

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Becker

**Umsetzung einer bedarfsorientierten
Entlassungsplanung für Patienten mit hoher
Inanspruchnahme des psychiatrischen
Versorgungssystems: eine Prozessevaluation**

DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Susanne Bäuerle
Eschwege
2011

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth
1. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Becker
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Wolfgang P. Kaschka
Tag der Promotion: 12. Juli 2012

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	III
1. Einleitung.....	1
1.1 <i>Übersicht.....</i>	1
1.2 <i>Hintergründe</i>	3
1.2.1 Patienten mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung	3
1.2.2 Entlassungsplanung.....	4
1.2.3 Case Management und weitere Konzepte der Entlassungsplanung.....	5
1.2.4 Komplexe Interventionen in Studien zur Entlassungsplanung	7
1.2.5 Prozessevaluation komplexer Interventionen.....	9
1.2.6 Mögliche Qualitätsindikatoren und deren Prädiktoren.....	9
1.3 <i>Fragestellung</i>	15
2. Methoden	17
2.1 <i>Studie.....</i>	17
2.2 <i>Intervention</i>	17
2.2.1 Erste Intervention vor der stationären Entlassung T0	18
2.2.2 Zweite Intervention drei Monate nach der stationären Entlassung T1	19
2.2.3 Abbruchkriterien der Intervention	19
2.3 <i>Dokumentationsbögen des Interventionsmanuals.....</i>	20
2.3.1 Entlassungsplan und ambulanter Bedarfsplan.....	20
2.3.2 Bedarfsentwicklungsplan.....	20
2.4 <i>Instrumente zur Erhebung der Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik ...</i>	22
2.4.1 Bedarfe: CAN-EU.....	22
2.4.2 Lebensqualität: MANSA	23
2.4.3 Symptomatik: SCL 90-R.....	23
2.5 <i>Methodische Auswertung.....</i>	24
3. Ergebnisse	27
3.1 <i>Merkmale der Teilnehmer und Dropout-Analyse.....</i>	27

3.2 <i>Bedarfe und Lösungsvorschläge</i>	29
3.2.1 Übersicht der genannten Bedarfe	29
3.2.2 Auswertung der drei häufigsten ungedeckten Bedarfe	30
3.2.3 Andere Lösungsvorschläge	36
3.3 <i>Qualitätsindikatoren und die Umsetzung von Lösungsvorschlägen</i>	37
3.3.1 Umsetzung nach Interventionsort und Diagnose.....	37
3.3.2 Ursachen einer schlechten Umsetzung nach Interventionsort	38
3.3.3 Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik nach Umsetzung.....	40
3.4 <i>Qualitätsindikatoren und die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen</i>	44
3.4.1 Zufriedenheit nach Interventionsort und Diagnose.....	44
3.4.2 Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik nach Zufriedenheit.....	45
3.4.3 Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Umsetzung.....	49
3.5 <i>Qualitätsindikatoren und Interventionsort</i>	50
3.5.1 Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik nach Interventionsort	50
3.6 <i>Qualitätsindikatoren und Diagnosen</i>	54
3.6.1 Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik nach Diagnose.....	54
3.7 <i>Zusammenhang von Bedarfen mit der Lebensqualität und Symptomatik</i>	58
3.7.1 Lebensqualität.....	58
3.7.2 Symptomatik	59
4. Diskussion	60
4.1 <i>Zusammenfassung der Ergebnisse mit Bezug zur Literatur</i>	61
4.2 <i>Bewertung der Intervention und Einschränkungen</i>	65
4.3 <i>Schlussfolgerung</i>	69
5. Zusammenfassung	73
6. Literaturverzeichnis	75
ANHANG	87
DANKSAGUNG	103

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AACP	American Association of Community Psychiatrists
aLV	andere Lösungsvorschläge
ANOVA	analysis of variance
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker
BIZ	Berufsinformationszentrum
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
CAN (-EU)	Camberwell Assessment of Need (European Version)
CI	Konfidenzintervall
CNS	Cardinal Needs Schedule
CTI	Critical Time Intervention
df	Freiheitsgrade
diff	Differenz
DÜ	Düsseldorf
F	F-Wert – Varianzanalyse
GSI	General Severity Index
GÜ	Günzburg
GW	Greifswald
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
IFD	Integrationsfachdienst
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
LQoLP	Lancashire Quality of Life Profile
LV	alle Lösungsvorschläge
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MW	Mittelwert
n	Anzahl Fälle
NFCAS	Needs for Care Assessment Schedule
NODPAM	Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring
Overall QOL	Overall Quality of Life – MANSA
p	Wahrscheinlichkeit des Alpha-Fehlers
PT	Psychotherapie

r	Korrelationskoeffizient
R ²	Determinationskoeffizient
RG	Regensburg
RV	Ravensburg
SCL-90-R	The Symptom Check-List-90-R
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
Σ	Summe
t	Prüfwert T-Test
T0	Interventionszeitpunkt vor Entlassung
T1	Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung
UZ	Prüfwert U-Test von Mann-Whitney
VHS	Volkshochschule
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

1. Einleitung

1.1 Übersicht

In der vorliegenden Arbeit wird die Umsetzung einer bedarfsorientierten Entlassungsplanung für Patienten mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems im Sinne einer Prozessevaluation überprüft.

In der Einleitung erfolgt die Darstellung von Hintergründen (1.2) zur Problematik von Patienten mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems, weiter von Hintergründen zur Entlassungsplanung, zum Case Management und der grundlegenden Konzepte der Intervention, spezifischer zur „Critical Time Intervention“, zum „Care Programm Approach“ und von Hintergründen des in Deutschland entwickelten „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans“ (IBRP). Schließlich wird auf einige relevante randomisiert kontrollierte Entlassungsplanungsstudien mit komplexer Intervention eingegangen. Es wird weiter eine Übersicht der Aufgaben und Probleme von Prozessevaluationen komplexer Interventionen und von Studien zur Entlassungsplanung gegeben. Schließlich werden mögliche Qualitätsindikatoren und Prädiktoren für die Prozessevaluation von Entlassungsplanungs-Interventionen genannt, z. B. ungedeckte Bedarfe, Lebensqualität, Symptomatik, sowie Zufriedenheit und Durchführung der Umsetzung. Die Fragestellung wird dargelegt (1.3).

Im Methodenteil werden die Hintergründe der Studie (2.1), anschließend die Intervention (2.2) (a) zum Zeitpunkt vor der stationären Entlassung und (b) drei Monate nach der Entlassung beschrieben. Die verwendeten Dokumentationsbögen werden dargestellt (2.3), der Entlassungsplan und ambulante Bedarfsplan, welche zur Dokumentation der Bedarfe, erhoben durch den Camberwell Assessment of Need und zur Dokumentation von Problemdefinitionen und Lösungsvorschlägen entwickelt wurden. Dann folgt die Beschreibung des Bedarfsentwicklungsplans (2.3) und der Instrumente (2.4) zur Erhebung der Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik. Im Anschluss werden die verwendeten statistischen Methoden genannt (2.5).

Im Ergebnisteil werden zuerst die Merkmale der Interventionsteilnehmer mit den Interventionsabbrechern verglichen (3.1) um mögliche Ursachen bzw. Risikofaktoren eines Behandlungs- bzw. Studienabbruchs zu erkennen. Es folgt die Darstellung der Bedarfe und Lösungsvorschläge (3.2). Die gewählten Lösungsvorschläge für ungedeckte Bedarfe werden beschrieben, die Entwicklung des Bedarfsstatus im Verlauf für ungedeckte Bedarfe überprüft sowie Ursachen einer schlechten Umsetzung der Lösungsvorschläge dargestellt. Weiterhin wird die Häufigkeit anderer nicht vorgegebener Lösungsvorschläge (nach Bedarfsstatus und Interventionsort) genannt. So können Defizite der Entlassungsplanungs-Intervention festgestellt werden. Im Anschluss (3.3 bis 3.7) erfolgt die Darstellung der Veränderung der Qualitätsindikatoren (Anzahl ungedeckter Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik) im Rahmen der Intervention und die Überprüfung von möglichen Faktoren (Umsetzung der Lösungsvorschläge, Ursachen einer schlechten Umsetzung der Lösungsvorschläge, Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen, Interventionszentrum und Diagnose), die Interventionsergebnisse begründen und die verändernd auf die Qualitätsindikatoren wirken, um in künftigen Interventionen durch Änderungen dieser Faktoren Verbesserungen der Interventionsergebnisse zu erzielen.

In der Diskussion wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit Bezug zur Literatur (4.1) gegeben. Es folgt die Interpretation der Ergebnisse mit Bewertung der Intervention und Einschränkungen (4.2), sowie eine Schlussfolgerung mit Verbesserungsvorschlägen für künftige Entlassungsplanungs-Interventionen (4.3).

1.2 Hintergründe

1.2.1 Patienten mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung

Es gibt eine Ungleichheit in der Ressourcennutzung bei Patienten in psychiatrischer Behandlung. 20-30% der Patienten im akut psychiatrisch stationären Bereich beanspruchen 60-80% der Ausgaben [37] und 10-17% der Patienten beanspruchen 50% der Behandlungstage [45, 82]. Diese Patienten, welche einen überdurchschnittlich hohen Anteil der medizinischen Ressourcen in Anspruch nehmen, nennt man „high utilisers“ oder „heavy users“.

Im Verlauf der Zeit bemühte man sich um klare Kriterien der Definition [68]: Kent et al. zeigten, dass 3,25 stationäre Aufnahmen innerhalb von 2,38 Jahren als Kriterium eines „high utilisers“ gerechtfertigt sind [39, 68]. Bei Roick et al. waren es 1-3 Aufnahmen jährlich [68, 72]. An der Richtigkeit dieses alleinigen Kriteriums der Anzahl der stationären Aufenthalte wurde jedoch gezweifelt, da Patienten mit häufigeren kurzen Aufenthalten unberechtigt dazugezählt würden, jedoch Patienten mit nur wenigen sehr langen Aufenthalten das Kriterium nicht erfüllten [36, 68]. Lucas et al. entwickelten daraufhin einen Summenwert mit Berücksichtigung der Anzahl und Länge der stationären Krankenhausaufenthalte [49, 68].

Die Gruppe der „heavy users“ ist durchaus heterogen [72, 82]. Häufig ergaben sich jedoch Assoziationen mit den Diagnosen Schizophrenie, Depression, bipolar affektive Störung, komorbide Persönlichkeitsstörung und Substanzmissbrauch; auch soziale Probleme, mangelnde Krankheitseinsicht, Non-Compliance und die Erfordernis sozialtherapeutischer Maßnahmen sind häufig [39, 45, 72, 73, 82].

Das Risiko einer stationären Wiederaufnahme ist in den ersten dreißig Tagen nach Entlassung am höchsten [19]; nur durchschnittlich 50 % der psychiatrischen Patienten erhalten nach der stationären Entlassung eine Weiterbehandlung [8, 42, 53]. Nelson et al. zeigten, dass Patienten, die nach der Entlassung keinen ambulanten Termin in Anspruch nahmen, zweimal häufiger wieder eingewiesen wurden als Patienten, die zumindest einen ambulanten Termin wahrnahmen [57]. Weiterhin gibt es Hinweise, dass Entlassungsplanung mit weniger stationären Wiederaufnahmen assoziiert ist [19, 47, 83].

