	174,38 €
Maximum	2.977,18 €	2.690,37 €	2.847,94 €	2.465,64 €	3.219,43 €	3.354,30 €	5.906,33 €	3.208,06 €

Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



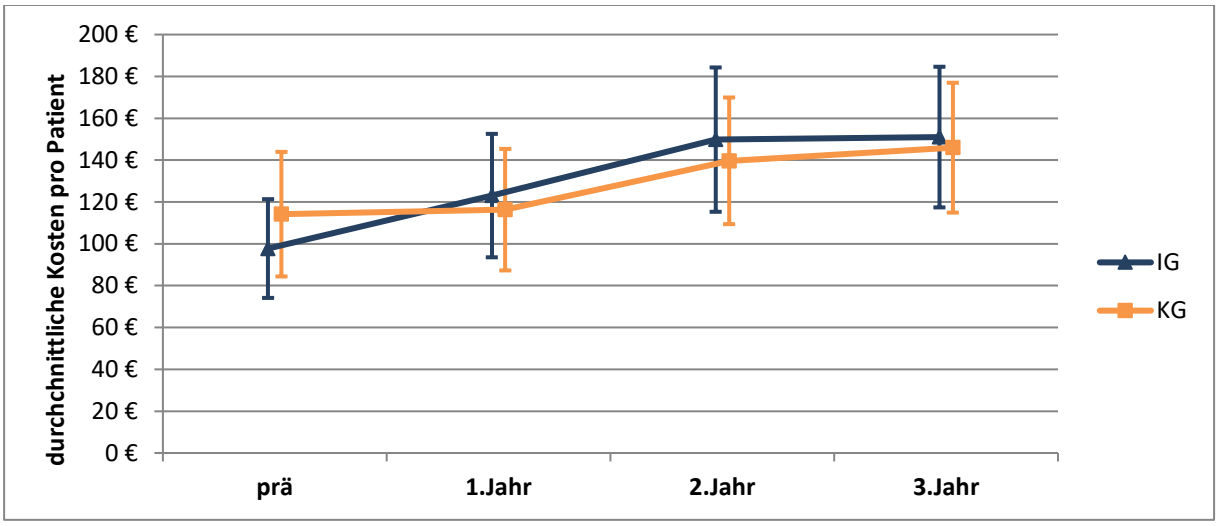
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 102)

klinikbekannte Patienten

Tabelle 103: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	355	355	347	340	354	346	336	310
durchschnittliche Kosten	**97,73 €**	**123,04 €**	**149,79 €**	**151,00 €**	**114,16 €**	**116,31 €**	**139,66 €**	**145,94 €**
Standardabweichung	234,40 €	292,99 €	338,60 €	325,88 €	294,18 €	286,97 €	294,63 €	293,17 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	11,10 €	19,02 €	26,86 €	27,89 €	12,78 €	21,94 €	26,79 €	23,88 €
Median	28,14 €	41,92 €	54,87 €	55,80 €	28,89 €	43,73 €	56,55 €	56,88 €
75%-Perzentil	58,95 €	88,01 €	113,61 €	115,78 €	76,31 €	93,85 €	103,07 €	134,23 €
Maximum	2.197,27 €	2.399,65 €	2.973,69 €	3.673,71 €	3.603,06 €	3.838,04 €	2.937,42 €	3.146,86 €

Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 103)

Bei den durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung ergaben sich bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr in keinem Beobachtungszeitraum signifikante Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 102 und Abbildung 72).

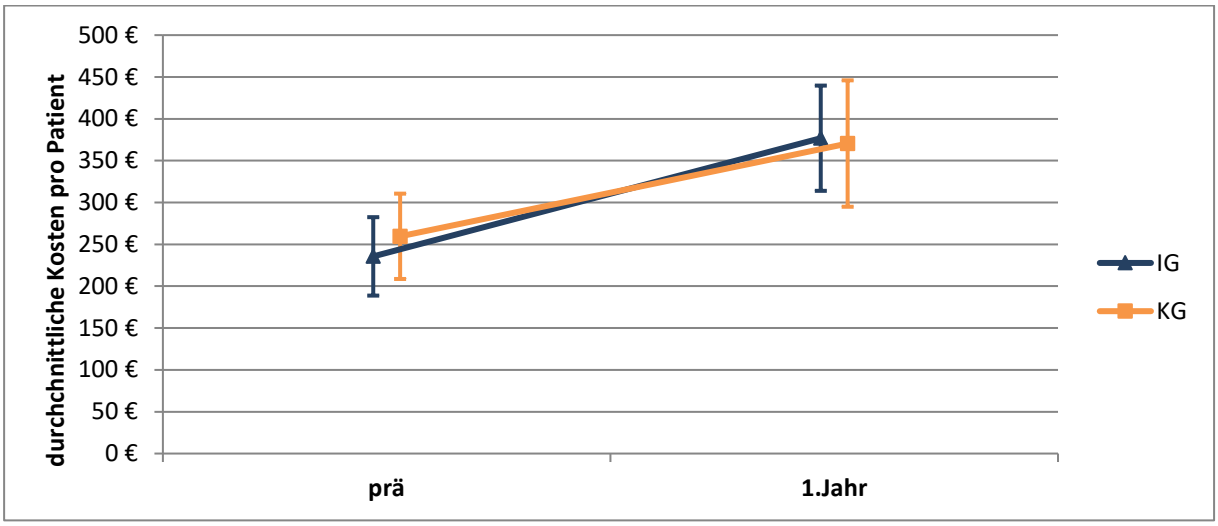
Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich im ersten Modelljahr in keinem Beobachtungszeitraum signifikante Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 103 und Abbildung 73).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 104: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	252	283	267	282						
durchschnittliche Kosten	**235,61 €**	**376,81 €**	**259,59 €**	**370,46 €**	**-23,97 €**	**0,498**	**6,35 €**	**0,899**	**30,33 €**	**0,514**
Standardabweichung	422,38 €	566,77 €	459,58 €	680,60 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	10,92 €	40,66 €	19,19 €	29,06 €						
Median	64,81 €	197,06 €	72,33 €	100,77 €						
75%-Perzentil	323,58 €	469,29 €	315,61 €	420,64 €						
Maximum	3.388,57 €	5.907,75 €	3.210,13 €	5.740,87 €						

Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 104)

Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung ergaben sich im Prä-Zeitraum bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zwischen IG und KG kein signifikanter Kostenunterschied (vgl. Tabelle 104 und Abbildung 74). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei der Kostenunterschied zwischen den Gruppen nicht signifikant war. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 30,33 € teurer als die KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war ($p = 0,514$).

Kinder und Jugendliche

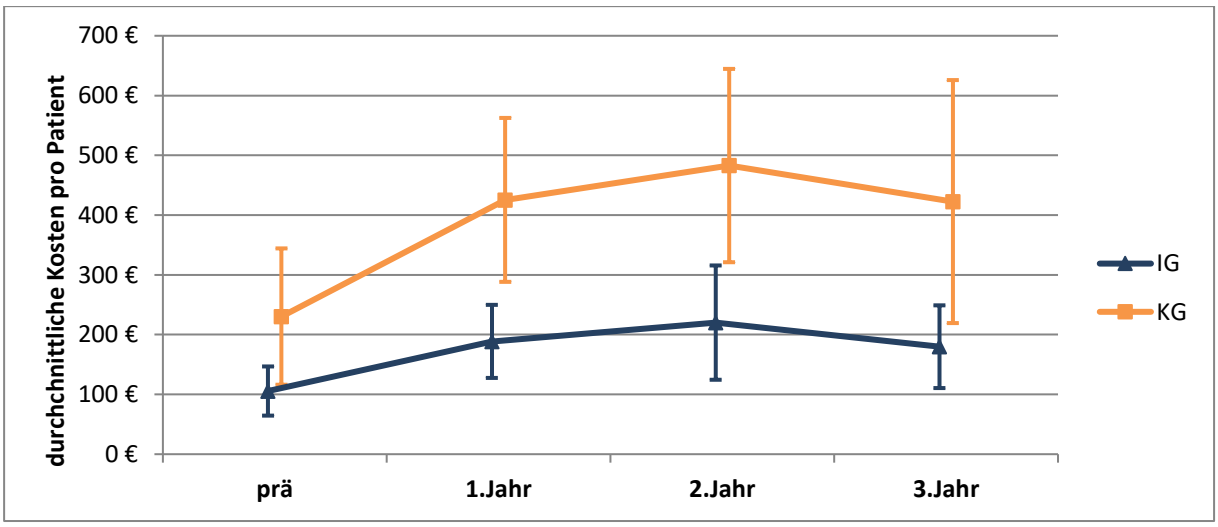
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	101	106	88	93	105	109	101	90
durchschnittliche Kosten	**105,66 €**	**188,71 €**	**220,11 €**	**179,82 €**	**230,22 €**	**425,41 €**	**482,86 €**	**422,59 €**
Standardabweichung	226,97 €	337,21 €	525,50 €	380,33 €	650,40 €	782,28 €	922,59 €	1.154,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,72 €	29,47 €	6,84 €	11,99 €	13,00 €	30,39 €	14,30 €	0,00 €
Median	46,94 €	77,27 €	52,73 €	42,08 €	41,97 €	95,48 €	66,87 €	48,19 €
75%-Perzentil	108,28 €	180,77 €	131,32 €	144,98 €	115,44 €	398,21 €	492,92 €	230,54 €
Maximum	2.108,73 €	2.049,98 €	3.472,31 €	2.695,30 €	4.697,73 €	3.969,71 €	4.799,95 €	9.549,12 €

Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



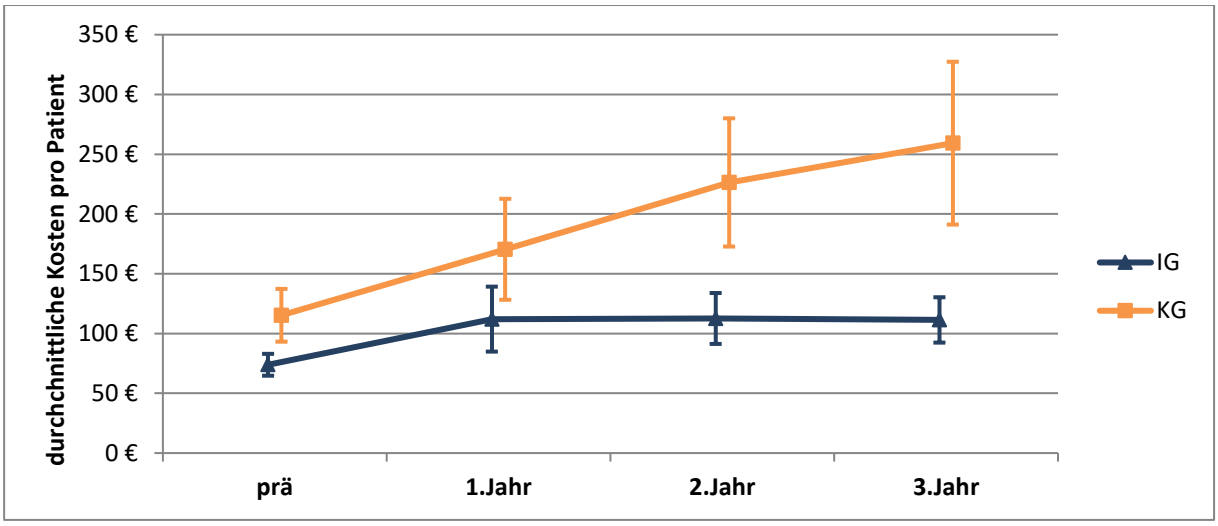
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 105)

klinikbekannte Patienten

Tabelle 106: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	318	314	283	260	302	297	273	258
durchschnittliche Kosten	**73,87 €**	**112,06 €**	**112,61 €**	**111,39 €**	**115,28 €**	**170,49 €**	**226,41 €**	**259,25 €**
Standardabweichung	86,14 €	256,05 €	200,29 €	178,46 €	203,65 €	389,65 €	494,66 €	628,27 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,65 €	30,80 €	16,06 €	10,52 €	26,39 €	33,34 €	27,71 €	9,66 €
Median	50,50 €	60,90 €	58,59 €	46,07 €	62,91 €	71,26 €	77,85 €	61,96 €
75%-Perzentil	99,37 €	104,19 €	124,99 €	134,39 €	117,04 €	139,99 €	183,68 €	173,49 €
Maximum	1.079,51 €	3.369,87 €	2.150,98 €	1.600,22 €	1.676,76 €	3.441,37 €	3.204,49 €	4.707,39 €

Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 106)

Bei den durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung war die IG der klinikneuen Patienten über alle vier Beobachtungszeiträume signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 105 und Abbildung 75).

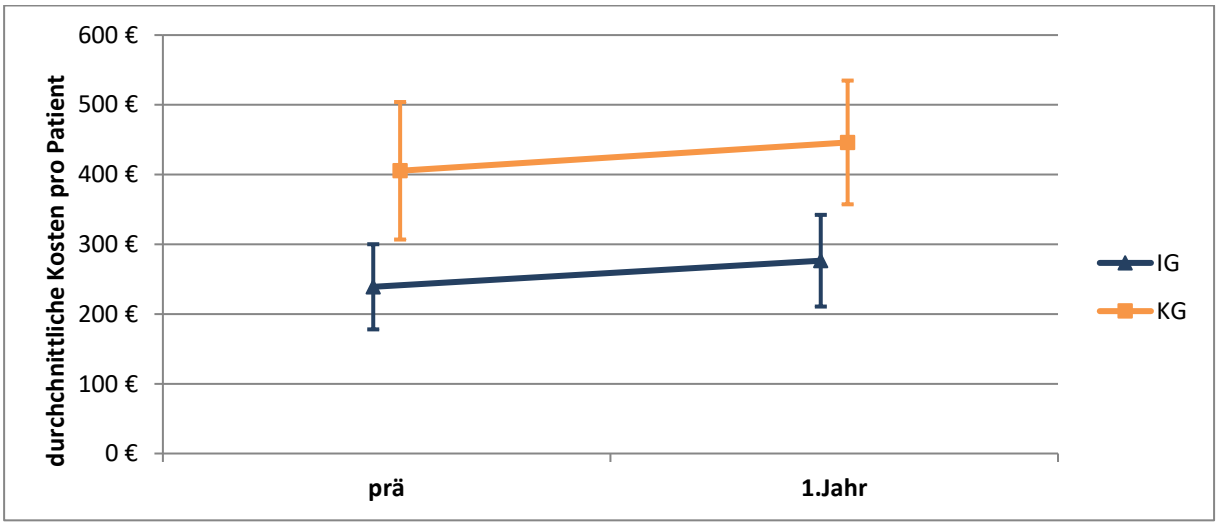
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich im dritten Modelljahr signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 76). Während in der IG die Kosten nahezu konstant blieben, war in der KG ein stetiger Anstieg zu verzeichnen.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	202	211	216	224						
durchschnittliche Kosten	**239,04 €**	**276,47 €**	**405,43 €**	**446,05 €**	**-166,39 €**	**0,005**	**-169,58 €**	**0,003**	**-3,19 €**	**0,963**
Standardabweichung	485,54 €	522,97 €	784,23 €	705,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	22,54 €	29,99 €	27,67 €	47,01 €						
Median	74,57 €	95,33 €	95,49 €	128,05 €						
75%-Perzentil	198,86 €	267,96 €	382,15 €	463,67 €						
Maximum	3.148,45 €	3.319,09 €	4.533,88 €	3.734,16 €						

Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 107)

Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung war die IG im Prä-Zeitraum signifikant günstiger als die KG (p = 0,005; vgl. Tabelle 107 und Abbildung 77). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten leicht an, wobei die IG weiterhin signifikant günstiger war (p = 0,003). Da sich die Kosten zwischen den Gruppen im Zeitverlauf nahezu parallel entwickelten, ergab sich keine signifikant günstigere Kostenentwicklung der IG ggü. der KG (p = 0,963).

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.

Erwachsene

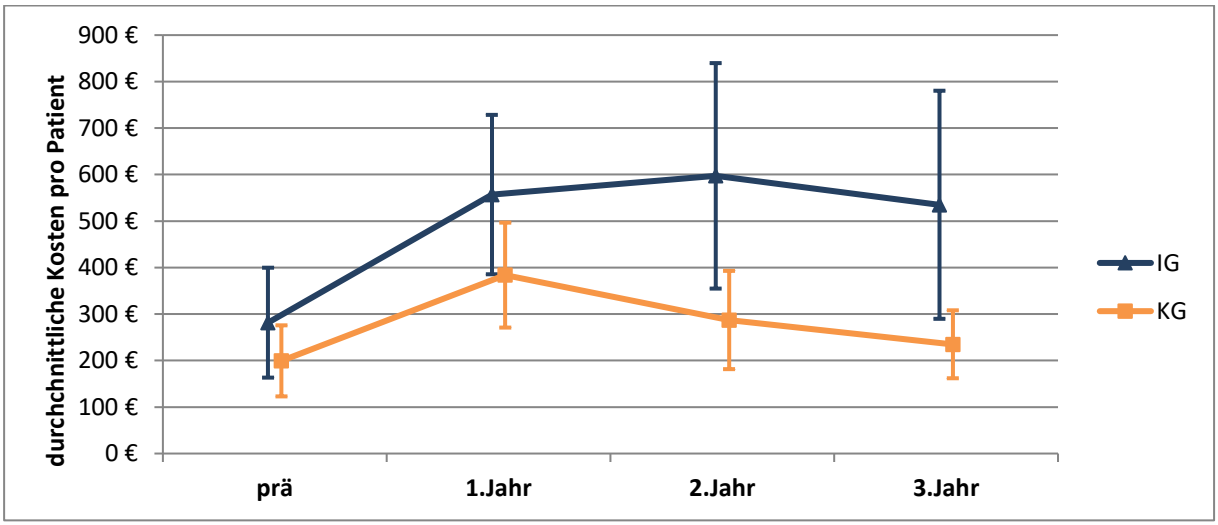
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	129	161	128	122	123	160	127	100
durchschnittliche Kosten	**281,50 €**	**556,98 €**	**597,29 €**	**535,06 €**	**199,34 €**	**383,79 €**	**287,22 €**	**234,99 €**
Standardabweichung	908,57 €	1.317,79 €	1.805,73 €	1.770,15 €	584,89 €	863,90 €	785,33 €	522,00 €
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	24,68 €	181,60 €	120,88 €	84,83 €	14,74 €	111,54 €	44,56 €	16,13 €
75%-Perzentil	191,58 €	600,32 €	522,24 €	387,30 €	166,33 €	366,59 €	234,34 €	255,08 €
Maximum	10.298,18 €	14.200,04 €	19.151,98 €	15.574,49 €	5.372,05 €	7.864,35 €	8.927,55 €	4.119,07 €

Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



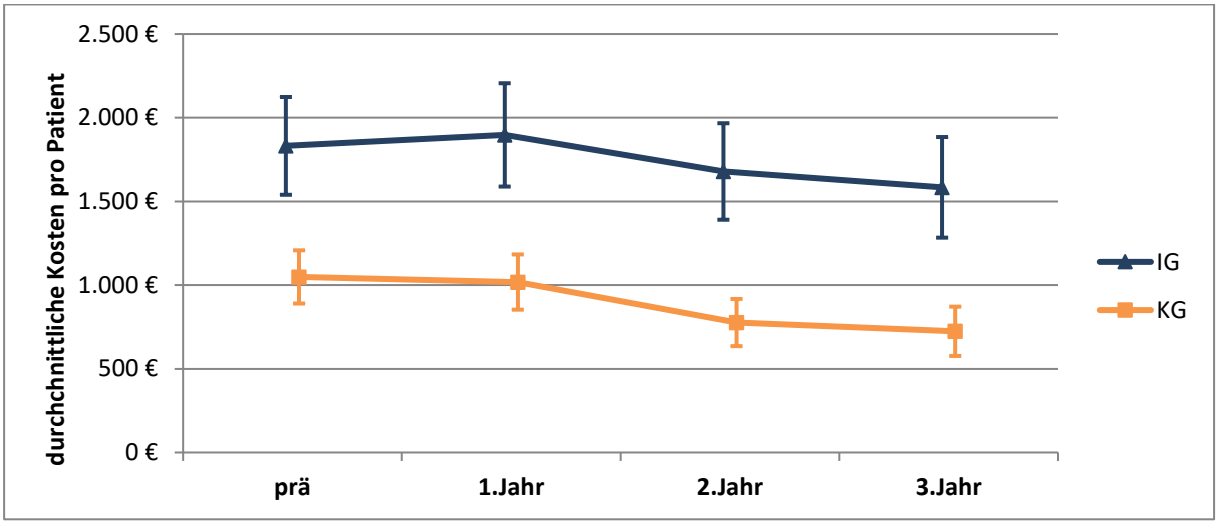
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 108)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	339	341	320	312	337	336	305	280
durchschnittliche Kosten	**1.831,85 €**	**1.897,44 €**	**1.678,90 €**	**1.584,12 €**	**1.048,95 €**	**1.018,36 €**	**776,26 €**	**724,00 €**
Standardabweichung	2.902,21 €	3.065,72 €	2.829,52 €	2.914,31 €	1.570,04 €	1.629,77 €	1.372,92 €	1.392,61 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	168,39 €	202,56 €	180,79 €	136,95 €	133,42 €	122,85 €	84,08 €	56,20 €
Median	644,79 €	705,92 €	608,23 €	533,24 €	464,79 €	440,36 €	304,25 €	301,91 €
75%-Perzentil	2.014,34 €	1.921,30 €	1.675,43 €	1.371,95 €	1.270,67 €	1.132,88 €	827,24 €	772,31 €
Maximum	17.858,18 €	18.248,12 €	17.811,58 €	16.541,25 €	10.693,25 €	10.766,44 €	10.761,66 €	10.924,48 €

Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 109)

Die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr hatten ab dem ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant höhere durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 78). Das jeweilige Kostenmaximum war in der IG dabei deutlich höher als in der KG.

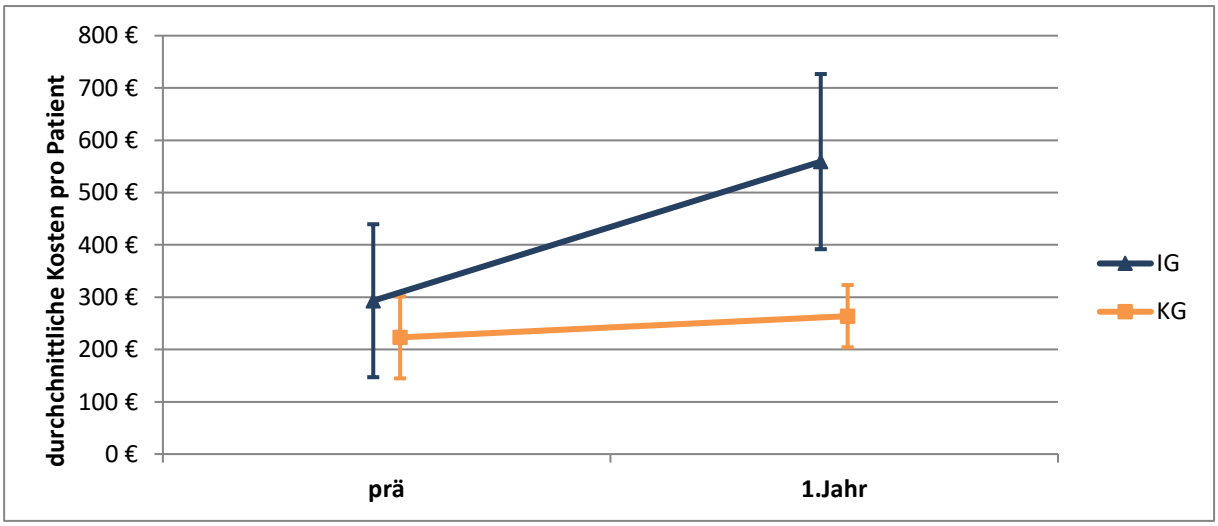
Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein nahezu paralleler Verlauf der durchschnittlichen Psychopharmakakosten (vgl. Tabelle 109 und Abbildung 79). Die IG war dabei in allen vier Beobachtungszeiträumen signifikant teurer als die KG.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	11	19	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**293,25 €**	**559,19 €**	**223,12 €**	**263,71 €**	**70,13 €**	**0,408**	**295,48 €**	**0,001**	**225,35 €**	**0,001**
Standardabweichung	1.317,73 €	1.509,07 €	706,79 €	536,39 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	22,49 €	180,16 €	0,00 €	103,29 €						
75%-Perzentil	203,26 €	532,35 €	137,72 €	292,03 €						
Maximum	19.107,41 €	17.382,03 €	8.251,82 €	5.696,13 €						

Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 110)

Aufgrund der geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die Psychopharmakaversorgung in Anspruch nahmen, lassen sich hierzu keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden treffen (vgl. Tabelle 110 und Abbildung 80).

Kinder und Jugendliche

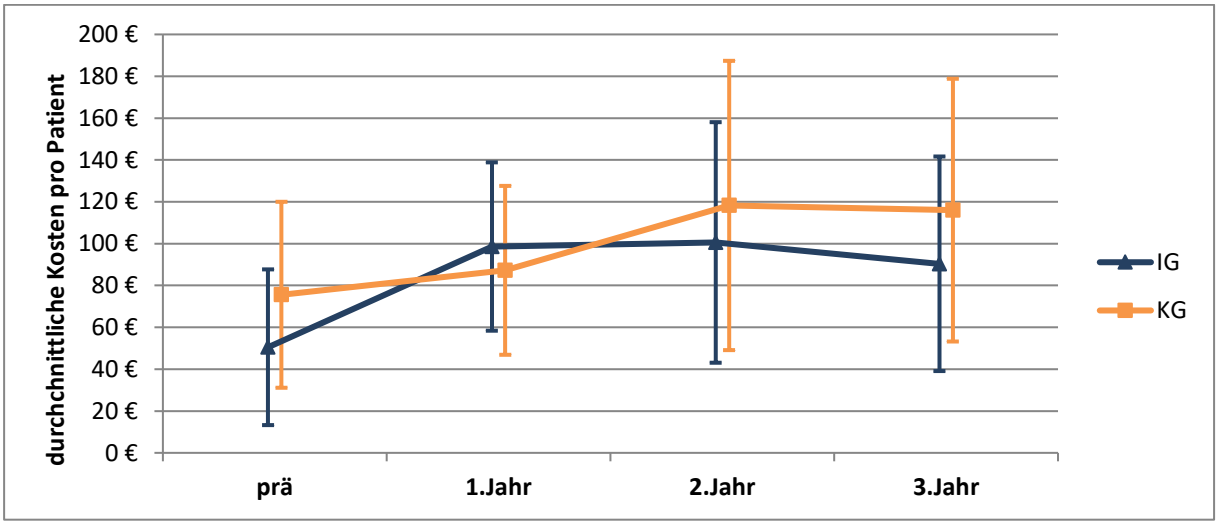
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	18	39	26	25	26	37	30	31
durchschnittliche Kosten	**50,47 €**	**98,62 €**	**100,56 €**	**90,37 €**	**75,55 €**	**87,23 €**	**118,24 €**	**116,02 €**
Standardabweichung	205,39 €	222,01 €	315,94 €	281,80 €	253,54 €	230,28 €	394,40 €	356,75 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	73,25 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	20,91 €	0,00 €	3,56 €
Maximum	1.550,27 €	1.114,18 €	1.898,51 €	2.027,87 €	1.549,57 €	1.315,37 €	3.078,72 €	2.502,68 €

Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



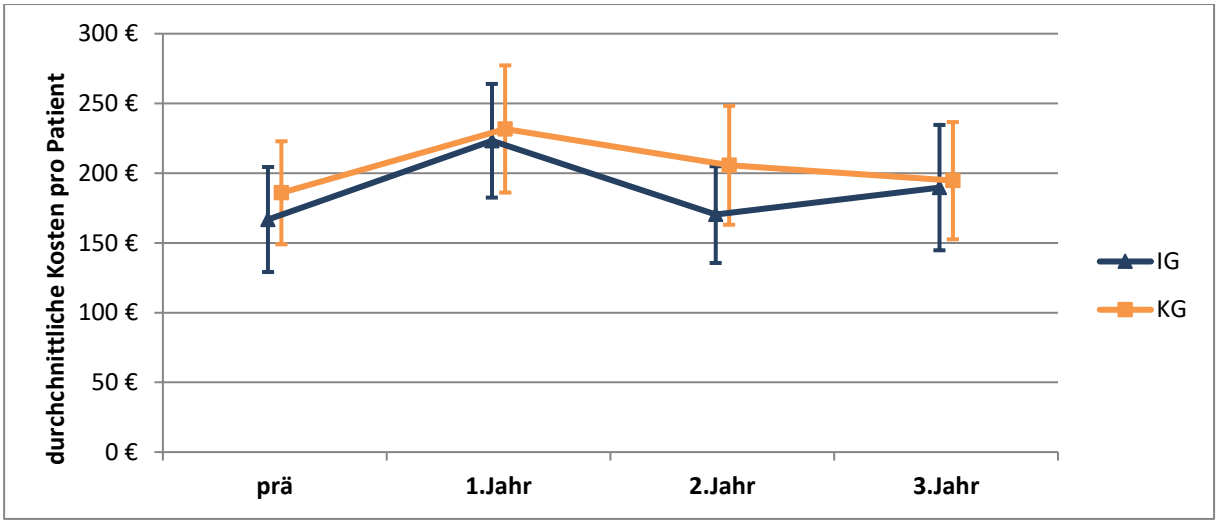
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 111)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	154	187	150	125	142	152	134	129
durchschnittliche Kosten	**166,77 €**	**223,23 €**	**170,28 €**	**189,63 €**	**185,90 €**	**231,67 €**	**205,63 €**	**194,60 €**
Standardabweichung	354,80 €	383,94 €	326,32 €	422,82 €	340,98 €	420,52 €	393,22 €	387,85 €
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	0,00 €	32,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	177,51 €	348,91 €	212,16 €	177,27 €	295,46 €	331,62 €	268,59 €	242,86 €
Maximum	2.990,25 €	3.113,84 €	2.197,50 €	2.598,00 €	2.840,35 €	2.992,87 €	2.734,67 €	2.933,44 €

Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 112)

Die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr unterschieden sich im Zeitverlauf nicht signifikant von der KG bzgl. ihrer durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 81).

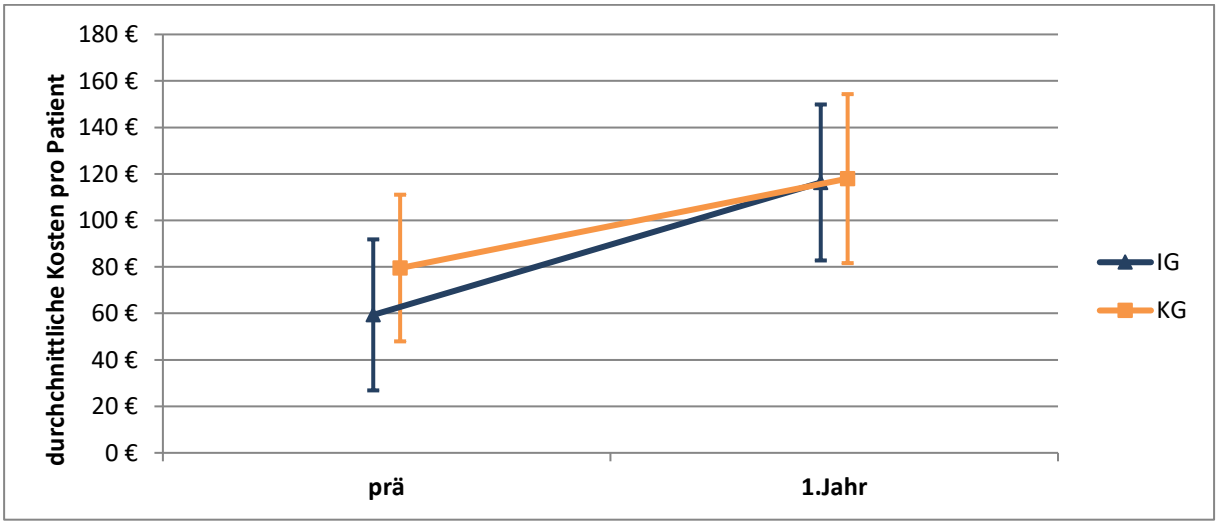
Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein nahezu identischer Verlauf der durchschnittlichen Psychopharmakakosten (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 82). Es ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen den Gruppen.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	<10	13	<10	12						
durchschnittliche Kosten	**59,34 €**	**116,31 €**	**79,50 €**	**117,96 €**	**-20,16 €**	**0,383**	**-1,65 €**	**0,948**	**18,51 €**	**0,264**
Standardabweichung	258,35 €	266,86 €	250,91 €	289,14 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	84,59 €	0,00 €	61,05 €						
Maximum	2.028,13 €	1.774,80 €	1.708,74 €	1.725,36 €						

Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 110)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr die Psychopharmakaversorgung in Anspruch nahmen, lassen sich hierzu keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden treffen (vgl. Tabelle 113 und Abbildung 83).

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.