1.2.2 Entlassungsplanung

Entlassungsplanung hat zum Ziel, die Kontinuität der Weiterbehandlung zu fördern, die stationären Wiederaufnahmen zu reduzieren, die Koordination der Patientenversorgung nach der Entlassung zu verbessern, Compliance, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten zu steigern und somit auch die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken. Es wurde nachgewiesen, dass eine gezielte Entlassungsplanung die Compliance bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Weiterbehandlung fördert, stationäre Wiederaufnahmen reduziert und zu besseren Behandlungsergebnissen führt [60, 71, 83].

Das Vorgehen bei Entlassungsplanungs-Interventionen ist jedoch vielfältig und nicht standardisiert [4]. In der Literatur findet man verschiedene Interventionen unterschiedlicher Komplexität. Diese reichen von einfacher telefonischer Kontaktaufnahme nach der Entlassung [14], Terminvereinbarung beim nachbehandelnden niedergelassenen Kollegen [57] bis hin zu aufwendigen Interventionen mit Erhebung von Bedarfen, Hausbesuchen, Begleitung zu Arztbesuchen, Hilfe bei alltäglichen Fertigkeiten und Vermittlung bei Konflikten mit dem Umfeld [14, 18, 38, 54, 87].

Einige Organisationen haben Standards für die Bestandteile einer Entlassungsplanung entwickelt [81, 86]. Die American Association of Community Psychiatrists (AACCP) entwickelte Prinzipien der Entlassungsplanung. Auf die wichtigsten soll hier näher eingegangen werden. Anzumerken ist, dass diese Organisation statt des Begriffs Entlassungsplanung den Begriff Übergangsplanung (angloamerikanisch „transition planning“) verwendet, welcher die Kontinuität der Patientenbetreuung betont [81]:

- Zur Übergangsplanung sollten Bedarfe erhoben werden und die nötigen Maßnahmen koordiniert werden.
- Die Bedarfe sollen alle Ebenen berücksichtigen (u. a. Versorgung, Transport, Kinderbetreuung, Behandlung zusätzlicher Erkrankungen) und in einem Übergangsplan festgehalten werden.
- Die Beteiligung des Patienten an seiner Übergangsplanung ist entscheidend für den Erfolg.

- Falls der Patient dies möchte, sollten Angehörige und andere unterstützende, betreuende Personen an der Übergangsplanung beteiligt werden.
- Strategien zur Prävention eines Rückfalles und das Management eines solchen sollten besprochen und festgehalten werden.
- Es sollte klar festgelegt werden, wer während des Prozesses der Entlassung für die Weiterbetreuung verantwortlich ist, damit diese gewährleistet ist und auf mögliche Änderungen und Schwierigkeiten eingegangen werden kann.
- Maßnahmen zur Erfassung und Verbesserung der Qualität des Entlassprozesses sollten getroffen werden.

1.2.3 Case Management und weitere Konzepte der Entlassungsplanung

Ursprünge der Entlassungsplanung finden sich im Case Management. Das Case Management wurde in den 1970er Jahren als Folge der Deinstitutionalisierung entwickelt, um die Behandlung und Betreuung schwer psychisch kranker Menschen nach der Entlassung aus stationär psychiatrischer Behandlung sicherzustellen [23].

Im Laufe der Zeit entwickelten sich unterschiedliche Modelle. Mueser et al. unterschieden zwischen einem „Vermittelnden Case Management“ (Brokerage Case Management), einem „Klinischen Case Management“, dem „Assertive Community Treatment Model“, „Intensive Case Management“, „Ressourcenbezogenem Case Management“ (Strength Case Management) und einem „Rehabilitativen Case Management“ [23, 55]. Die Modelle unterscheiden sich hauptsächlich in der beruflichen Qualifikation des Case Managers, mit oder ohne zusätzliche Möglichkeit der therapeutischen Intervention; der Größe und Qualifikation des betreuenden Teams; der Anzahl Patienten pro Bezugsperson und bei den Schwerpunkten und der Intensität der Unterstützung [11, 33, 52, 55, 90].

Die am häufigsten untersuchten Case Management Modelle sind das „Klinische Case Management“, „Intensive Case Management“ und das „Assertive Community Treatment“. Es zeigte sich in mehreren Übersichtsarbeiten, dass die Modelle hinsichtlich familiärer Belastung, Zufriedenheit und Kosten effektiver sind als übliche Behandlungen. Auch die Anzahl der Tage in stationärer Betreuung wurde reduziert, vor allem bei vorheriger hoher Inanspruchnahme [11, 74, 98].

Die in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Intervention zur bedarfsorientierten Entlassungsplanung basiert auf dem Case Management, spezifischer auf den Konzepten der „Critical Time Intervention“, des „Care Programm Approach“ und des in Deutschland entwickelten „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans“ (IBRP) [70], die im Folgenden kurz beschrieben werden:

Die „Critical Time Intervention“ (CTI) ist ein zeitlich begrenztes Programm für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, um den Übergang von unterschiedlichen Einrichtungen, wie Obdachlosenunterkünften, Krankenhäusern und Gefängnissen zurück in das gesellschaftliche Leben zu erleichtern und Obdachlosigkeit zu verhindern [35,87]. Die Intervention wurde in den USA entwickelt, wo in den 1990er Jahren das Risiko der Obdachlosigkeit für psychisch Erkrankte um das 10 bis 20fache höher war als in der übrigen Bevölkerung [87]. In der Studie von Susser et al. [87] bestand das Programm aus einer neunmonatigen Intervention an psychisch Erkrankten, welche aus einer Obdachlosenunterkunft entlassen worden waren. Die CTI-Mitarbeiter, welche keine psychiatrisch qualifizierte Berufsausbildung absolviert haben mussten, führten z. B. Hausbesuche durch, begleiteten die Patienten zu Arztterminen und vermittelten zwischen Anbietern von Hilfeleistungen. Die Bestandteile der Intervention wurden in einem Manual spezifiziert, für jeden Studienteilnehmer wurde ein individueller Plan erstellt. Wöchentliche Treffen der Studienmitarbeiter fanden statt, um Manualtreue sicherzustellen. Die Studie ergab eine deutlich geringere Anzahl an Nächten ohne Wohnsitz in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe, außerdem stellte sie sich als kosteneffektiv heraus [35].

Der „Care Programm Approach“ wurde vom britischen Gesundheitsministerium in den 1990er Jahren eingeführt, um den Zugang zu sozialpsychiatrischen Hilfen und die Behandlungsqualität für schwer psychisch Erkrankte zu verbessern [41, 75]. Die wesentlichen Bestandteile sind die Erhebung von Bedarfen im Bereich Gesundheit und Soziales, das Bestimmen einer Bezugsperson zur Koordination der Hilfen, das Erstellen eines Behandlungsplans, regelmäßige Treffen zur Fallbesprechung, interprofessionelle Zusammenarbeit und die Absprache zwischen Betreuten und Betreuenden [41, 75]. Der Ansatz des „Care Programm Approach“ ist für einen längeren Zeitraum ausgelegt [41, 75].

Der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke [1, 27] ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenes Programm zur zielorientierten Behandlung und Rehabilitation schwer psychisch Erkrankter; ursprünglich jedoch zu Zwecken der Personalbemessung im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem gedacht. Im Mittelpunkt steht der individuelle Hilfebedarf des Patienten. Er besteht aus mehreren Bögen, die zur Dokumentation erforderlich sind. Wichtige Teilschritte des Verfahrens sind die Erhebung der Lebenssituation, der Bedarfe und Probleme, die Bestimmung von Hilfezielen, Festlegung der Verantwortlichen, abgestimmte und koordinierte Durchführung und Beurteilung der Ergebnisse der Hilfeleistungen. Die aktive Beteiligung des Patienten und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsträger in so genannten Hilfeplankonferenzen sind wesentliche Bestandteile [1, 27].

1.2.4 Komplexe Interventionen in Studien zur Entlassungsplanung

Komplexe Interventionen sind Interventionen im Gesundheitswesen mit mehreren sich beeinflussenden, vielseitigen Komponenten, organisatorisch aufwendig mit unterschiedlichen möglichen Ergebniskomponenten [13, 29, 58]. Prozeduren in Arzneimittelstudien oder Studien, welche die Wirksamkeit chirurgischer Methoden untersuchen, gehören nicht zu den komplexen Interventionen [58]. Randomisierte kontrollierte Studien sind die klassische Methode, die Wirksamkeit einer komplexen Intervention nachzuweisen [58].

Im Folgenden werden einige randomisiert kontrollierte Studien zur Entlassungsplanung im psychiatrischen Bereich der letzten Jahre mit komplexen Interventionen vorgestellt. Die Auswahl basiert auf die Übersichtsarbeit von Steffen et al. [83]. Einschlusskriterien waren unter anderem: erwachsene, in psychiatrischer Behandlung befindliche Studienteilnehmer; Studien aus allen Ländern; Veröffentlichung in den letzten 15 Jahren; Start der Intervention vor der Entlassung und Eingehen auf Probleme der ambulanten Versorgung; Outcome-Kriterien waren: Entwicklung von Inanspruchnahme und klinischen Merkmalen, wie z. B. Wiederaufnahmerate und Symptomentwicklung und Kosten [83]. Ausschlusskriterien waren Studien mit ausschließlich organisch psychiatrisch Erkrankten, ausschließlich über 65- oder unter 18-jährigen Studienteilnehmern [83]. Insgesamt

entsprachen sechs randomisierte kontrollierte Studien diesen Kriterien; drei Studien werden nun exemplarisch näher beschrieben:

Die Studie von Shaw et al. [78] wurde in Großbritannien mit insgesamt 97 Patienten einer psychiatrischen Abteilung durchgeführt; 51 Patienten wurden der Interventionsgruppe, 46 der Kontrollgruppe zugeteilt, welche die übliche Behandlung erhielten. Die Interventionsgruppe erhielt Hausbesuche, eine, vier und zwölf Wochen nach der Entlassung. Das Wissen und die Anzahl und Art von medikamentenbezogenen Problemen wurden bei jedem Besuch erhoben. Wenn nötig, wurde ein Apotheker zur Beratung hinzugezogen. Bei den Outcome-Kriterien „Kenntnisse über die Medikation“ und „Wiederaufnahmerate“ zeigten sich keine Unterschiede zur Kontrollgruppe. Es zeigte sich jedoch, dass die Interventionsgruppe weniger medikamentenassoziierte Probleme aufwies.

Die Studie von Reynolds et al. [71] wurde ebenfalls in Großbritannien mit insgesamt 25 Patienten einer psychiatrischen Einrichtung durchgeführt; 11 Patienten wurden der Interventionsgruppe, 14 der Kontrollgruppe zugeteilt, welche die übliche Behandlung erhielten. Die Interventionsgruppe erhielt fünf Monate lang Unterstützung von früheren Patienten und eine überlappende Betreuung von Klinikpersonal und ambulant tätigem Personal, bis die ambulante Betreuung, bzw. therapeutische Beziehung sichergestellt war. Bei den Outcome-Kriterien Symptomatik und Funktionsfähigkeit kam es in beiden Gruppen zu einer Besserung. Die Wiederaufnahmerate war jedoch bei der Kontrollgruppe doppelt so hoch.