Erwachsene

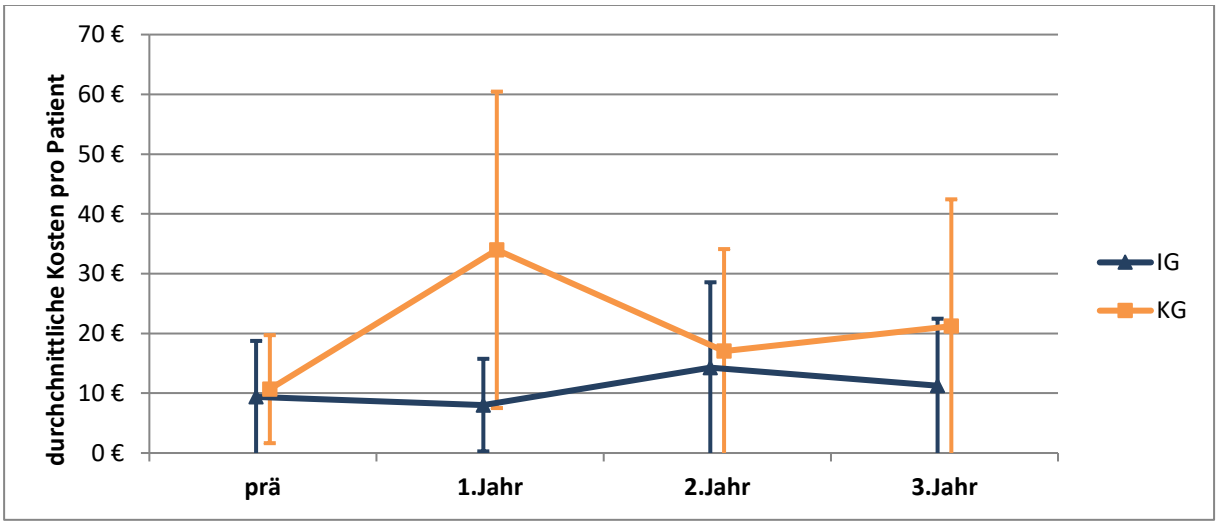
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**9,38 €**	**8,01 €**	**14,28 €**	**11,23 €**	**10,68 €**	**33,99 €**	**17,06 €**	**21,22 €**
Standardabweichung	77,36 €	59,53 €	117,36 €	100,11 €	69,14 €	202,58 €	135,52 €	170,97 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.015,07 €	715,28 €	1.248,38 €	1.217,14 €	609,87 €	2.144,48 €	1.316,70 €	1.807,68 €

Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



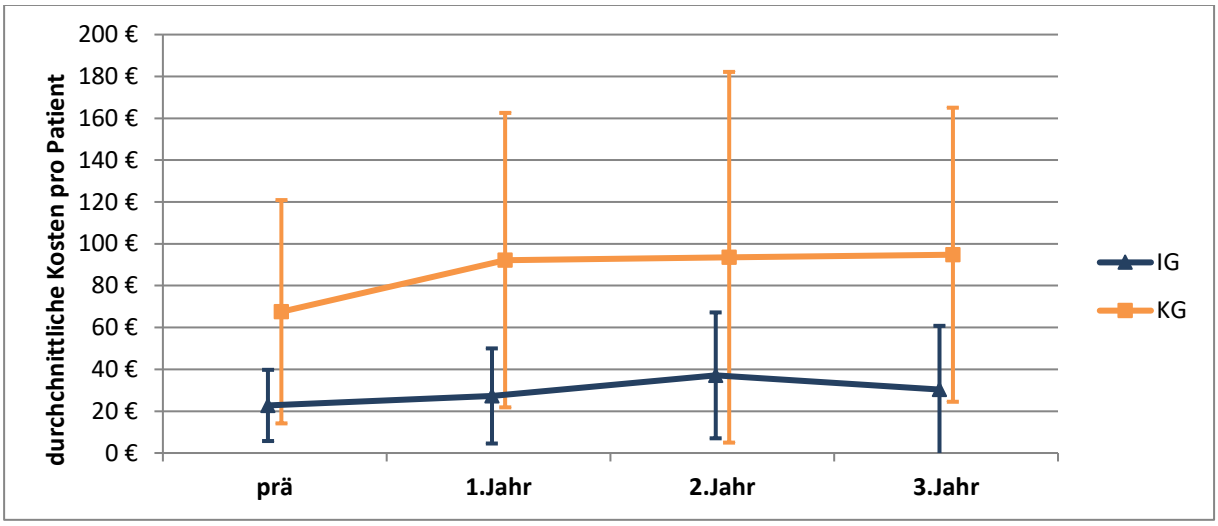
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 114)

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) - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	11	12	<10	<10	10	14	13	16
durchschnittliche Kosten	**22,74 €**	**27,26 €**	**37,11 €**	**30,39 €**	**67,52 €**	**92,18 €**	**93,56 €**	**94,77 €**
Standardabweichung	169,05 €	225,78 €	295,26 €	322,86 €	527,30 €	695,30 €	862,42 €	664,08 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.407,32 €	3.190,24 €	4.348,08 €	5.003,46 €	7.015,10 €	10.407,90 €	14.616,92 €	9.678,80 €

Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 115)

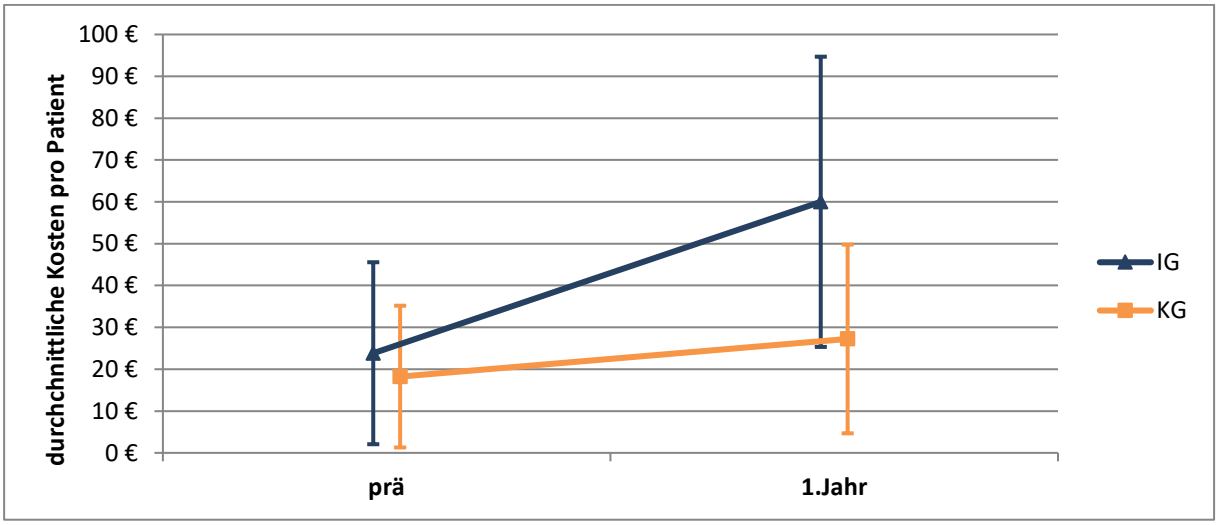
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten (sowohl klinikneu als auch klinikbekannt) mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche psychiatrische Heilmittel in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 114 , Tabelle 115, Abbildung 84 und Abbildung 85).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	11	19	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**23,81 €**	**60,00 €**	**18,23 €**	**27,23 €**	**5,58 €**	**0,692**	**32,77 €**	**0,121**	**27,19 €**	**0,101**
Standardabweichung	196,01 €	312,54 €	152,71 €	203,32 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.633,40 €	3.266,44 €	1.852,80 €	1.842,88 €						

Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 116)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, welche psychiatrische Heilmittel in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 116 und Abbildung 86).

Kinder und Jugendliche

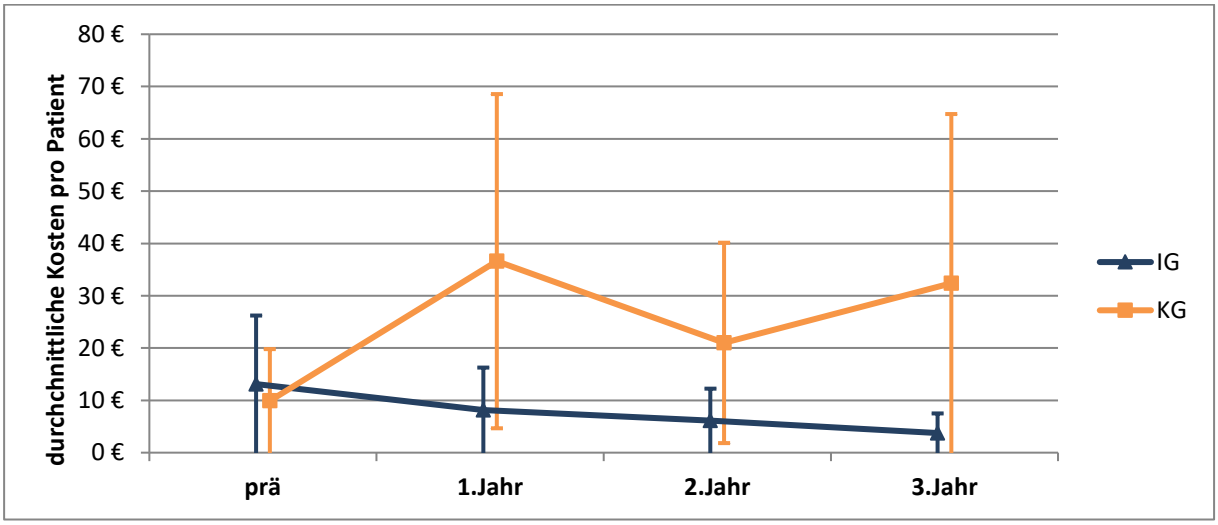
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**13,11 €**	**8,13 €**	**6,12 €**	**3,75 €**	**9,90 €**	**36,61 €**	**20,98 €**	**32,37 €**
Standardabweichung	84,04 €	75,52 €	65,90 €	40,39 €	63,55 €	182,25 €	109,27 €	197,28 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	703,33 €	804,83 €	709,80 €	434,96 €	433,75 €	1.292,05 €	877,80 €	1.360,10 €

Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



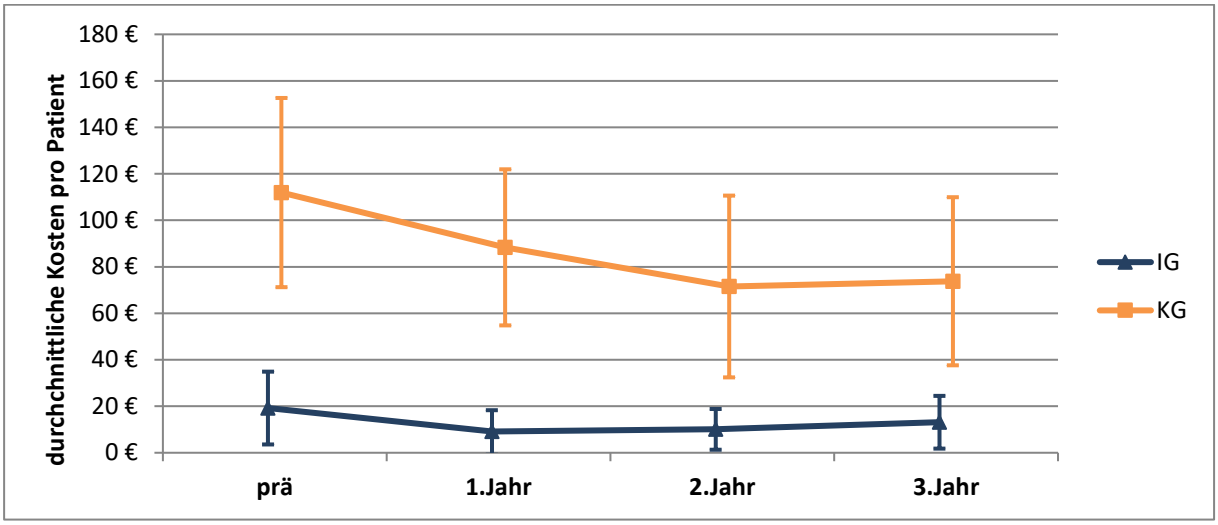
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 117)

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) - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	32	36	19	22
durchschnittliche Kosten	**19,23 €**	**9,16 €**	**10,07 €**	**13,13 €**	**111,93 €**	**88,36 €**	**71,52 €**	**73,78 €**
Standardabweichung	147,50 €	94,19 €	82,43 €	106,77 €	375,45 €	309,80 €	360,71 €	333,58 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.981,35 €	1.570,02 €	995,94 €	1.178,12 €	2.353,12 €	2.152,24 €	4.313,40 €	3.531,35 €

Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 118)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an klinikneuen mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche psychiatrische Heilmittel in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 87).

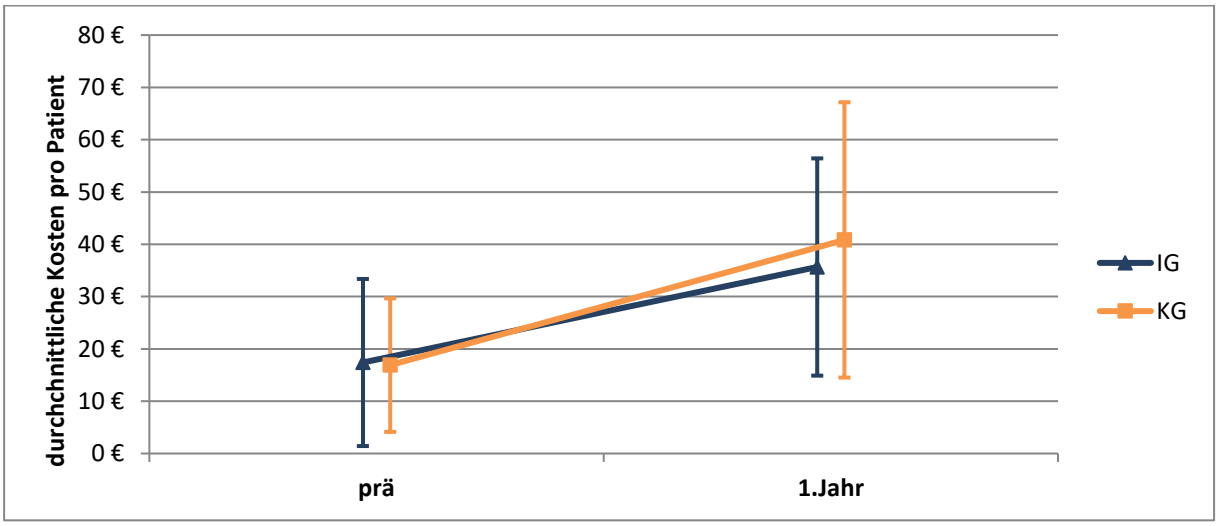
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG über alle Beobachtungszeiträume signifikant im Durchschnitt günstiger, was jedoch auf die relativ zur KG geringe Anzahl an Patienten mit Inanspruchnahme zurückzuführen ist (vgl. Tabelle 118 und Abbildung 88).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	<10	13	<10	12						
durchschnittliche Kosten	**17,40 €**	**35,66 €**	**16,90 €**	**40,84 €**	**0,50 €**	**0,962**	**-5,18 €**	**0,762**	**-5,68 €**	**0,743**
Standardabweichung	127,04 €	165,20 €	101,50 €	209,35 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.517,10 €	1.096,80 €	968,81 €	1.835,82 €						

Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 119)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, welche psychiatrische Heilmittel in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 119 und Abbildung 89).

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

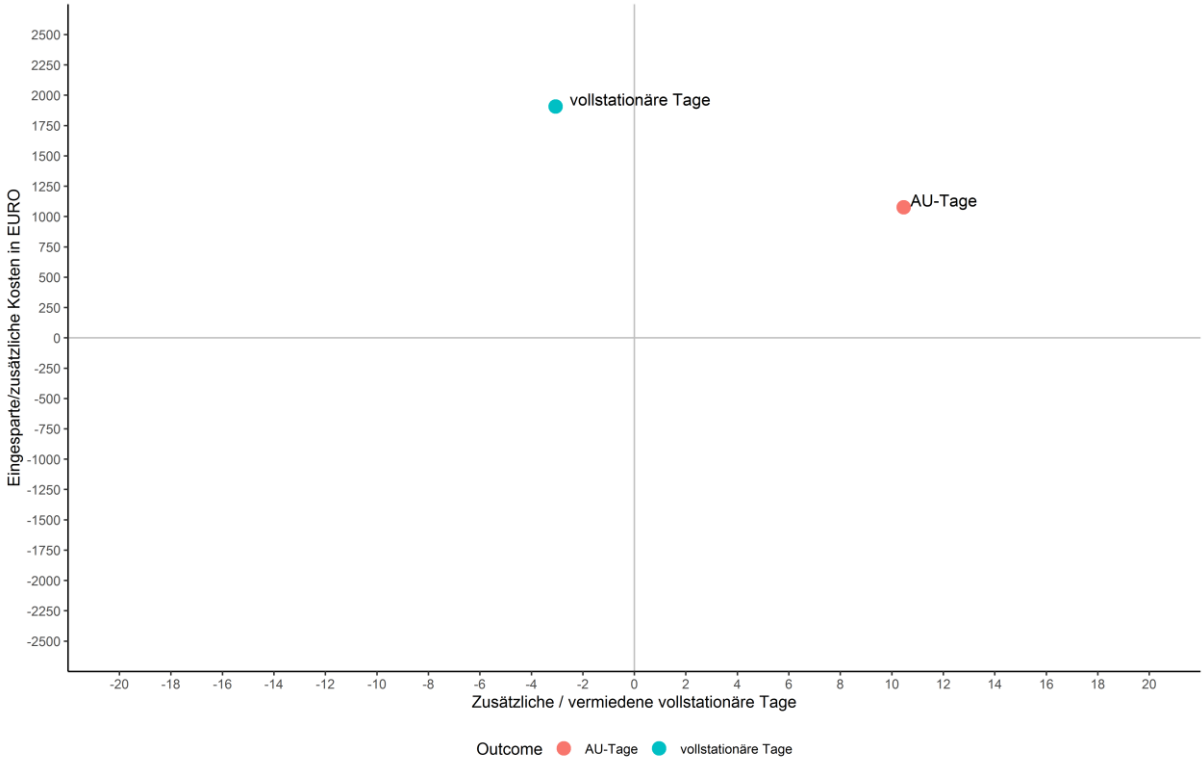
Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum
		N		N		
(eingesparte) Kosten	IG	312	1.108,36 €	312	8.943,13 €	7.834,77 €
	KG	312	1.132,93 €	312	7.060,94 €	5.928,01 €
	Differenz IG-KG		-24,58 €		1.882,18 €	1.906,76 €
	p-Wert		0,916		0,005	0,008
(vermiedene) KH-Tage	IG	312	1,3	312	23,8	22,6
	KG	312	1,2	312	20,7	19,5
	Differenz IG-KG		0,1		3,1	3,1
	p-Wert		0,915		0,209	<0,001
	ICER					-624,25 €

Tabelle 121: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum
		N		N		
(eingesparte) Kosten	IG	160	916,26 €	160	8.057,27 €	7.141,01 €
	KG	178	855,78 €	178	6.921,83 €	6.066,04 €
	Differenz IG-KG		60,47 €		1.135,44 €	1.074,97 €
	p-Wert		0,834		0,173	0,216
(vermiedene) AU-Tage	IG	160	25,4	160	69,0	43,6
	KG	178	19,5	178	73,6	54,0
	Differenz IG-KG		5,8		-4,6	-10,5
	p-Wert		0,404		0,646	<0,001
	ICER					102,73 €

Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene



Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 1.906,76 € je Patient teurer als die KG (p = 0,008; vgl. Tabelle 120). Die IG hatte im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 3,1 zusätzliche vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt (p <0,001). Insgesamt ergab sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -624,25 €. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag entstanden 624,25 € an zusätzlichen psychiatrischen Versorgungskosten (vgl. Abbildung 90).

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 1.074,97 € je Patient teurer, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war (p = 0,216; vgl. Tabelle 121). Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 10,5 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden (p <0,001). Hier ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 102,73 €. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag entstanden 102,73 € zusätzliche psychiatrische Versorgungskosten (vgl. Abbildung 90).

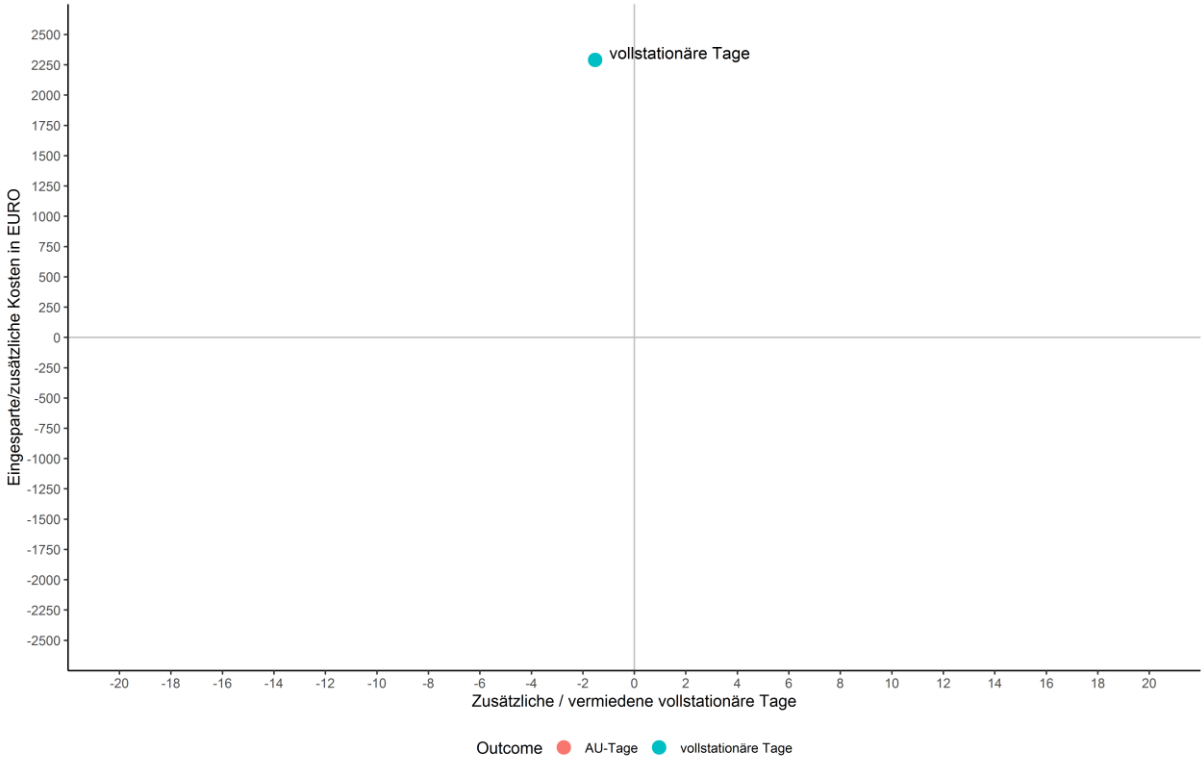
Kinder und Jugendliche

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum
		N		N		
(eingesparte) Kosten	IG	243	911,67 €	243	12.972,49 €	12.060,82 €
	KG	243	1.410,58 €	243	11.181,38 €	9.770,80 €
	Differenz IG-KG		-498,91 €		1.791,11 €	2.290,02 €
	p-Wert		0,168		0,192	0,107
(vermiedene) KH-Tage	IG	243	1,3	243	27,5	26,2
	KG	243	1,0	243	25,7	24,7
	Differenz IG-KG		0,2		1,8	1,5
	p-Wert		0,759		0,636	0,001
	ICER					-1.508,06 €

Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche



Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 2.290,02 € je Patient teurer als die KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war (p = 0,107; vgl. Tabelle 122 und Abbildung 91). Gleichzeitig hatte die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 1,5 zusätzliche vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt (p = 0,001). Insgesamt ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -1.508,06 €. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag entstanden zusätzliche psychiatrische Versorgungskosten in Höhe von 1.508,06 €.

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Klinikum Nordhausen in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus 10 Kontrollklinken (KG).

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen [2] und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen[3]. Dabei wurde bei der Erwachsenepsychiatrie der Großteil der Kontrollpatienten aus den 6 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Bei den Vergleichskliniken der KJP wurde aus allen vier verfügbaren Kontrollkliniken gezogen. 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 Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. Diese treffen sowohl für die Erwachsenenpsychiatrie als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu, außer bei der Arbeitsunfähigkeit (AU), die nur für Erwachsene relevant ist.

1) Unterschiede in der voll- und teilstationären Behandlungsdauer im ersten Modelljahr zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.
2) Es gibt Veränderungen über die Zeit von drei Jahren bei der voll- und teilstationären Behandlungsdauer sowie bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen.

[2] In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

[3] Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

3) Bei den AU-Tagen sind tendenziell Modelleffekte erkennbar.
4) Effekte aus einem Vor-Vertrag sind unter den klinikbekannten Patienten ersichtlich.

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 leicht niedriger als in der KG war (IG: 23,1 vollstationäre Tage; KG: 23,5 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Der Peak im ersten Modelljahr war in der IG nur leicht geringer als in der KG. Jedoch, unter Berücksichtigung der Ausgangswerte im Prä-Zeitraum, war der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation und dem ersten patientenindividuellen Jahr in der IG geringer als in der KG (IG: +20,5 vollstationäre Tage; KG: +22,7 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant.

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. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war bzw. der Anstieg zum ersten patientenindividuellen Jahr geringer war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Interessant ist hier der Vergleich zwischen den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (beide mit einem Jahr Nachbeobachtung). Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr wies die IG statistisch signifikant weniger vollstationäre Tage auf als die KG; während bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr die IG statistisch signifikant mehr vollstationäre Tage aufwies. Hier schien über die Zeit eine Veränderung der Inanspruchnahme vollstationärer Tage stattgefunden zu haben. Während im ersten Modelljahr die klinikneuen Patienten weniger vollstationär versorgt wurden (weniger vollstationäre Behandlungstage), wurden diese im dritten Modelljahr mehr vollstationär im Vergleich zur KG versorgt.

Auch teilstationäre Tage wurden für die Patienten der IG stärker in Anspruch genommen als für Patienten der KG. Der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war für Patienten mit Referenzfall im ersten und im dritten Jahr größer in der IG als in der KG.

Für die Anteile mit mindestens einem stationären Aufenthalt verzeichneten sowohl die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr als auch die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ein stärkerer Anstieg in der IG im Vergleich zur KG. Für das dritte Modelljahr war dieser Effekt statistisch signifikant. Dies weist darauf hin, dass die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nicht nur länger voll- und teilstationär, sondern auch häufiger stationär behandelt wurden.

Bei den *klinikbekannten* erwachsenen Patienten zeigten sich auch vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in beiden Gruppen über die Beobachtungszeit. Im Vergleich zu den klinikneuen Patienten gab es bei den klinikbekannten Patienten nur einen kleinen Peak im Verlauf der stationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Dabei wies die IG vom Prä-Zeitraum bis zum zweiten patientenindividuellen Jahr stets geringere vollstationäre Tage im Vergleich zur KG auf. Der Anstieg der vollstationären Tage vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant geringer als in der KG. Zu beachten ist hier, dass bereits im Prä-Zeitraum ein unterschiedliches Niveau zwischen IG und KG bestand. Dies weist daraufhin, dass bereits vor Modellstart in der IG weniger vollstationäre Tage in Anspruch genommen wurden. Laut Selbstauskunft bei der Befragung der Klinik hatte die Klinik seit 2009 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur durch einen Vor-Vertrag. Dies würden die unterschiedlichen Ausgangswerte der klinikbekannten Patienten erklären. Die Ergebnisse legen zudem nahe, dass darüberhinaus noch inkrementelle spezifische Modelleffektive im ersten Jahr gewirkt haben könnten.

Sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten ist in der Langzeitbetrachtung im dritten Jahr eine Stabilisierung auf ein Plateau bei etwa vier (klinikneu) bzw. sieben (klinikbekannt) vollstationären Behandlungstagen erkennbar. Die Daten lassen darauf schließen, dass es sich hier um einen Bodeneffekt bezüglich der stationären Aufenthaltsdauer handelt. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein stationärer Aufenthalt im psychiatrischen Bereich nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome der *klinikneuen* erwachsenen Patienten mit kürzeren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass die Modellklinik im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klinikneuen Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und der Länge der AU-Dauer hat. Auch war der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung in der IG um 1,4 AU-Tage geringer als in der KG. Vergleicht man jedoch den gleichen Anstieg für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wies die IG einen signifikant größeren Anstieg der AU-Tage auf im Vergleich zur KG ($DiD_{additiv}$ = 4,01 AU-Tage). Beide Kohorten unterscheiden sich nur darin, dass in der Betrachtung des Verlaufs die Patienten ausgeschlossen wurden, die (durch einen Kassenwechsel oder kürzerer Versicherungszeit) im zweiten

oder dritten patientenindividuellen Jahr nicht mehr bei der Krankenkasse vom ersten patientenindividuellen Jahr vollständig versichert waren. Dies traf hier auf acht Patienten zu (Unterschied Anzahl zwischen beiden Kohorten). Drei dieser acht Patienten wiesen eine sehr hohe Anzahl an AU-Tagen auf (>300 Tage). Der Wegfall dieser speziellen Patienten im 3-Jahres_Follow-up erklärt die gegenteiligen Effekte in beiden Kohorten. Betrachtet man die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, dann ist hier eine signifikant geringere Zunahme an AU-Tagen bei den Patienten der IG zu verzeichnen ($DiD_{additiv}$ = -10,46 AU-Tage).

Bei den *klinikbekannten* erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr war der Anstieg der AU-Tage vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr in der IG geringer als in der KG, trotz, dass die KG bereits auf einem größeren Wert startete (dreijährige Nachbeobachtung: Prä-Zeit: IG: 12,9 AU-Tage; KG:23,7 AU-Tage; 1. Jahr: 16,0 AU-Tage; KG: 29,6 AU-Tage). Hier zeigte sich, dass obwohl die IG bereits mit einem niedrigeren AU-Wert startete, sie dennoch weiter unter dem Anstieg in der KG bleiben konnte.

Weiterhin 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 <u>ambulanter Kontakte</u> lässt sich feststellen, dass die Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten für *klinikneue* Patienten in der IG stets größer als in der KG war. Auch der Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verlor dieser Wert an statistischer Signifikanz. Patienten der IG schienen demnach mehr Ärzte mit psychiatrischer/psychologischer Fachbezeichnung in Anspruch genommen zu haben. Im dritten Modelljahr war dieser Effekt nicht mehr ersichtlich.

Bei den klinikbekannten Patienten war dagegen eine höhere Inanspruchnahme der PIA in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Diese höhere Inanspruchnahme erhöhte sich für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr über die dreijährige Nachbeobachtungszeit jedes Jahr weiter (von 1,8 PIA-Kontakte mehr im Prä-Zeitraum auf 4,5 PIA-Kontakte mehr im dritten individuellen Jahr). Klinikbekannte Patienten (und damit Patienten mit einem bereits länger anhaltenden Krankheitsverlauf) scheinen daher im Versorgungsgeschehen besser in der PIA führbar/integrierbar zu sein. Für die klinikneuen Patienten ist (noch) kein wesentlicher Effekt der PIA-Inanspruchnahme zwischen IG und KG ersichtlich. Die absoluten Zahlen der PIA-Inanspruchnahme waren auch bei den klinikbekannten Patienten wesentliche höher als bei den klinikneuen Patienten im Verlauf.

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.

Bezüglich der stationären Wiederaufnahme für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme vergleichbar, die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG größer als in der KG. Dies bedeutet, dass Patienten der IG länger außerhalb des stationären Settings behandelt wurden als Patienten der KG.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen keine Verringerung der Qualität, z.B. im Sinne einer verringerten Behandlungskontinuität oder einer erhöhten Wiederaufnahmerate in der Modellklinik, ersichtlich ist.

Kinder und Jugendliche

Die *klinikneuen* Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr wiesen unter der IG einen geringeren Anstieg vollstationärer Tage vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr als in der KG auf (-7 vollstationäre Tage). Der Verlauf der Inanspruchnahme vollstationärer Tage war ansonsten über den Zeitverlauf vergleichbar. Auch der Peak der teilstationären Tage war zwischen IG und KG vergleichbar. Hier waren die Unterschiede zwischen IG und KG jedoch gering.

Auch bei den *klinikbekannten* Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der IG sehr kleinem, Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über die ersten Jahre in der IG etwas geringer als in der KG. Der Anstieg vom Jahr vor Einschluss in die Evaluation (Prä-Zeitraum) zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG auch geringer als in der KG.

Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar, wobei die IG geringere teilstationäre Tage aufwies im Vergleich zur KG.

Bei den Patienten der KJP scheint sich also eine Verringerung der voll- und teilstationären Tagen abzuzeichnen. Zudem gab es bereits im Prä-Zeitraum der klinikbekannten Patienten eine geringere vollstationäre Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG. Hier scheinen mutmaßliche Effekte des bestehenden Vor-Vertrags sichtbar zu werden.

Betrachtet man jedoch die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ist hier eine statistisch signifikant größere Zunahme der vollstationären Tage in der IG im Vergleich zur KG zu sehen. Auch hier scheint sich, analog der Beobachtungen der Erwachsenenpsychiatrie, eine Veränderung über die Zeit (Vergleich 1. Modelljahr mit 3. Modelljahr) abzubilden.

Bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme bei den *klinikneuen* Patienten der KJP war eine stärkere Zunahme der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr ersichtlich. Der weitere Verlauf der PIA-Inanspruchnahme war zwischen IG und KG vergleichbar. Die ambulante Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war in der IG im gesamten Beobachtungszeitraum um durchschnittlich 2,4 Kontakte niedriger als in der KG. Auch der Anstieg der Kontakte vom Prä-Zeitraum

zum ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG bei den klinikneuen Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant geringer als in der KG. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr waren die signifikanten Effekte nicht mehr ersichtlich. Das heißt, es schien sich eine Veränderung über die Zeit bezüglich der PIA-Kontakte (IG nicht mehr häufigere Kontakte) und Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (nicht mehr weniger Kontakte) abzuzeichnen.