Die Studie von Swanson et al. [89] fand in den USA statt mit insgesamt 121 psychiatrischen Patienten, davon hatten 77% einen zusätzlichen Substanzgebrauch oder eine Suchterkrankung; 64 Patienten wurden der Interventionsgruppe, 57 der Kontrollgruppe zugeteilt, welche die Standardtherapie erhielt. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich zur Standardtherapie kurz vor der Entlassung ein Gespräch nach den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung (motivational interviewing) über eine Stunde. Das Outcome-Kriterium war die Inanspruchnahme des ersten ambulanten Termins, diese war bei der Interventionsgruppe signifikant höher.

1.2.5 Prozessevaluation komplexer Interventionen

Das Medical Research Council, eine Organisation, die medizinische Forschung in Großbritannien fördert, betonte in seinen Leitlinien zu komplexen Interventionen die Wichtigkeit der zusätzlich zur Ergebnisevaluation durchgeführten Prozessevaluation zur besseren Bewertung von Studienergebnissen [13].

Die Prozessevaluation untersucht die Umsetzung der Intervention unter Studienbedingungen und kann Aufschluss darüber geben, warum keine Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte oder warum eine Intervention erfolgreich war [13]. Sie soll Ursachen und Einflussfaktoren der erhaltenen Ergebnisse aufzeigen, die Meinung der Beteiligten über die Intervention erheben und untersucht Ergebnisse in Untergruppen [58]. Bei der Auswertung haben qualitative Methoden einen hohen Stellenwert.

In den von Steffen et al. [83] gefundenen sechs relevanten randomisiert kontrollierten Studien zur Entlassungsplanung wurde lediglich zu einer Studie, nämlich von Reynolds et al. [71, 77] eine Prozessanalyse gefunden. Dort wurden mit den Koordinatoren und Pflegekräften der Studienteilnehmer z. B. mehrere Feedback-Gespräche durchgeführt; sie wurden mit Fragen über Probleme, z. B. der Kommunikation und Organisation konfrontiert [77].

Weiterhin zeigten Munro und Bloor einige Probleme auf [56]: Während Wight und Obasi [97] der Ansicht sind, dass eine Prozessanalyse vor der Ergebnisanalyse stattfinden sollte, da ansonsten die Identifizierung von Einflussfaktoren von der Kenntnis der Ergebnisse beeinflusst würde, meinten Munro und Bloor, dass die Festlegung der Schwerpunkte der Prozessanalyse von der Kenntnis der Ergebnisse abhängen und somit bliebe die Bewertung einiger Ergebnisse eher spekulativ. Außerdem könne eine Prozessanalyse zwar das Verständnis der Ergebnisse vertiefen, der Stellenwert sei jedoch problematisch, da Schlüsse aus den jeweiligen Umständen gezogen würden und die Verallgemeinerung daher unsicher sei.

1.2.6 Mögliche Qualitätsindikatoren und deren Prädiktoren

Im Folgenden werden mögliche Qualitätsindikatoren einer bedarfsorientierten Entlassungsplanungs-Intervention dargestellt, welche zur Prozessevaluation der

Intervention verwendet werden könnten. Auch Prädiktoren verschiedener Aspekte der Interventionsqualität werden referiert.

1.2.6.1 Ungedeckte Bedarfe

Ein wesentlicher Bestandteil der Entlassungsplanung und anderer Unterstützungsmodelle ist die Erhebung von Bedarfen im Bereich Gesundheit und Soziales [4, 81]. Man hat die Veränderung der Bedarfszahl und -ausprägung als Qualitätsindikator für Interventionen oder Behandlungen erkannt [30], wobei vor allem die Verwendung der Gesamtzahl ungedeckter Bedarfe in der Literatur weit verbreitet ist.

Die Verwendung der Gesamtzahl ungedeckter, gedeckter oder der gesamten Bedarfe zur Bewertung einer Intervention oder Behandlung wird in der Literatur jedoch auch in Frage gestellt. Wiersma et al. [96] zeigten im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten, multizentrischen Studie, dass gedeckte Bedarfe innerhalb eines Jahres annähernd gleich blieben, während ungedeckte Bedarfe über die Zeit signifikant abnahmen. Jedoch ergab sich ebenfalls, dass zwei Drittel der ungedeckten Bedarfe im Verlauf in gedeckte oder keinen Bedarf übergangen und mehr als die Hälfte der ungedeckten Bedarfe im Verlauf neu waren. Hinweise für einen spezifischen Behandlungseffekt als Ursache der Dynamik ungedeckter Bedarfe ergaben sich nicht. Somit wurden die ungedeckten Bedarfe als Outcome-Kriterium für weniger geeignet gehalten. Wennstöm et al. [93] zeigten ebenfalls, dass sich innerhalb von sechs Jahren die Gesamtzahl der gedeckten, ungedeckten und gesamten Bedarfe nicht wesentlich änderte, jedoch signifikante Änderungen auf Ebene der Einzelbedarfe stattfanden. Die Verwendung der Gesamtscores der Bedarfe als Kriterium verdeckte somit die Änderungen des individuellen Bedarfsstatus.

Die folgenden Studien untersuchen Veränderungen im Bedarfsstatus, Bereiche ungedeckter Bedarfe, vergleichen Studienteilnehmer mit Dropouts und behandeln Zusammenhänge der ungedeckten Bedarfe mit der Lebensqualität, Schwere der Symptomatik und Betreuungszufriedenheit, weiterhin Prädiktoren wie die Diagnose, Zustände der medizinischen Infrastruktur und sozioökonomische Umstände:

In einer cluster-randomisierten, kontrollierten, multizentrischen Studie von Wiersma und Priebe et al. [67,96] mit 271 Teilnehmern in der Interventionsgruppe und 236 in der Kontrollgruppe, kam es zu einer signifikanten Abnahme der ungedeckten Bedarfe innerhalb eines Jahres von je 2,0 auf 1,6, demnach um 20%. Von allen erhobenen ungedeckten Bedarfe blieben 1/3 als ungedeckt erhalten und je 1/3 gingen in ungedeckte Bedarfe über oder entfielen. Die Intervention bestand in einer Erhebung der Bedarfe, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit mit einem Computer-gestützten Programm alle zwei Monate für ein Jahr. Jedem Patienten war eine betreuende Person zugewiesen, die für die Organisation und Durchführung der Intervention verantwortlich war. Es handelte sich um Patienten mit Erkrankungen des schizophränen Formenkreises im ambulanten Behandlungsbereich, welche mindestens einen therapeutischen Kontakt mit den Behandelnden hatten. Die Outcome-Kriterien Lebensqualität und die Behandlungszufriedenheit hatten signifikante positive Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe gezeigt.

Slade et al. [80] fanden in England im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie an 101 seit mindestens drei Monaten in psychiatrischer Betreuung befindlichen Erwachsenen, dass Änderungen ungedeckter Bedarfe zu Änderungen der Lebensqualität führten und dass weniger ungedeckte Bedarfe mit höherer Lebensqualität assoziiert waren. Die Intervention bestand in der monatlichen Erhebung von Bedarfen und Lebensqualität in den ersten vier Monaten und anschließend nochmals nach zwei Monaten. Der Vergleich der Studienteilnehmer mit der Gruppe der Dropouts zeigte keine wesentlichen Unterschiede bei Geschlecht, Alter, Anzahl ungedeckter Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik, jedoch weniger Diagnosen des schizophränen Formenkreises in der Gruppe der Dropouts.

In einer niederländischen Querschnittstudie von Wiersma et al. [94] mit 101 chronisch psychisch Erkrankten aus dem stationären und ambulanten Bereich zeigte sich ein deutlich negativer Zusammenhang zwischen Lebensqualität und der Anzahl ungedeckter Bedarfe, aber kein Zusammenhang von Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Betreuung. Die häufigsten ungedeckten Bedarfe lagen in den Bereichen „seelischer Druck“, „soziale Kontakte“ und „Informationen über

die Erkrankung“. Die Bedarfe waren bei den an Schizophrenie Erkrankten höher als bei Patienten mit affektiver Störung.

Ochoa et al. [59] untersuchten in einer Querschnittstudie 231 unter Betreuung stehende erwachsene, schizophrene Patienten in Spanien. Ziel der Studie war es unter anderem, die am häufigsten vorhandenen Bedarfe zu erheben und Zusammenhänge mit soziodemographischen, sozialen und klinischen Parametern zu untersuchen. Die am häufigsten genannten Bedarfe waren „psychotische Symptome“, „Versorgung des Haushaltes“, „Ernährung“, „Information über die Krankheit“, „tägliche Aktivitäten“ und „soziale Kontakte“. Weiterhin zeigte sich ein schwacher negativer Zusammenhang mit der Gesamtzahl ungedeckter Bedarfe und der Lebensqualität; je höher die Anzahl ungedeckter Bedarfe, desto niedriger die Lebensqualität. Auch Teilnehmer mit schwerer Symptomatik hatten eine höhere Anzahl ungedeckter Bedarfe.

Kovess-Masfety et al. [43] wiesen in einer europäischen, länderübergreifenden, ein Jahr andauernden, prospektiven Kohortenstudie an insgesamt 438 schizophrenen Patienten nach, dass ein geringeres Angebot an ambulanten Dienstleistungen, Wohnheimen, Tagespflege- und Tagesklinikplätzen mit einer erhöhten Anzahl ungedeckter Bedarfe einhergeht. Am häufigsten wurden die, mit dem NFCAS (gängiges Instrument zur Bedarferhebung, siehe im Abschnitt Methoden) erhobenen Bedarfe „psychotische Symptome“, „Schwerfälligkeit“ und „psychomotorische Verlangsamung“ und „Medikamentennebenwirkungen“ angegeben.

In einer Übersichtsarbeit von Wiersma [95] wurden relevante Studien zwischen 1988 und 2003 zur Häufigkeit von gedeckten und ungedeckten Bedarfen (erhoben mittels NFCAS [9] und CAN [64]) untersucht; weiterhin Zusammenhänge, Entwicklung und Prädiktoren der Bedarfe. Im Mittel war einer von 2-4 Bedarfen ungedeckt, vor allem in den Bereichen „seelischer Druck“, „tägliche Aktivitäten“, „soziale Kontakte“ und „psychotische Symptome“. Es zeigte sich weiterhin, dass die Anzahl ungedeckter Bedarfe bei schizophrenen Teilnehmern und bei schwerer klinischer Symptomatik höher war. Außerdem ergab sich ein Zusammenhang mit der Lebensqualität und den sozioökonomischen Umständen; eine hohe unge-

deckte Bedarfszahl war mit einer geringeren Lebensqualität und schlechten sozio-ökonomischen Umständen assoziiert.

Unterschiedliche sozioökonomische Umstände als möglicher Prädiktor einer erhöhten Bedarfsanzahl zeigen sich in Deutschland vor allem zwischen Ost und West [3, 10, 44]: Trotz des enormen wirtschaftlichen Aufholprozesses in den letzten Jahren liegen die ostdeutschen Länder im Jahr 2009 in wichtigen Leistungsgrößen, wie Bruttoinlandprodukt pro Einwohner, Produktivität, Exportquote, Bruttowertschöpfung und Kapitalstock, weiterhin zurück. Auch die Arbeitslosenquote von 13,0% im Jahr 2009 lag über dem westdeutschen Niveau von 6,9% und das Bruttoeinkommen der Ostdeutschen lag im Jahr 2007 um 30% zurück. Bezüglich der Gesundheitsversorgung zeigte sich weiterhin eine ärztliche Unterversorgung im ambulanten Bereich ostdeutscher ländlicher Regionen.