Auch bei den *klinikbekannten* Patienten der KJP zeigten sich vergleichbare Muster der PIA-Kontakte über die Zeit mit einem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und danach Abfall der Kontakte über die Zeit. Dabei war ein größerer Anstieg der PIA-Kontakte im ersten Jahr in der IG im Vergleich zur KG zu verzeichnen. Bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zeigte sich ein kontinuierlicher Anstieg über die Zeit, wobei der Unterschied zwischen IG und KG über die Zeit weiter stieg und die IG stets leicht unter der KG lag. Bereits im Prä-Zeitraum waren hier, analog zu stationären Behandlungstagen geringere Inanspruchnahmen von PIA-Kontakten und Kontakten beim entsprechenden Facharzt zu verzeichnen. Der Vor-Vertrag könnte auch hier auf bereits geringere Ausgangswerte gewirkt haben.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen keine Verringerung der Qualität, z.B. im Sinne einer verringerten Behandlungskontinuität oder einer erhöhten Wiederaufnahmerate in der Modellklinik, ersichtlich ist. Zu beachten gilt hier, dass teilweise Fallzahlen zu gering waren, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

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 das ergänzende Projekt PsychCare gestartet, 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 um 3.210 € signifikant teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Der Kostenunterschied im ersten Jahr war u.a. auf die stark unterschiedlich hohen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 3.481,67 € teurer als die KG. Hinsichtlich Kosten teilstationärer sowie PIA-Leistungen unterschieden sich IG und KG nicht signifikant voneinander. Insgesamt führten also die deutlich höheren Kosten vollstationärer psychiatrischer Versorgung dazu, dass die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten in der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant teurer waren als in der KG.

Die IG der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten in allen vier Beobachtungszeiträumen signifikant teurer als die KG. Der geringste Kostenunterschied ergab sich im dritten Nachbeobachtungsjahr: Hier war die IG um 1.035,66 € je Patient teurer. Der größte Kostenunterschied ergab sich im ersten Nachbeobachtungsjahr: Hier war die IG um 1.355,88 € teurer. Hinsichtlich vollstationärer, teilstationärer, PIA und vertragsärztlicher Versorgungskosten ergaben sich kaum signifikante Kostenunterschiede zwischen IG und KG. Jedoch war die IG hinsichtlich der Psychopharmakaversorgungskosten signifikant teurer als die KG. Kostenunterschiede reichten dabei von 782,90 € (Prä-Zeitraum) bis zu 879,08 € (erstes Nachbeobachtungsjahr). Insgesamt führten also die deutlich höheren Kosten der Psychopharmakaversorgung zu insgesamt höheren Gesamtkosten für die IG im Vergleich zur KG.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient im Zeitverlauf um 1.906,76 € signifikant teurer als die KG ($p = 0{,}005$). Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich teureren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.213,69 € teurer als die KG ($p = 0{,}058$). Ebenso entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG in den teilstationären Versorgungskosten um 413,60 € teurer als die KG ($p = 0{,}092$). Bei den Kosten der Psychopharmakaversorgung entwickelte sich die IG um 225,31 € teurer als die KG ($p = 0{,}001$). Insgesamt führte die teurere Entwicklung in voll- und teilstationären Leistungen zusammen mit höheren Psychopharmakaversorgungskosten zu einer insgesamt signifikant teureren Entwicklung der IG.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG der klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, sowie den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, nicht signifikant voneinander. Entsprechend ist nicht von einer Verlagerung der Versorgungskosten vom stationären in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich auszugehen.

Kinder und Jugendliche

Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede der durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Ebenso ergaben sich keine Unterschiede in den Kosten voll- und teilstationärer Leistungen und PIA-Leistungen.

Bei den klinikbekannten Patienten waren die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG um 1.519,69 € signifikant günstiger als in der KG. Während sich in den vollstationären Versorgungskosten keine signifikanten Kostenunterschiede ergaben, war die IG jedoch im ersten Nachbeobachtungsjahr um 299,77 € signifikant günstiger als die KG. Zusätzlich war die IG bzgl. durchschnittlicher PIA-Kosten, sowie vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung signifikant günstiger als die KG. Insgesamt war die IG also aufgrund niedrigerer Kosten für teilstationäre und PIA-Leistungen, sowie geringerer vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgungskosten insgesamt günstiger als die KG.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient im Zeitverlauf um 2.290,02 € teurer ($p = 0{,}104$). Die durchschnittlichen vollstationären Versorgungskosten entwickelten sich in der IG im Zeitverlauf um 1.763,52 € teurer, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war ($p = 0{,}204$). Bei den durchschnittlichen Kosten für PIA-Leistungen entwickelte sich die IG im Zeiterlauf um 155,35 € günstiger als die KG ($p < 0{,}001$).

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung fielen bei den klinikneuen und klinikbekannten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr signifikant niedriger aus als in der jeweiligen KG. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelten sich die Kosten der IG nahezu parallel zur KG. Insgesamt ist also nicht von einer Verlagerung der Versorgungskosten vom stationären in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich auszugehen.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass sowohl vollstationäre als auch teilweise teilstationäre Tage in diesem Modellprojekt vermieden wurden, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten. Weiterhin ist eine Veränderung über die Zeit und mögliche Effekte des Vor-Vertrages ersichtlich.

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl verschiedener 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 stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen,* sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2020) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patient_innen 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 *Leidlinienadhärenz* nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen in den PIA in Anspruch genommen wurden.

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da

dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Parameters verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Zielparametern strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Prä-Zeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundärdiagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Datennicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit der Zwischenberichte wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen in diesen zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche

Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnoseübereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der durchschnittliche Tagessatz der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall um ca. 75 %, 2015 um ca. 70 % und 2016 ca. 11 % oberhalb des Niveaus der Kontrollkliniken. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr ist an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich

auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierte Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen 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 (6).
- 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 (7). 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 weiter 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 (7). 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. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern. 2010.
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. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. MedCare. 2005;43(11):1130-9.
4. Salize HJ, Kilian R. Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie - Konzepte, Methoden, Analysen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2010.
5. Kilian R, Matschionger H, Löffler W, Roick C, Angermeyer MC. Regressionsanalytische Kostenfunktionen in der Versorgungsforschung: Ein Methodenvergleich am Beispiel der Schizophreniebehandlung. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 2002;7:36-42.
6. 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.
7. 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)	**240**	**240**	**240**	**240**
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)	9,2 %	47,1 %	7,5 %	33,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,4 %	2,1 %	0,8 %	2,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	22,1 %	19,2 %	20,8 %	22,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	2,5	22,3	0,8	23,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,0	10,2	0,2	8,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,6	32,6	1,0	31,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,8	0,1	0,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,8	0,1	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,1	2,8	2,6	3,2

[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	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**386**	**386**	**386**	**386**
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)	22,5 %	21,8 %	24,6 %	25,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,1 %	1,8 %	4,9 %	3,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,5 %	15,8 %	18,4 %	21,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	6,9	9,9	9,5	13,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	1,7	1,5	1,0	1,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	8,6	11,4	10,5	15,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,9	0,6	1,0	1,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,9	0,5	1,0	1,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	2,3	2,0	3,3

[1] Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
[2] Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
[3] Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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)	**136**	**136**	**136**	**136**
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)	8,1 %	30,1 %	4,4 %	22,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,0 %	1,5 %	0,0 %	1,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	5,1 %	2,2 %	3,7 %	2,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	3,3	19,7	0,6	24,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	1,3	4,2	0,0	4,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	4,6	23,9	0,6	29,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,1	0,0	0,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,1	0,0	0,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,2	0,2	0,2	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)

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**364**	**364**	**364**	**364**
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)	18,7 %	16,2 %	16,5 %	15,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,8 %	0,3 %	0,5 %	1,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	2,7 %	5,2 %	2,5 %	2,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	7,9	8,6	8,7	11,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	2,3	2,2	3,2	4,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	10,2	10,8	11,9	15,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,2	0,0	0,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,2	0,2	0,0	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,4	0,1	0,1

[1] Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
[2] Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
[3] Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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)	**240**	**240**	**240**	**240**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**231**	**236**	**235**	**233**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,7	0,0	2,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,4	3,8	2,1	2,6
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	6,4	8,4	6,9	9,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,5	0,4	0,5	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,2	0,1	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	4,9	4,6	6,5	6,3

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**386**	**386**	**386**	**386**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**383**	**381**	**383**	**381**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	14,5	16,7	12,7	14,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	1,1	1,1	1,0	0,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	10,2	9,2	12,3	10,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,5	0,5	0,8	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,8	0,4	0,1	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	20,3	26,5	20,4	18,9

[1] Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.
[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60
[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69
[5] Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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)	**136**	**136**	**136**	**136**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**132**	**131**	**134**	**134**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,0	0,1	2,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	1,0	1,7	2,4	4,6
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	3,1	4,1	3,3	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	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,9	0,7	0,7	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,2	0,2	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	5,1	4,1	3,1	4,8

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**364**	**364**	**364**	**364**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**361**	**361**	**361**	**355**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	3,8	5,9	4,3	5,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	0,3	0,7	0,5	1,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	4,4	4,3	4,8	4,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,9	0,6	0,9	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	8,4	8,1	10,4	8,4

[1] Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.
[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60
[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69
[5] Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

Tabelle 127: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**26**	**272**	**18**	**253**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	3,8 %	2,6 %	5,6 %	4,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	3,8 %	17,3 %	11,1 %	13,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	46,2 %	50,0 %	44,4 %	51,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	3,8 %	13,2 %	11,1 %	9,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,5 %	1,5 %	0,0 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,8 %	0,4 %	5,6 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,4 %	20,2 %	16,7 %	21,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	37,5 %	44,4 %	34,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**106**	**<10**	**121**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	0,9 %	0,0 %	7,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	12,5 %	35,8 %	25,0 %	24,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	62,5 %	50,0 %	37,5 %	47,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,5 %	18,9 %	12,5 %	9,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	37,5 %	3,8 %	0,0 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,5 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,5 %	37,7 %	25,0 %	38,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,0 %	26,4 %	37,5 %	28,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**44**	**<10**	**48**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	38,6 %	50,0 %	37,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	47,7 %	25,0 %	60,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	22,7 %	0,0 %	4,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	66,7 %	6,8 %	0,0 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	40,9 %	50,0 %	43,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	0,0 %	25,0 %	25,0 %	16,7 %

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

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	**23**	**258**	**14**	**236**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	4,3 %	3,9 %	14,3 %	7,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	8,7 %	30,2 %	7,1 %	20,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	60,9 %	68,2 %	71,4 %	72,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,0 %	33,3 %	21,4 %	33,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,7 %	4,3 %	7,1 %	6,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,6 %	14,3 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,0 %	35,3 %	28,6 %	31,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	39,1 %	18,2 %	28,6 %	14,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**104**	**<10**	**111**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	2,9 %	20,0 %	9,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	28,6 %	55,8 %	20,0 %	35,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	85,7 %	76,9 %	60,0 %	70,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,3 %	43,3 %	20,0 %	35,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	28,6 %	6,7 %	20,0 %	11,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,9 %	20,0 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,6 %	59,6 %	60,0 %	52,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	4,8 %	40,0 %	9,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**44**	**<10**	**43**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	4,5 %	0,0 %	2,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	66,7 %	59,1 %	100,0 %	51,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	77,3 %	100,0 %	79,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	43,2 %	0,0 %	39,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	66,7 %	9,1 %	0,0 %	9,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	4,5 %	100,0 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	63,6 %	100,0 %	55,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	4,5 %	0,0 %	2,3 %

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

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	**10**	**239**	**<10**	**218**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,0 %	5,4 %	12,5 %	9,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	30,0 %	41,8 %	12,5 %	28,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	70,0 %	82,0 %	100,0 %	89,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	40,0 %	53,6 %	50,0 %	57,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	20,0 %	7,5 %	12,5 %	10,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	4,6 %	37,5 %	9,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,0 %	47,7 %	37,5 %	42,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	20,0 %	12,6 %	0,0 %	5,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**99**	**<10**	**103**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	4,0 %	0,0 %	11,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	66,7 %	66,7 %	33,3 %	46,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	88,9 %	100,0 %	88,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	66,7 %	66,7 %	33,3 %	61,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	66,7 %	13,1 %	33,3 %	18,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	2,0 %	33,3 %	9,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	71,7 %	66,7 %	67,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	3,0 %	0,0 %	2,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**42**	**<10**	**40**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	7,1 %	0,0 %	7,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	100,0 %	76,2 %	100,0 %	65,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	100,0 %	88,1 %	100,0 %	95,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,0 %	71,4 %	0,0 %	70,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	100,0 %	9,5 %	0,0 %	15,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	50,0 %	4,8 %	100,0 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	81,0 %	100,0 %	75,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %

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

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**116**	**170**	**149**	**229**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,4 %	21,2 %	15,4 %	16,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,8 %	16,5 %	8,1 %	7,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	38,8 %	40,0 %	36,2 %	39,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	5,2 %	8,2 %	8,7 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,6 %	1,8 %	0,7 %	0,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,9 %	4,1 %	2,7 %	0,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,0 %	37,6 %	24,2 %	24,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,4 %	38,2 %	43,0 %	41,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**75**	**105**	**113**	**139**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,3 %	29,5 %	18,6 %	23,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	21,3 %	21,0 %	8,8 %	8,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	41,3 %	39,0 %	38,1 %	41,7 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	2,7 %	8,6 %	8,0 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,0 %	2,9 %	0,9 %	1,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,3 %	2,9 %	3,5 %	0,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,0 %	50,5 %	28,3 %	33,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,7 %	31,4 %	39,8 %	34,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**44**	**68**	**67**	**82**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,3 %	36,8 %	22,4 %	25,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,2 %	20,6 %	10,4 %	9,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	34,1 %	42,6 %	35,8 %	46,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	2,3 %	13,2 %	7,5 %	8,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,3 %	1,5 %	1,5 %	2,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	2,9 %	6,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	57,4 %	34,3 %	37,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,6 %	22,1 %	34,3 %	29,3 %

[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 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**104**	**153**	**122**	**201**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	43,3 %	29,4 %	41,0 %	28,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,3 %	28,1 %	12,3 %	13,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	74,0 %	65,4 %	70,5 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	21,2 %	26,8 %	33,6 %	24,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,9 %	3,9 %	4,1 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	6,5 %	4,1 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,5 %	56,9 %	54,1 %	41,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,5 %	17,0 %	13,9 %	17,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**68**	**91**	**90**	**125**

Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	42,6 %	37,4 %	48,9 %	41,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,5 %	35,2 %	14,4 %	15,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,5 %	63,7 %	76,7 %	69,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	20,6 %	26,4 %	32,2 %	23,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,4 %	6,6 %	4,4 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,4 %	4,4 %	5,6 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,6 %	72,5 %	63,3 %	56,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,9 %	11,0 %	7,8 %	12,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**42**	**57**	**54**	**71**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	52,4 %	43,9 %	50,0 %	52,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,8 %	38,6 %	13,0 %	16,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,2 %	63,2 %	77,8 %	77,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	21,4 %	36,8 %	35,2 %	23,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,4 %	5,3 %	3,7 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	5,3 %	5,6 %	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,2 %	82,5 %	63,0 %	66,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	2,4 %	1,8 %	1,9 %	5,6 %

[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

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	**86**	**133**	**97**	**161**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	58,1 %	34,6 %	57,7 %	34,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,6 %	33,8 %	17,5 %	23,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,4 %	81,2 %	89,7 %	86,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,9 %	45,9 %	53,6 %	46,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,5 %	6,0 %	6,2 %	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	7,5 %	6,2 %	11,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,9 %	67,7 %	75,3 %	59,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,8 %	9,8 %	4,1 %	6,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**54**	**81**	**69**	**99**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	57,4 %	44,4 %	66,7 %	45,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	27,8 %	42,0 %	21,7 %	28,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	92,6 %	79,0 %	89,9 %	87,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	38,9 %	51,9 %	50,7 %	47,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,7 %	9,9 %	7,2 %	6,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	6,2 %	7,2 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	87,0 %	85,2 %	87,0 %	73,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,9 %	7,4 %	2,9 %	3,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**33**	**49**	**41**	**53**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	63,6 %	55,1 %	68,3 %	54,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	21,2 %	42,9 %	22,0 %	35,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	90,9 %	85,7 %	87,8 %	92,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	42,4 %	63,3 %	53,7 %	54,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	8,2 %	7,3 %	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	6,1 %	7,3 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,8 %	95,9 %	90,2 %	90,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

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

Tabelle 128: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**12**	**89**	**<10**	**87**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,7 %	9,0 %	14,3 %	2,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	8,3 %	4,5 %	0,0 %	6,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	16,7 %	21,3 %	28,6 %	19,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	5,6 %	0,0 %	5,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	2,2 %	0,0 %	6,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,2 %	0,0 %	1,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	15,7 %	14,3 %	16,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	58,3 %	67,4 %	57,1 %	62,1 %

[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

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	**11**	**80**	**<10**	**82**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,1 %	22,5 %	25,0 %	7,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,1 %	10,0 %	25,0 %	13,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	63,6 %	56,3 %	75,0 %	47,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	18,2 %	16,3 %	25,0 %	14,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	6,3 %	0,0 %	17,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,0 %	0,0 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,2 %	33,8 %	50,0 %	36,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	27,3 %	26,3 %	0,0 %	28,0 %

[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	
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	**<10**	**72**	**<10**	**73**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	34,7 %	0,0 %	15,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,1 %	20,8 %	33,3 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,8 %	81,9 %	66,7 %	79,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	44,4 %	34,7 %	33,3 %	47,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	6,9 %	0,0 %	24,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	8,3 %	33,3 %	12,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	54,2 %	33,3 %	52,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	8,3 %	0,0 %	4,1 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**76**	**112**	**57**	**98**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,5 %	12,5 %	14,0 %	8,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	3,9 %	1,8 %	1,8 %	3,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	18,4 %	21,4 %	31,6 %	26,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	6,6 %	8,9 %	5,3 %	5,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	1,8 %	1,8 %	1,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,8 %	1,8 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,5 %	16,1 %	17,5 %	12,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	67,1 %	62,5 %	56,1 %	64,3 %

[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 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**58**	**97**	**50**	**98**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	29,3 %	27,8 %	40,0 %	18,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	6,9 %	5,2 %	2,0 %	8,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	50,0 %	66,0 %	64,0 %	59,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	20,7 %	23,7 %	10,0 %	22,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	1,7 %	2,1 %	4,0 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,7 %	4,1 %	6,0 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,2 %	34,0 %	44,0 %	29,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	29,3 %	25,8 %	14,0 %	27,6 %

[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

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	**53**	**91**	**50**	**92**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	66,0 %	53,8 %	66,0 %	37,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	5,7 %	13,2 %	8,0 %	10,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,7 %	86,8 %	90,0 %	83,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	49,1 %	37,4 %	30,0 %	40,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	3,3 %	14,0 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	9,9 %	14,0 %	9,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,8 %	68,1 %	72,0 %	51,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,9 %	6,6 %	4,0 %	8,7 %

[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

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	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungs-zeitraum	**210**	**210**	**203**	**203**	**210**	**210**	**203**	**203**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	13	121	12	118	13	121	12	118
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	34	<10	34	<10	34	<10	34
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	<10	49	<10	51	<10	49	<10	51
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	13	<10	19	<10	13	<10	19
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10

* 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)	15,4 %	18,2 %	8,3 %	21,2 %	7,7 %	13,2 %	8,3 %	16,9 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	12,5 %	12,2 %	0,0 %	13,7 %	0,0 %	12,2 %	0,0 %	9,8 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	0,0 %	8,8 %	0,0 %	5,9 %	0,0 %	5,9 %	0,0 %	8,8 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	0,0 %	7,7 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,3 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **einem Kontaktabbruch** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA1)	177,5	579,3	358,0	815,0	263,0	792,6	358,0	988,4
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	92,0	651,2	0,0	668,3	0,0	778,3	0,0	896,2

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	0,0	458,3	0,0	610,8	0,0	444,5	0,0	509,3
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	0,0	486,0	0,0	693,0	0,0	0,0	0,0	693,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	0,0	0,0	0,0	212,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

[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	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungs-zeitraum	**366**	**366**	**351**	**351**	**366**	**366**	**351**	**351**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	150	149	210	175	150	149	210	175
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	61	68	91	77	61	68	91	77
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	18	22	32	29	18	22	32	29
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	97	105	126	108	97	105	126	108
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	41	50	51	50	41	50	51	50
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	11	16	18	20	11	16	18	20

* 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)	19,3 %	4,7 %	11,0 %	11,4 %	12,7 %	4,0 %	8,1 %	8,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	22,7 %	3,8 %	9,5 %	5,6 %	14,4 %	1,0 %	6,3 %	2,8 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	8,2 %	2,9 %	4,4 %	1,3 %	3,3 %	2,9 %	1,1 %	5,2 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	7,3 %	0,0 %	3,9 %	2,0 %	4,9 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	5,6 %	9,1 %	0,0 %	13,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	9,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **einem Kontaktabbruch** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA1)	255,5	564,7	252,7	645,5	345,1	799,0	317,1	869,7
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	253,5	146,5	200,6	375,0	344,6	204,0	273,8	617,3

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	226,2	381,0	197,1	307,5	253,3	285,8	210,5	363,5
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	250,2	0,0	197,0	307,5	253,3	0,0	0,0	307,5
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	185,7	227,7	0,0	294,6	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	185,7	0,0	0,0	0,0	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.

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)	**240**	**240**	**240**	**240**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**231**	**236**	**235**	**233**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,8%	0,8%	0,0%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**386**	**386**	**386**	**386**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**383**	**381**	**383**	**381**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,5%	1,3%	0,8%	0,5%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	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)

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)	**136**	**136**	**136**	**136**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**132**	**131**	**134**	**134**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**364**	**364**	**364**	**364**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**361**	**361**	**361**	**355**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,0%	0,5%	0,0%	0,3%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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)	**120**	**120**	**123**	**123**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	45	112	53	109
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,5	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	16,4	76,7	25,6	81,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	16,7%	14,2%	26,0%	12,2%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,0	1,0	1,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,0	0,6	0,1	0,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

[1] Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.
[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)	**146**	**146**	**124**	**124**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	41	55	52	55
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,9	1,8	2,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	13,0	15,7	23,2	29,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	3,4%	1,4%	12,9%	5,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,0	1,0	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,3	0,8	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%

[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 aufweisen[1] (alle)	**215**	**191**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	26,5%	29,8%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	100,5	110,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**92**	**94**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	14,0%	15,7%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	112,3	66,0
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**37**	**34**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	5,1%	6,3%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	105,1	53,5

[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)

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (alle)	**127**	**152**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	44,1%	52,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	121,5	109,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**83**	**107**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	29,1%	34,2%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	107,8	112,7
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**56**	**63**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	22,0%	21,1%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	95,4	109,4

[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 aufweisen[1] (alle)	**68**	**72**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	36,8%	27,8%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	81,9	85,6

[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)

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (alle)	**105**	**108**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	34,3%	26,9%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	78,0	144,7

[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)

Tabelle 135: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**240**	**240**
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum		
• Mittelwert	4,4	4,3
• Median	4	4
• (Interquartilsabstand)	2 - 6	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		
• Mittelwert	3,0	2,9
• Median	3	2
• (Interquartilsabstand)	1 - 5	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		
• Mittelwert	1,4	1,3
• Median	1	1
• (Interquartilsabstand)	0 - 2	0 - 2

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**386**	**386**
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum		
• Mittelwert	3,7	4,2
• Median	3	3
• (Interquartilsabstand)	2 - 5	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		
• Mittelwert	3,0	3,3
• Median	3	3
• (Interquartilsabstand)	1 - 4	2 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score[1] (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren		
• Mittelwert	0,7	0,9
• Median	0	0
• (Interquartilsabstand)	0 - 1	0 - 1

Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**240**	**240**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	5,8 %	5,4 %

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**386**	**386**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	2,3 %	2,8 %

Tabelle 137: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

Kinder, klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**136**	**136**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	0,7 %	0,0 %

Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**364**	**364**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	0,3 %	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	**226**	**227**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	51	58
• Jegliche depr. Episode[3]	113	114
• ohne Suchterkrankung [5]	145	161
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	9,8 %	5,2 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	1,8 %	2,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	24,1 %	23,6 %

[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
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	**377**	**375**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	34	52
• Jegliche depr. Episode[3]	117	139
• ohne Suchterkrankung [5]	231	220
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	0,0 %	1,9 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	0,9 %	2,2 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	3,0 %	3,6 %

[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	**363**	**364**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	<10	20
• Jegliche depr. Episode[3]	40	34
• ohne Suchterkrankung [5]	346	354
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	11,1 %	0,0 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	7,5 %	2,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	1,4 %	3,1 %

[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	**498**	**500**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	30	39
• Jegliche depr. Episode[3]	79	63
• ohne Suchterkrankung [5]	471	486
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	10,0 %	2,6 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	8,9 %	1,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	3,2 %	3,5 %

[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

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)		
• Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit[3]	**43**	**52**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	7,0 %	7,7 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**93**	**79**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	9,7 %	2,5 %

[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)		
• Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz[1]	**97**	**106**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	5,2 %	5,7 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
• Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz[3]	**19**	**27**
• Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern[4] oder Memantine[5]	73,7 %	59,3 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**56**	**53**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	30,4 %	45,3 %

[1] ICD-10: F00, F01, F02, F03 (ambulant oder stationär), inzident
[2] MRT – Untersuchung des Neurocranium (mit/ohne Kontrastmittel): OPS: 3-800, 3-820; EBM (gesamt): 34410
[3] ICD-10: F00
[4] 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)		
• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode[1]	**142**	**167**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	62,7 %	54,5 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**118**	**110**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	6,8 %	10,9 %

[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)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[2]	**86**	**96**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	94,2 %	92,7 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**22**	**26**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	100,0 %	88,5 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[5] und Langzeitmedikation[6]	**<10**	**10**
• Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen[7] und antipsychotischer Medikation[3] innerhalb von sechs Monaten	0,0 %	40,0 %

[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

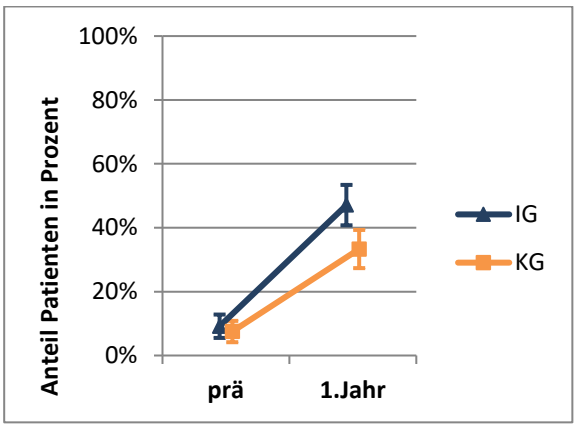
Legende für die folgenden Abbildungen:

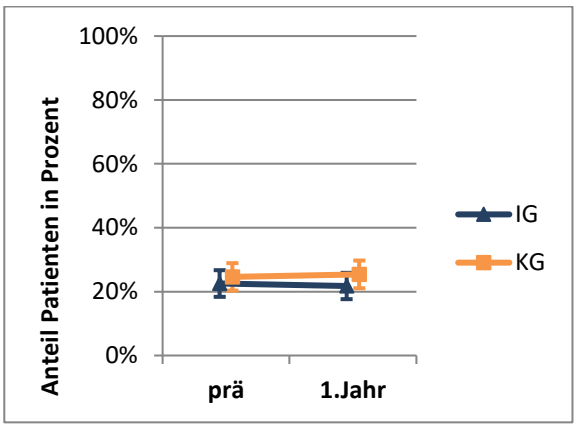
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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)**

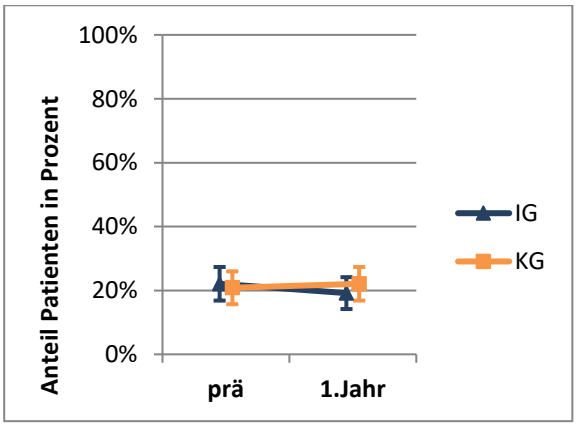


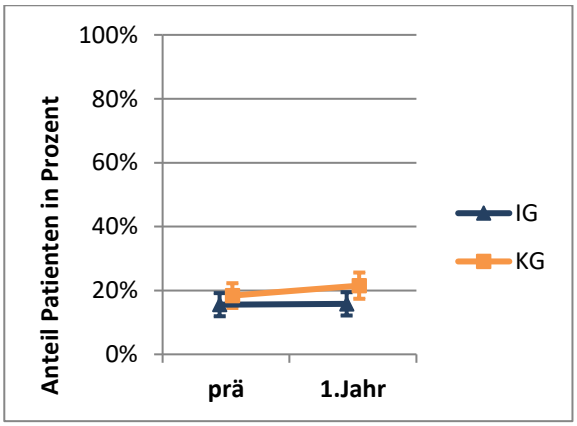


- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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

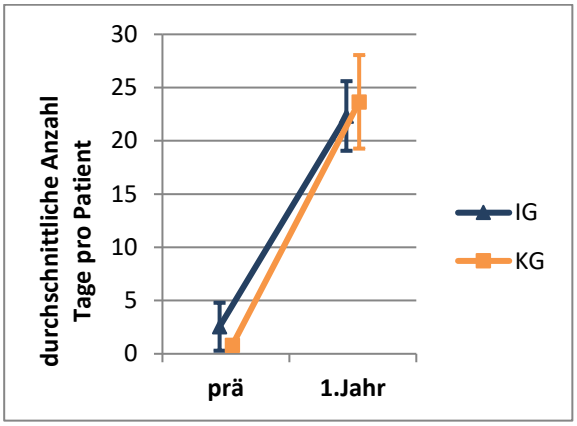


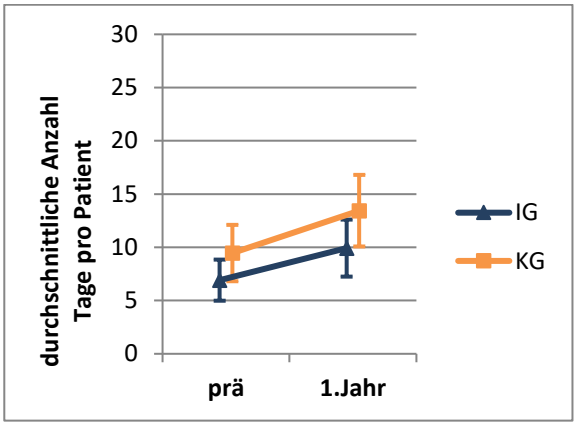


Erwachsene, klinikneue Patienten **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

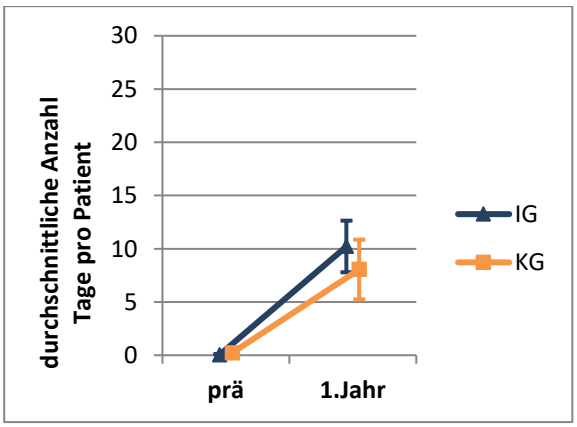
Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

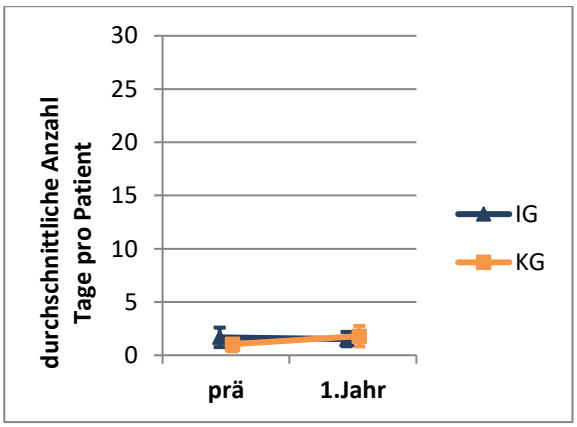
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**





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

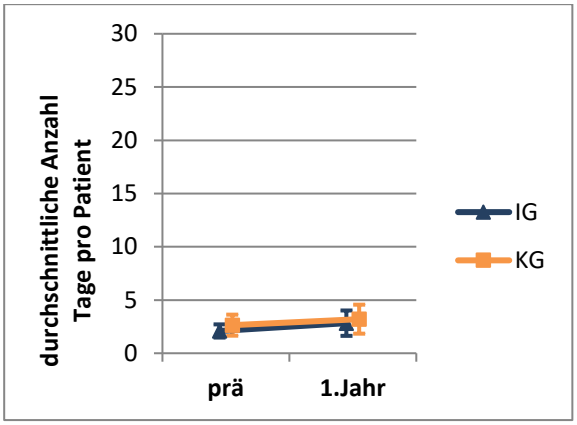




- **andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär**

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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



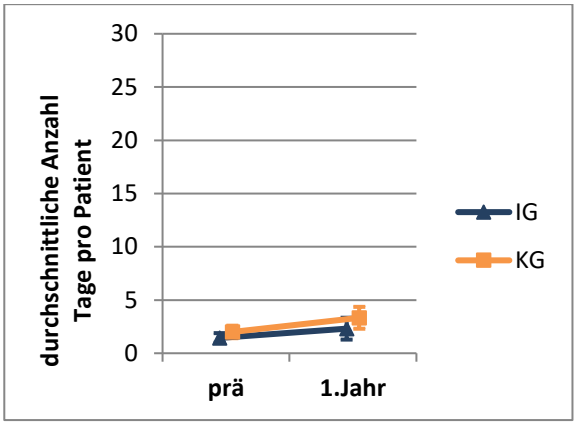


Abbildung 93: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche

Legende für die folgenden Abbildungen:

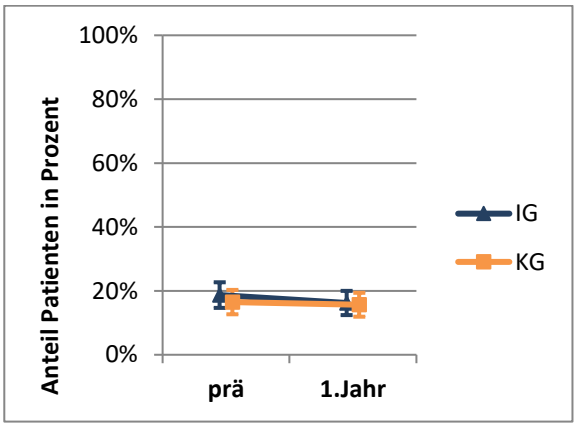
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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)**

Fallzahl zu klein



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

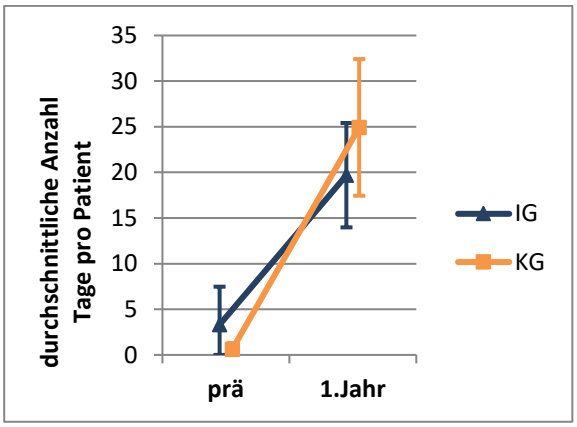
- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

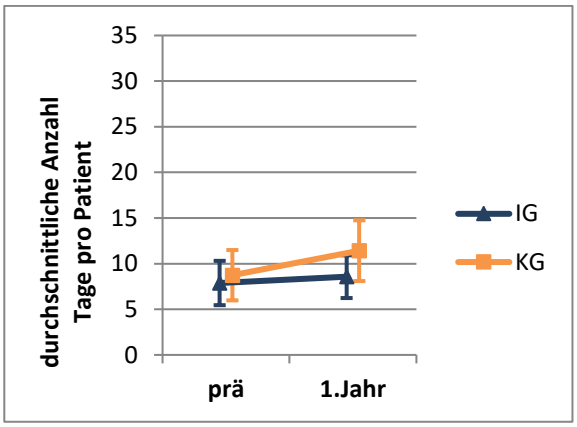
Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

Kinder, klinikneue Patienten **Kinder, klinikbekannte Patienten**

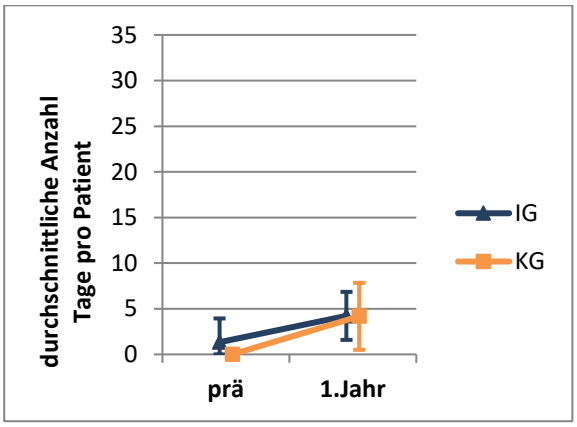
Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

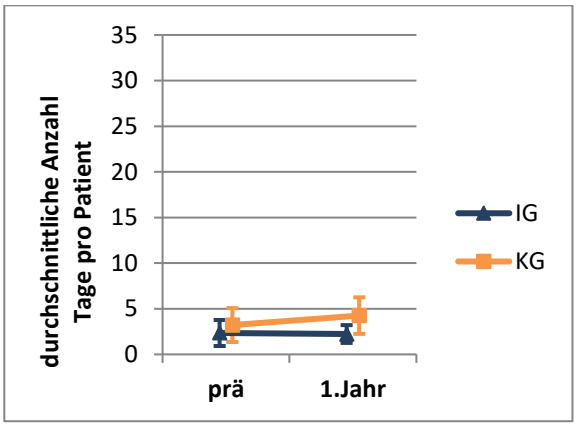
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**





- **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:

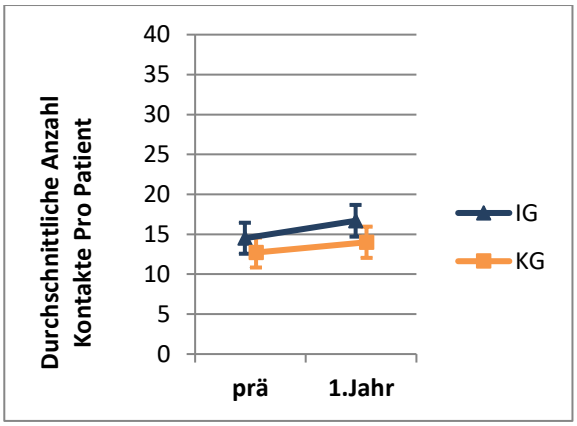
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

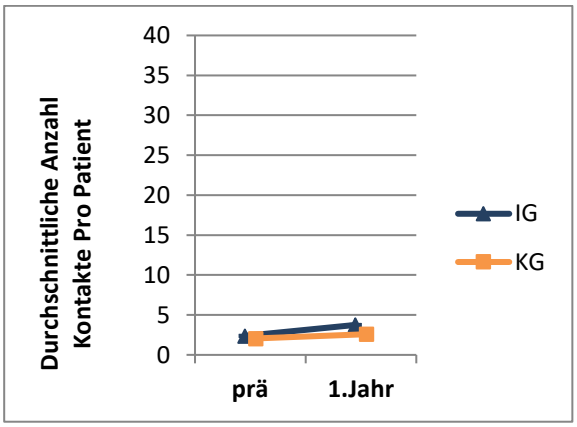
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

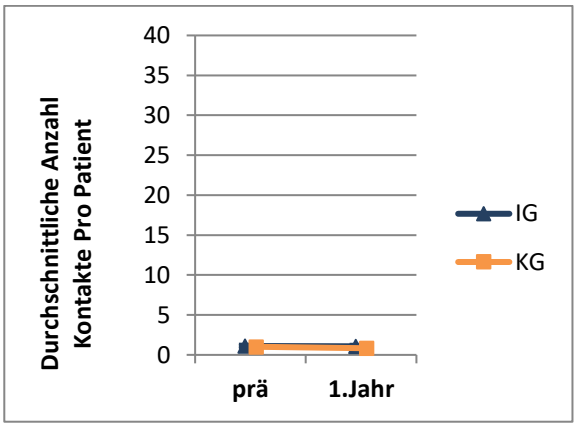
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**

Fallzahl zu klein

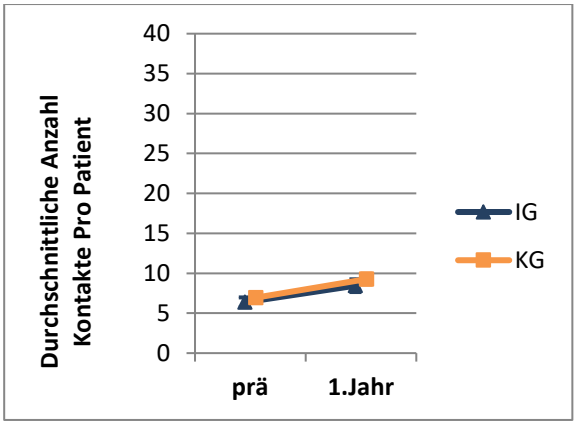


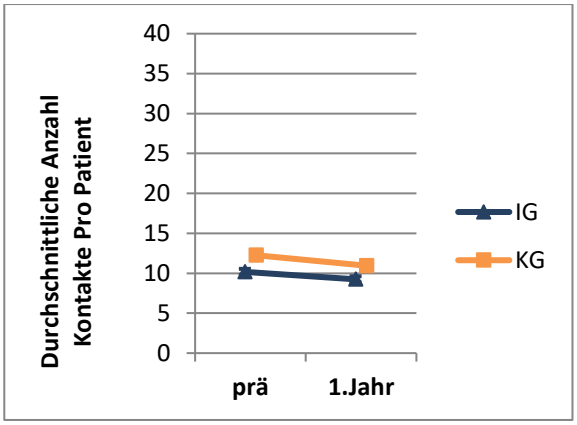
- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)**





- **bei anderen Vertragsärzten (E)**





Erwachsene, klinikneue Patienten **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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

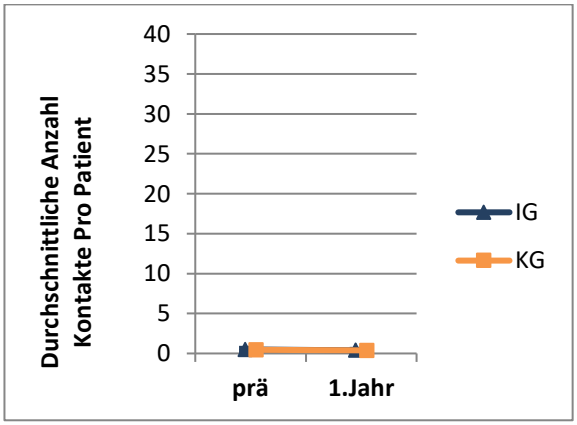
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

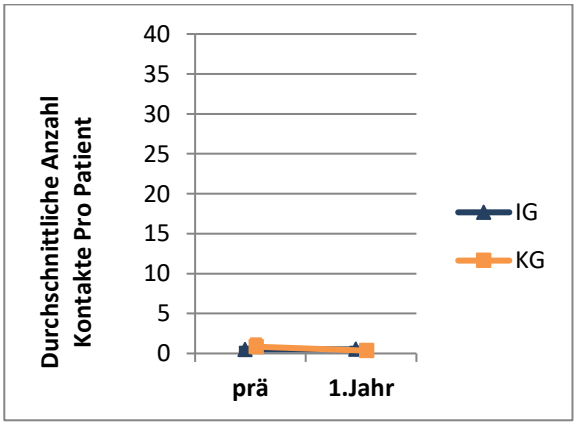
Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



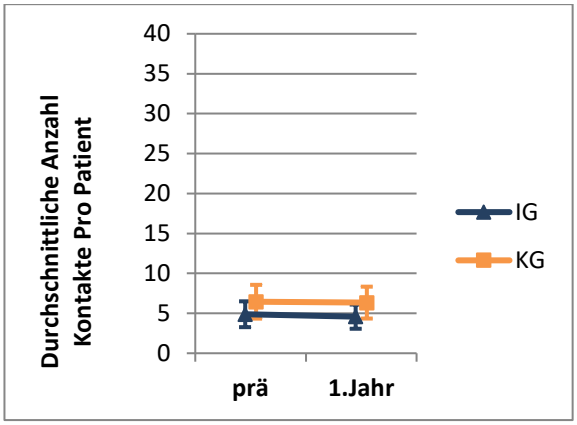


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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



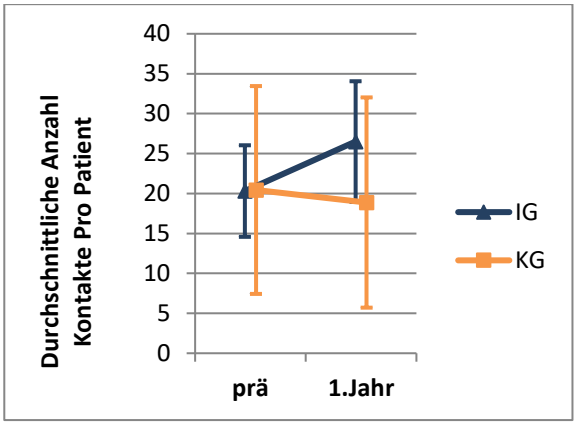


Abbildung 95: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

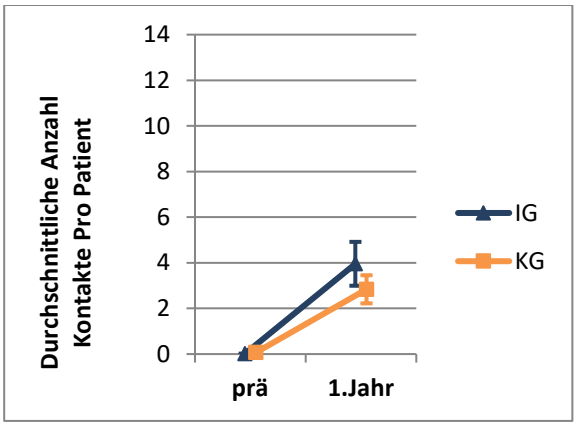
Legende für die folgenden Abbildungen:

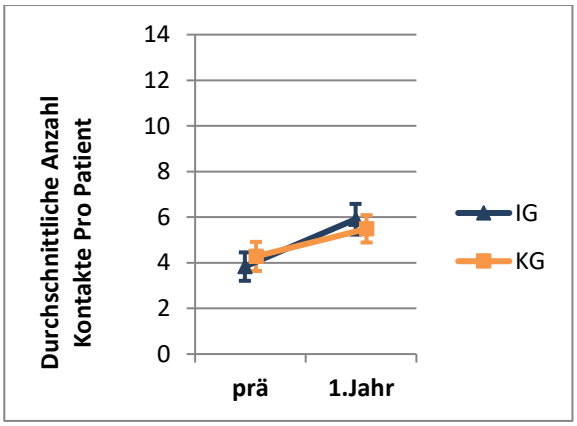
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kinder, klinikneue Patienten **Kinder, klinikbekannte Patienten**

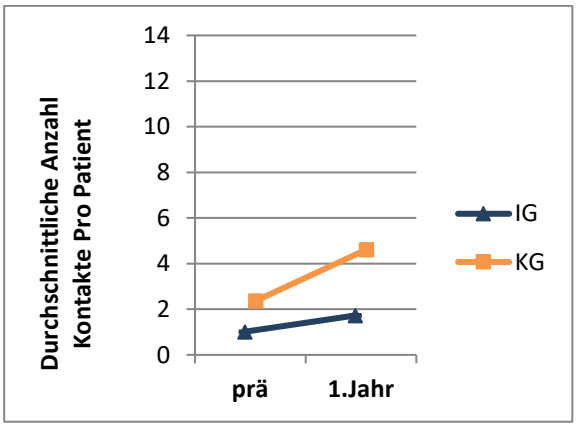
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

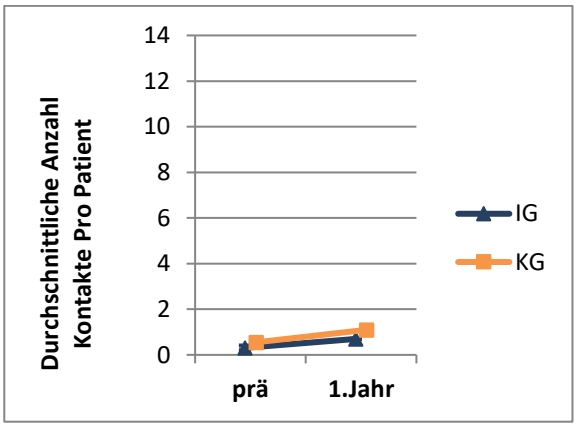
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



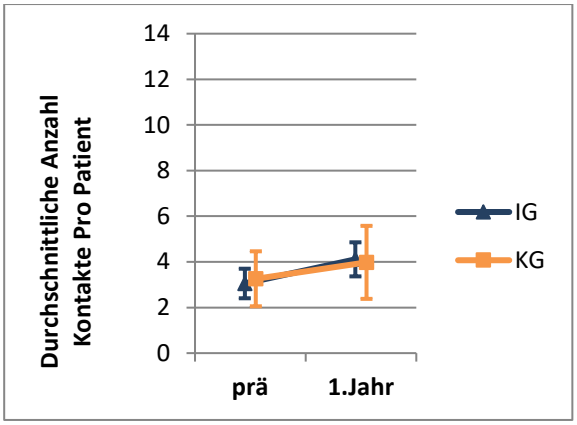


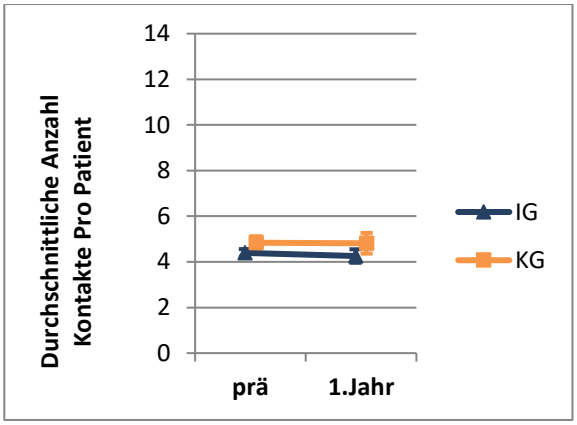
- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)**





- **bei anderen Vertragsärzten (E)**





Kinder, klinikneue Patienten **Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

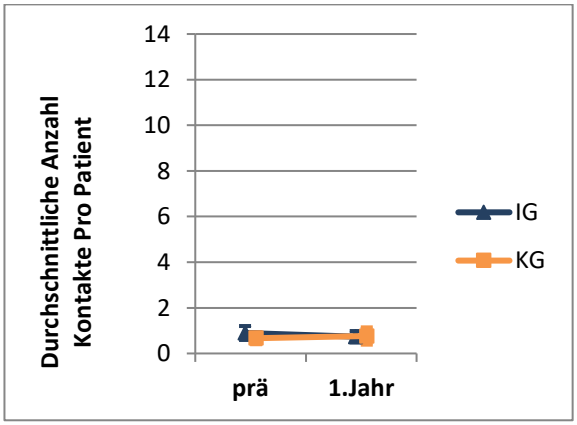
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

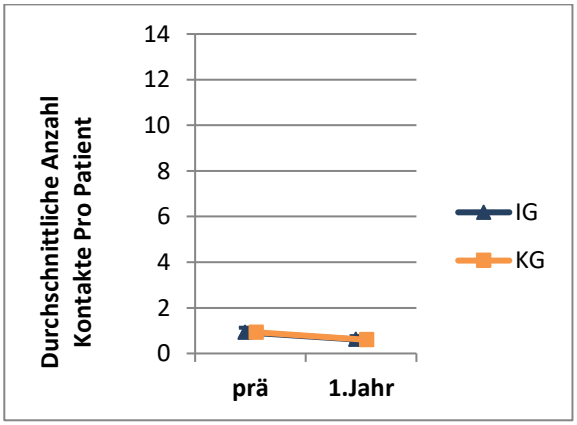
Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



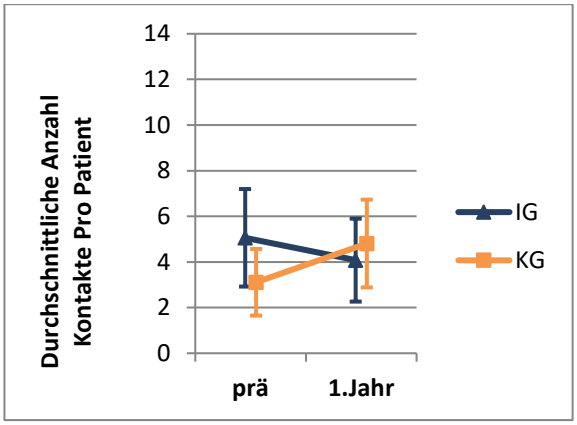


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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



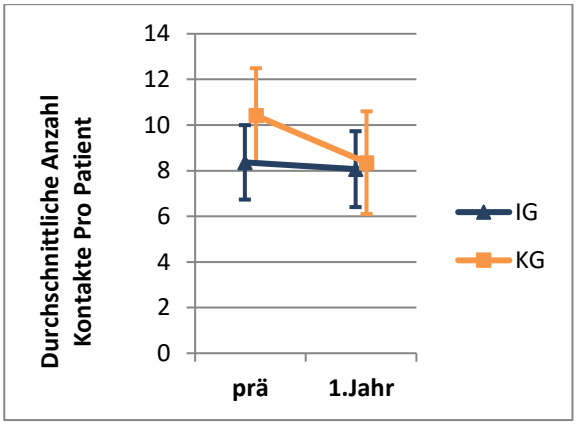


Abbildung 96: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

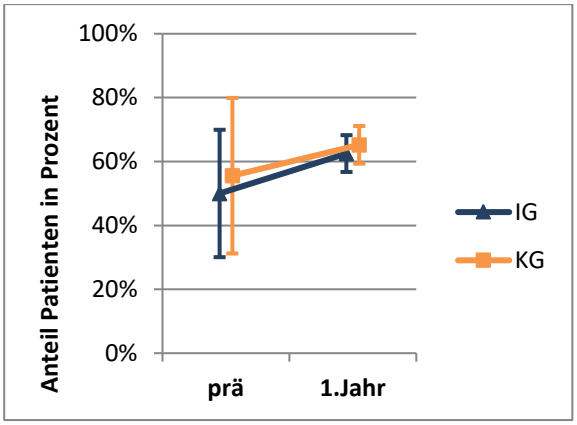
Legende für die folgenden Abbildungen:

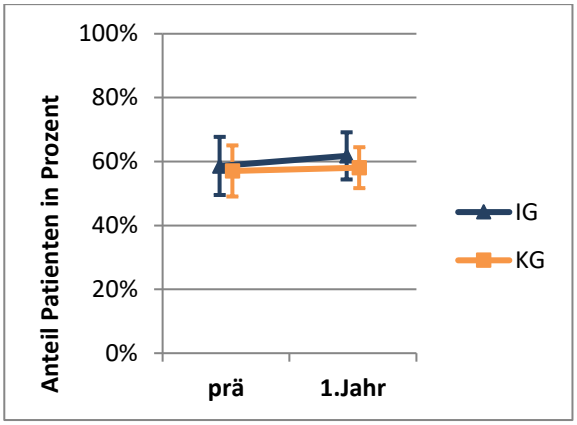
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten | **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

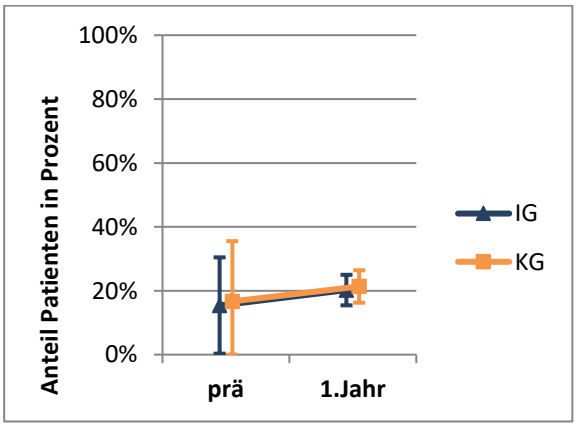
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

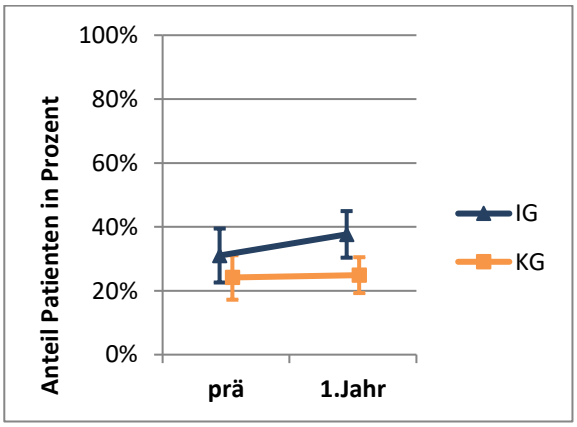
- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

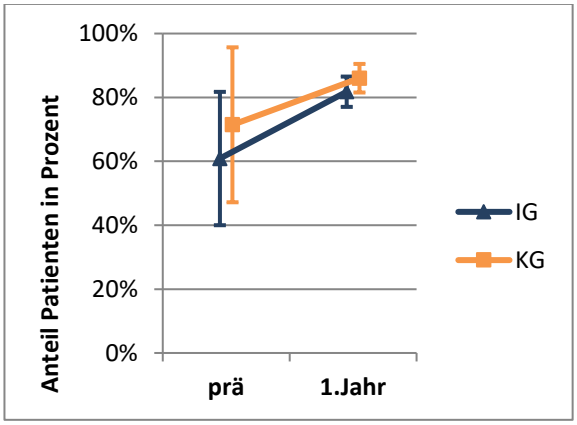


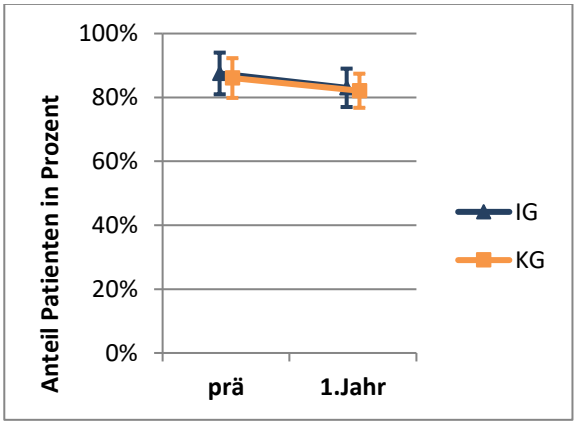


Erwachsene, klinikneue Patienten | **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

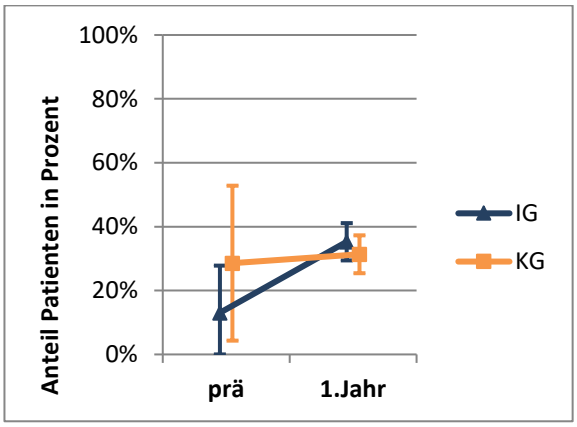
Kontakt innerhalb von 30 Tagen

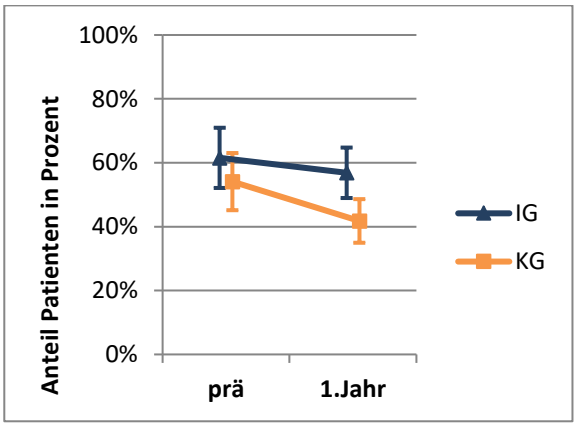
- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

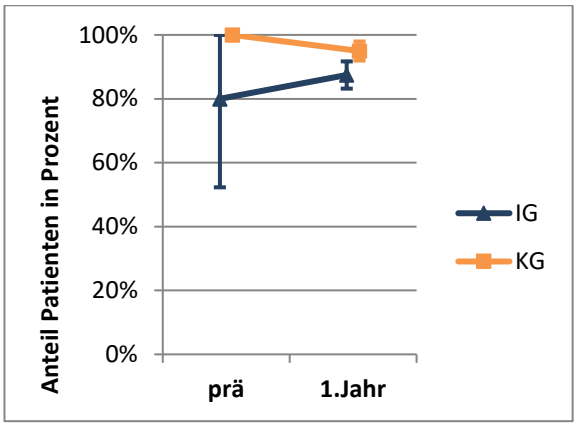


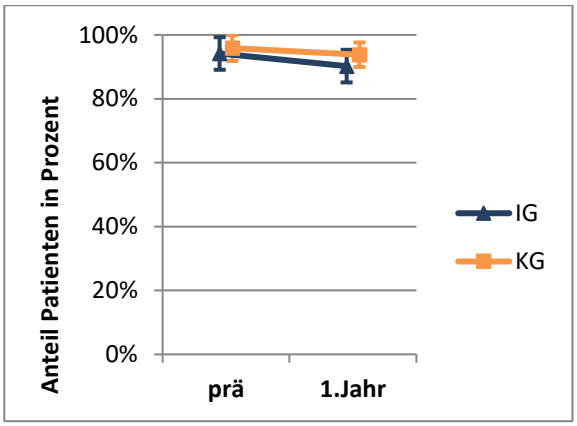


Erwachsene, klinikneue Patienten | **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

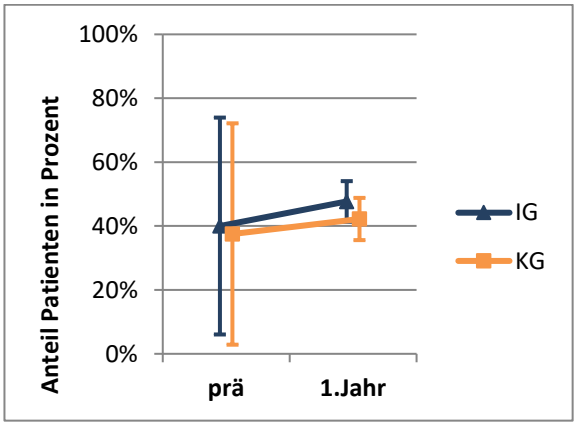
Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



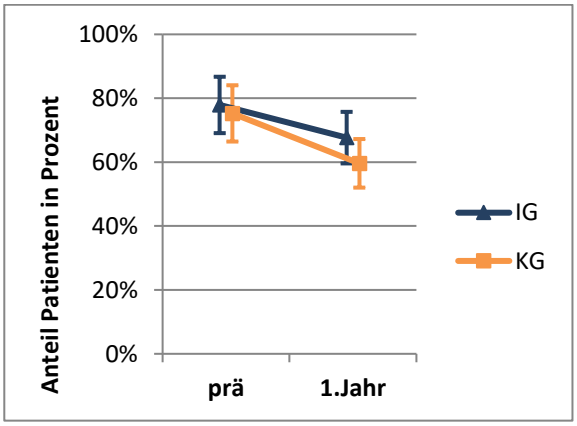


Abbildung 97: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

Legende für die folgenden Abbildungen:

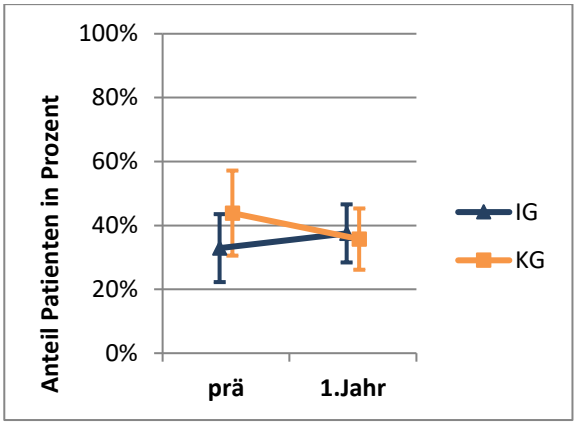
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kinder, klinikneue Patienten | **Kinder, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**

Fallzahl zu klein



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

Fallzahl zu klein

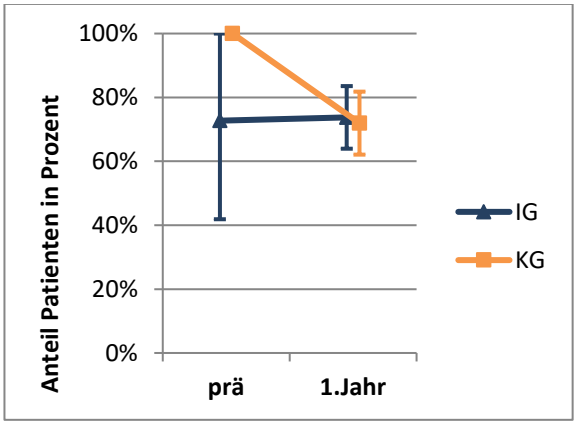
Fallzahl zu klein

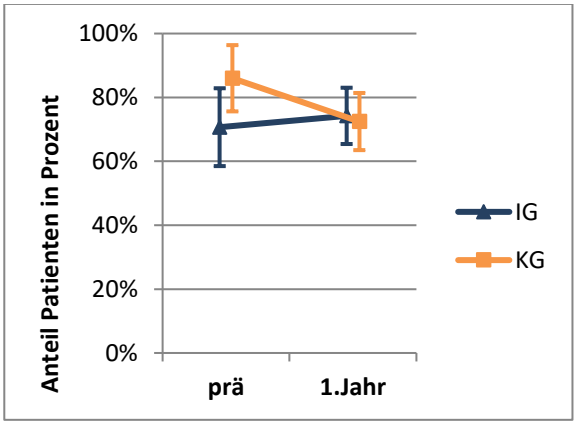
Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