1.2.6.2 Lebensqualität

Die Messung der Lebensqualität als wichtiges Bewertungskriterium einer Intervention ist weitgehend anerkannt worden [12, 20, 32]. Die jeweiligen Inhalte der Fragen der Erhebungsinstrumente spiegeln Dimensionen der Lebensqualität. Es wird meistens die Zufriedenheit in unterschiedlichen Lebensbereichen erhoben, wie Arbeit, Freizeit, Finanzen, Wohnsituation, Familienverhältnisse, soziale Verhältnisse und Gesundheit [5, 6, 46, 61, 66].

Slade et al. [79] zeigten in einer in Italien durchgeführten, ein Jahr andauernden Längsschnittstudie mit 265 Patienten, dass eine hohe Lebensqualität mit der Diagnose einer Psychose, höherer Zufriedenheit mit der Behandlung und mit einer geringeren Anzahl an ungedeckten Bedarfen assoziiert war. Die Daten wurden zu Beginn und nach einem Jahr erhoben. Der Vergleich der Studienteilnehmer mit vollständiger Erhebung mit den Dropouts ergab, dass die vorzeitig Ausgeschiedenen eher berufstätig waren, weniger die Diagnose der Schizophrenie, geringere Symptomatik und eine höhere Anzahl ungedeckter Bedarfe hatten; ein Unterschied in der Lebensqualität ergab sich nicht.

1.2.6.3 Symptomatik

Neben der Erhebung der Bedarfszahl und der Lebensqualität gehört zur Bewertung des Erfolges einer Behandlung die Erhebung der Symptomatik [25]. Eack et al. zeigten in einer Metaanalyse einen allen Studien gemeinsamen negativen Zusammenhang zwischen allgemeinen Symptomen und der Lebensqualität schizophrener Patienten [20]. Die Übersichtsarbeit von Hansson ergab ebenfalls, dass psychopathologische Symptome, vor allem eine Angst- und depressive Symptomatik mit einer geringeren Lebensqualität assoziiert seien [28]. Der Zusammenhang der Symptomatik mit dem Bedarfsstatus ist bereits in oben genannten Studien dargestellt worden.

1.2.6.4 Umsetzung und Zufriedenheit

Zu einer Prozessevaluation gehört die Erhebung der Meinung der Beteiligten über die Intervention [58]. Die Umsetzung und die Zufriedenheit mit einer Intervention (oder mit Teilaspekten) gehören dazu.

Der Zusammenhang der Zufriedenheit mit der Lebensqualität wurde bereits in den oben genannten Studien von Slade et al. [79] und Wiersma et al. [94] erwähnt.

Non-Compliance kann Ursache einer Nicht-Umsetzung sein. Es wurde nachgewiesen, dass Non-Compliance zu einem schlechteren Behandlungserfolg und zu wachsenden Kosten im Gesundheitssystem führt, zum Beispiel auf Grund vermehrter Krankenhausaufenthalte und höherer Behandlungskosten [88, 92].

Im Folgenden sollen einige Einflussfaktoren genannt werden, die Non-Compliance und damit Nicht-Umsetzung verursachen können. Jing et al. legten hierzu eine Übersichtsarbeit vor [34]: Demnach fördert geringes Wissen über die Erkrankung und über die Auswirkung von Non-Compliance eine schlechte Mitarbeit [2, 24, 34]. Behandelnde sollten die Patienten demnach ausreichend über die Therapie aufklären [34, 65, 76]. Weiterhin können Nebenwirkungen von Medikamenten die Compliance gefährden [34, 48]. Hingegen führt die Unterstützung durch Angehörige, Freunde oder Behandelnde zu einer besseren Mitarbeit [17, 34, 76, 91]. Förderlich sind auch kurze Anfahrtswege zum Therapeuten [26, 34].

Somit sind Faktoren des Gesundheitssystems, wie Verfügbarkeit und Zugang zu verschiedenen Einrichtungen ebenfalls von Wichtigkeit. Penchansky und Thomas

untersuchten hierzu Kriterien, die als Voraussetzungen für den Zugang zu Gesundheitsdiensten und Zufriedenheit dienen [62], nämlich Finanzierbarkeit (affordability), Verfügbarkeit (availability), Erreichbarkeit (accessability), Entgegenkommen (accomodation) und Annehmbarkeit (acceptability).

1.3 Fragestellung

Es wird die Umsetzung einer manualisierten, bedarfsorientierten Entlassungsplanung bei Patienten mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems im Sinne einer Prozessevaluation überprüft.

Dabei werden mögliche Ursachen und Risikofaktoren eines Studien- bzw. Behandlungsabbruchs dargestellt. Die Entlassungsplanungs-Intervention wird auf mögliche Stärken oder Defizite untersucht, insbesondere im Bereich des Hilfesystems (z. B. Erhebung von Bedarfen und Problemlösungen, Organisation und Umsetzung der Hilfen, Leistungsträger). Weiterhin werden Veränderungen von Qualitätsindikatoren im Rahmen der Intervention gezeigt. Überprüft werden auch möglichen Faktoren, die verändernd auf Qualitätsindikatoren wirken. Ziel ist es Einflüsse bzw. beeinflussbare Faktoren zu finden, die Interventionsergebnisse begründen und die durch entsprechende Optimierung in künftigen Interventionen zu einer Verbesserung der Interventionsergebnisse führen. Dabei werden folgende Fragen bearbeitet:

(1) Hinsichtlich welcher soziodemographischer und klinischer Merkmale und Qualitätsindikatoren unterscheiden sich die Interventions-Dropouts von den Teilnehmern mit vollständig erhaltener Intervention? Lassen sich Ursachen und Risikofaktoren eines vorzeitigen Studien- oder Behandlungsabbruchs feststellen?

(2) Welche ungedeckten Bedarfe bestehen und welche Problemlösungen werden gewählt? Wie werden Problemlösungen im Einzelnen umgesetzt bzw. tragen dazu bei Bedarfe zu decken? Welche Ursachen einer schlechten Umsetzung werden angegeben? Wie häufig werden andere Lösungsvorschläge als die vorgegebenen unter Einbeziehung des Bedarfsstatus gewählt? Lassen sich Stärken und/oder Schwächen der Entlassungsplanungs-Intervention ableiten?

(3) Wie wird die Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe bewertet und wie zufrieden sind die Patienten mit diesen Lösungsvorschlägen? Gibt es diesbezüglich örtliche und diagnoseabhängige Unterschiede? Welche Ursachen einer Nicht-Umsetzung von Lösungsvorschlägen werden angegeben?

(4) Verändern sich die Qualitätsindikatoren ungedeckte Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik im Rahmen der Intervention? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Umsetzungsgüte der Lösungsvorschläge und Zufriedenheitsgrad mit den Lösungsvorschlägen mit der Entwicklung bzw. Veränderung dieser Qualitätsindikatoren?

(5) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen und der Umsetzung der Lösungsvorschläge?

(6) Gibt es einen Zusammenhang zwischen Interventionsort und Diagnose mit der Entwicklung bzw. Veränderung der Qualitätsindikatoren ungedeckte Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik?

(7) Gibt es einen Zusammenhang der Anzahl ungedeckter Bedarfe mit der Lebensqualität und Symptomatik?

2. Methoden

2.1 Studie

Die Daten für die vorliegende Arbeit wurden zwischen April 2006 und März 2008 im Rahmen der randomisierten, kontrollierten, multizentrischen NODPAM-Studie („Effectiveness and Cost-Effectiveness of Needs-Oriented Discharge Planning and Monitoring for High Utilisers of Psychiatric Services“) erhoben [68, 69, 70, 84]. Beteiligte Zentren waren die Psychiatrischen Kliniken der Universitäten Düsseldorf, Greifswald, Regensburg und Ulm (Günzburg und Ravensburg). Die Studie untersuchte den Effekt einer bedarfsorientierten Entlassungsplanung auf die Dauer und Anzahl stationärer psychiatrischer Aufenthalte (primärer Outcome), die Verbesserung der Lebensqualität, die Verringerung der psychischen Beeinträchtigungsschwere sowie Kosten-Effektivität und Kosten-Nutzen (sekundärer Outcome) bei Patienten mit einer hohen Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgung. Die dabei entstandenen Interventionsdaten wurden in dieser Arbeit verwendet.

Eingeschlossen wurden Patienten mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungssysteme, also erwachsene Patienten mit Schizophrenie, bipolarer Störung und Depression, die in den letzten 24 Monaten mindestens zweimal stationär behandelt werden mussten mit jeweils mindestens 30 Tagen Verweildauer, oder Patienten, die in den letzten 24 Monaten mehr als 50 Tage in stationärer Behandlung verweilten. Ausgeschlossen wurden Patienten mit einer im Vordergrund stehenden Suchtproblematik, schlechten Deutschkenntnissen, geistiger Behinderung, Minderbegabung und bei absehbarer stationärer Anschlussbehandlung.

Für diese Qualifikationsarbeit wurden Daten von insgesamt 241 Patienten ausgewertet, welche eine Intervention mittels einer bedarfsorientierten Entlassungsplanung erhielten, wovon 75 Interventions-Dropouts waren.

2.2 Intervention

Die Intervention hatte zum Ziel, im Rahmen zweier halbstrukturierter Gespräche, für jeden Patienten individuell Behandlungsbedarfe zu erheben, Lösungs-

möglichkeiten zur Bedarfsdeckung zu finden und Qualitätsindikatoren der Umsetzung zu erheben. Zwischen den Interventionssitzungen sollten die Lösungsvorschläge umgesetzt werden. Die Interventionssitzungen folgten einem angefertigten Interventionsmanual [85], welches als Handlungsanweisung für die Interventionsmitarbeiter diente.

Die Dauer der Interventionssitzungen sollte insgesamt 1,5 Stunden betragen, verteilt auf zwei Sitzungen zu je 45 Minuten. Das erste Gespräch fand kurz vor der stationären Entlassung (T0), das zweite Gespräch fand 3 Monate später (T1) statt. Das Instrument zur Bedarfserhebung, auf dessen Ergebnisse sich die Intervention stützte, war das Instrument „Camberwell Assessment of Need - European Version“ (CAN-EU, ein gängiges Instrument zur Bedarfserhebung, siehe unten) [40]; die Vorschläge der Interventionssitzung basierte auf einer Liste dazugehöriger Lösungsvorschläge zur Bedarfsdeckung (siehe im ANHANG A) im Interventionsmanual [85].

2.2.1 Erste Intervention vor der stationären Entlassung T0

Vor dem ersten Interventionsgespräch vor der stationären Entlassung wurden die Bedarfe anhand des CAN-EU von einer Studienmitarbeiterin erhoben und die Ergebnisse an die Interventionsmitarbeiterin weitergegeben, die das Gespräch führte. Die Gesprächsteilnehmer waren: die Interventionsmitarbeiterin, der Patient und der behandelnde Arzt auf Station, weiterhin je nach Wunsch des Patienten weitere Personen wie Angehörige, Freunde, Betreuer und Sozialarbeiter.