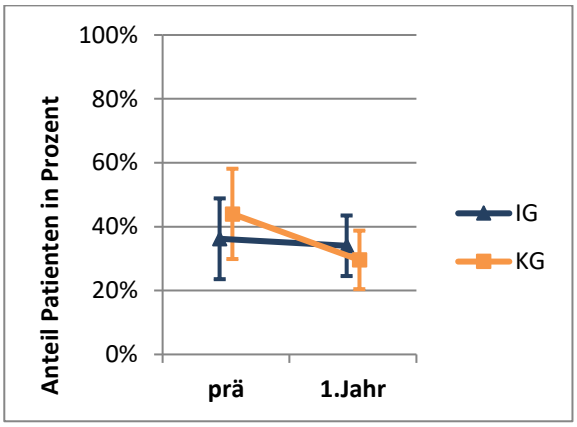
- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

Fallzahl zu klein

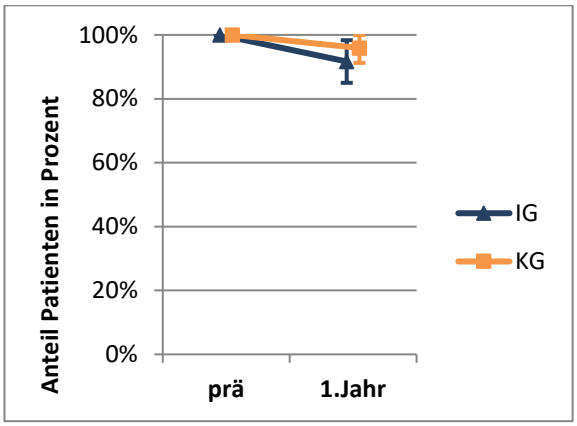


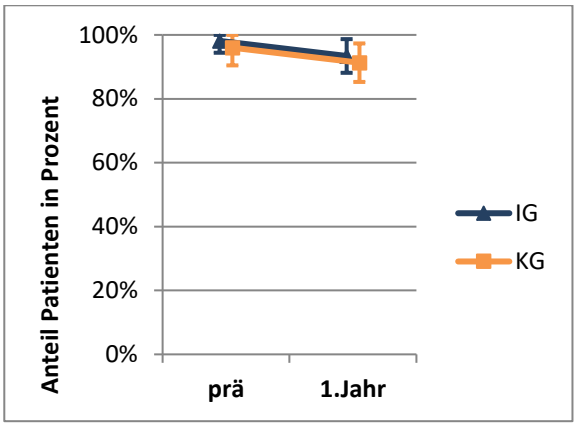
Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

Fallzahl zu klein

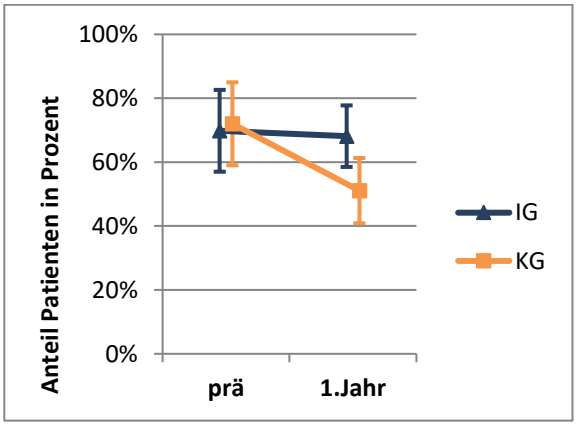


Abbildung 98: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

Legende für die folgenden Abbildungen:

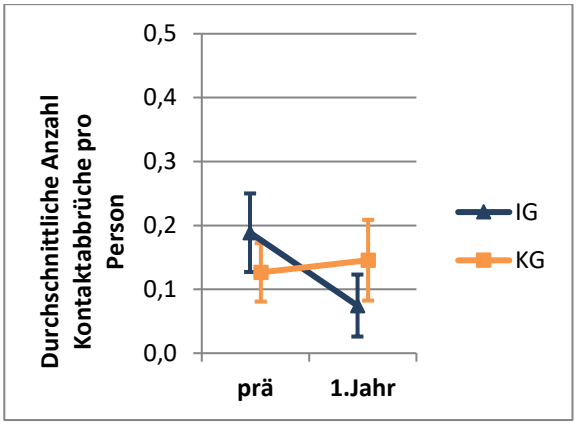
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten | **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

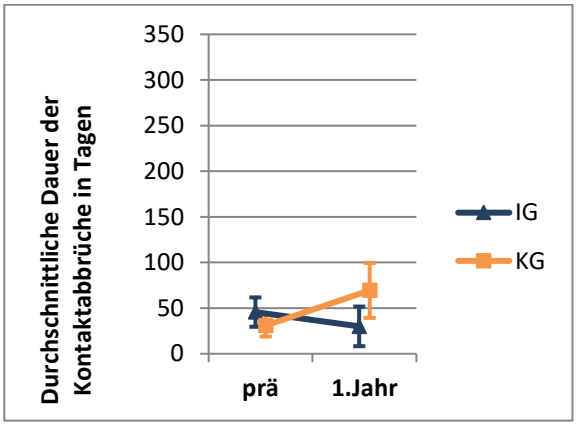


Erwachsene, klinikneue Patienten | **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein



	Erwachsene, klinikneue Patienten	Erwachsene, klinikbekannte Patienten
> 180 Tage, Anteil Patienten		
- **Schwere Psychische Störung A**		
	Fallzahl zu klein	Fallzahl zu klein

	Erwachsene, klinikneue Patienten	Erwachsene, klinikbekannte Patienten
> 180 Tage, Dauer		
- **Schwere Psychische Störung A**		
	Fallzahl zu klein	Fallzahl zu klein

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 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

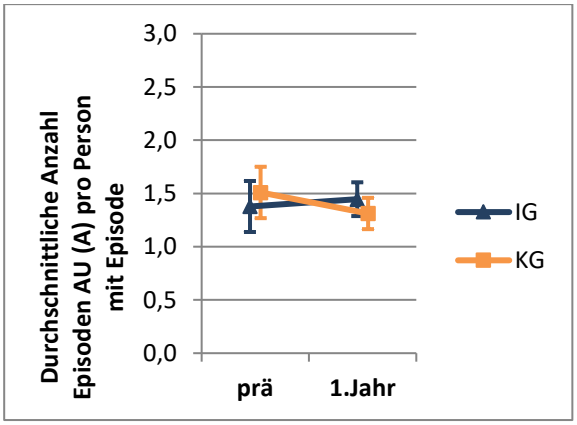
Legende für die folgenden Abbildungen:

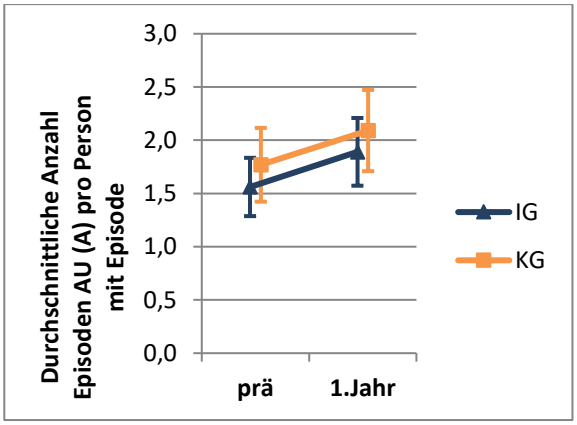
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Erwachsene, klinikneue Patienten | **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

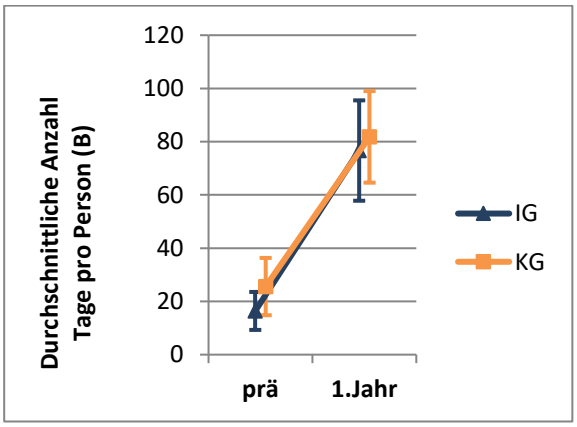
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

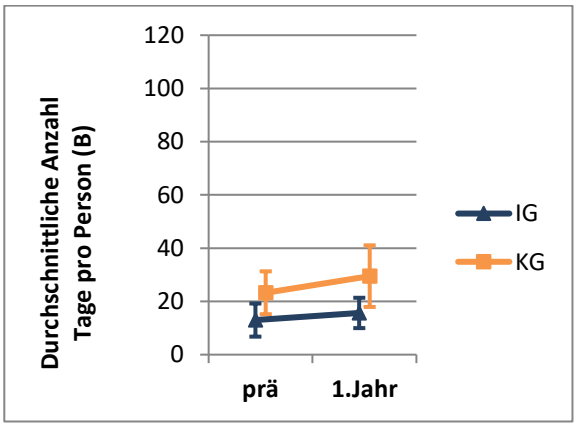
- **Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode**





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





Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Fallzahl zu klein | Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein | Fallzahl zu klein

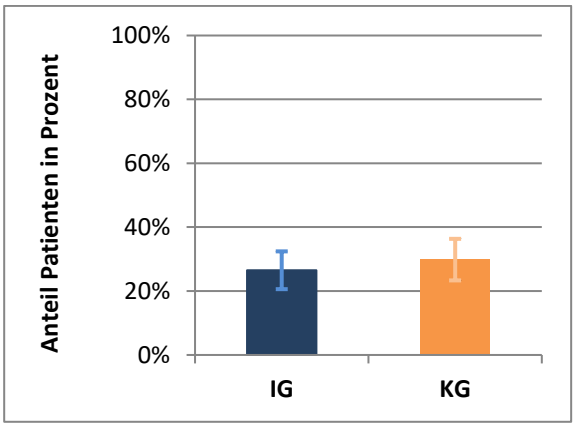
Abbildung 102: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

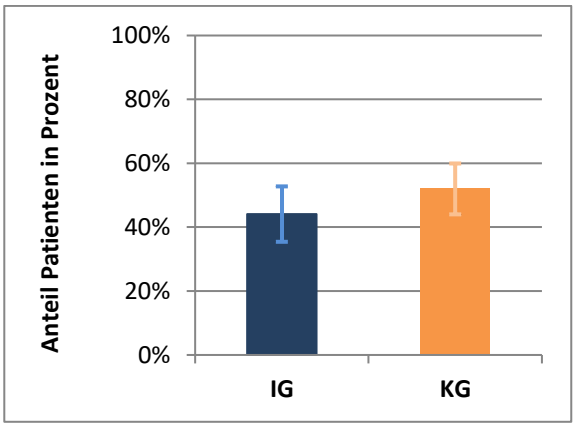
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

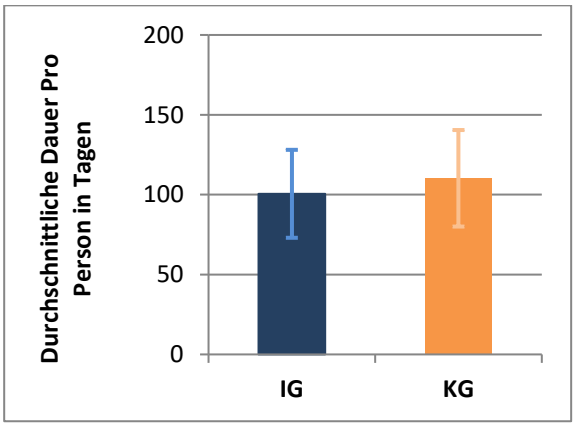
Erwachsene, klinikneue Patienten **Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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





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



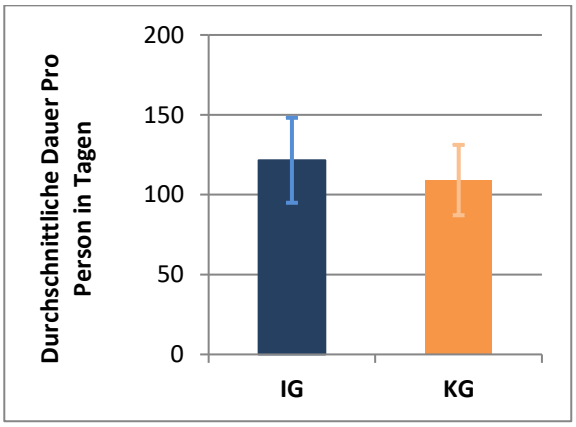


Abbildung 103: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

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

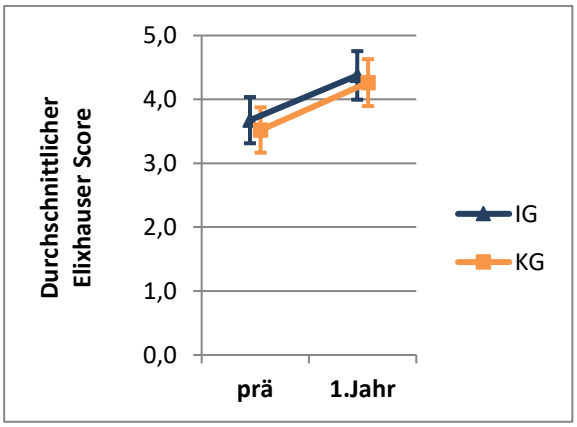
Abbildung 104: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

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



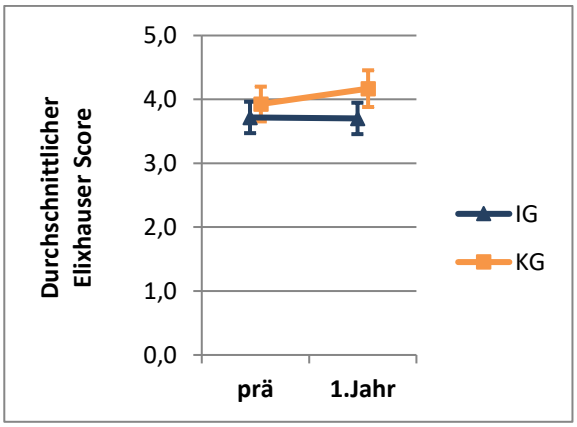


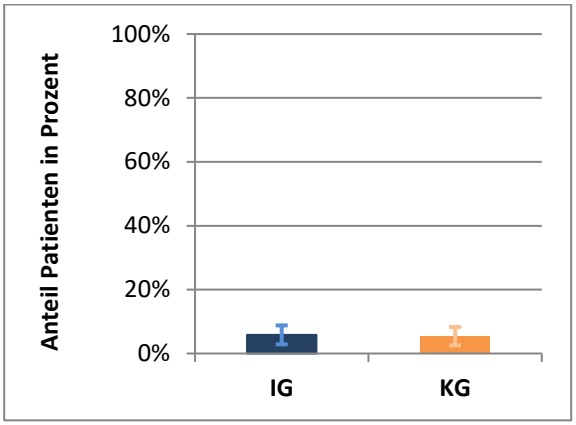
Abbildung 105: Grafische Darstellung für Mortalität - Erwachsene

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



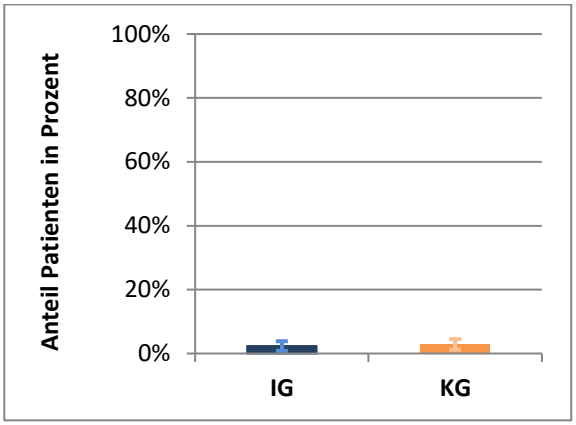


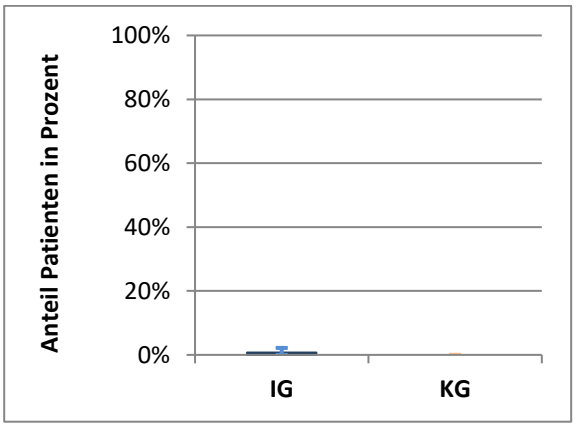
Abbildung 106: Grafische Darstellung für Mortalität - Kinder und Jugendliche

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



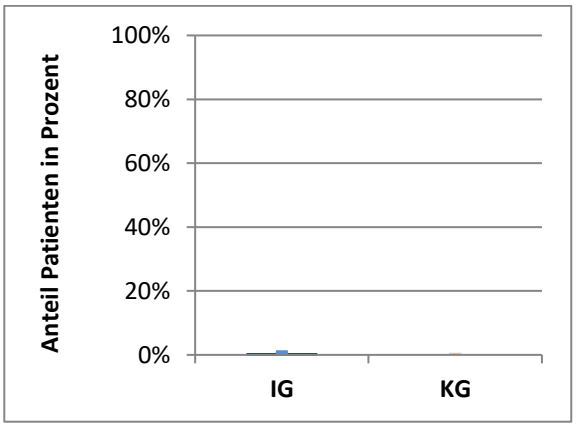


Abbildung 107: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

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	Fallzahl zu klein
Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)	
Fallzahl zu klein	Fallzahl zu klein
Progression C (→ Suchterkrankung)	
Fallzahl zu klein	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

Erwachsene, alle Patienten

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

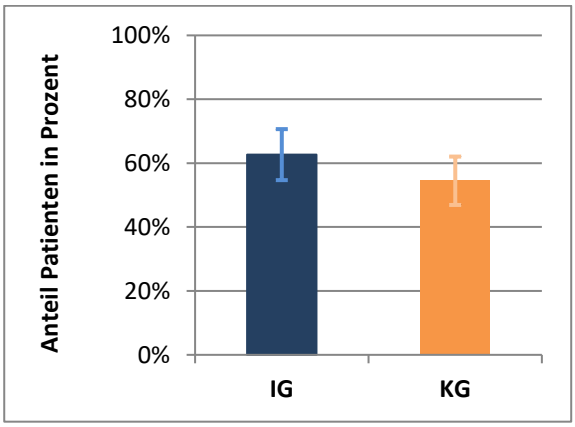
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

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.

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)	—	—	—	-3,07*** -3,96…-2,19	kf	0,17 -0,24…0,59
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,30*** 0,25…0,35	kf	1,11 0,95…1,30
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,44 0,65-3,19	kf	0,72 0,35-1,49	0,30*** 0,25-0,35	kf	1,10 0,94-1,28
Gruppe	1,33 0,66-2,65	kf	1,11 0,64-1,92	2,90*** 2,04-4,13	kf	1,06 0,55-2,05
Zeit	7,70*** 4,18-14,18	kf	1,09 0,65-1,80	29,75*** 25,75-34,36	kf	1,21*** 1,09-1,34
Indexgruppe 6 (F10)	0,76 0,47-1,21	kf	1,02 0,61-1,72	0,90 0,61-1,33	kf	1,01 0,44-2,29
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,80 0,52-1,21	kf	0,80 0,50-1,26	0,96 0,66-1,38	kf	0,84 0,41-1,73
Indexgruppe 9 (F43)	0,99 0,62-1,59	kf	0,44** 0,24-0,80	0,92 0,61-1,39	kf	0,29** 0,12-0,70
Psy A[1]	0,93 0,59-1,46	kf	0,82 0,49-1,38	0,72 0,49-1,07	kf	0,58 0,26-1,31
Psy B[2]	0,91 0,51-1,62	kf	1,71 0,92-3,18	2,24** 1,36-3,67	kf	2,61 0,97-7,01
Alter	1,00 0,98-1,01	kf	1,02** 1,01-1,03	1,01 1,00-1,02	kf	1,03** 1,01-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,25 0,84-1,87	kf	1,01 0,64-1,57	1,14 0,81-1,61	kf	0,95 0,47-1,92
Komorbidität[3]	1,03 0,95-1,11	kf	1,23*** 1,13-1,35	1,05 0,98-1,12	kf	1,45*** 1,27-1,65
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,65 0,96-2,83	kf	1,76* 1,02-3,03	1,52 0,96-2,41	kf	1,62 0,67-3,94
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,59*** 1,72-3,90	kf	3,60*** 2,26-5,73	1,65** 1,19-2,30	kf	5,51*** 2,76-11,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,51* 0,28-0,92	kf	0,99 0,52-1,87	0,06*** 0,03-0,10	kf	0,95 0,35-2,58

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)	—	—	—	-0,97** -1,60…-0,34	kf	-0,46** -0,76…-0,16
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,01 0,95…1,08	kf	0,96 0,84…1,11
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,89 0,51-1,55	kf	0,79 0,43-1,44	1,01 0,95-1,08	kf	0,95 0,83-1,09
Gruppe	1,10 0,73-1,65	kf	0,96 0,61-1,53	1,18 0,66-2,10	kf	0,87 0,46-1,63
Zeit	1,06 0,71-1,56	kf	1,31 0,87-1,98	1,42*** 1,36-1,48	kf	1,66*** 1,52-1,82
Indexgruppe 6 (F10)	2,39*** 1,67-3,42	kf	1,00 0,65-1,53	3,46** 1,67-7,14	kf	0,73 0,33-1,59
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,10 0,70-1,71	kf	0,73 0,42-1,25	2,11 0,88-5,07	kf	0,31* 0,11-0,84
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,91 0,63-1,33	kf	0,90 0,58-1,39	1,18 0,56-2,49	kf	0,65 0,29-1,44
Psy A[1]	1,46 0,94-2,27	kf	0,83 0,49-1,40	2,02 0,84-4,86	kf	0,91 0,35-2,39
Psy B[2]	0,96 0,64-1,43	kf	0,92 0,56-1,51	0,81 0,36-1,83	kf	0,97 0,39-2,40
Alter	0,99 0,98-1,00	kf	1,01 1,00-1,02	0,98* 0,96-1,00	kf	1,03* 1,00-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,72-1,36	kf	0,93 0,64-1,34	1,28 0,68-2,42	kf	0,75 0,38-1,45
Komorbidität[3]	0,99 0,93-1,06	kf	1,24*** 1,16-1,34	0,98 0,86-1,11	kf	1,43*** 1,25-1,63
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,82-1,67	kf	1,81** 1,24-2,66	1,90 0,96-3,74	kf	2,77** 1,39-5,52
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	6,87*** 4,82-9,80	kf	3,90*** 2,66-5,73	25,07*** 13,59-46,24	kf	8,81*** 4,57-16,96
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,22*** 0,16-0,32	kf	0,69 0,45-1,06	0,01*** 0,00-0,02	kf	0,34** 0,15-0,77

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)
Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	—	—	—	3,05*** 2,29…3,82	kf	1,01*** 0,68…1,33
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,09 0,94…1,26	kf	1,61*** 1,38…1,88
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,60* 1,23-5,50	kf	1,54 0,77-3,06	1,09 0,94-1,26	kf	1,61*** 1,38-1,87
Gruppe	0,66 0,34-1,30	kf	0,89 0,54-1,47	1,16 0,80-1,69	kf	1,05 0,53-2,10
Zeit	5,17*** 3,19-8,38	kf	0,83 0,51-1,35	17,32*** 15,60-19,22	kf	0,75*** 0,67-0,83
Indexgruppe 6 (F10)	1,52* 1,04-2,23	kf	1,06 0,67-1,68	0,95 0,61-1,47	kf	0,81 0,33-1,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,69-1,39	kf	0,80 0,53-1,21	1,14 0,77-1,69	kf	0,58 0,26-1,27
Indexgruppe 9 (F43)	0,93 0,63-1,37	kf	0,87 0,54-1,41	0,78 0,50-1,20	kf	0,74 0,31-1,79
Psy A[1]	1,69** 1,15-2,48	kf	0,61* 0,37-0,99	1,01 0,65-1,57	kf	0,27** 0,11-0,69
Psy B[2]	0,62* 0,39-0,98	kf	1,66 0,96-2,85	1,03 0,61-1,74	kf	2,78 0,99-7,81
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,03*** 1,02-1,04	1,01* 1,00-1,02	kf	1,04*** 1,02-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,89 0,63-1,26	kf	1,00 0,67-1,50	0,81 0,55-1,19	kf	0,91 0,42-1,95
Komorbidität[3]	1,03 0,97-1,10	kf	1,14*** 1,07-1,22	1,04 0,96-1,12	kf	1,39*** 1,21-1,60
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,81 0,49-1,36	kf	1,95** 1,21-3,13	1,44 0,83-2,48	kf	3,72** 1,38-10,03
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,56** 1,13-2,16	kf	3,13*** 2,10-4,68	1,10 0,77-1,58	kf	4,94*** 2,36-10,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,45*** 0,30-0,68	kf	0,52** 0,32-0,85	0,03*** 0,02-0,04	kf	0,38* 0,16-0,90

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 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)	-3,12*** -3,80…-2,43
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-3,97*** -4,61…-3,34
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	0,93** 0,29…1,57
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,44*** 0,38…0,50
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,03 0,89…1,18
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,71*** 0,62…0,82
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,43*** 0,38-0,49
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,00 0,87-1,15
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,74*** 0,64-0,85

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	2,18*** 1,60-2,97
Zeit	23,58*** 21,17-26,25
Indexgruppe 6 (F10)	0,89 0,71-1,11
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,12 0,91-1,38
Indexgruppe 9 (F43)	0,73** 0,59-0,91
Psy A[1]	1,04 0,83-1,30
Psy B[2]	1,24 0,95-1,62
Alter	1,01** 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,89 0,73-1,08
Komorbidität[3]	1,04* 1,00-1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,31 0,99-1,74
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,89-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,03*** 0,03-0,04
2. vs. 1.Jahr	1,21 0,87-1,69
3. vs. 1.Jahr	0,76 0,54-1,08

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	—	—	—	-7,94*** -9,11…-6,77	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,14*** 0,11…0,18	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	kf	kf	0,14*** 0,11-0,18	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	6,59*** 2,75-15,80	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	42,00*** 33,68-52,37	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	3,02 0,78-11,73	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf	0,45 0,15-1,34	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf	1,98 0,72-5,49	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	1,20** 1,05-1,36	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	0,76 0,30-1,90	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	0,01*** 0,00-0,02	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)	—	—	—	-1,99*** -2,62…-1,37	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,83*** 0,78…0,89	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,88 0,48-1,59	kf	kf	0,83*** 0,78-0,89	kf	kf
Gruppe	1,19 0,77-1,84	kf	kf	1,01 0,45-2,25	kf	kf
Zeit	0,93 0,61-1,42	kf	kf	1,29*** 1,23-1,35	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,65* 1,02-2,67	kf	kf	1,12 0,30-4,22	kf	kf
Indexgruppe 14 (F70-F79)	1,23 0,65-2,32	kf	kf	0,21 0,03-1,40	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,30 0,74-2,30	kf	kf	0,32 0,07-1,47	kf	kf
Alter	1,10** 1,04-1,16	kf	kf	1,17* 1,02-1,34	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,26 0,88-1,80	kf	kf	1,62 0,66-3,95	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,22*** 0,14-0,34	kf	kf	0,00*** 0,00-0,00	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)	—	—	—	1,52** 0,58…2,45	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,86 0,73…1,02	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,60 0,24-1,55	kf	kf	0,86 0,72-1,02	kf	kf
Gruppe	2,36* 1,00-5,56	kf	kf	1,26 0,58-2,75	kf	kf
Zeit	9,80*** 4,53-21,19	kf	kf	25,42*** 22,38-28,88	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,27 0,60-2,70	kf	kf	1,76 0,45-6,92	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,35 0,76-2,41	kf	kf	0,90 0,31-2,56	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,24 0,72-2,12	kf	kf	0,95 0,36-2,54	kf	kf
Alter	1,05 0,98-1,12	kf	kf	1,17* 1,04-1,32	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,63-1,55	kf	kf	1,05 0,47-2,39	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,45 0,89-2,34	kf	kf	0,01*** 0,00-0,02	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)	-3,48*** -4,42…-2,55
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	4,90*** 4,02…5,78
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	3,10*** 2,20…4,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,17*** 0,14…0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,23*** 1,97…2,52
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,68*** 0,59…0,80
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,16*** 0,13-0,19
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,22*** 1,96-2,52
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,68*** 0,58-0,79

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

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	8,22*** 3,84-17,59
Zeit	51,08*** 41,83-62,37
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,21* 1,07-4,54
Indexgruppe 9 (F43)	0,69 0,39-1,20
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,14 0,66-1,95
Alter	1,15*** 1,07-1,23
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,61-1,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01*** 0,01-0,02
2. vs. 1.Jahr	12,47*** 5,70-27,28
3. vs. 1.Jahr	3,57** 1,61-7,89

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	kf	0,84*** 0,43…1,26	-0,25 -0,95…0,46	kf	kf	-0,04 -0,20…0,13	kf	-0,19 -0,79…0,41
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	kf	1,25** 1,07…1,47	0,99 0,91…1,09	kf	kf	0,93 0,63…1,37	kf	0,95 0,86…1,06
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	1,25** 1,07-1,47	0,99 0,91-1,09	kf	kf	0,86 0,58-1,27	kf	0,96 0,86-1,06
Gruppe	kf	1,75** 1,17-2,62	0,91 0,77-1,08	kf	kf	1,10 0,43-2,81	kf	0,52 0,26-1,05
Zeit	kf	1,26*** 1,12-1,41	1,33*** 1,25-1,42	kf	kf	0,86 0,65-1,13	kf	0,98 0,91-1,05
Indexgruppe 6 (F10)	kf	0,31*** 0,18-0,52	0,96 0,79-1,17	kf	kf	0,24* 0,07-0,84	kf	0,51 0,21-1,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	1,82** 1,19-2,78	1,09 0,91-1,30	kf	kf	0,70 0,24-2,04	kf	1,57 0,72-3,40
Indexgruppe 9 (F43)	kf	1,22 0,76-1,97	0,97 0,79-1,18	kf	kf	0,71 0,22-2,30	kf	1,88 0,80-4,46
Psy A[1]	kf	4,89*** 3,06-7,82	1,36** 1,12-1,64	kf	kf	1,34 0,44-4,04	kf	1,07 0,46-2,46
Psy B[2]	kf	2,21** 1,29-3,78	1,15 0,90-1,46	kf	kf	0,37 0,08-1,70	kf	0,35 0,12-1,02
Alter	kf	0,99 0,98-1,00	1,01* 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,96-1,02	kf	1,00 0,98-1,02
Geschlecht (m vs. w)	kf	2,07** 1,37-3,14	1,20* 1,01-1,42	kf	kf	0,75 0,27-2,04	kf	4,28*** 2,02-9,09
Komorbidität[3]	kf	0,94 0,87-1,02	1,13*** 1,09-1,17	kf	kf	0,99 0,81-1,22	kf	1,35*** 1,17-1,56
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	0,70 0,39-1,28	1,47** 1,17-1,85	kf	kf	1,04 0,26-4,14	kf	1,43 0,52-3,94
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	1,22 0,82-1,82	1,15 0,97-1,35	kf	kf	0,62 0,24-1,61	kf	1,85 0,91-3,78
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	0,33*** 0,19-0,60	0,94 0,74-1,18	kf	kf	0,76 0,20-2,85	kf	1,53 0,57-4,13

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)
Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,90* 0,14…1,66	0,15 -0,05…0,35	0,39 -0,27…1,04	kf	kf	0,51*** 0,36…0,66	kf	7,77*** 6,84…8,69
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,05 0,99…1,10	1,18 0,97…1,44	1,02 0,96…1,08	kf	kf	2,46*** 1,86…3,26	kf	1,41*** 1,35…1,48
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,05 0,99-1,10	1,14 0,93-1,39	1,02 0,96-1,08	kf	kf	2,40*** 1,81-3,18	kf	1,43*** 1,37-1,50
Gruppe	1,09 0,92-1,30	0,96 0,51-1,81	0,96 0,86-1,07	kf	kf	0,95 0,44-2,04	kf	3,28** 1,59-6,78
Zeit	1,10*** 1,06-1,14	0,84* 0,72-0,97	0,89*** 0,86-0,93	kf	kf	0,41*** 0,34-0,50	kf	0,91*** 0,89-0,94
Indexgruppe 6 (F10)	0,72** 0,57-0,90	0,14*** 0,05-0,34	0,83** 0,72-0,95	kf	kf	0,38 0,14-1,04	kf	0,06*** 0,02-0,14
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,28 0,98-1,67	0,32* 0,12-0,84	0,77** 0,66-0,91	kf	kf	0,29* 0,09-0,96	kf	0,06*** 0,02-0,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,16 0,93-1,45	0,97 0,45-2,09	0,86* 0,75-0,99	kf	kf	0,46 0,17-1,24	kf	0,78 0,31-1,98
Psy A[1]	1,04 0,78-1,37	4,05** 1,60-10,26	0,90 0,76-1,06	kf	kf	2,45 0,76-7,85	kf	0,53 0,17-1,67
Psy B[2]	1,43** 1,11-1,85	1,39 0,62-3,11	1,28** 1,09-1,50	kf	kf	1,18 0,41-3,41	kf	1,65 0,58-4,72
Alter	0,99* 0,99-1,00	0,96*** 0,94-0,98	1,00* 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,96-1,01	kf	0,99 0,97-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,87-1,26	0,85 0,43-1,67	1,17** 1,05-1,31	kf	kf	0,41* 0,18-0,91	kf	1,35 0,62-2,93
Komorbidität[3]	1,02 0,98-1,06	1,06 0,92-1,22	1,15*** 1,12-1,17	kf	kf	1,20* 1,02-1,42	kf	1,60*** 1,36-1,88
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,86-1,27	1,06 0,49-2,26	1,11 0,99-1,26	kf	kf	0,69 0,28-1,68	kf	1,35 0,58-3,11
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,89 0,74-1,06	2,47** 1,27-4,78	1,00 0,89-1,11	kf	kf	0,80 0,36-1,78	kf	1,90 0,89-4,06
Referenzfall (KH vs. PIA)	27,37*** 20,24-37,01	0,01*** 0,01-0,03	1,08 0,94-1,25	kf	kf	1,69 0,57-5,01	kf	1,08 0,41-2,83

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,08 -0,18…0,34	0,21 -0,20…0,62	-0,29 -0,95…0,36	kf	kf	0,16* 0,01…0,31	kf	3,49*** 2,77…4,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,32*** 1,57…3,41	1,02 0,90…1,15	0,98 0,91…1,06	kf	kf	1,48* 1,05…2,08	kf	1,40*** 1,31…1,50
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,31*** 1,57-3,41	1,02 0,90-1,15	0,98 0,91-1,06	kf	kf	1,56* 1,10-2,20	kf	1,41*** 1,32-1,51
Gruppe	0,27*** 0,15-0,50	1,85** 1,30-2,65	0,91 0,79-1,06	kf	kf	0,62 0,32-1,22	kf	0,65 0,33-1,26
Zeit	8,36*** 6,74-10,36	1,41*** 1,29-1,54	1,22*** 1,16-1,28	kf	kf	0,58*** 0,45-0,74	kf	0,96 0,91-1,00
Indexgruppe 6 (F10)	0,45* 0,23-0,90	0,31*** 0,19-0,50	0,74** 0,61-0,88	kf	kf	1,47 0,64-3,38	kf	0,30** 0,13-0,72
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,96 0,56-1,67	2,49*** 1,70-3,67	1,22* 1,04-1,42	kf	kf	0,61 0,28-1,31	kf	1,93 0,90-4,12
Indexgruppe 9 (F43)	0,81 0,46-1,45	0,75 0,49-1,16	0,81* 0,68-0,96	kf	kf	1,03 0,46-2,28	kf	1,32 0,58-3,00
Psy A[1]	0,71 0,38-1,30	4,27*** 2,76-6,63	1,57*** 1,32-1,88	kf	kf	0,83 0,37-1,87	kf	2,40* 1,04-5,57
Psy B[2]	1,43 0,69-3,00	1,97** 1,23-3,18	1,26* 1,03-1,55	kf	kf	0,38 0,13-1,07	kf	0,59 0,22-1,57
Alter	1,00 0,98-1,01	0,99* 0,98-1,00	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	0,97** 0,95-0,99	kf	1,03** 1,01-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,68-1,96	1,16 0,79-1,71	1,01 0,86-1,18	kf	kf	1,65 0,80-3,42	kf	1,23 0,59-2,57
Komorbidität[3]	0,95 0,85-1,05	1,00 0,93-1,08	1,10*** 1,07-1,13	kf	kf	1,31*** 1,14-1,52	kf	1,17* 1,02-1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,20 0,54-2,68	2,68*** 1,56-4,61	1,65*** 1,33-2,06	kf	kf	0,85 0,28-2,55	kf	6,29** 2,21-17,93
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,40 0,85-2,32	1,03 0,72-1,48	1,18* 1,02-1,37	kf	kf	0,99 0,50-1,94	kf	3,64*** 1,82-7,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	36,96*** 20,54-66,51	0,50** 0,33-0,76	0,86 0,73-1,02	kf	kf	1,50 0,70-3,22	kf	1,22 0,56-2,69

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 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)	1,18*** 0,74…1,62	-1,54*** -2,06…-1,01	0,34 -0,30…0,98	kf	kf	-0,26 -0,55…0,04	kf	-2,68*** -3,37…-1,98
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	12,54* 1,59…99,24	0,87 0,68…1,12	1,10 0,92…1,32	kf	kf	0,72 0,49…1,06	kf	0,52*** 0,44…0,62
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	12,52* 1,58-99,39	0,83 0,64-1,06	1,10*** 1,10-1,11	kf	kf	0,72 0,49-1,06	kf	0,52*** 0,44-0,62
Gruppe	0,10* 0,01-0,83	0,44 0,17-1,16	1,02*** 1,02-1,03	kf	kf	1,53 0,81-2,89	kf	1,49 0,41-5,37
Zeit	43,05*** 22,21-83,48	1,95*** 1,70-2,23	1,22*** 1,22-1,22	kf	kf	1,14 0,86-1,51	kf	1,54*** 1,37-1,74
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,33 0,75-2,36	0,84 0,17-4,10	0,94*** 0,93-0,94	kf	kf	1,32 0,45-3,84	kf	1,10 0,12-10,23
Indexgruppe 9 (F43)	1,02 0,67-1,57	0,69 0,20-2,37	0,77*** 0,77-0,78	kf	kf	0,99 0,45-2,20	kf	0,33 0,06-1,98
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,09 0,74-1,59	0,32* 0,10-0,98	1,47*** 1,47-1,48	kf	kf	1,35 0,65-2,82	kf	0,43 0,09-2,08
Alter	0,95* 0,91-0,99	1,13 0,97-1,30	0,99*** 0,99-0,99	kf	kf	0,92 0,85-1,01	kf	0,62*** 0,51-0,76
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,73-1,42	1,22 0,43-3,43	1,02*** 1,02-1,02	kf	kf	1,23 0,65-2,34	kf	0,19* 0,05-0,76
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,61*** 3,02-7,03	0,11*** 0,04-0,32	0,80*** 0,80-0,80	kf	kf	2,31* 1,11-4,79	kf	0,80 0,18-3,53

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,87*** 0,41…1,32	-0,16 -0,33…0,01	-0,11 -0,55…0,33	kf	kf	0,02 -0,16…0,20	kf	1,77*** 1,16…2,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,20*** 1,09…1,32	1,13 0,86…1,50	0,97 0,88…1,07	kf	kf	1,03 0,81…1,30	kf	1,20*** 1,12…1,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,20*** 1,09-1,32	1,05 0,80-1,39	0,98 0,89-1,07	kf	kf	1,03 0,81-1,30	kf	1,21*** 1,13-1,30
Gruppe	0,97 0,83-1,14	0,94 0,33-2,66	0,92 0,80-1,06	kf	kf	1,03 0,62-1,69	kf	0,59 0,32-1,11
Zeit	1,28*** 1,20-1,37	2,06*** 1,74-2,44	0,99 0,93-1,06	kf	kf	0,65*** 0,55-0,77	kf	0,80*** 0,76-0,84
Indexgruppe 9 (F43)	1,16 0,91-1,50	0,66 0,14-3,22	0,84 0,68-1,04	kf	kf	1,61 0,73-3,54	kf	0,21** 0,07-0,60
Indexgruppe 14 (F70-F79)	1,51** 1,12-2,03	0,36 0,03-4,02	1,02 0,79-1,33	kf	kf	2,19 0,84-5,77	kf	6,68** 1,95-22,84
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,17 0,88-1,55	0,66 0,12-3,60	1,08 0,85-1,38	kf	kf	0,84 0,34-2,08	kf	0,70 0,21-2,29
Alter	1,01 0,99-1,04	1,55*** 1,25-1,91	1,04** 1,02-1,06	kf	kf	0,84*** 0,78-0,91	kf	0,59*** 0,53-0,66
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,71-1,00	0,70 0,21-2,36	1,02 0,88-1,18	kf	kf	1,38 0,79-2,39	kf	1,95 0,96-3,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,48*** 2,68-4,50	0,12** 0,03-0,51	1,15 0,94-1,41	kf	kf	0,62 0,30-1,30	kf	4,44** 1,62-12,20

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,35 0,00…0,71	-0,02 -0,50…0,47	-0,49 -0,98…0,01	kf	kf	-0,09 -0,33…0,15	kf	3,25*** 2,59…3,91
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	3,80*** 1,80…8,01	1,07 0,93…1,22	0,93 0,81…1,05	kf	kf	0,93 0,71…1,22	kf	1,55*** 1,41…1,71
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	3,84*** 1,81-8,12	1,08 0,94-1,23	0,92 0,81-1,05	kf	kf	0,91 0,70-1,19	kf	1,57*** 1,42-1,73
Gruppe	0,29** 0,13-0,62	0,37** 0,20-0,69	0,78* 0,63-0,96	kf	kf	1,04 0,55-1,96	kf	1,20 0,55-2,60
Zeit	28,61*** 20,09-40,73	1,10* 1,01-1,19	1,22*** 1,12-1,33	kf	kf	0,91 0,75-1,11	kf	0,90** 0,83-0,96
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,44 0,94-2,22	3,08* 1,03-9,16	1,08 0,75-1,55	kf	kf	0,97 0,30-3,16	kf	0,42 0,10-1,77
Indexgruppe 9 (F43)	1,18 0,85-1,62	1,25 0,54-2,92	1,02 0,77-1,35	kf	kf	1,16 0,48-2,79	kf	0,66 0,22-1,99
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,46* 1,09-1,95	0,88 0,40-1,95	0,94 0,73-1,22	kf	kf	0,99 0,44-2,24	kf	0,99 0,36-2,76
Alter	0,95** 0,92-0,98	1,18** 1,07-1,31	1,00 0,97-1,03	kf	kf	0,79*** 0,72-0,87	kf	0,65*** 0,57-0,73
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,66-1,06	0,47* 0,24-0,93	0,75** 0,60-0,93	kf	kf	1,49 0,76-2,93	kf	0,77 0,33-1,78
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,80*** 4,34-7,75	0,11*** 0,06-0,22	0,85 0,69-1,07	kf	kf	1,27 0,63-2,53	kf	1,17 0,50-2,78

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,01 -0,15…0,16	0,02 -0,15…0,19	0,01 -0,16…0,18
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,79 0,34…1,86	0,74 0,32…1,71	1,01 0,37…2,74
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,76 0,32-1,82	0,79 0,34-1,86	0,95 0,34-2,61
Gruppe	1,26 0,53-2,95	1,18 0,51-2,73	0,95 0,35-2,59
Zeit	1,37 0,70-2,67	1,36 0,70-2,65	1,08 0,52-2,25
Indexgruppe 6 (F10)	0,91 0,69-1,20	0,97 0,75-1,24	0,93 0,73-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,79-1,29	0,98 0,79-1,23	1,00 0,79-1,25
Indexgruppe 9 (F43)	1,10 0,84-1,44	1,03 0,81-1,33	1,04 0,81-1,34
Psy A[1]	1,00 0,76-1,30	1,00 0,79-1,27	1,01 0,79-1,28
Psy B[2]	1,23 0,90-1,68	1,10 0,82-1,46	1,07 0,80-1,43
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,23 0,98-1,56	1,20 0,97-1,48	1,08 0,87-1,34
Komorbidität[3]	1,02 0,98-1,07	1,04 1,00-1,08	1,02 0,98-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,93 0,68-1,26	0,98 0,74-1,30	0,97 0,73-1,30
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,92-1,47	1,05 0,86-1,30	1,00 0,81-1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,27 0,82-1,99	1,17 0,77-1,79	0,96 0,61-1,52

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)
Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	-0,03 -0,13…0,07	-0,06 -0,17…0,05	-0,05 -0,16…0,06
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,66…1,49	0,89 0,62…1,28	0,91 0,62…1,34
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,05 0,70-1,59	0,96 0,66-1,38	0,95 0,65-1,40
Gruppe	0,90 0,65-1,24	0,95 0,72-1,26	0,99 0,73-1,33
Zeit	1,24 0,93-1,65	1,19 0,92-1,54	1,14 0,87-1,50
Indexgruppe 6 (F10)	0,85 0,66-1,08	0,92 0,74-1,15	1,05 0,83-1,32
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,33 0,99-1,77	1,11 0,85-1,44	1,01 0,75-1,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,17 0,90-1,52	1,09 0,87-1,38	1,05 0,82-1,35
Psy A[1]	0,77 0,57-1,04	0,79 0,60-1,03	0,83 0,63-1,09
Psy B[2]	1,15 0,89-1,50	1,18 0,93-1,50	1,06 0,82-1,36
Alter	0,99 0,99-1,00	0,99 0,99-1,00	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,90-1,42	1,09 0,89-1,34	1,09 0,87-1,36
Komorbidität[3]	1,06** 1,01-1,10	1,03 0,99-1,07	1,02 0,98-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,01 0,79-1,28	1,09 0,88-1,36	1,04 0,83-1,31
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26 0,94-1,68	1,22 0,94-1,57	1,03 0,80-1,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02 0,82-1,27	1,01 0,83-1,23	0,99 0,80-1,21

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)
Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,12 -0,56…0,80	-0,11 -0,92…0,70	-0,14 -1,10…0,82
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,17 0,47…2,88	0,90 0,42…1,93	0,88 0,36…2,10
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,15 0,46-2,88	0,89 0,41-1,94	0,90 0,37-2,19
Gruppe	0,82 0,34-2,01	1,08 0,51-2,31	1,10 0,46-2,61
Zeit	1,11 0,66-1,86	1,09 0,67-1,78	1,13 0,65-1,94
Indexgruppe 6 (F10)	0,95 0,75-1,21	0,93 0,75-1,16	1,01 0,81-1,26
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,84-1,29	1,02 0,83-1,25	1,00 0,82-1,23
Indexgruppe 9 (F43)	1,04 0,81-1,32	1,06 0,85-1,32	1,04 0,83-1,30
Psy A[1]	1,25 0,98-1,59	1,25 1,00-1,56	1,20 0,96-1,50
Psy B[2]	0,94 0,72-1,23	0,89 0,70-1,15	0,94 0,74-1,21
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,76-1,17	0,95 0,78-1,16	0,98 0,80-1,19
Komorbidität[3]	1,01 0,97-1,05	1,02 0,98-1,06	1,01 0,98-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,01 0,74-1,37	1,02 0,77-1,35	1,04 0,79-1,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,87-1,32	0,99 0,82-1,20	0,99 0,82-1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,07 0,75-1,55	1,12 0,81-1,56	1,14 0,82-1,58

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 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)	kf	-0,03 -0,19…0,13	-0,07 -0,25…0,10
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	kf	0,50 0,14…1,75	0,31 0,08…1,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	1,19 0,32-4,41	0,82 0,20-3,43
Gruppe	kf	0,91 0,26-3,20	1,21 0,30-4,85
Zeit	kf	0,81 0,27-2,39	1,04 0,30-3,54
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	1,15 0,70-1,90	1,02 0,62-1,67
Indexgruppe 9 (F43)	kf	1,12 0,73-1,73	1,08 0,71-1,63
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	1,13 0,74-1,72	1,04 0,70-1,56
Alter	kf	0,98 0,93-1,04	0,99 0,93-1,04
Geschlecht (m vs. w)	kf	1,25 0,83-1,88	1,13 0,77-1,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	0,88 0,59-1,34	0,95 0,65-1,40

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,02 -0,04…0,08	0,01 -0,07…0,09	-0,01 -0,10…0,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,20 0,59…2,45	1,06 0,62…1,82	0,93 0,57…1,53
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,35 0,65-2,79	1,20 0,69-2,08	1,06 0,64-1,75
Gruppe	0,90 0,51-1,58	0,91 0,59-1,41	1,04 0,70-1,54
Zeit	1,04 0,61-1,77	1,00 0,67-1,49	1,03 0,71-1,50
Indexgruppe 9 (F43)	1,18 0,76-1,84	1,32 0,96-1,82	1,09 0,80-1,49
Indexgruppe 14 (F70-F79)	1,36 0,71-2,59	1,07 0,62-1,84	1,02 0,61-1,69
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,06 0,62-1,83	1,07 0,71-1,61	1,15 0,77-1,72
Alter	1,02 0,97-1,08	1,04 1,00-1,08	1,02 0,99-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,52* 1,06-2,18	1,14 0,87-1,50	1,00 0,78-1,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,49* 1,02-2,20	1,06 0,79-1,41	0,99 0,76-1,30

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,04 -0,58…0,66	0,41 -0,45…1,28	0,00 -0,94…0,93
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,08 0,29…3,93	1,63 0,60…4,44	1,00 0,39…2,54
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,18 0,32-4,37	1,65 0,60-4,53	0,97 0,38-2,49
Gruppe	0,65 0,19-2,28	0,58 0,22-1,53	1,03 0,42-2,55
Zeit	0,92 0,36-2,34	0,80 0,41-1,55	1,00 0,50-1,99
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,83 0,47-1,48	1,01 0,68-1,51	1,03 0,71-1,51
Indexgruppe 9 (F43)	0,90 0,57-1,43	0,97 0,70-1,35	1,04 0,77-1,40
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,23 0,78-1,95	1,10 0,79-1,52	1,03 0,77-1,39
Alter	1,06 0,99-1,13	1,02 0,98-1,07	1,00 0,96-1,04
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,77-1,65	1,20 0,91-1,59	1,09 0,84-1,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,62-1,39	0,98 0,74-1,31	0,98 0,75-1,28

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	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
[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

Kontaktab-bruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt-abbrüche	**Dauer von Kontaktab-bruch (Tage)**	**Anzahl Kontakt-abbrüche**	**Dauer von Kontaktab-bruch (Tage)**
DiD-Schätzer	0,34** 0,15-0,77	0,29*** 0,28-0,30	kf	kf
Gruppe	1,81* 1,00-3,26	2,15 0,08-57,08	kf	kf
Zeit	1,15 0,69-1,91	2,24*** 2,18-2,30	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	3,16*** 1,79-5,57	8,05 0,19-347,21	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,20 0,63-2,29	1,13 0,02-71,94	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,60 0,33-1,09	0,32 0,01-17,61	kf	kf
Psy B[2]	0,60 0,34-1,04	0,54 0,01-21,57	kf	kf
Alter	1,00 0,98-1,02	1,03 0,91-1,16	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,59-1,75	0,24 0,01-9,26	kf	kf
Komorbidität[3]	0,96 0,86-1,07	0,61 0,28-1,34	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,27 0,67-2,40	0,73 0,01-60,09	kf	kf
Anzahl AU Prä-zeitraum (Median split)	1,26 0,76-2,10	2,06 0,07-59,13	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,12-0,36	0,03 0,00-1,08	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 163: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

Kontaktab-bruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt-abbrüche	**Dauer von Kontaktab-bruch (Tage)**	**Anzahl Kontakt-abbrüche**	**Dauer von Kontaktab-bruch (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 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	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 Prä-zeitraum (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 Krankenhaushopping, klinikneue 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 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	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 165: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, 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 Krankenhaushopping, 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	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	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 167: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, 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 Krankenhaushopping, 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 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 14 (F70-F79)	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 Krankenhaushopping, 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

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F-Diagnose, Anzahl AU-Episoden	Andere F-Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,32 -0,69…0,05	4,01** 1,50…6,53	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,68 0,46…1,02	1,46*** 1,37…1,55	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,46 0,98-2,18	1,46*** 1,37-1,55	kf	kf
Gruppe	0,77 0,55-1,08	0,46** 0,29-0,72	kf	kf
Zeit	1,79*** 1,36-2,35	3,20*** 3,07-3,33	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,19 0,93-1,51	0,35*** 0,20-0,61	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,12 0,89-1,42	2,05** 1,20-3,47	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,02 0,81-1,29	0,92 0,55-1,55	kf	kf
Psy A[1]	1,06 0,84-1,34	1,71* 1,00-2,90	kf	kf
Psy B[2]	1,08 0,79-1,49	0,57 0,26-1,24	kf	kf
Alter	0,99 0,98-1,00	1,01 0,99-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,14 0,93-1,41	1,27 0,79-2,05	kf	kf
Komorbidität[3]	1,05* 1,01-1,10	1,04 0,94-1,15	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,71 0,43-1,17	0,57 0,21-1,55	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,09 0,80-1,50	0,10*** 0,05-0,19	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 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)	-0,31 -0,85…0,23	-3,57*** -5,12…-2,03	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,77 0,51…1,16	0,95 0,88…1,03	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,30 0,86-1,97	0,95 0,88-1,03	kf	kf
Gruppe	0,75 0,53-1,05	0,49 0,21-1,13	kf	kf
Zeit	1,25 0,95-1,64	1,27*** 1,21-1,33	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,16 0,85-1,58	2,38 0,83-6,81	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,14 0,79-1,64	1,35 0,35-5,20	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,72* 0,52-1,00	0,43 0,14-1,26	kf	kf
Psy A[1]	0,96 0,70-1,31	6,64** 2,06-21,43	kf	kf
Psy B[2]	1,33 0,98-1,79	0,43 0,14-1,30	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,02	0,97 0,94-1,01	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,78-1,34	2,74* 1,10-6,79	kf	kf
Komorbidität[3]	1,02 0,96-1,08	1,17 0,94-1,46	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,27 0,93-1,73	0,72 0,23-2,23	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,58*** 0,45-0,76	0,01*** 0,00-0,03	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

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F-Diagnose, Anzahl AU-Episoden	Andere F-Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,26 -0,59…0,06	-10,46*** -12,53…-8,40	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,68* 0,47…0,98	0,72*** 0,69…0,76	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,48* 1,02-2,15	0,72*** 0,69-0,76	kf	kf
Gruppe	0,72* 0,52-0,99	1,51* 1,02-2,24	kf	kf
Zeit	2,08*** 1,64-2,62	3,77*** 3,63-3,91	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,09 0,89-1,35	0,30*** 0,18-0,49	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,07 0,88-1,29	2,76*** 1,78-4,27	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,94 0,76-1,16	0,61* 0,38-0,96	kf	kf
Psy A[1]	1,19 0,96-1,48	1,26 0,77-2,06	kf	kf
Psy B[2]	0,92 0,71-1,17	0,89 0,50-1,59	kf	kf
Alter	1,01 1,00-1,01	1,02** 1,01-1,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,77-1,12	0,99 0,65-1,51	kf	kf
Komorbidität[3]	1,00 0,96-1,05	1,07 0,96-1,20	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,60-1,37	0,51 0,21-1,24	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,99 0,78-1,27	0,07*** 0,04-0,11	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 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene

	Indexdiagnose, Tage AU
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	2,69** 0,88…4,50
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-13,18*** -14,82…-11,54
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-7,05*** -8,72…-5,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,26*** 1,20…1,32
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,87*** 0,83…0,91
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,78*** 0,75…0,82
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,26*** 1,20-1,32
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,87*** 0,84-0,91
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,78*** 0,75-0,82

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

	Indexdiag-nose, Tage AU
Gruppe	0,64* 0,45-0,91
Zeit	2,75*** 2,67-2,84
Indexgruppe 6 (F10)	0,39*** 0,30-0,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,41*** 1,87-3,10
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,64-1,06
Psy A[1]	1,73*** 1,32-2,27
Psy B[2]	0,83 0,59-1,17
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,86-1,38
Komorbidität[3]	1,06 1,00-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,61 0,34-1,08
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,10*** 0,08-0,14
2. vs. 1.Jahr	1,19 0,83-1,71
3. vs. 1.Jahr	0,76 0,53-1,09

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,90 0,57-1,42	0,91*** 0,88-0,94
Indexgruppe 6 (F10)	1,36 0,77-2,40	0,89*** 0,85-0,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,12 0,66-1,90	0,56*** 0,54-0,59
Indexgruppe 9 (F43)	1,17 0,66-2,08	0,99 0,94-1,04
Psy A[1]	1,30 0,75-2,28	0,89*** 0,85-0,93
Psy B[2]	1,05 0,52-2,10	0,63*** 0,59-0,67
Alter	0,99 0,98-1,01	0,99*** 0,99-0,99
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,66-1,80	1,11*** 1,07-1,16
Komorbidität[3]	1,02 0,92-1,13	1,14*** 1,13-1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,37 0,68-2,76	0,85*** 0,80-0,89
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,53 0,94-2,50	0,46*** 0,44-0,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,74 0,67-4,55	0,43*** 0,39-0,49

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 Wiederauf-nahme
Gruppe	0,65 0,39-1,09	1,13*** 1,09-1,17
Index-gruppe 6 (F10)	3,40*** 1,82-6,36	0,93** 0,90-0,97
Index-gruppe 7 (F20-F29)	1,15 0,53-2,46	0,91*** 0,86-0,95
Index-gruppe 8 (F30-F39)	0,70 0,36-1,34	1,10*** 1,06-1,16
Psy A[1]	0,82 0,39-1,70	1,03 0,98-1,08
Psy B[2]	1,77 0,89-3,53	0,82*** 0,78-0,86
Alter	0,99 0,97-1,01	1,00* 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,31 0,71-2,40	1,00 0,96-1,04
Komorbidi-tät[3]	0,99 0,89-1,11	0,97*** 0,96-0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,62 0,87-3,02	1,09*** 1,05-1,13
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,63-1,81	1,00 0,97-1,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,64 0,37-1,09	1,01 0,98-1,05

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 Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,09 0,67-1,75	1,14*** 1,10-1,18
Indexgruppe 6 (F10)	2,15** 1,22-3,76	0,78*** 0,75-0,81
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,48* 0,27-0,85	0,93** 0,90-0,97
Indexgruppe 9 (F43)	0,73 0,40-1,32	0,79*** 0,75-0,83
Psy A[1]	2,32** 1,27-4,23	0,87*** 0,83-0,90
Psy B[2]	0,59 0,30-1,17	1,39*** 1,32-1,45
Alter	0,98* 0,97-1,00	1,00* 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,57-1,64	0,89*** 0,85-0,92
Komorbidität[3]	1,07 0,96-1,19	1,00 0,99-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,56 0,24-1,34	0,83*** 0,77-0,89
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,77 0,47-1,26	0,94*** 0,90-0,97
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,11 0,43-2,86	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 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	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] 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 Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 14 (F70-F79)	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] 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 Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	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] 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)	-0,04 -0,55…0,46
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,87…1,12
DiD-Schätzer	0,98*** 0,98-0,99
Gruppe	1,11*** 1,11-1,11
Zeit	1,21*** 1,21-1,21
Indexgruppe 6 (F10)	1,16*** 1,15-1,16
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,16*** 1,16-1,16
Indexgruppe 9 (F43)	1,00 1,00-1,00
Psy A[1]	1,14*** 1,14-1,14
Psy B[2]	1,17*** 1,17-1,18
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,00** 1,00-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15*** 1,15-1,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28*** 1,28-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,01*** 1,00-1,01

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,26 -0,65…0,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,94 0,85…1,04
DiD-Schätzer	0,94*** 0,94-0,94
Gruppe	1,02*** 1,02-1,02
Zeit	1,06*** 1,06-1,06
Indexgruppe 6 (F10)	1,34*** 1,33-1,34
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,09*** 1,09-1,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09*** 1,09-1,09
Psy A[1]	1,15*** 1,15-1,15
Psy B[2]	1,10*** 1,10-1,11
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,07*** 1,07-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09*** 1,09-1,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16*** 1,16-1,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96*** 0,96-0,96

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,13 -0,55…0,30
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,97 0,86…1,09
DiD-Schätzer	0,97 0,86-1,09
Gruppe	1,00 0,90-1,12
Zeit	1,27*** 1,17-1,38
Indexgruppe 6 (F10)	1,14* 1,01-1,28
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,91-1,12
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,95-1,19
Psy A[1]	1,23** 1,09-1,38
Psy B[2]	1,10 0,97-1,26
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,92-1,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,13 0,99-1,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,35*** 1,23-1,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,83-1,04

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 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,15 0,53-2,52
Psy A[1]	0,23 0,05-1,05
Psy B[2]	0,94 0,08-10,66
Alter	1,10*** 1,06-1,13
Geschlecht (m vs. w)	0,59 0,25-1,43
Komorbidität[3]	1,17* 1,01-1,35
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,12** 0,03-0,51
Anzahl AU Prä-zeitraum (Me-dian split)	1,16 0,51-2,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,22-4,34

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	1,15 0,45-2,92
Psy A[1]	0,41 0,10-1,68
Psy B[2]	0,87 0,20-3,78
Alter	1,05** 1,02-1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,40 0,14-1,10
Komorbidität[3]	1,31** 1,12-1,53
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,13** 0,03-0,57
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,27 0,46-3,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 0,28-3,53

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,55 0,25-1,22
Psy A[1]	0,12* 0,02-0,93
Psy B[2]	4,04 0,44-37,16
Alter	1,14*** 1,10-1,18
Geschlecht (m vs. w)	0,40* 0,17-0,92
Komorbidität[3]	1,09 0,97-1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,28* 0,11-0,77
Anzahl AU Prä-zeitraum (Me-dian split)	2,03 0,85-4,84
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,13* 0,02-0,94

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1516786253,96 0,00-INF
Alter	1,53 0,62-3,78
Geschlecht (m vs. w)	0,00 0,00-INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	1294143861,10 0,00-INF

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1693553735,24 0,00-INF
Alter	1,05 0,58-1,93
Geschlecht (m vs. w)	4451841977,18 0,00-INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,00 0,00-INF

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,00 1,00-1,00
Alter	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,00 1,00-1,00
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 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	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 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	kf	kf	1,30 0,82-2,06
Psy A[1]	kf	kf	0,59 0,32-1,09
Psy B[2]	kf	kf	1,30 0,58-2,88
Alter	kf	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,84 0,52-1,36
Komorbidität[3]	kf	kf	0,71*** 0,62-0,82
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,79 0,35-1,78
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	0,86 0,54-1,37
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,41** 0,23-0,73

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,92 0,58-1,44	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,02** 1,01-1,04	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	3,01*** 1,83-4,95	kf	kf	kf	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf	kf	0,92 0,83-1,02	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,27** 0,11-0,62	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	2,55*** 1,56-4,18	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,06 0,67-1,67	kf	kf	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 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,91 0,62-1,36	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01* 1,00-1,03	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	2,50*** 1,64-3,82	kf	kf	kf	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf	kf	1,02 0,94-1,10	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,26*** 0,12-0,54	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,45 0,95-2,21	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,90 0,60-1,35	kf	kf	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

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
	2016	2016
Alle Patienten (n)	**1.984**	**28.797**
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)	40,2 %	53,9 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	24,9	26,5
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[4] (n)	**589**	**12.713**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	342	8.989
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	38,4	62,1

[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)
[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