Die Interventionsmitarbeiterin sollte bei dem Gespräch eine moderierende Funktion haben. Ihre Beiträge sollten zuhörend, strukturierend, im Inhalt nicht bestimmend sein, außerdem sollte sie auf eine Systematik des Vorgehens im Gespräch achten. Während des Gespräches sollten die von der Studienmitarbeiterin erhobenen Bedarfe nochmals mit den teilnehmenden Personen besprochen werden, da sich noch Änderungen in Bezug auf die Hilfebedarfe ergeben konnten; eventuell kamen noch andere Hilfebedarfe hinzu oder fielen weg. Außerdem sollte eine konkrete Problemdefinition für die Bedarfe erfolgen. Im Interventionsmanual wurden für jeden einzelnen Bedarfstyp eine Problemdefinition und entsprechende Lösungsvorschläge dargelegt. Eine passende Lösung zum Bedarf sowie ein Hauptverantwortlicher für die Umsetzung und der

Zeitpunkt der geplanten Zielerreichung sollten schließlich im Rahmen des Gespräches festgelegt werden. Weiterhin wurde die momentan bestehende Lebensqualität und Symptomatik anhand unten genannter Instrumente erhoben. Die gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse wurden in einem Entlassungsplan festgehalten und anschließend an den nachbehandelnden Fach- oder Hausarzt und an den Patienten verschickt mit der Bitte, den Plan bei jedem Behandlerbesuch aufzugreifen und kurz zu besprechen.

2.2.2 Zweite Intervention drei Monate nach der stationären Entlassung T1

Die zweite Interventionssitzung fand 3 Monate nach der Entlassung statt (T1). Zuvor wurden von der Studienmitarbeiterin die aktuellen Bedarfe erhoben und die Ergebnisse an die Interventionsmitarbeiterin weitergegeben, die das Gespräch führte. Die Gesprächsteilnehmer waren: die Interventionsmitarbeiterin, der Patient und der behandelnde Arzt auf Station, hinzugezogen wurden je nach Wunsch des Patienten weitere Personen wie Angehörige, Freunde, Betreuer, Sozialarbeiter. Der nachbehandelnde Psychologe/Arzt wurde ebenfalls eingeladen.

Im Gespräch wurde nun die Bedarfsentwicklung mit Angaben der Veränderung, Bewertung der Umsetzung von Lösungsvorschlägen, Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen, Lebensqualität, Symptomatik und die erhobenen aktuellen Bedarfe gemeinsam diskutiert, Gründe für ein eventuelles Scheitern der Umsetzung der Lösungsvorschläge wurden gesucht und eine passende Lösung zum aktuellen Bedarf sowie ein Hauptverantwortlicher für die Umsetzung und den Zeitpunkt der geplanten Zielerreichung festgelegt. Schließlich wurde ein ambulanter aktualisierter Bedarfsplan angefertigt und erneut verschickt.

2.2.3 Abbruchkriterien der Intervention

Zum Abbruch der Intervention führten folgende Kriterien:

- ein poststationärer tagesklinischer Aufenthalt von mehr als 6 Wochen;
- wenn das erste Interventionsgespräch nur später als 7 Tage nach der Entlassung möglich war;
- wenn das zweite Interventionsgespräch auf Grund eines weiteren stationären Aufenthaltes nicht spätestens 4 Monate nach T0 stattfinden konnte;

- wenn der Studienteilnehmer nach der stationären Entlassung keinen Kontakt mit dem nachbehandelnden Arzt hatte;
- wenn der Patient wiederholt nicht zum vereinbarten Interventionstermin erschien.

2.3 Dokumentationsbögen des Interventionsmanuals

Das Interventionsmanual [85] ist das zentrale Instrument der Intervention. Es enthält neben allgemeinen Hinweisen zur Gesprächsführung, der Aufgabenbeschreibung für Studien- und Interventionsmitarbeiterinnen sowie der Beschreibung der Interventionssitzungen auch die folgenden Instrumente zur Datenerhebung und Dokumentation.

2.3.1 Entlassungsplan und ambulanter Bedarfsplan

Der Entlassungsplan (Anhang B) wurde vor der stationären Entlassung (T0) im Rahmen des ersten Interventionsgespräches erstellt, der ambulante Bedarfsplan (Anhang B) drei Monate später (T1). Beide enthalten die nach dem CAN-EU erhobenen Bedarfe des Patienten mit Problemdefinitionen und entsprechenden Lösungsvorschlägen zu den jeweiligen Interventionszeitpunkten. Zusätzlich wurden der Zeitpunkt der Zielerreichung und ein Hauptverantwortlicher festgelegt; diese Daten wurden jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht verwendet.

Eine Auflistung der Bedarfe, Problemdefinitionen und mögliche Lösungsvorschläge des Interventionsmanuals befinden sich im Anhang (Anhang C). Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Lösungsvorschläge sollten bei Bedarf an den Patienten angepasst werden und wurden als „andere Lösungsvorschläge“ gekennzeichnet.

2.3.2 Bedarfsentwicklungsplan

Zur Erfassung der Qualität der Intervention wurden folgende Punkte in einem Bedarfsentwicklungsplan (Anhang C) dokumentiert: Veränderung der Bedarfe von T0 nach T1, Umsetzung des jeweiligen Lösungsvorschlages sowie die Zufrieden-

heit mit dem Lösungsvorschlag. Bei schlechter Umsetzung wurden die Gründe und Umstände erhoben.

(1) Veränderung des Bedarfes

Zur Darstellung von Veränderungen der Bedarfe von T0 nach T1 wurden Indizes eingeführt und im Bedarfsentwicklungsplan dokumentiert. Ein entfallener Bedarf wurde mit 2 gekennzeichnet, ein fortbestehender Bedarf mit 3. Neu aufgetretene Bedarfe erhielten den Index 1. Die weiterhin erhobenen Gründe für die Veränderung, ebenfalls dokumentiert anhand von Indizes, wurden in dieser Arbeit nicht verwendet.

(2) Umsetzung der Lösungsvorschläge

Zur Beschreibung der Umsetzung von Lösungsvorschlägen von T0 nach T1 wurden Indizes eingeführt und im Bedarfsentwicklungsplan dokumentiert. Ein gut umgesetzter Lösungsvorschlag wurde mit 1 gekennzeichnet, zum Teil umgesetzte mit 2, schlecht umgesetzte Lösungsvorschläge mit 3.

(3) Zufriedenheit mit Lösungsvorschlägen

Zur Beschreibung der Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen wurden Indizes eingeführt und im Bedarfsentwicklungsplan dokumentiert: 1 entsprach „sehr zufrieden“, 2 „eher zufrieden“, 3 „eher unzufrieden“, 4 „sehr unzufrieden“.

(4) Gründe für eine schlechte Umsetzung von Lösungsvorschlägen

Zur Ursachenfindung schlechter Umsetzung der Lösungsvorschläge von T0 nach T1 wurden Indizes eingeführt und im Bedarfsentwicklungsplan dokumentiert: 1 entsprach „Intervention“, 2 „professionelles Hilfesystem“ (z. B. Psychiater, Psychologen, Beratungsstellen), 3 „informelles Hilfesystem“ (z. B. Angehörige, Bekannte, Nachbarn), 4 „selbst“ und 5 bedeutete „andere Gründe“.

2.4 Instrumente zur Erhebung der Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik

2.4.1 Bedarfe: CAN-EU

Der Camberwell Assesment of Need - European Version (CAN-EU) basiert auf dem Camberwell Assesment of Need 3.0 [64]. Die Entwicklung der europäischen Version war Bestandteil der EPSILON-Studie [51]. Im Rahmen des Projektes Kosten-Effektivitätsanalyse psychiatrischer Versorgungssysteme im europäischen Vergleich des Forschungsverbundes Public Health Sachsen wurde der CAN-EU schließlich in die deutsche Sprache übersetzt [40]. Es ist ein halbstrukturiertes Interviewverfahren zur umfassenden Einschätzung der Hilfebedarfe des einzelnen Patienten in 22 Lebensbereichen: Wohnsituation, Ernährung, Versorgung des Haushaltes, persönliche Körperpflege, tägliche Aktivitäten, körperliche Gesundheit, psychotische Symptome, Informationen über die Krankheit und deren Behandlung, seelischer Druck, Selbstgefährdung, Fremdgefährdung, Alkohol, Drogen, soziale Kontakte, Partnerschaft, Sexualität, Versorgung und Betreuung der Kinder, Grundkenntnisse im Lesen, Schreiben und Rechnen, Telefonieren, Verkehrsmittel/Mobilität, Geld, Sozialleistungen. Es können die Ansichten des Patienten und der Mitarbeiter erhoben werden, um unterschiedliche Sichtweisen wieder zu geben; wobei in der vorliegenden Studie nur die Sichtweise des Patienten berücksichtigt wurde. Jeder Bedarfsbereich wird in vier Sektionen unterteilt. In Sektion 1 wird gefragt, ob in den jeweiligen Bereichen gegenwärtig ein Problem besteht (0 = kein Problem, 1 = geringes Problem, da Hilfe geleistet wird, 2 = ernstes Problem, 9 = unbekannt). Weiterhin wird gefragt, wie viel Hilfe von Verwandten/Freunden (Sektion 2) oder Betreuungspersonal (Sektion 3) geleistet wird. In Sektion 4 erfolgen Fragen zur Angemessenheit und Zufriedenheit mit der gewährten Unterstützung. Bezüglich der psychometrischen Eigenschaften ergab sich eine interne Konsistenz (Cronbach`s alpha) zwischen 0,59 und 0,64; eine Test-Retest-Reliabilität zwischen 0,71 bis 0,89 und eine Interrater-Reliabilität von 0,64 bis 0,86 für die gesamten, gedeckten und ungedeckten Bedarfe [40]. Von den Bedarfserhebungsverfahren ist der CAN am weitesten verbreitet [21, 95]. Er ist sowohl in der klinischen Praxis als auch zu Forschungszwecken einsetzbar und ohne aufwendige Schulungen und in kurzer Zeit durchführbar [21]. Im Gegensatz hierzu sind andere übliche Instrumente zur strukturierten Bedarfs-

erhebung wie der NFCAS [9] und CNS [50] nur zu Forschungszwecken geeignet, weil diese wesentlich aufwendiger und zeitintensiver sind und darüber hinaus einer ausgiebigen Schulung der Anwender bedürfen [15, 21, 95].

2.4.2 Lebensqualität: MANSA

Zu den Interventionszeitpunkten T0 und T1 wurde jeweils die Lebensqualität anhand des Fragebogens MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) [66] erhoben. Der Fragebogen besteht aus 16 Fragen über die Zufriedenheit mit dem Leben allgemein, mit der beruflichen Tätigkeit, der finanziellen Lage, den sozialen Kontakten, der Freizeitgestaltung, der Wohnsituation, der persönlichen Sicherheit, dem Sexualleben, der Beziehung zur Familie, der körperlichen und seelischen Gesundheit. 12 Fragen werden mit einer Skala von 1-7 beantwortet: je höher die Bewertung ausfiel, desto zufriedener war der Befragte. 4 der Fragen werden mit „Ja“, „Nein“ oder „Weiß nicht“ beantwortet, die mit 1, 2 oder 5 Punkte gewertet werden.

Zur Auswertung wurde der „overall QOL“ bestimmt: der Mittelwert aus den Hauptbereichen Beruf, Finanzen, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte, Wohnsituation, Familie, Sicherheit und Gesundheit. Die interne Konsistenz liegt bei $\alpha = 0,74$, die Korrelation mit dem LQoLP [61], einem anderen Erhebungsinstrument der Lebensqualität lag bei mindestens $r = 0,83$ [66]. Die Verbindung mit der Psychopathologie stimmt mit anderen erprobten Messinstrumenten überein [66].

2.4.3 Symptomatik: SCL 90-R

Zu den Interventionszeitpunkten T0 und T1 wurde jeweils die bestehende Symptomatik anhand des Fragebogens Symptom-Check-Liste (SCL 90-R) [16, 22, 31] erhoben. Der Fragebogen besteht aus 90 Fragen über Symptome aus neun Bereichen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depression, Ängstlichkeit, Aggressivität-Feindseligkeit, Phobie, paranoide Vorstellungen, Psychotizismus. Die Fragen werden anhand einer Skala von 0-4 beantwortet: je höher die Bewertung ausfiel, desto stärker waren die Beschwerden des Befragten. Zur Auswertung wurde der GSI (General Severity Index) zur Erfassung der grundsätzlichen psychischen Belastung bestimmt, indem

die Summe der Antworten auf alle Fragen durch 90 geteilt wurde. Die interne Konsistenz liegt zwischen $\alpha = 0,79$ und $\alpha = 0,89$, es ergab sich eine gute Retest-Reliabilität [22].

2.5 Methodische Auswertung

Zur statistischen Auswertung wurde das Statistik-Programm SPSS 12.0 und Excel verwendet.

Es wurden Daten von insgesamt 241 Patienten ausgewertet, welche eine Intervention mittels einer bedarfsorientierten Entlassungsplanung erhielten, wovon 75 Interventions-Dropouts waren.

Die Prüfung auf Normalverteilung erfolgte graphisch anhand von Histogrammen, Boxplots und Q-Q-Plots. Als Normalverteilungstest wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test angewandt.

Die Beschreibung der Studienteilnehmer erfolgte mittels soziodemographischer Daten, klinischer Merkmale und zum Interventionszeitpunkt T0 vorhandener Qualitätsindikatoren (Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik) der Patienten, welche an beiden Interventionssitzungen teilgenommen hatten und im Vergleich dazu außerdem der Interventions-Dropouts. Häufigkeitsunterschiede wurden mittels Chi²-Test auf Signifikanz geprüft, wobei die Testvoraussetzung bezüglich der Größe der erwarteten Häufigkeiten gegeben war. Unterschiede von Mittelwerten wurden mittels T-Test für unabhängige Stichproben (bei Normalverteilung) oder mittels Mann-Whitney-U-Test (bei nicht normal verteilten Werten) erhoben. Das Signifikanzniveau wurde auf jeweils $\alpha = 0,05$ festgelegt.

Die Spezifizierung ausgewählter ungedeckter Bedarfe des CAN-EU gemäß der Lösungsvorschläge, die Überprüfung der Entwicklung des Bedarfsstatus von T0 nach T1 und die Darlegung der Ursachen schlechter Umsetzung erfolgte anhand von absoluten und relativen Häufigkeiten u. a. in Tabellenform. Eine Übersicht der genannten Bedarfe erfolgte mittels Balkendiagramm der absoluten Häufigkeiten. Es wurden die Daten der insgesamt 166 Interventionspatienten vor (T0) bzw. drei Monate nach (T1) der stationären Entlassung verwendet. Anzumerken ist, dass

hier nur die Bedarfe berücksichtigt wurden, die während des Interventionsgespräches vor der stationären Entlassung noch relevant waren. Demnach wurden die Bedarfe, die zwischen der Erhebung durch die Studienmitarbeiterin und dem Interventionsgespräch entfielen, nicht mit einbezogen. Der Anteil anderer, nicht vorgegebener Lösungsvorschläge wurde mittels Summen- und Prozentwerten mit Einbeziehung des Bedarfsstatus und des Interventionsortes zum Interventionszeitpunkt T0 dargestellt.

Zur Beantwortung der Frage, wie die Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe (gedeckte und ungedeckte Bedarfe) bewertet wurde und wie zufrieden die Patienten mit diesen Lösungsvorschlägen waren, und ob es diesbezüglich örtliche und diagnoseabhängige Unterschiede gab, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse ohne Messwiederholung bzw. T-Test für unabhängige Stichproben (bei der dichotomen Variable Diagnose) angewandt. Als abhängige Variablen bzw. Testvariablen wurden die Umsetzung der Lösungsvorschläge und die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen der jeweils gesamten Bedarfe bestimmt, als unabhängige Variable bzw. Gruppenvariable der Interventionsort und die Diagnose. Es folgte eine Post-hoc-Analyse nach Bonferroni. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = 0,05$ festgelegt. Die Ursachen einer Nicht-Umsetzung von Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe wurden mit relativen Häufigkeiten dargestellt.

Zur Beantwortung der Frage, ob sich Veränderungen der Zahl ungedeckter Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik unter Einbeziehung der Qualität der Umsetzung, der Zufriedenheit, der unterschiedlichen Interventionsorte und Diagnosen im Rahmen der Intervention zeigten, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Als metrische abhängige Variablen wurden jeweils die Anzahl ungedeckter Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik zum Interventionszeitpunkt T0 und T1 verwendet, als kategoriale unabhängige Variablen oder Faktoren jeweils die Bewertung der Umsetzung der Lösungsvorschläge und die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen (jeweils der gesamten Bedarfe, außer bei der abhängigen Variable „ungedeckte Bedarfe“) sowie der Interventionsort und die Diagnose. Die Normalverteilungsanalyse zeigte größtenteils eine Normalverteilung der abhängigen Variablen unter Berücksichti-

gung der Unterteilung in die jeweiligen Faktorstufen. Vor allem Werte der Variable Symptomatik zeigten Abweichungen. Da die Varianzanalyse robust gegenüber Verletzungen der Verteilungsannahme ist [7], wurde diese trotzdem verwendet. Die Varianzhomogenität der Gruppen als weitere Testvoraussetzung war gegeben. Es folgte eine Post-hoc-Analyse nach Bonferroni. Das Signifikanzniveau wurde auf jeweils $\alpha = 0,05$ festgelegt.

Bei der Überprüfung der Korrelation der „Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen“ mit der „Umsetzung der Lösungsvorschläge“ wurde bei nicht vorhandener Normalverteilung der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman mit Signifikanz (Signifikanzniveau $\alpha = 0,01$) berechnet und mittels Streudiagramm mit Regressionsgeraden und Determinationskoeffizienten R^2 dargestellt.

Bei der Überprüfung der Korrelation der Lebensqualität mit der Anzahl ungedeckter Bedarfe und der Symptomatik mit der Anzahl ungedeckter Bedarfe wurde bei annähernder Normalverteilung jeweils der Korrelationskoeffizient nach Pearson mit Signifikanz (Signifikanzniveau $\alpha = 0,01$) berechnet und mittels Streudiagramm mit Regressionsgeraden und Determinationskoeffizienten R^2 dargestellt.

3. Ergebnisse

3.1 Merkmale der Teilnehmer und Dropout-Analyse

Es folgt eine tabellarische Darstellung der Daten der Studienteilnehmer in der Interventionsgruppe zu den Zeitpunkten T0 und T1 (n = 166) sowie der Interventions-Dropouts (n = 75), die keine zwei vollständigen Interventionssitzungen erhalten hatten (Tabelle 1 - 3). Weiterhin wurden mögliche Unterschiede zwischen Interventionspatienten und Interventions-Dropouts auf Signifikanz geprüft.

Tabelle 1: Soziodemographische Daten im Vergleich.

Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; n: Anzahl Fälle, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, t: Prüfwert t-Test, Chi²: Prüfwert Chi²-Test, df: Freiheitsgrade, p: Wahrscheinlichkeit des Alpha-Fehlers.

Merkmale		Interventions- teilnehmer (n = 166)	Interventions- Dropouts (n = 75)	Teststatistik	
Alter (Jahre)	MW (SD)	42,07 (10,8)	39,33 (11,6)	t (df=239) = -1,78	p = 0,077
Geschlecht					
männlich	n (%)	79 (47,6)	48 (64,0)	Chi ² (df=1) = 5,58	p = 0,018
weiblich	n (%)	87 (52,4)	27 (36,0)		
Nationalität					
deutsch	n (%)	158 (95,2)	64 (88,9)	Chi ² (df=1) = 3,17	p = 0,075
andere	n (%)	8 (4,8)	8 (11,1)		
Familienstand					
ledig	n (%)	85 (51,2)	46 (63,9)	Chi ² (df=3) = 8,56	p = 0,036
verheiratet	n (%)	33 (19,9)	4 (5,6)		
geschieden	n (%)	41 (24,7)	20 (27,8)		
verwitwet	n (%)	7 (4,2)	2 (2,8)		
Kinder					
ja	n (%)	81 (49,1)	24 (33,3)	Chi ² (df=1) = 5,04	p = 0,025
nein	n (%)	84 (50,9)	48 (66,7)		

Tabelle 2: Soziodemographische Daten und klinische Merkmale im Vergleich.

Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; n: Anzahl Fälle, ¹ n = 109, ² n = 43; UZ: Prüfwert U-Test von Mann-Whitney, Min.: Minimum, Max.: Maximum, Chi²: Prüfwert Chi²-Test, df: Freiheitsgrade, p: Wahrscheinlichkeit des Alpha-Fehlers.

Merkmale		Interventions- teilnehmer (n = 166)	Interventions- Dropouts (n = 75)	Teststatistik	
Schulbildung					
Hauptschule	n (%)	58 (34,9)	28 (39,4)	Chi ² (df=3) = 2,21	p = 0,530
Realschule	n (%)	59 (35,5)	23 (32,4)		
Abitur	n (%)	34 (20,5)	17 (23,9)		
Sonstige	n (%)	15 (9,0)	3 (4,2)		
Beschäftigung					
vollzeitbeschäftigt	n (%)	28 (16,9)	11 (15,7)	Chi ² (df=3) = 1,92	p = 0,589
teilzeitbeschäftigt	n (%)	17 (10,2)	6 (8,6)		
nicht erwerbstätig	n (%)	87 (52,4)	43 (61,4)		
arbeitslos	n (%)	34 (20,5)	10 (14,3)		
Diagnose					
Schizophrenie	n (%)	91 (54,8)	55 (73,3)	Chi ² (df=1) = 7,42	p = 0,006
Affektive Störung	n (%)	75 (45,2)	20 (26,7)		
Jahre seit 1. psychiatrischer Aufnahme					
	Median	4,15 ¹	2,93 ²	UZ = -0,75	p = 0,455
	25%/ 75%	1,38/ 8,87	1,33/ 5,78		
	Min./Max.	0,10/ 25,56	0,19/ 18,00		
Aufnahmen in letzten 2 Jahren					
	Median	2,00	3,00	UZ = -0,80	p = 0,422
	25%/ 75%	2,00/ 3,50	2,00/ 4,00		
	Min./Max.	1,00/ 18,00	1,00/ 9,00		
Liegezeit in den letzten 2 Jahren (Tage)					
	Median	95,00	117,00	UZ = -2,38	p = 0,017
	25%/ 75%	62,50/ 171,00	69,00/ 202,00		
	Min./Max.	31,00/ 657,00	31,00/ 337,00		
aktuelle Liegezeit (Tage)					
	Median	40,00	62,00	UZ = -2,69	p = 0,007
	25%/ 75%	25,50/ 68,50	42,00/ 90,00		
	Min./Max.	3,00/ 447,00	4,00/ 331,00		

Tabelle 3: Vorhandene Qualitätsindikatoren (Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik) zu T0 im Vergleich.
Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; n: Anzahl Fälle, ¹ n = 156, ² n = 68; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, t: Prüfwert t-Test, df: Freiheitsgrade, p: Wahrscheinlichkeit des Alpha-Fehlers, CAN-EU: Camberwell Assessment of Need (European Version), MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Life (Kennwert: overall QOL: overall Quality of Life), SCL-90-R: The Symptom Check-List-90-R (Kennwert: GSI: General Severity Index).