Erwachsene

Tabelle 198: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	214	221	200	188	220	220	206	188
durchschnittliche Kosten	**3.934,61 €**	**3.520,03 €**	**3.252,96 €**	**3.083,66 €**	**4.036,02 €**	**3.443,30 €**	**3.362,88 €**	**2.606,62 €**
Standardabweichung	7.359,84 €	8.138,93 €	7.229,31 €	8.718,95 €	7.459,39 €	6.311,89 €	7.346,17 €	4.299,40 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	327,87 €	227,11 €	201,17 €	219,39 €	328,34 €	324,81 €	341,22 €	298,25 €
Median	1.226,35 €	782,26 €	743,52 €	697,20 €	1.431,43 €	1.339,36 €	1.086,12 €	1.040,79 €
75%-Perzentil	3.866,50 €	3.377,55 €	3.206,84 €	2.747,32 €	4.360,02 €	3.769,00 €	2.818,71 €	2.996,97 €
Maximum	51.450,52 €	90.208,28 €	56.500,30 €	83.007,33 €	66.758,76 €	45.891,15 €	54.748,16 €	33.667,18 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	377	372	363	356	373	369	354	337
durchschnittliche Kosten	**2.831,56 €**	**3.588,05 €**	**4.295,34 €**	**3.871,99 €**	**2.793,65 €**	**3.254,52 €**	**3.113,07 €**	**3.154,12 €**
Standardabweichung	6.153,21 €	8.932,54 €	15.832,80 €	8.967,89 €	5.611,72 €	6.080,19 €	7.399,72 €	6.623,10 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	386,52 €	438,72 €	440,19 €	458,68 €	427,81 €	418,10 €	415,64 €	397,36 €
Median	1.134,36 €	1.221,79 €	1.283,14 €	1.278,26 €	1.098,75 €	999,79 €	1.119,20 €	1.076,23 €
75%-Perzentil	3.051,77 €	3.666,75 €	3.711,51 €	3.682,76 €	2.809,37 €	3.112,61 €	3.025,37 €	3.315,14 €
Maximum	82.253,34 €	105.956,07 €	232.300,92 €	101.045,53 €	56.848,46 €	60.807,93 €	106.552,37 €	82.013,50 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	88	66	54	43	93	76	60	51
durchschnittliche Kosten	**2.614,54 €**	**2.352,90 €**	**1.846,09 €**	**1.472,94 €**	**2.843,37 €**	**2.048,83 €**	**2.235,76 €**	**1.325,83 €**
Standardabweichung	6.319,23 €	7.554,57 €	6.151,59 €	6.283,23 €	6.538,36 €	4.780,67 €	6.296,29 €	3.467,67 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	2.146,03 €	1.584,76 €	8,51 €	0,00 €	2.927,53 €	2.154,00 €	1.847,23 €	1.083,96 €
Maximum	46.361,01 €	87.708,71 €	55.561,98 €	71.009,02 €	54.110,21 €	35.553,61 €	46.299,14 €	33.419,57 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	97	96	91	88	100	105	97	91
durchschnittliche Kosten	**1.216,12 €**	**1.653,89 €**	**2.363,67 €**	**2.023,53 €**	**1.263,84 €**	**1.715,06 €**	**1.702,49 €**	**1.791,49 €**
Standardabweichung	3.314,95 €	5.478,38 €	13.227,66 €	6.886,31 €	3.528,19 €	4.353,42 €	6.781,96 €	5.924,39 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	642,83 €	456,33 €	0,00 €	0,00 €	774,67 €	1.067,04 €	807,81 €	1.054,41 €
Maximum	30.878,50 €	63.324,46 €	184.701,64 €	73.644,18 €	34.206,49 €	33.151,77 €	103.942,94 €	78.672,80 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**3,74 €**	**2,18 €**	**3,86 €**	**11,60 €**	**12,01 €**	**6,64 €**	**10,66 €**	**6,47 €**
Standardabweichung	51,47 €	28,37 €	56,34 €	86,12 €	112,80 €	80,14 €	104,48 €	53,29 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	771,88 €	421,30 €	822,32 €	897,70 €	1.350,38 €	1.154,48 €	1.382,44 €	537,56 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**11,31 €**	**6,00 €**	**3,33 €**	**6,67 €**	**8,38 €**	**26,26 €**	**8,85 €**	**17,43 €**
Standardabweichung	116,97 €	60,74 €	36,91 €	80,66 €	97,53 €	329,87 €	120,32 €	182,71 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.048,97 €	832,46 €	411,16 €	1.310,59 €	1.679,71 €	6.135,61 €	2.223,31 €	3.057,25 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	11	<10	<10	<10	17	17	15	14
durchschnittliche Kosten	**17,58 €**	**13,58 €**	**5,44 €**	**12,67 €**	**18,44 €**	**27,77 €**	**13,30 €**	**37,88 €**
Standardabweichung	108,04 €	78,15 €	48,03 €	73,52 €	99,22 €	188,24 €	64,57 €	362,43 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.176,77 €	672,80 €	634,31 €	591,93 €	1.169,96 €	2.477,00 €	552,70 €	5.017,16 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	13	13	14	14	24	30	25	19
durchschnittliche Kosten	**11,35 €**	**10,44 €**	**15,54 €**	**11,93 €**	**7,86 €**	**11,69 €**	**9,65 €**	**12,67 €**
Standardabweichung	78,71 €	68,65 €	105,50 €	87,05 €	41,36 €	47,03 €	46,54 €	66,18 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	769,07 €	649,14 €	1.499,60 €	1.336,95 €	437,96 €	327,19 €	384,48 €	673,46 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	213	220	200	186	219	217	203	187
durchschnittliche Kosten	**525,10 €**	**491,42 €**	**496,28 €**	**476,69 €**	**592,80 €**	**586,80 €**	**520,00 €**	**561,57 €**
Standardabweichung	773,62 €	532,67 €	471,72 €	521,41 €	585,92 €	623,94 €	531,21 €	566,23 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	181,79 €	164,40 €	146,96 €	151,73 €	217,82 €	200,76 €	206,80 €	188,45 €
Median	392,07 €	355,26 €	357,50 €	352,40 €	460,62 €	456,73 €	396,31 €	416,96 €
75%-Perzentil	627,29 €	648,58 €	682,48 €	649,45 €	750,10 €	772,41 €	713,36 €	777,95 €
Maximum	10.198,51 €	4.666,69 €	2.638,08 €	4.005,60 €	3.891,48 €	5.554,23 €	4.252,55 €	4.166,28 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	377	371	363	355	372	368	354	335
durchschnittliche Kosten	**449,10 €**	**500,89 €**	**536,96 €**	**544,95 €**	**561,54 €**	**526,29 €**	**560,18 €**	**552,70 €**
Standardabweichung	364,71 €	407,53 €	572,87 €	463,04 €	998,53 €	510,32 €	495,59 €	501,40 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	198,89 €	227,12 €	223,16 €	227,96 €	238,05 €	230,97 €	223,16 €	206,94 €
Median	367,59 €	423,10 €	421,57 €	435,67 €	398,52 €	406,41 €	451,32 €	469,21 €
75%-Perzentil	584,71 €	663,48 €	681,28 €	721,77 €	668,64 €	688,37 €	722,14 €	735,70 €
Maximum	3.818,04 €	3.330,61 €	7.978,48 €	3.739,67 €	17.897,57 €	4.287,87 €	3.265,79 €	3.776,88 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	176	181	170	164	189	186	186	164
durchschnittliche Kosten	**711,49 €**	**595,77 €**	**812,60 €**	**1.042,42 €**	**478,72 €**	**690,78 €**	**529,49 €**	**645,30 €**
Standardabweichung	1.663,61 €	1.252,11 €	2.685,83 €	3.975,09 €	863,67 €	2.419,48 €	1.152,03 €	1.685,64 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,93 €	15,97 €	23,28 €	19,46 €	27,51 €	28,70 €	32,37 €	24,92 €
Median	123,55 €	128,43 €	127,24 €	137,20 €	177,54 €	190,59 €	158,84 €	157,73 €
75%-Perzentil	717,51 €	598,16 €	540,15 €	515,91 €	563,74 €	674,60 €	642,30 €	597,78 €
Maximum	13.889,23 €	10.554,09 €	35.629,05 €	41.937,81 €	9.135,79 €	30.928,66 €	13.371,31 €	16.669,74 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	332	345	332	321	328	335	323	301
durchschnittliche Kosten	**910,92 €**	**1.126,75 €**	**1.076,93 €**	**1.020,09 €**	**834,00 €**	**850,71 €**	**703,93 €**	**676,01 €**
Standardabweichung	4.158,74 €	5.996,12 €	4.734,31 €	3.433,52 €	3.097,09 €	2.698,35 €	1.335,68 €	1.327,77 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	57,20 €	60,53 €	79,49 €	80,08 €	48,75 €	60,04 €	53,29 €	50,77 €
Median	241,23 €	281,75 €	287,18 €	310,69 €	213,80 €	223,81 €	244,15 €	228,01 €
75%-Perzentil	903,57 €	853,29 €	942,98 €	945,05 €	741,40 €	709,81 €	812,40 €	754,22 €
Maximum	71.151,34 €	100.969,81 €	75.736,38 €	55.857,58 €	46.026,07 €	35.898,37 €	14.526,33 €	13.946,75 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3.Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3.Jahr**
N gesamt	227	227	213	200	225	225	212	196
N mit Fall	60	54	51	33	76	70	55	26
durchschnittliche Kosten	**62,16 €**	**64,17 €**	**88,69 €**	**67,35 €**	**90,68 €**	**82,47 €**	**53,68 €**	**29,56 €**
Standardabweichung	169,96 €	194,74 €	237,00 €	240,98 €	256,86 €	180,43 €	117,74 €	117,33 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	41,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,15 €	99,06 €	43,58 €	0,00 €
Maximum	1.240,00 €	1.437,37 €	1.611,30 €	1.917,84 €	2.209,48 €	1.163,98 €	737,94 €	1.118,42 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3.Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3.Jahr**
N gesamt	379	379	370	361	375	375	364	343
N mit Fall	121	130	136	118	94	87	95	88
durchschnittliche Kosten	**232,75 €**	**290,07 €**	**298,91 €**	**264,82 €**	**118,03 €**	**124,51 €**	**127,97 €**	**103,83 €**
Standardabweichung	637,85 €	773,77 €	739,23 €	649,44 €	418,65 €	447,53 €	419,91 €	349,15 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	93,90 €	118,38 €	172,35 €	182,88 €	18,60 €	0,00 €	61,31 €	34,51 €
Maximum	5.214,72 €	6.865,36 €	5.594,40 €	5.967,11 €	4.192,59 €	4.899,16 €	3.663,30 €	3.634,48 €

Kinder und Jugendliche

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	112	114	104	107	122	124	121	118
durchschnittliche Kosten	**1.293,45 €**	**1.008,18 €**	**1.222,15 €**	**2.188,57 €**	**919,21 €**	**953,59 €**	**1.210,45 €**	**1.019,43 €**
Standardabweichung	3.454,24 €	2.707,14 €	4.426,07 €	12.515,82 €	1.963,19 €	1.576,54 €	3.738,19 €	3.705,18 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	147,52 €	136,92 €	109,27 €	121,74 €	143,64 €	172,35 €	144,90 €	142,73 €
Median	408,17 €	318,97 €	296,04 €	326,63 €	307,96 €	322,28 €	315,54 €	350,82 €
75%-Perzentil	1.264,70 €	772,00 €	1.297,76 €	1.018,12 €	766,16 €	1.000,09 €	684,09 €	614,29 €
Maximum	31.177,88 €	25.269,86 €	46.802,32 €	130.981,31 €	18.189,62 €	10.149,02 €	35.208,69 €	40.057,34 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	337	336	324	318	325	324	316	317
durchschnittliche Kosten	**963,56 €**	**1.089,88 €**	**939,84 €**	**801,97 €**	**841,16 €**	**879,61 €**	**821,40 €**	**839,31 €**
Standardabweichung	1.912,49 €	2.158,29 €	2.068,67 €	1.682,21 €	1.354,30 €	3.505,10 €	1.671,58 €	1.480,29 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	176,51 €	184,14 €	126,42 €	94,72 €	171,31 €	154,77 €	143,76 €	150,16 €
Median	424,93 €	420,58 €	322,83 €	244,51 €	367,28 €	337,39 €	331,64 €	295,22 €
75%-Perzentil	1.216,35 €	1.277,13 €	859,67 €	690,35 €	1.006,39 €	743,15 €	725,15 €	894,96 €
Maximum	25.894,76 €	22.695,53 €	20.297,63 €	19.442,51 €	15.041,56 €	61.153,32 €	21.114,32 €	13.752,50 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	24	19	21	23	19	25	15	17
durchschnittliche Kosten	**554,49 €**	**423,40 €**	**387,72 €**	**1.531,46 €**	**372,39 €**	**433,47 €**	**672,84 €**	**636,43 €**
Standardabweichung	1.857,42 €	1.395,58 €	973,68 €	11.950,23 €	1.020,41 €	1.155,23 €	3.410,59 €	3.485,44 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	17.358,90 €	10.045,56 €	4.994,99 €	128.713,76 €	5.744,45 €	8.739,15 €	34.150,58 €	37.627,48 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	46	55	37	47	45	27	40	51
durchschnittliche Kosten	**266,01 €**	**398,30 €**	**342,81 €**	**324,01 €**	**300,12 €**	**269,39 €**	**338,80 €**	**406,77 €**
Standardabweichung	812,96 €	1.468,52 €	1.367,03 €	1.031,62 €	1.142,26 €	1.761,10 €	1.185,87 €	1.339,79 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	6.300,29 €	21.872,65 €	11.448,97 €	8.766,82 €	14.316,16 €	28.562,23 €	10.939,46 €	13.245,95 €

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**1,33 €**	**95,69 €**	**1,06 €**	**8,92 €**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	23,99 €	1.678,02 €	19,18 €	161,33 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	433,86 €	30.339,02 €	346,86 €	2.917,35 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	10
durchschnittliche Kosten	**5,38 €**	**3,41 €**	**5,93 €**	**8,13 €**	**31,09 €**	**17,72 €**	**11,39 €**	**7,52 €**
Standardabweichung	41,33 €	28,96 €	37,13 €	50,27 €	275,54 €	138,63 €	58,93 €	32,11 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	434,27 €	297,24 €	277,89 €	349,51 €	3.067,14 €	1.511,90 €	528,80 €	244,50 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	17	15	12	15
durchschnittliche Kosten	**1,24 €**	**4,01 €**	**3,49 €**	**3,82 €**	**5,01 €**	**15,25 €**	**10,41 €**	**6,54 €**
Standardabweichung	15,36 €	34,87 €	34,09 €	32,32 €	26,77 €	194,95 €	88,04 €	37,79 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	268,60 €	437,41 €	567,42 €	333,94 €	348,15 €	3.498,00 €	1.272,00 €	439,56 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	112	112	103	107	122	123	120	117
durchschnittliche Kosten	**261,38 €**	**243,98 €**	**230,48 €**	**253,90 €**	**258,73 €**	**262,04 €**	**293,74 €**	**276,66 €**
Standardabweichung	212,32 €	229,54 €	218,78 €	238,96 €	220,91 €	215,43 €	320,88 €	240,12 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	108,03 €	98,10 €	83,52 €	94,54 €	120,84 €	112,94 €	116,93 €	105,32 €
Median	211,43 €	188,23 €	155,95 €	188,71 €	192,06 €	205,44 €	216,25 €	219,13 €
75%-Perzentil	367,63 €	319,77 €	345,23 €	322,73 €	328,51 €	338,44 €	353,40 €	377,27 €
Maximum	981,11 €	1.588,25 €	1.308,96 €	1.243,28 €	1.389,66 €	1.146,20 €	2.397,83 €	1.320,98 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	336	334	321	318	322	319	312	316
durchschnittliche Kosten	**238,60 €**	**253,65 €**	**251,25 €**	**220,34 €**	**228,45 €**	**223,89 €**	**252,98 €**	**262,72 €**
Standardabweichung	180,85 €	231,83 €	257,73 €	213,19 €	194,04 €	170,28 €	252,38 €	220,61 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	112,36 €	113,84 €	89,39 €	82,08 €	112,14 €	105,87 €	94,46 €	109,81 €
Median	192,10 €	186,21 €	178,20 €	168,55 €	196,18 €	182,61 €	184,61 €	193,37 €
75%-Perzentil	313,52 €	310,92 €	337,40 €	295,16 €	295,79 €	305,94 €	336,79 €	354,35 €
Maximum	1.229,51 €	2.027,16 €	1.821,26 €	1.596,60 €	2.360,65 €	1.198,56 €	2.138,56 €	1.577,40 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	91	93	93	94	101	106	99	107
durchschnittliche Kosten	**336,47 €**	**229,41 €**	**470,53 €**	**334,32 €**	**181,29 €**	**142,57 €**	**177,39 €**	**77,46 €**
Standardabweichung	2.810,60 €	1.891,05 €	4.292,97 €	2.703,15 €	1.309,38 €	811,13 €	1.202,94 €	132,27 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	4,49 €	2,08 €	6,23 €	11,79 €	5,09 €	8,06 €	3,38 €	13,69 €
Median	37,13 €	25,49 €	30,07 €	39,90 €	28,93 €	33,43 €	31,18 €	49,77 €
75%-Perzentil	101,63 €	89,28 €	98,05 €	108,06 €	85,18 €	93,11 €	107,64 €	93,36 €
Maximum	30.448,30 €	20.495,46 €	46.284,37 €	29.135,73 €	14.661,02 €	9.018,90 €	13.471,23 €	1.233,10 €

Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	306	291	274	260	287	285	259	253
durchschnittliche Kosten	**209,85 €**	**188,84 €**	**182,93 €**	**158,43 €**	**100,87 €**	**107,13 €**	**119,92 €**	**101,78 €**
Standardabweichung	1.577,87 €	1.280,35 €	1.391,56 €	1.143,13 €	219,82 €	249,16 €	596,91 €	229,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	11,97 €	5,59 €	2,24 €	0,52 €	12,73 €	10,17 €	1,88 €	0,94 €
Median	35,04 €	33,08 €	29,24 €	21,59 €	37,75 €	31,06 €	26,95 €	34,28 €
75%-Perzentil	80,55 €	77,15 €	73,97 €	68,02 €	96,27 €	95,92 €	87,41 €	84,12 €
Maximum	23.438,16 €	17.265,60 €	19.483,12 €	18.551,92 €	2.434,06 €	2.429,32 €	10.179,47 €	2.136,41 €

Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	117	117	116	116	125	125	125	124
N mit Fall	29	21	16	11	18	21	19	<10
durchschnittliche Kosten	**135,74 €**	**107,99 €**	**127,50 €**	**60,78 €**	**75,71 €**	**97,79 €**	**55,09 €**	**21,36 €**
Standardabweichung	337,21 €	322,27 €	382,11 €	250,55 €	266,69 €	309,76 €	208,28 €	98,43 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.438,97 €	1.752,38 €	2.091,36 €	1.459,60 €	1.629,35 €	2.152,48 €	1.763,76 €	740,66 €

Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3.Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3.Jahr**
N gesamt	341	341	340	340	327	327	327	327
N mit Fall	104	100	83	53	83	79	58	38
durchschnittliche Kosten	**247,86 €**	**245,07 €**	**159,36 €**	**95,36 €**	**205,38 €**	**168,25 €**	**98,24 €**	**52,57 €**
Standardabweichung	489,53 €	515,18 €	397,36 €	286,84 €	527,36 €	471,78 €	362,66 €	219,73 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	273,60 €	169,55 €	0,00 €	0,00 €	32,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.675,24 €	3.099,05 €	2.838,49 €	1.560,40 €	4.479,10 €	4.583,40 €	4.681,46 €	2.225,07 €

14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Erwachsene

Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	299	304	302	305						
durchschnittliche Kosten	**3.346,18 €**	**2.917,52 €**	**3.439,50 €**	**3.221,99 €**	**-93,33 €**	**0,879**	**-304,46 €**	**0,626**	**-211,14 €**	**0,773**
Standardabweichung	6.432,82 €	8.344,84 €	8.703,15 €	7.230,37 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	333,69 €	271,85 €	334,75 €	353,11 €						
Median	912,94 €	893,93 €	1.102,04 €	990,89 €						
75%-Perzentil	3.289,47 €	2.612,68 €	2.953,44 €	3.119,16 €						
Maximum	64.986,17 €	125.469,32 €	86.566,55 €	61.741,06 €						

Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	99	84	97	90						
durchschnittliche Kosten	**2.058,18 €**	**1.559,29 €**	**2.040,03 €**	**2.032,45 €**	**18,15 €**	**0,971**	**-473,17 €**	**0,299**	**-491,31 €**	**0,397**
Standardabweichung	5.456,97 €	4.881,14 €	6.772,23 €	6.397,92 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.609,40 €	822,89 €	1.617,72 €	1.335,64 €						
Maximum	57.695,77 €	55.158,56 €	80.370,44 €	60.306,15 €						

Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**8,33 €**	**7,20 €**	**12,00 €**	**3,69 €**	**-3,68 €**	**0,733**	**3,52 €**	**0,49**	**7,19 €**	**0,547**
Standardabweichung	86,72 €	77,20 €	169,37 €	46,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.013,67 €	1.008,85 €	2.949,99 €	587,91 €						

Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	<10	<10	24	26						
durchschnittliche Kosten	**6,90 €**	**7,23 €**	**19,14 €**	**24,33 €**	**-12,24 €**	**0,049**	**-17,10 €**	**0,102**	**-4,85 €**	**0,666**
Standardabweichung	53,47 €	52,23 €	95,74 €	176,91 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	746,18 €	647,40 €	1.036,57 €	2.883,00 €						

Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	297	303	300	303						
durchschnittliche Kosten	**545,99 €**	**503,06 €**	**563,26 €**	**566,46 €**	**-17,27 €**	**0,702**	**-63,40 €**	**0,105**	**-46,13 €**	**0,249**
Standardabweichung	596,25 €	451,35 €	528,09 €	522,66 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	189,14 €	173,73 €	223,52 €	195,35 €						
Median	412,26 €	386,53 €	441,67 €	415,77 €						
75%-Perzentil	694,19 €	723,33 €	731,57 €	766,73 €						
Maximum	6.080,66 €	2.958,86 €	4.211,06 €	4.222,82 €						

Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	257	256	245	261						
durchschnittliche Kosten	**605,44 €**	**778,27 €**	**656,76 €**	**506,55 €**	**-51,32 €**	**0,847**	**271,73 €**	**0,274**	**323,04 €**	**0,36**
Standardabweichung	1.562,71 €	4.176,36 €	4.439,56 €	1.320,87 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	26,76 €	26,74 €	13,07 €	26,57 €						
Median	96,44 €	121,62 €	93,16 €	99,82 €						
75%-Perzentil	465,97 €	495,18 €	430,21 €	392,03 €						
Maximum	16.733,30 €	69.381,59 €	77.272,34 €	12.454,72 €						

Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	312	312	312	312						
N mit Fall	93	47	98	53						
durchschnittliche Kosten	**121,35 €**	**62,47 €**	**148,32 €**	**88,51 €**	**-26,97 €**	**0,498**	**-26,05 €**	**0,361**	**0,92 €**	**0,971**
Standardabweichung	387,37 €	328,12 €	585,75 €	381,01 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	89,46 €	0,00 €	88,80 €	0,00 €						
Maximum	4.272,21 €	4.415,42 €	6.198,98 €	4.434,75 €						

Kinder und Jugendliche

Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	237	239	240	242						
durchschnittliche Kosten	**1.497,93 €**	**1.122,42 €**	**1.020,55 €**	**1.051,28 €**	**477,38 €**	**0,43**	**71,13 €**	**0,843**	**-406,25 €**	**0,264**
Standardabweichung	9.267,46 €	4.596,78 €	1.648,03 €	3.172,83 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	180,76 €	177,53 €	183,92 €	158,22 €						
Median	384,59 €	333,38 €	403,84 €	352,57 €						
75%-Perzentil	1.098,11 €	970,37 €	1.183,78 €	934,51 €						
Maximum	143.940,18 €	69.879,40 €	16.048,19 €	41.960,63 €						

Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	50	41	48	38						
durchschnittliche Kosten	**973,14 €**	**641,48 €**	**453,60 €**	**338,17 €**	**519,54 €**	**0,339**	**303,31 €**	**0,258**	**-216,22 €**	**0,481**
Standardabweichung	8.374,00 €	4.059,25 €	1.181,46 €	962,04 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	129.741,41 €	61.411,28 €	9.561,29 €	5.936,92 €						

Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**151,51 €**	**0,00 €**		**-151,51 €**	**0,312**	**-151,51 €**	**0,312**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.331,73 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	36.347,03 €						

Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	10	<10	17	16						
durchschnittliche Kosten	**14,75 €**	**15,95 €**	**12,06 €**	**30,42 €**	**2,70 €**	**0,823**	**-14,47 €**	**0,454**	**-17,16 €**	**0,452**
Standardabweichung	177,52 €	196,95 €	62,19 €	227,49 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.756,12 €	3.036,92 €	693,05 €	2.621,12 €						

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	236	238	238	242						
durchschnittliche Kosten	**254,56 €**	**243,26 €**	**268,43 €**	**265,37 €**	**-13,87 €**	**0,463**	**-22,11 €**	**0,26**	**-8,24 €**	**0,662**
Standardabweichung	200,33 €	216,85 €	215,49 €	215,13 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	117,32 €	116,77 €	118,20 €	114,74 €						
Median	203,03 €	183,95 €	221,75 €	204,28 €						
75%-Perzentil	337,28 €	302,78 €	373,98 €	361,10 €						
Maximum	1.361,84 €	1.718,93 €	1.475,68 €	1.773,57 €						

Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	200	198	197	200						
durchschnittliche Kosten	**122,96 €**	**90,77 €**	**157,78 €**	**188,91 €**	**-34,82 €**	**0,638**	**-98,14 €**	**0,287**	**-63,32 €**	**0,193**
Standardabweichung	763,80 €	341,84 €	863,06 €	1.392,19 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	12,22 €	9,04 €	7,66 €	8,95 €						
Median	35,56 €	40,00 €	35,75 €	36,78 €						
75%-Perzentil	77,08 €	89,61 €	96,20 €	92,10 €						
Maximum	11.603,94 €	5.104,33 €	12.886,12 €	21.524,04 €						

Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	243	243	243	243						
N mit Fall	60	46	56	28						
durchschnittliche Kosten	**132,52 €**	**130,95 €**	**128,68 €**	**76,90 €**	**3,84 €**	**0,903**	**54,05 €**	**0,06**	**50,21 €**	**0,059**
Standardabweichung	343,13 €	360,76 €	351,38 €	263,49 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.251,52 €	2.402,84 €	3.282,71 €	1.741,80 €						

14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 240: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	205	240	211	240						
durchschnittliche Kosten	**1.048,57 €**	**10.636,38 €**	**606,59 €**	**7.764,10 €**	**441,98 €**	**0,106**	**2.872,28 €**	**0,003**	**2.430,30 €**	**0,015**
Standardabweichung	4.052,94 €	11.076,68 €	1.167,77 €	9.580,98 €						
Minimum	0,00 €	124,76 €	0,00 €	67,94 €						
25%-Perzentil	17,13 €	1.940,93 €	19,06 €	1.727,00 €						
Median	172,98 €	7.175,34 €	92,97 €	4.719,61 €						
75%-Perzentil	754,92 €	14.644,65 €	581,47 €	10.450,25 €						
Maximum	50.452,22 €	54.154,95 €	6.665,76 €	67.366,72 €						

Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	22	194	19	181						
durchschnittliche Kosten	**587,40 €**	**8.891,81 €**	**208,76 €**	**5.792,69 €**	**378,64 €**	**0,135**	**3.099,12 €**	**<0,001**	**2.720,48 €**	**0,003**
Standardabweichung	3.819,05 €	10.454,66 €	837,60 €	8.752,19 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	477,33 €	0,00 €	253,63 €						
Median	0,00 €	5.730,50 €	0,00 €	2.871,08 €						
75%-Perzentil	0,00 €	12.792,28 €	0,00 €	7.627,99 €						
Maximum	49.975,44 €	48.244,20 €	5.936,58 €	66.202,79 €						

Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinik-neue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	<10	75	<10	39						
durchschnittliche Kosten	**4,71 €**	**817,65 €**	**11,49 €**	**1.165,91 €**	**-6,78 €**	**0,514**	**-348,26 €**	**0,126**	**-341,48 €**	**0,135**
Standardabweichung	73,01 €	1.510,93 €	143,07 €	3.177,60 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.085,58 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.131,13 €	7.232,93 €	2.127,51 €	19.309,00 €						

Tabelle 243: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	<10	37	<10	68						
durchschnittliche Kosten	**3,03 €**	**89,12 €**	**0,48 €**	**150,68 €**	**2,55 €**	**0,232**	**-61,56 €**	**0,108**	**-64,11 €**	**0,094**
Standardabweichung	32,41 €	327,86 €	5,74 €	492,48 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	87,20 €						
Maximum	454,22 €	2.850,71 €	83,22 €	4.171,61 €						

Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeit-raum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**4,31 €**	**1,46 €**	**1,43 €**	**0,29 €**	**2,89 €**	**0,412**	**1,17 €**	**0,434**	**-1,72 €**	**0,654**
Standardabweichung	49,82 €	22,65 €	22,10 €	4,54 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	693,18 €	350,87 €	342,31 €	70,40 €						

Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	192	219	203	216						
durchschnittliche Kosten	**165,08 €**	**291,86 €**	**179,22 €**	**247,93 €**	**-14,14 €**	**0,661**	**43,93 €**	**0,279**	**58,07 €**	**0,25**
Standardabweichung	314,03 €	467,27 €	388,09 €	418,95 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	5,58 €	33,67 €	9,67 €	27,67 €						
Median	42,13 €	116,57 €	35,67 €	94,42 €						
75%-Perzentil	234,25 €	361,30 €	168,68 €	298,94 €						
Maximum	2.977,18 €	2.690,37 €	3.219,43 €	3.354,30 €						

Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	<10	10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**274,76 €**	**536,38 €**	**195,20 €**	**374,73 €**	**79,56 €**	**0,245**	**161,66 €**	**0,104**	**82,10 €**	**0,438**
Standardabweichung	887,41 €	1.285,84 €	577,72 €	842,61 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	23,22 €	171,32 €	14,05 €	107,01 €						
75%-Perzentil	185,79 €	553,80 €	152,96 €	360,85 €						
Maximum	10.298,18 €	14.200,04 €	5.372,05 €	7.864,35 €						

Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	<10	10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**9,28 €**	**8,09 €**	**10,01 €**	**31,86 €**	**-0,73 €**	**0,911**	**-23,77 €**	**0,073**	**-23,04 €**	**0,122**
Standardabweichung	75,48 €	58,12 €	66,99 €	196,30 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.015,07 €	715,28 €	609,87 €	2.144,48 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	384	386	384	386						
durchschnittliche Kosten	**5.426,91 €**	**6.989,18 €**	**4.399,24 €**	**5.677,50 €**	**1.027,67 €**	**0,056**	**1.311,68 €**	**0,08**	**284,01 €**	**0,761**
Standardabweichung	8.316,35 €	11.916,26 €	6.484,74 €	8.620,72 €						
Minimum	0,00 €	27,18 €	0,00 €	108,60 €						
25%-Perzentil	965,31 €	1.100,45 €	777,12 €	1.028,07 €						
Median	1.998,17 €	2.600,36 €	1.790,70 €	2.360,28 €						
75%-Perzentil	5.898,07 €	7.714,75 €	4.906,51 €	6.891,89 €						
Maximum	58.898,55 €	125.048,18 €	40.555,97 €	65.795,18 €						

Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	88	110	100	124						
durchschnittliche Kosten	**2.796,40 €**	**4.034,24 €**	**2.348,27 €**	**3.449,45 €**	**448,14 €**	**0,355**	**584,79 €**	**0,403**	**136,66 €**	**0,874**
Standardabweichung	7.385,44 €	11.045,00 €	6.007,71 €	8.172,94 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.382,09 €	289,10 €	3.815,96 €						
Maximum	50.983,79 €	122.348,60 €	38.452,41 €	62.376,18 €						

Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	18	31	14	17						
durchschnittliche Kosten	**154,15 €**	**140,19 €**	**149,22 €**	**235,63 €**	**4,93 €**	**0,938**	**-95,44 €**	**0,192**	**-100,37 €**	**0,306**
Standardabweichung	799,25 €	614,94 €	954,06 €	1.295,40 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	6.714,72 €	5.588,98 €	11.321,16 €	10.600,89 €						

Tabelle 251: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	319	332	305	319						
durchschnittliche Kosten	**536,58 €**	**776,54 €**	**680,66 €**	**770,63 €**	**-144,08 €**	**0,007**	**5,91 €**	**0,931**	**149,99 €**	**0,082**
Standardabweichung	290,01 €	787,87 €	1.008,65 €	1.079,60 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	403,70 €	336,42 €	143,75 €	217,91 €						
Median	605,55 €	633,06 €	461,60 €	518,65 €						
75%-Perzentil	807,40 €	959,21 €	682,37 €	879,27 €						
Maximum	987,30 €	7.038,24 €	8.597,38 €	9.290,49 €						

Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,18 €**	**1,06 €**	**-0,18 €**	**0,318**	**-1,06 €**	**0,318**	**-0,87 €**	**0,416**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	3,58 €	20,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	70,40 €	407,86 €						

Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	362	361	365	356						
durchschnittliche Kosten	**97,73 €**	**123,25 €**	**112,18 €**	**120,42 €**	**-14,45 €**	**0,446**	**2,83 €**	**0,893**	**17,28 €**	**0,539**
Standardabweichung	232,62 €	291,24 €	290,37 €	292,21 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	11,25 €	19,18 €	12,72 €	22,27 €						
Median	28,25 €	41,55 €	28,31 €	44,52 €						
75%-Perzentil	59,94 €	88,21 €	76,17 €	94,93 €						
Maximum	2.197,27 €	2.399,65 €	3.603,06 €	3.838,04 €						

Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	11	12	10	14						
durchschnittliche Kosten	**1.819,72 €**	**1.888,19 €**	**1.043,13 €**	**1.010,77 €**	**776,59 €**	**<0,001**	**877,42 €**	**<0,001**	**100,83 €**	**0,683**
Standardabweichung	2.896,22 €	3.063,45 €	1.565,58 €	1.634,34 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	160,89 €	198,58 €	125,46 €	120,04 €						
Median	616,77 €	686,63 €	454,44 €	436,93 €						
75%-Perzentil	2.004,25 €	1.911,61 €	1.264,87 €	1.126,36 €						
Maximum	17.858,18 €	18.248,12 €	10.693,25 €	10.766,44 €						

Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	11	12	10	14						
durchschnittliche Kosten	**22,33 €**	**26,77 €**	**65,60 €**	**89,56 €**	**-43,27 €**	**0,12**	**-62,79 €**	**0,088**	**-19,52 €**	**0,674**
Standardabweichung	167,53 €	223,75 €	519,84 €	685,46 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.407,32 €	3.190,24 €	7.015,10 €	10.407,90 €						

Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	116	136	113	136						
durchschnittliche Kosten	**1.362,92 €**	**7.648,09 €**	**592,53 €**	**9.349,18 €**	**770,39 €**	**0,221**	**-1.701,08 €**	**0,284**	**-2.471,48 €**	**0,147**
Standardabweichung	7.089,52 €	11.471,20 €	1.787,77 €	14.498,75 €						
Minimum	0,00 €	42,08 €	0,00 €	80,08 €						
25%-Perzentil	20,39 €	375,83 €	11,71 €	649,25 €						
Median	57,46 €	1.082,99 €	59,71 €	1.954,44 €						
75%-Perzentil	242,53 €	11.431,70 €	309,35 €	14.755,33 €						
Maximum	71.066,75 €	61.732,22 €	17.129,76 €	85.739,15 €						

Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	10	57	<10	64						
durchschnittliche Kosten	**918,77 €**	**6.583,86 €**	**236,31 €**	**7.774,74 €**	**682,47 €**	**0,244**	**-1.190,88 €**	**0,443**	**-1.873,35 €**	**0,259**
Standardabweichung	6.615,97 €	11.332,12 €	1.586,84 €	14.086,58 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	10.229,22 €	0,00 €	12.394,40 €						
Maximum	71.056,85 €	59.343,59 €	16.817,75 €	84.465,98 €						

Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	<10	16	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**219,24 €**	**453,94 €**	**0,00 €**	**614,63 €**	**219,24 €**	**0,319**	**-160,68 €**	**0,615**	**-379,92 €**	**0,328**
Standardabweichung	2.556,72 €	1.623,30 €	0,00 €	3.344,86 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	29.816,22 €	9.490,68 €	0,00 €	24.969,37 €						

Tabelle 259: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	<10	113	<10	98						
durchschnittliche Kosten	**4,32 €**	**289,08 €**	**9,49 €**	**384,63 €**	**-5,17 €**	**0,459**	**-95,55 €**	**0,037**	**-90,38 €**	**0,051**
Standardabweichung	35,53 €	357,09 €	73,08 €	394,56 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	68,51 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	169,00 €	0,00 €	302,48 €						
75%-Perzentil	0,00 €	366,32 €	0,00 €	604,96 €						
Maximum	302,48 €	1.862,93 €	772,16 €	1.512,40 €						

Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	11	11	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**50,55 €**	**42,45 €**	**39,33 €**	**28,00 €**	**11,22 €**	**0,639**	**14,45 €**	**0,494**	**3,23 €**	**0,918**
Standardabweichung	198,65 €	168,69 €	195,68 €	178,93 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.377,80 €	1.412,36 €	1.380,85 €	1.402,00 €						

Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	116	120	113	119						
durchschnittliche Kosten	**107,30 €**	**172,78 €**	**221,35 €**	**413,15 €**	**-114,05 €**	**0,048**	**-240,37 €**	**0,001**	**-126,32 €**	**0,134**
Standardabweichung	226,92 €	317,86 €	627,68 €	764,22 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	15,88 €	25,76 €	11,71 €	30,37 €						
Median	46,48 €	69,59 €	43,73 €	94,24 €						
75%-Perzentil	109,06 €	169,74 €	109,30 €	393,40 €						
Maximum	2.108,73 €	2.049,98 €	4.697,73 €	3.969,71 €						

Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**51,46 €**	**91,41 €**	**76,95 €**	**100,38 €**	**-25,49 €**	**0,361**	**-8,98 €**	**0,761**	**16,51 €**	**0,695**
Standardabweichung	198,38 €	210,40 €	257,09 €	271,28 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	66,10 €	0,00 €	19,93 €						
Maximum	1.550,27 €	1.114,18 €	1.549,57 €	1.531,30 €						

Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**11,28 €**	**14,58 €**	**9,10 €**	**33,65 €**	**2,18 €**	**0,798**	**-19,07 €**	**0,286**	**-21,25 €**	**0,287**
Standardabweichung	78,04 €	112,33 €	60,97 €	174,96 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	703,33 €	1.031,06 €	433,75 €	1.292,05 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	358	364	361	364						
durchschnittliche Kosten	**4.122,93 €**	**3.822,71 €**	**4.177,99 €**	**5.462,01 €**	**-55,05 €**	**0,935**	**-1.639,31 €**	**0,016**	**-1.584,25 €**	**0,096**
Standardabweichung	9.365,07 €	7.934,35 €	8.698,07 €	10.231,49 €						
Minimum	0,00 €	29,70 €	0,00 €	70,24 €						
25%-Perzentil	323,40 €	310,44 €	513,20 €	688,57 €						
Median	716,79 €	677,28 €	1.109,88 €	1.622,60 €						
75%-Perzentil	1.319,18 €	1.695,75 €	2.048,82 €	3.115,70 €						
Maximum	63.518,28 €	48.942,33 €	52.273,07 €	85.545,94 €						

Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	59	68	49	72						
durchschnittliche Kosten	**3.193,73 €**	**2.896,42 €**	**2.685,61 €**	**3.602,08 €**	**508,12 €**	**0,436**	**-705,67 €**	**0,286**	**-1.213,79 €**	**0,185**
Standardabweichung	9.195,91 €	7.749,53 €	8.383,75 €	9.951,61 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	61.974,36 €	47.989,36 €	50.074,05 €	84.962,90 €						

Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	19	33	16	26						
durchschnittliche Kosten	**262,60 €**	**264,96 €**	**467,81 €**	**634,05 €**	**-205,21 €**	**0,194**	**-369,09 €**	**0,022**	**-163,88 €**	**0,475**
Standardabweichung	1.464,85 €	1.173,75 €	2.631,67 €	2.819,33 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	15.035,80 €	12.450,59 €	22.270,66 €	25.473,72 €						

Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	324	347	324	336						
durchschnittliche Kosten	**390,95 €**	**313,89 €**	**586,33 €**	**730,87 €**	**-195,38 €**	**<0,001**	**-416,98 €**	**<0,001**	**-221,60 €**	**<0,001**
Standardabweichung	255,50 €	326,05 €	413,74 €	506,65 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	201,85 €	127,52 €	285,36 €	302,48 €						
Median	403,70 €	241,88 €	570,72 €	604,96 €						
75%-Perzentil	605,55 €	383,32 €	856,08 €	1.209,92 €						
Maximum	1.316,62 €	2.972,05 €	3.843,36 €	3.263,38 €						

Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	<10	<10	18	<10						
durchschnittliche Kosten	**15,35 €**	**3,88 €**	**30,07 €**	**20,32 €**	**-14,72 €**	**0,179**	**-16,44 €**	**0,052**	**-1,73 €**	**0,901**
Standardabweichung	139,39 €	45,32 €	155,28 €	154,34 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.400,33 €	710,62 €	1.377,80 €	1.668,40 €						

Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	341	337	338	329						
durchschnittliche Kosten	**78,44 €**	**112,25 €**	**116,23 €**	**166,14 €**	**-37,79 €**	**0,003**	**-53,88 €**	**0,027**	**-16,09 €**	**0,559**
Standardabweichung	98,97 €	251,51 €	215,73 €	390,11 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	24,81 €	30,80 €	25,73 €	31,35 €						
Median	54,86 €	61,06 €	62,57 €	69,39 €						
75%-Perzentil	105,20 €	104,22 €	116,43 €	136,40 €						
Maximum	1.079,51 €	3.369,87 €	1.859,38 €	3.441,37 €						

Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	<10	<10	35	37						
durchschnittliche Kosten	**163,85 €**	**222,73 €**	**184,47 €**	**226,87 €**	**-20,62 €**	**0,427**	**-4,14 €**	**0,889**	**16,48 €**	**0,673**
Standardabweichung	346,90 €	378,88 €	352,96 €	421,12 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	35,75 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	178,46 €	349,46 €	292,36 €	321,78 €						
Maximum	2.990,25 €	3.113,84 €	2.840,35 €	2.992,87 €						

Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	<10	<10	35	37						
durchschnittliche Kosten	**18,02 €**	**8,58 €**	**107,47 €**	**81,68 €**	**-89,45 €**	**<0,001**	**-73,11 €**	**<0,001**	**16,34 €**	**0,547**
Standardabweichung	142,82 €	91,18 €	364,75 €	297,44 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.981,35 €	1.570,02 €	2.353,12 €	2.152,24 €						

14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Erwachsene

Tabelle 272: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	227	233	235	233						
durchschnittliche Kosten	**3.831,58 €**	**3.497,69 €**	**3.865,51 €**	**3.357,64 €**	**-33,93 €**	**0,959**	**140,05 €**	**0,831**	**173,97 €**	**0,855**
Standardabweichung	7.194,76 €	8.113,88 €	7.264,37 €	6.145,07 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	313,54 €	216,39 €	331,86 €	307,86 €						
Median	1.185,73 €	756,46 €	1.198,43 €	1.284,79 €						
75%-Perzentil	3.775,59 €	3.320,34 €	4.201,66 €	3.804,01 €						
Maximum	51.450,52 €	90.208,28 €	66.758,76 €	45.891,15 €						

Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	92	69	95	82						
durchschnittliche Kosten	**2.506,57 €**	**2.339,34 €**	**2.705,94 €**	**2.007,27 €**	**-199,37 €**	**0,728**	**332,07 €**	**0,559**	**531,43 €**	**0,519**
Standardabweichung	6.165,46 €	7.477,75 €	6.368,39 €	4.651,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	2.055,89 €	1.547,61 €	2.797,84 €	2.396,80 €						
Maximum	46.361,01 €	87.708,71 €	54.110,21 €	35.553,61 €						

Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**3,54 €**	**2,07 €**	**11,26 €**	**6,23 €**	**-7,71 €**	**0,321**	**-4,16 €**	**0,434**	**3,55 €**	**0,707**
Standardabweichung	50,06 €	27,60 €	109,24 €	77,60 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	771,88 €	421,30 €	1.350,38 €	1.154,48 €						

Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	11	<10	18	17						
durchschnittliche Kosten	**16,63 €**	**12,84 €**	**18,09 €**	**26,04 €**	**-1,46 €**	**0,874**	**-13,19 €**	**0,302**	**-11,73 €**	**0,456**
Standardabweichung	105,14 €	76,05 €	96,82 €	182,36 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.176,77 €	672,80 €	1.169,96 €	2.477,00 €						

Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	226	232	234	230						
durchschnittliche Kosten	**525,51 €**	**485,59 €**	**583,03 €**	**575,17 €**	**-57,52 €**	**0,351**	**-89,58 €**	**0,087**	**-32,06 €**	**0,691**
Standardabweichung	762,43 €	525,04 €	572,85 €	614,03 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	180,02 €	161,88 €	213,86 €	187,85 €						
Median	392,08 €	352,80 €	461,40 €	448,17 €						
75%-Perzentil	626,80 €	649,31 €	726,98 €	773,63 €						
Maximum	10.198,51 €	4.666,69 €	3.891,48 €	5.554,23 €						

Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	186	190	202	198						
durchschnittliche Kosten	**716,44 €**	**595,28 €**	**459,20 €**	**664,43 €**	**257,24 €**	**0,036**	**-69,15 €**	**0,688**	**-326,39 €**	**0,121**
Standardabweichung	1.693,53 €	1.266,78 €	840,50 €	2.346,18 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	13,96 €	15,67 €	28,13 €	27,82 €						
Median	120,65 €	120,16 €	168,41 €	185,29 €						
75%-Perzentil	703,29 €	585,26 €	544,63 €	668,72 €						
Maximum	13.889,23 €	10.554,09 €	9.135,79 €	30.928,66 €						

Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	240	240	240	240						
N mit Fall	64	58	82	72						
durchschnittliche Kosten	**62,89 €**	**62,58 €**	**87,98 €**	**78,51 €**	**-25,10 €**	**0,197**	**-15,93 €**	**0,341**	**9,16 €**	**0,721**
Standardabweichung	168,47 €	190,22 €	249,56 €	175,85 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	43,23 €	0,00 €	73,68 €	88,96 €						
Maximum	1.240,00 €	1.437,37 €	2.209,48 €	1.163,98 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	384	379	384	379						
durchschnittliche Kosten	**2.786,55 €**	**3.527,82 €**	**2.733,93 €**	**3.195,93 €**	**52,62 €**	**0,9**	**331,89 €**	**0,543**	**279,27 €**	**0,688**
Standardabweichung	6.106,06 €	8.862,13 €	5.543,12 €	6.010,87 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	368,27 €	394,45 €	418,70 €	408,19 €						
Median	1.056,74 €	1.175,78 €	1.079,44 €	984,21 €						
75%-Perzentil	3.022,22 €	3.642,64 €	2.694,40 €	3.077,59 €						
Maximum	82.253,34 €	105.956,07 €	56.848,46 €	60.807,93 €						

Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	97	96	102	107						
durchschnittliche Kosten	**1.194,07 €**	**1.623,90 €**	**1.233,31 €**	**1.685,05 €**	**-39,25 €**	**0,872**	**-61,15 €**	**0,862**	**-21,91 €**	**0,96**
Standardabweichung	3.288,70 €	5.432,84 €	3.482,76 €	4.303,43 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	455,60 €	0,00 €	757,28 €	1.037,33 €						
Maximum	30.878,50 €	63.324,46 €	34.206,49 €	33.151,77 €						

Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**11,10 €**	**5,89 €**	**8,14 €**	**25,51 €**	**2,96 €**	**0,699**	**-19,62 €**	**0,244**	**-22,58 €**	**0,207**
Standardabweichung	115,91 €	60,19 €	96,13 €	325,16 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.048,97 €	832,46 €	1.679,71 €	6.135,61 €						

Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeit-raum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	13	13	25	31						
durchschnittliche Kosten	**11,15 €**	**10,25 €**	**7,81 €**	**11,70 €**	**3,34 €**	**0,456**	**-1,45 €**	**0,73**	**-4,79 €**	**0,435**
Standardabweichung	78,01 €	68,03 €	40,88 €	46,82 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	769,07 €	649,14 €	437,96 €	327,19 €						

Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	384	378	383	378						
durchschnittliche Kosten	**444,70 €**	**494,86 €**	**554,67 €**	**520,30 €**	**-109,97 €**	**0,04**	**-25,44 €**	**0,441**	**84,53 €**	**0,179**
Standardabweichung	363,26 €	406,66 €	986,23 €	505,26 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	197,12 €	220,60 €	231,47 €	230,08 €						
Median	361,12 €	416,27 €	391,38 €	405,27 €						
75%-Perzentil	581,04 €	657,81 €	663,66 €	683,07 €						
Maximum	3.818,04 €	3.330,61 €	17.897,57 €	4.287,87 €						

Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	339	352	337	343						
durchschnittliche Kosten	**896,11 €**	**1.108,10 €**	**815,33 €**	**832,17 €**	**80,78 €**	**0,757**	**275,94 €**	**0,405**	**195,16 €**	**0,645**
Standardabweichung	4.122,21 €	5.942,97 €	3.054,75 €	2.662,28 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	56,40 €	59,22 €	47,26 €	54,03 €						
Median	229,59 €	274,99 €	209,86 €	210,88 €						
75%-Perzentil	893,61 €	837,51 €	710,46 €	697,04 €						
Maximum	71.151,34 €	100.969,81 €	46.026,07 €	35.898,37 €						

Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	386	386	386	386						
N mit Fall	122	130	94	88						
durchschnittliche Kosten	**229,43 €**	**284,81 €**	**114,67 €**	**121,19 €**	**114,76 €**	**0,003**	**163,62 €**	**<0,001**	**48,86 €**	**0,405**
Standardabweichung	632,71 €	767,69 €	413,09 €	441,54 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	93,90 €	107,31 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.214,72 €	6.865,36 €	4.192,59 €	4.899,16 €						

Kinder und Jugendliche

Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	130	132	133	135						
durchschnittliche Kosten	**1.180,19 €**	**977,51 €**	**898,01 €**	**916,99 €**	**282,18 €**	**0,379**	**60,53 €**	**0,812**	**-221,65 €**	**0,586**
Standardabweichung	3.224,90 €	2.551,62 €	1.888,00 €	1.518,87 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	143,87 €	136,69 €	147,90 €	174,21 €						
Median	364,08 €	316,13 €	315,28 €	350,05 €						
75%-Perzentil	1.138,64 €	766,15 €	798,66 €	982,90 €						
Maximum	31.177,88 €	25.269,86 €	18.189,62 €	10.149,02 €						

Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	26	22	21	25						
durchschnittliche Kosten	**495,76 €**	**410,17 €**	**355,57 €**	**398,41 €**	**140,19 €**	**0,414**	**11,76 €**	**0,937**	**-128,42 €**	**0,569**
Standardabweichung	1.736,51 €	1.326,10 €	984,77 €	1.113,50 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	17.358,90 €	10.045,56 €	5.744,45 €	8.739,15 €						

Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**5,19 €**	**2,93 €**	**28,58 €**	**16,29 €**	**-23,39 €**	**0,309**	**-13,36 €**	**0,253**	**10,03 €**	**0,698**
Standardabweichung	38,84 €	26,87 €	264,21 €	132,95 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	434,27 €	297,24 €	3.067,14 €	1.511,90 €						

Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	130	130	133	134						
durchschnittliche Kosten	**260,17 €**	**239,89 €**	**253,77 €**	**259,63 €**	**6,40 €**	**0,806**	**-19,74 €**	**0,448**	**-26,14 €**	**0,468**
Standardabweichung	215,32 €	219,90 €	213,53 €	208,78 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	94,90 €	97,85 €	121,24 €	114,37 €						
Median	211,10 €	193,04 €	190,87 €	209,41 €						
75%-Perzentil	369,11 €	302,76 €	326,58 €	328,34 €						
Maximum	981,11 €	1.588,25 €	1.389,66 €	1.146,20 €						

Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	105	109	110	116						
durchschnittliche Kosten	**297,37 €**	**211,31 €**	**175,86 €**	**140,15 €**	**121,51 €**	**0,625**	**71,16 €**	**0,666**	**-50,35 €**	**0,866**
Standardabweichung	2.607,29 €	1.755,64 €	1.255,55 €	778,08 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	4,41 €	4,97 €	5,09 €	10,45 €						
Median	36,76 €	25,77 €	31,41 €	34,44 €						
75%-Perzentil	95,82 €	86,40 €	88,05 €	96,79 €						
Maximum	30.448,30 €	20.495,46 €	14.661,02 €	9.018,90 €						

Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	136	136	136	136						
N mit Fall	31	25	21	25						
durchschnittliche Kosten	**121,70 €**	**113,21 €**	**84,23 €**	**102,51 €**	**37,47 €**	**0,298**	**10,70 €**	**0,779**	**-26,77 €**	**0,621**
Standardabweichung	317,01 €	320,42 €	273,95 €	307,75 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.438,97 €	1.752,38 €	1.629,35 €	2.152,48 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	360	359	362	358						
durchschnittliche Kosten	**1.012,37 €**	**1.089,73 €**	**826,94 €**	**867,63 €**	**185,42 €**	**0,171**	**222,10 €**	**0,287**	**36,68 €**	**0,883**
Standardabweichung	2.219,35 €	2.165,14 €	1.318,17 €	3.338,96 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	174,76 €	184,71 €	173,20 €	155,29 €						
Median	413,49 €	423,64 €	361,28 €	333,75 €						
75%-Perzentil	1.218,98 €	1.276,55 €	959,45 €	742,49 €						
Maximum	25.894,76 €	22.695,53 €	15.041,56 €	61.153,32 €						

Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	51	58	48	32						
durchschnittliche Kosten	**272,62 €**	**384,67 €**	**284,40 €**	**270,73 €**	**-11,78 €**	**0,869**	**113,93 €**	**0,326**	**125,71 €**	**0,361**
Standardabweichung	810,93 €	1.427,31 €	1.098,06 €	1.691,75 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	6.300,29 €	21.872,65 €	14.316,16 €	28.562,23 €						

Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,00 €**	**1,19 €**	**85,96 €**	**-1,19 €**	**0,318**	**-85,96 €**	**0,303**	**-84,77 €**	**0,31**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	22,74 €	1.590,47 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	433,86 €	30.339,02 €						

Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	<10	<10	19	16						
durchschnittliche Kosten	**1,16 €**	**4,19 €**	**7,15 €**	**13,89 €**	**-5,99 €**	**0,031**	**-9,70 €**	**0,326**	**-3,72 €**	**0,718**
Standardabweichung	14,87 €	34,68 €	50,80 €	184,82 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	268,60 €	437,41 €	834,83 €	3.498,00 €						

Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	359	357	358	352						
durchschnittliche Kosten	**238,88 €**	**254,00 €**	**227,95 €**	**225,31 €**	**10,93 €**	**0,435**	**28,69 €**	**0,06**	**17,76 €**	**0,385**
Standardabweichung	183,97 €	230,01 €	193,53 €	177,72 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	112,32 €	113,91 €	114,23 €	107,39 €						
Median	191,94 €	186,49 €	197,45 €	181,40 €						
75%-Perzentil	311,85 €	314,79 €	287,36 €	297,08 €						
Maximum	1.229,51 €	2.027,16 €	2.360,65 €	1.198,56 €						

Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	325	309	319	317						
durchschnittliche Kosten	**260,05 €**	**202,91 €**	**99,01 €**	**105,56 €**	**161,04 €**	**0,111**	**97,35 €**	**0,165**	**-63,69 €**	**0,605**
Standardabweichung	1.910,06 €	1.313,11 €	212,59 €	240,53 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	11,85 €	6,50 €	12,77 €	10,08 €						
Median	34,19 €	33,18 €	36,98 €	31,40 €						
75%-Perzentil	78,29 €	77,19 €	97,29 €	96,10 €						
Maximum	23.438,16 €	17.265,60 €	2.434,06 €	2.429,32 €						

Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

	IG		KG							
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Ef-fekt)	p-Wert
N gesamt	364	364	364	364						
N mit Fall	109	108	97	88						
durchschnittliche Kosten	**239,66 €**	**243,97 €**	**207,25 €**	**166,17 €**	**32,41 €**	**0,38**	**77,79 €**	**0,033**	**45,38 €**	**0,376**
Standardabweichung	479,24 €	510,04 €	515,72 €	471,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	265,79 €	170,43 €	82,08 €	0,00 €						
Maximum	2.675,24 €	3.099,05 €	4.479,10 €	4.583,40 €						

14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)

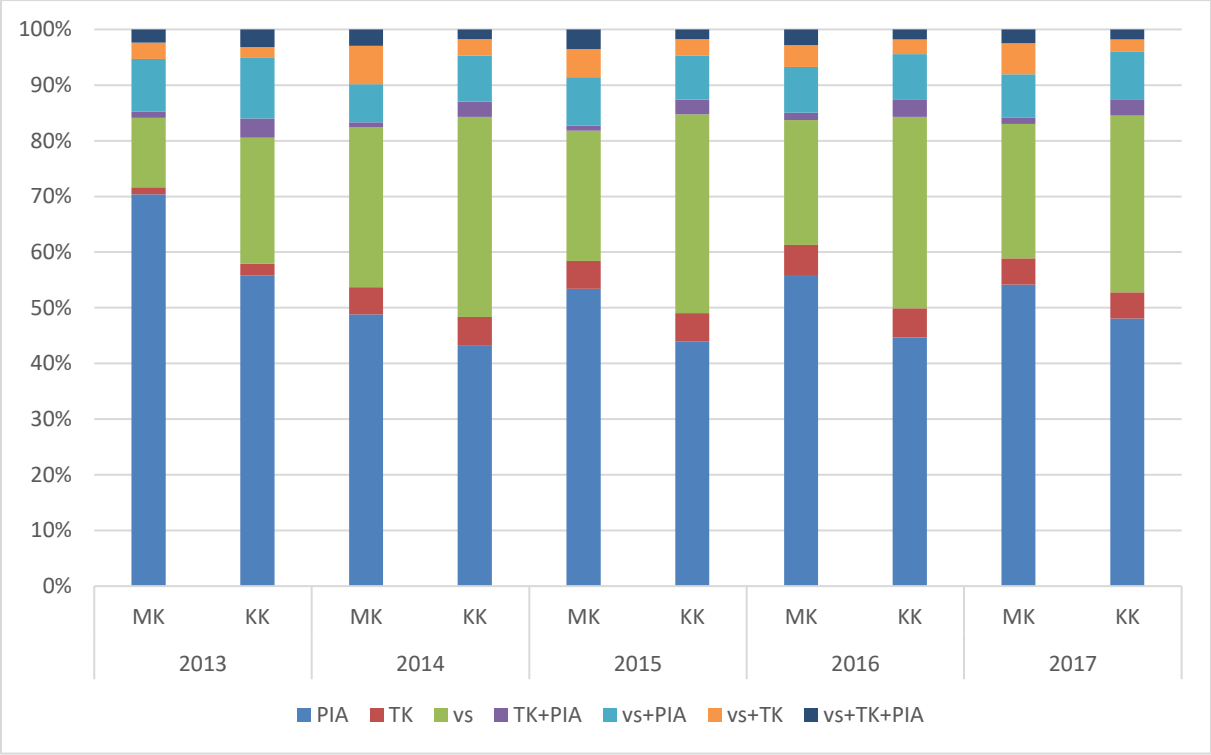
Erwachsene

Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - Erwachsene

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken
vs+TK+PIA	13	411	26	405	37	412	30	443	24	415
vs+TK	16	235	60	696	53	691	42	650	55	532
vs+PIA	52	1.424	60	1.926	91	1.881	88	2.020	76	1.983
TK+PIA	6	443	8	638	10	622	14	750	11	675
vs	68	2.934	251	8.392	245	8.466	240	8.465	236	7.402
TK	7	270	43	1.180	53	1.196	58	1.284	46	1.098
PIA	385	7.213	427	10.114	560	10.423	598	10.993	529	11.208
Gesamtergebnis	547	12.930	875	23.351	1.049	23.691	1.070	24.605	977	23.313

($N_{Kontrollkliniken}$ = 10)

Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - Erwachsene



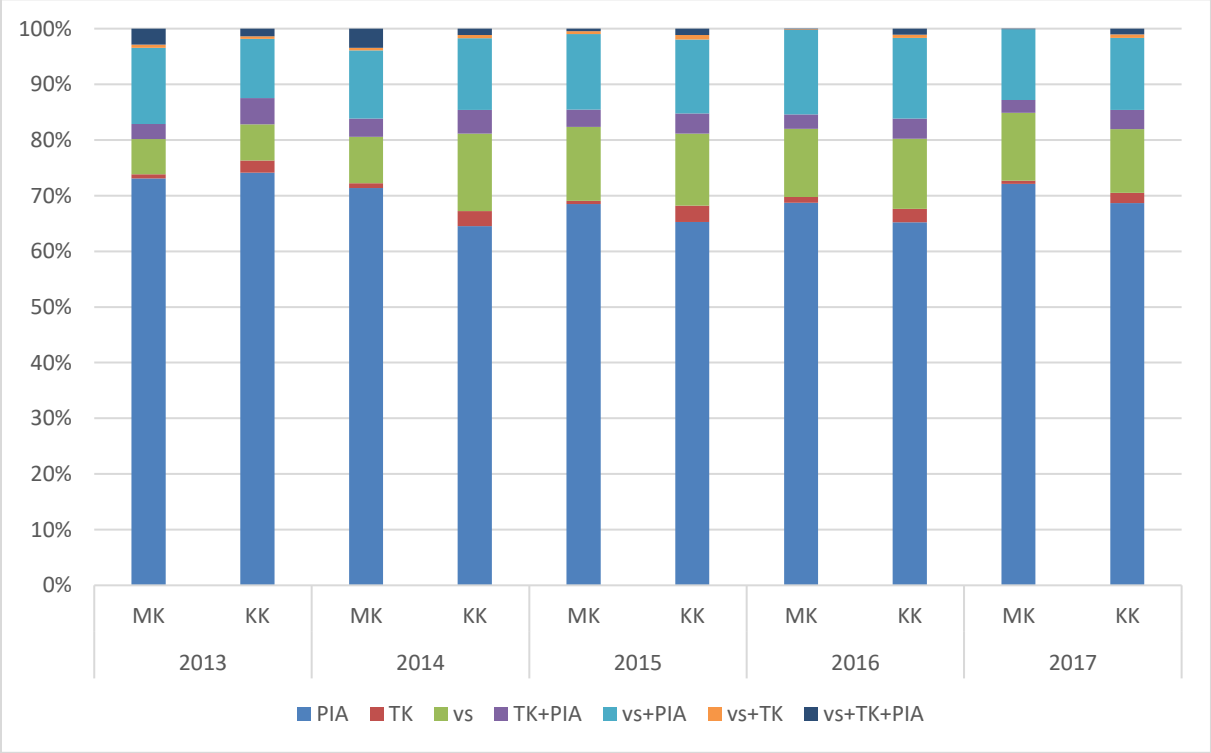
Kinder und Jugendliche

Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - Kinder und Jugendliche

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken
vs+TK+PIA	15	29	28	47	4	47	1	46	1	43
vs+TK	3	10	4	22	5	33	1	27		29
vs+PIA	71	226	100	518	122	546	135	627	105	553
TK+PIA	14	100	27	172	28	147	23	159	19	147
vs	33	139	68	558	120	531	109	546	101	490
TK	4	46	7	108	5	121	9	104	5	77
PIA	380	1.576	583	2.594	618	2.678	611	2.828	597	2.936
Gesamtergebnis	520	2.126	817	4.019	902	4.103	889	4.337	828	4.275

($N_{Kontrollkliniken}$ = 4)

Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - Kinder und Jugendliche



14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive)

Erwachsene

Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr - Erwachsene

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	875	2335	1049	2369	1070	2461
Anzahl Fälle	2518	9094	2791	9124	2657	9531
Ausgaben	4.962.444 €	17.445.972 €	5.658.272 €	17.535.936 €	5.179.887 €	18.881.070 €
Ausgaben je Patient	5.671 €	7.471 €	5.394 €	7.402 €	4.841 €	7.674 €
Ausgaben je Fall	1.971 €	1.918 €	2.027 €	1.922 €	1.950 €	1.981 €

Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Erwachsene

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	397	1142	426	1145	400	1158
Anzahl Fälle	530	2304	549	2276	500	2298
Ausgaben	4.149.099 €	13.831.653 €	4.401.619 €	13.843.924 €	3.829.121 €	14.872.370 €
Ausgaben je vs Patient	10.451 €	12.113 €	10.332 €	12.091 €	9.573 €	12.845 €
Ausgaben je Fall	7.828 €	6.003 €	8.018 €	6.082 €	7.658 €	6.472 €

Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Erwachsene

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	137	292	153	292	144	313
Anzahl Fälle	166	543	196	532	155	559
Ausgaben	325.858 €	2.469.939 €	715.365 €	2.480.456 €	832.575 €	2.704.283 €
Ausgaben je TK-Patient	2.379 €	8.462 €	4.676 €	8.492 €	5.782 €	8.648 €
Ausgaben je Fall	1.963 €	4.546 €	3.650 €	4.663 €	5.371 €	4.837 €

Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Erwachsene

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	521	1308	698	1334	730	1421
Anzahl Fälle	1822	6246	2046	6315	2002	6674
Ausgaben	487.487 €	1.144.380 €	541.288 €	1.211.557 €	518.192 €	1.304.417 €
Ausgaben je PIA-Patient	936 €	875 €	775 €	908 €	710 €	918 €
Ausgaben je Fall	268 €	183 €	265 €	192 €	259 €	195 €

Kinder und Jugendliche

Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr - Kinder und Jugendliche

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	817	670	902	684	889	723
Anzahl Fälle	2041	2660	2150	2747	2097	2980
Ausgaben	3.291.419 €	8.049.712 €	5.407.923 €	8.067.401 €	5.438.670 €	9.113.953 €
Ausgaben je Patient	4.029 €	12.017 €	5.995 €	11.797 €	6.118 €	12.609 €
Ausgaben je Fall	1.613 €	3.026 €	2.515 €	2.936 €	2.594 €	3.058 €

Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Kinder und Jugendliche

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	200	229	251	231	246	249
Anzahl Fälle	257	469	310	470	274	511
Ausgaben	2.870.532 €	7.395.865 €	4.771.890 €	7.587.308 €	4.660.372 €	8.492.383 €
Ausgaben je vs Patient	14.353 €	32.296 €	19.012 €	32.789 €	18.945 €	34.079 €
Ausgaben je Fall	11.169 €	15.769 €	15.393 €	16.157 €	17.009 €	16.632 €

Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Kinder und Jugendliche

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	66	58	42	58	34	56
Anzahl Fälle	68	108	51	109	35	98
Ausgaben	215.345 €	1.291.762 €	404.281 €	1.119.268 €	555.625 €	1.345.682 €
Ausgaben je TK-Patient	3.263 €	22.208 €	9.626 €	19.298 €	16.342 €	24.030 €
Ausgaben je Fall	3.167 €	12.016 €	7.927 €	10.300 €	15.875 €	13.708 €

Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - Kinder und Jugendliche

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	738	555	772	570	770	610
Anzahl Fälle	1716	2162	1789	2247	1788	2457
Ausgaben	205.541 €	594.729 €	231.751 €	625.376 €	222.673 €	691.285 €
Ausgaben je PIA-Patient	279 €	1.071 €	300 €	1.098 €	289 €	1.133 €
Ausgaben je Fall	120 €	275 €	130 €	278 €	125 €	281 €

14.5.7 Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Erwachsene

Tabelle 310: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum
		N		N		
(eingesparte) Kosten	IG	240	1.048,57 €	240	10.636,38 €	9.587,81 €
	KG	240	606,59 €	240	7.764,10 €	7.157,51 €
	Differenz IG-KG		441,98 €		2.872,28 €	2.430,30 €
	p-Wert		0,106		0,003	0,014
(vermiedene) KH-Tage	IG	240	2,5	240	22,3	19,8
	KG	240	0,8	240	23,7	22,9
	Differenz IG-KG		1,7		-1,3	-3,1
	p-Wert		0,138		0,634	<0,001
	ICER					790,34 €

Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum
		N		N		
(eingesparte) Kosten	IG	120	919,84 €	120	8.980,31 €	8.060,47 €
	KG	123	492,92 €	123	7.705,93 €	7.213,01 €
	Differenz IG-KG		426,92 €		1.274,38 €	847,46 €
	p-Wert		0,176		0,332	0,530
(vermiedene) AU-Tage	IG	120	16,4	120	76,7	60,3
	KG	123	25,6	123	81,8	56,2
	Differenz IG-KG		-9,2		-5,1	4,0
	p-Wert		0,166		0,694	0,002
	ICER					-211,11 €

Kinder und Jugendliche

Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum
		N		N		
(eingesparte) Kosten	IG	136	1.362,92 €	136	7.648,09 €	6.285,17 €
	KG	136	592,53 €	136	9.349,18 €	8.756,65 €
	Differenz IG-KG		770,39 €		-1.701,08 €	-2.471,48 €
	p-Wert		0,221		0,284	0,148
(vermiedene) KH-Tage	IG	136	3,3	136	19,7	16,4
	KG	136	0,6	136	24,9	24,3
	Differenz IG-KG		2,7		-5,2	-7,9
	p-Wert		0,212		0,277	<0,001
	ICER					-311,22 €