Merkmale zu T0		Interventions- teilnehmer (n = 166)	Interventions- Dropouts (n = 75)	Teststatistik	
gesamte Bedarfe/ Patient (CAN-EU)	MW (SD)	6,32 (2,63)	6,18 (2,88)	t (df=237) = -0,36	p = 0,722
ungedeckte Bedarfe/ Patient (CAN-EU)	MW (SD)	3,19 (2,23)	3,14 (2,21)	t (df=237) = -0,14	p = 0,892
Lebensqualität (MANSA, overall QOL)	MW (SD)	4,54 (1,01)	4,36 (0,99)	t (df=237) = -1,26	p = 0,210
Symptomatik (SCL-90-R, GSI)	MW (SD)	0,94 (0,73) ¹	0,88 (0,64) ²	t (df=222) = -0,60	p = 0,549

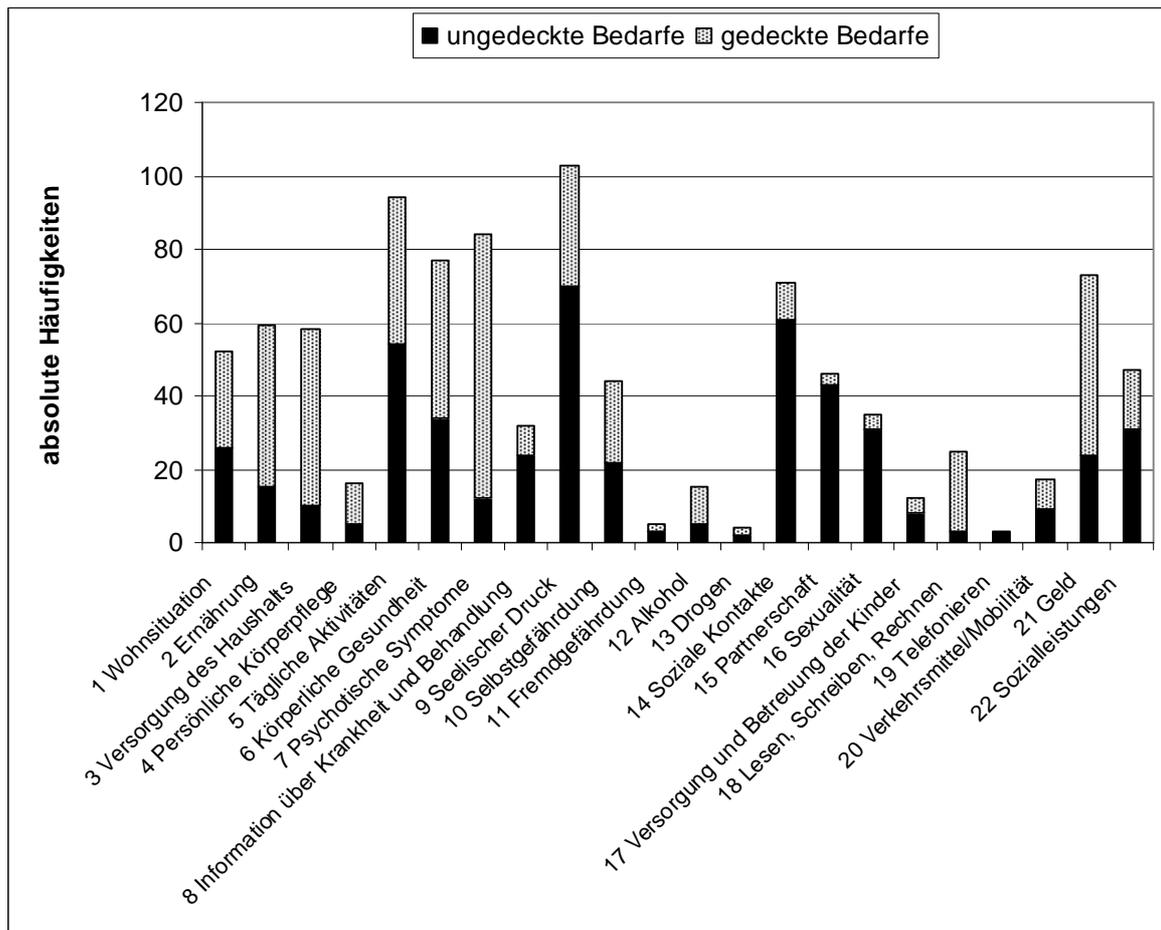
Die Vergleiche der Interventionspatienten mit den Interventions-Dropouts ergab signifikante Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Familienstand, Elternschaft, Diagnose, der Liegezeit in den letzten zwei Jahren und der aktuellen Liegezeit. Die Interventions-Dropouts waren häufiger männlich, ledig, kinderlos, schizophren erkrankt und hatten längere Liegezeiten als die Interventionspatienten.

In Bezug auf Alter, Nationalität, Schulbildung, Beschäftigung, Jahre seit erster psychiatrischer Aufnahme, stationäre psychiatrische Aufnahmen in den letzten zwei Jahren, gesamte Bedarfszahl, Anzahl ungedeckter Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik ergaben sich keine Unterschiede.

3.2 Bedarfe und Lösungsvorschläge

3.2.1 Übersicht der genannten Bedarfe

Es folgt eine Übersicht über die absoluten Häufigkeiten der angegebenen 22 Bedarfe des CAN-EU zum Zeitpunkt T0, unterteilt in gedeckte und ungedeckte Bedarfe der 166 Patienten der Interventionsgruppe (Abbildung 1).



Anmerkung: Interventionsdaten der 166 Teilnehmer mit vollständiger Intervention der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008. Erhebungsinstrument: Camberwell Assessment of Need (European Version).

Abbildung 1: Absolute Häufigkeiten der gesamten gedeckten und ungedeckten Bedarfe der Interventionsteilnehmer vor der stationären Entlassung.

Die am häufigsten von Patienten genannten Bedarfe waren „seelischer Druck“, „tägliche Aktivitäten“, „psychotische Symptome“, „körperliche Gesundheit“, „soziale Kontakte“ und „Geld“. Die größten Zahlen ungedeckter Bedarfe lagen in den Bereichen „seelischer Druck“, „soziale Kontakte“ und „tägliche Aktivitäten“.

Die ungedeckten Bedarfe blieben insgesamt von T0 nach T1 zu 43,5% ungedeckt, 21,4% wurden gedeckt und 35,1% entfielen.

3.2.2 Auswertung der drei häufigsten ungedeckten Bedarfe

3.2.2.1 Seelischer Druck

Der am häufigsten genannte ungedeckte Bedarf „seelischer Druck“ wurde im Folgenden anhand der ausgewählten Lösungsvorschläge in Form von absoluten

Häufigkeiten zum Zeitpunkt T0 spezifiziert und die Entwicklung des Bedarfsstatus nach Lösungsvorschlägen von T0 nach T1 dargestellt (Tabelle 4). Die Kategorie „andere Lösungen“ als Lösungsvorschlag wurde gewählt, falls die vorgegebenen Vorschläge aus dem Manual nicht zutrafen und beinhaltete z. B. „Wiedereinnahme der Medikation“, „Ablenkung durch unterschiedlichste Aktivitäten“, „Bewegung“ sowie „Notfallplan“.

Tabelle 4: Entwicklung des Bedarfsstatus der ungedeckten Bedarfe des Bereiches „seelischer Druck“ von T0 nach T1 nach Lösungsvorschlägen.

Anmerkungen: Interventionsdaten der 166 Teilnehmer mit vollständiger Intervention der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; n: Anzahl Lösungsvorschläge, T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung.

Lösungsvorschläge	Bedarfsstatus			
	ungedeckt zu T0 n (100%)	ungedeckt zu T1 n (%)	gedeckt zu T1 n (%)	entfallen zu T1 n (%)
Regelmäßige Gespräche durch Bekannte	16	5 (31,3)	7 (43,7)	4 (25,0)
Kontakte zum Hausarzt/Psychiater	19	9 (47,4)	9 (47,4)	1 (5,2)
Einleitung einer Psychotherapie	36	21 (58,3)	11 (30,5)	4 (11,2)
Andere Anlaufstellen, die diese Hilfe leisten	13	2 (15,3)	6 (46,1)	5 (38,7)
Selbsthilfegruppe	6	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)
Betreutes Einzelwohnen	2	2(100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Gespräch mit Psychiatrie-Erfahrenen	2	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
Andere Lösungen	20	10 (50,0)	3 (15,0)	7 (35,0)
Gesamt	114	52 (45,6)	40 (35,1)	22 (19,3)

Bei annähernd der Hälfte der Lösungsvorschläge veränderte sich von T0 nach T1 der Bedarfsstatus des dazugehörigen ungedeckten Bedarfes nicht. Bei den übrigen Lösungsvorschlägen wurden die dazugehörigen Bedarfe gedeckt oder entfielen. Der Lösungsvorschlag „Einleitung einer Psychotherapie“ wurde am häufigsten gewählt und die dazugehörigen Bedarfe blieben auch überdurchschnittlich ungedeckt.

Da für den einzelnen Bedarf teilweise mehrere Lösungsvorschläge angegeben waren, wurde auch die Entwicklung des eigentlichen Anteils ungedeckter Bedarfe

betrachtet: 48,1% der ungedeckten Bedarfe blieben von T0 nach T1 ungedeckt, 32,5% wurden gedeckt und 19,4% entfielen. Bei 70,3% der fortbestehenden ungedeckten Bedarfe wurden Lösungsvorschläge angegeben, die als schlecht oder nur zum Teil umgesetzt bewertet wurden; die Ursachen lagen zu 57,7% an den Teilnehmern selbst, zu 15,4% am professionellen Hilfesystem und die übrigen Anteile verteilten sich auf die anderen Möglichkeiten oder es fehlten die Angaben.

3.2.2.2 Soziale Kontakte

Der am zweithäufigsten genannte ungedeckte Bedarf „soziale Kontakte“ wurde im Folgenden anhand der ausgewählten Lösungsvorschläge in Form von absoluten Häufigkeiten zum Zeitpunkt T0 spezifiziert und die Entwicklung des Bedarfsstatus nach Lösungsvorschlägen von T0 nach T1 dargestellt (Tabelle 5). Die Kategorie „andere Lösungen“ als Lösungsvorschlag wurde gewählt, falls vorgegebene Vorschläge aus dem Manual nicht zutrafen und beinhaltete z. B. „Terminvereinbarung mit Hausarzt/Psychiater zur Überprüfung der Medikation“, „Tätigkeiten zur Ablenkung wie z. B. Bücherlesen“.

Bei annähernd der Hälfte der Lösungsvorschläge veränderte sich von T0 nach T1 der Bedarfsstatus des dazugehörigen ungedeckten Bedarfes nicht. Bei den übrigen Lösungsvorschlägen entfielen die meisten dazugehörigen Bedarfe. Der Lösungsvorschlag „Hilfe bei Wiederaufnahme von Kontakten zu Bekannten“ wurde am häufigsten gewählt und die meisten dazugehörigen Bedarfe entfielen oder wurden im Verlauf gedeckt. Dagegen wurden die Bedarfe der Lösungsvorschläge „Hilfe bei der Suche nach geeigneten Begegnungsstätten“, „Hilfe bei der Anbahnung einer Therapie der Ängste“ unterdurchschnittlich gedeckt.

Da für den einzelnen Bedarf teilweise mehrere Lösungsvorschläge angegeben waren, wurde auch die Entwicklung des eigentlichen Anteils ungedeckter Bedarfe betrachtet: 59,4% der ungedeckten Bedarfe blieben von T0 nach T1 ungedeckt, 6,3% wurden gedeckt und 31,3% entfielen. Bei 65,7% der fortbestehenden ungedeckten Bedarfe wurden Lösungsvorschläge angegeben, die als schlecht oder nur zum Teil umgesetzt bewertet wurden, die Ursachen lagen zu 44,0% an den Teilnehmern selbst, zu 8,0% am professionellen Hilfesystem und die übrigen Anteile verteilten sich auf die anderen Möglichkeiten oder es fehlten die Angaben.

Tabelle 5: Entwicklung des Bedarfsstatus der ungedeckten Bedarfe des Bereiches „soziale Kontakte“ von T0 nach T1 nach Lösungsvorschlägen.

Anmerkungen: Interventionsdaten der 166 Teilnehmer mit vollständiger Intervention der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; n: Anzahl Lösungsvorschläge, T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, BApK: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, BPE: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener.

Soziale Kontakte	Bedarfsstatus			
	ungedeckt zu T0 n (100%)	ungedeckt zu T1 n (%)	gedeckt zu T1 n (%)	entfallen zu T1 n (%)
Hilfe bei Suche nach geeigneten Begegnungsstätten	10	8 (80,0)	0 (0,0)	2 (20,0)
Initiale Begleitung zu Treffpunkten/Begegnungsstätten	5	2 (40,0)	0 (0,0)	3 (60,0)
Hilfe bei Anbahnung einer Therapie der Ängste	12	9 (75,0)	0 (0,0)	3 (25,0)
Hilfe bei Überbrückung von Distanzen zu Treffpunkten	3	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)
Gespräch mit Psychiatrie-Erfahrenen	7	2 (28,6)	1 (14,3)	4 (57,1)
Hilfe bei Wiederaufnahme von Kontakten zu Bekannten	17	5 (29,4)	3 (17,6)	9 (53,0)
Weitere informelle Hilfsangebote prüfen	3	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)
Hilfe durch Sozialpsychiatrischen Dienst	5	3 (60,0)	0 (0,0)	2 (40,0)
Kontaktgruppen/ Selbsthilfegruppen wie BApK und BPE	1	1(100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tagesstätten	7	3 (42,9)	0 (0,0)	4 (57,1)
Psychoseseminar besuchen	4	3 (75,0)	0 (0,0)	1 (25,0)
Andere Lösungen	16	7 (43,8)	1 (6,2)	8 (50,0)
Gesamt	90	47 (52,2)	6 (6,7)	37 (41,1)

3.2.2.3 Tägliche Aktivitäten

Der am dritthäufigsten genannte ungedeckte Bedarf „tägliche Aktivitäten“ wurde im Folgenden anhand der ausgewählten Lösungsvorschläge in Form von absoluten Häufigkeiten zum Zeitpunkt T0 spezifiziert und die Entwicklung des Bedarfsstatus nach Lösungsvorschlägen von T0 nach T1 dargestellt (Tabelle 6). Die Kategorie „andere Lösungen“ als Lösungsvorschlag wurde gewählt, falls die vorgegebenen Vorschläge aus dem Manual nicht zutrafen und beinhaltete z. B. „Verbesserung der Medikamenteneinstellung“, „stationäre Wiederaufnahme“ oder ganz gezielte Empfehlungen wie „Spaziergänge am See“.

Bei annähernd 40% der Lösungsvorschläge veränderte sich von T0 nach T1 der Bedarfsstatus des dazugehörigen ungedeckten Bedarfes nicht. Bei den übrigen Lösungsvorschlägen entfielen die meisten dazugehörigen Bedarfe oder wurden gedeckt. Der Lösungsvorschlag „Hilfe bei Einbeziehung von Aktivitäten in die Tagesstruktur“ wurde am häufigsten gewählt und die dazugehörigen Bedarfe durchschnittlich umgesetzt. Die Bedarfe des Lösungsvorschlages „Arbeitsrehabilitation/Supported Employment“ blieben mit 85% am häufigsten ungedeckt. Die Bedarfe der „anderen Lösungsvorschläge“ entfielen überdurchschnittlich häufig. Da für den einzelnen Bedarf teilweise mehrere Lösungsvorschläge angegeben waren, wurde auch die Entwicklung des eigentlichen Anteils ungedeckter Bedarfe betrachtet: 35,1% der ungedeckten Bedarfe blieben von T0 nach T1 ungedeckt, 33,3% wurden gedeckt und 31,6% entfielen. Bei 60,0% der gebliebenen ungedeckten Bedarfe wurden Lösungsvorschläge angegeben, die als schlecht oder nur zum Teil umgesetzt bewertet wurden, die Ursachen lagen zu 83,3% an den Teilnehmern selbst.

Tabelle 6: Entwicklung des Bedarfsstatus der ungedeckten Bedarfe des Bereiches „tägliche Aktivitäten“ von T0 nach T1 nach Lösungsvorschlägen.

Anmerkungen: Interventionsdaten der 166 Teilnehmer mit vollständiger Intervention der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; n: Anzahl Lösungsvorschläge, T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, SPDi: Sozialpsychiatrischer Dienst, BIZ: Berufsinformationszentrum.

Tägliche Aktivitäten	Bedarfsstatus			
	ungedeckt zu T0 n (100%)	ungedeckt zu T1 n (%)	gedeckt zu T1 n (%)	entfallen zu T1 n (%)
Tageszentrum/Gemeinde- psychiatrisches Zentrum	3	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)
Tagesstätte	5	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)
Erwachsenenbildungsangebote prüfen	1	0 (0,0)	1(100,0)	0 (0,0)
Angebote von SPDi prüfen	2	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)
Geschütztes Arbeitsverhältnis	4	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)
Ratschläge/Aufforderung von				
Bekanntem	3	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)
Angebote öffentlicher/privater Träger	8	1 (12,5)	5 (62,5)	2 (25,0)
Hilfe bei Auswahl von Aktivitäten	10	3 (30,0)	3 (30,0)	4 (40,0)
Hilfe bei Einbeziehung von Aktivitäten in die Tagesstruktur	13	5 (38,5)	3 (23,0)	5 (38,5)
Kontakte zu Angehörigen				
herstellen/reaktivieren	2	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
Arbeitsrehabilitation/Supported Employment	7	6 (85,7)	1 (14,3)	0 (0,0)
Kontakt mit Arbeitsamt,				
Berufsberatung, BIZ	3	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)
Info Fort-/Weiterbildung, Umschulung	2	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Praktikum, Geschütztes				
Arbeitsverhältnis, Arbeitserprobung	1	1(100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hilfe bei aktiven Bewerbung	1	1(100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Wiedereingliederung in				
Arbeitsprozess	1	0 (0,0)	1(100,0)	0 (0,0)
Zuverdienst Arbeitsplatz	4	2 (50,0)	0 (0,0)	2 (50,0)
Andere Lösungen	11	2 (18,2)	3 (27,3)	6 (54,5)
Gesamt	81	31 (38,2)	25 (30,9)	25 (30,9)

3.2.3 Andere Lösungsvorschläge

Im Folgenden wurde der Anteil anderer, nicht im Manual vorgegebener Lösungsvorschläge, die individuell festgelegt werden konnten, mittels Summen und Prozentwerten unter Einbeziehung des Bedarfsstatus zum Interventionszeitpunkt T0 dargestellt (Tabelle 7). Da bei der Durchsicht der Daten erhebliche Unterschiede zwischen den Interventionsorten auffielen, werden die Zahlen für die Studienzentren dargestellt.

Tabelle 7: Anteil anderer Lösungsvorschläge nach Bedarfsstatus und Interventionsort zum Zeitpunkt T0.

Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; n: Teilnehmerzahl, LV: alle Lösungsvorschläge, aLV: andere Lösungsvorschläge, Σ : Summe, T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung.

Interventionsort		LV Σ (100%)	aLV Σ (%)
Düsseldorf n = 24	gesamte Bedarfe	157	15 (9,55)
	gedeckte Bedarfe	57	9 (15,79)
	ungedeckte Bedarfe	100	6 (6,00)
Greifswald n = 46	gesamte Bedarfe	391	84 (21,48)
	gedeckte Bedarfe	145	24 (16,55)
	ungedeckte Bedarfe	246	60 (24,39)
Günzburg n = 30	gesamte Bedarfe	185	10 (5,40)
	gedeckte Bedarfe	73	1 (1,37)
	ungedeckte Bedarfe	112	9 (8,04)
Regensburg n = 34	gesamte Bedarfe	256	10 (3,90)
	gedeckte Bedarfe	156	6 (3,85)
	ungedeckte Bedarfe	100	4 (4,00)
Ravensburg n = 32	gesamte Bedarfe	260	55 (21,15)
	gedeckte Bedarfe	154	22 (14,29)
	ungedeckte Bedarfe	106	33 (31,13)
gesamt n = 166	gesamte Bedarfe	1249	174 (13,93)
	gedeckte Bedarfe	585	62 (10,60)
	ungedeckte Bedarfe	664	112 (16,87)

Der Anteil an „anderen Lösungen“ beläuft sich auf 14% an den gesamten Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe, wobei Greifswald und Ravensburg diese überdurchschnittlich häufig angaben, vermehrt bei den ungedeckten Bedarfen.

3.3 Qualitätsindikatoren und die Umsetzung von Lösungsvorschlägen

3.3.1 Umsetzung nach Interventionsort und Diagnose

Im Folgenden wird die Umsetzung der Lösungsvorschläge nach Interventionsort und Diagnose anhand von Mittelwerten, Standardabweichung (Tabelle 8) und einer einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung bzw. T-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Abhängige Variable bzw. Testvariable ist die Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe, unabhängige Variable bzw. Gruppenvariable der Interventionsort und die Diagnose.

Tabelle 8: Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe der Interventionsteilnehmer nach Interventionsort und Diagnose.

Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; n: Teilnehmerzahl, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung; Skala: 1 = gut umgesetzt, 2 = zum Teil umgesetzt, 3 = schlecht umgesetzt.

Interventionsort	MW (SD)	n
Düsseldorf	1,76 (0,61)	22
Greifswald	1,65 (0,47)	46
Günzburg	1,67 (0,61)	29
Regensburg	1,64 (0,51)	32
Ravensburg	1,41 (0,33)	31
Gesamt	1,62 (0,51)	160
Diagnose	MW (SD)	n
Affektive Störung	1,69 (0,47)	73
Schizophrenie	1,56 (0,37)	87
Gesamt	1,62 (0,51)	160

Zwischen den Interventionsorten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Umsetzung der Lösungsvorschläge ($F(df=4;155) = 1,95; p = 0,104$).

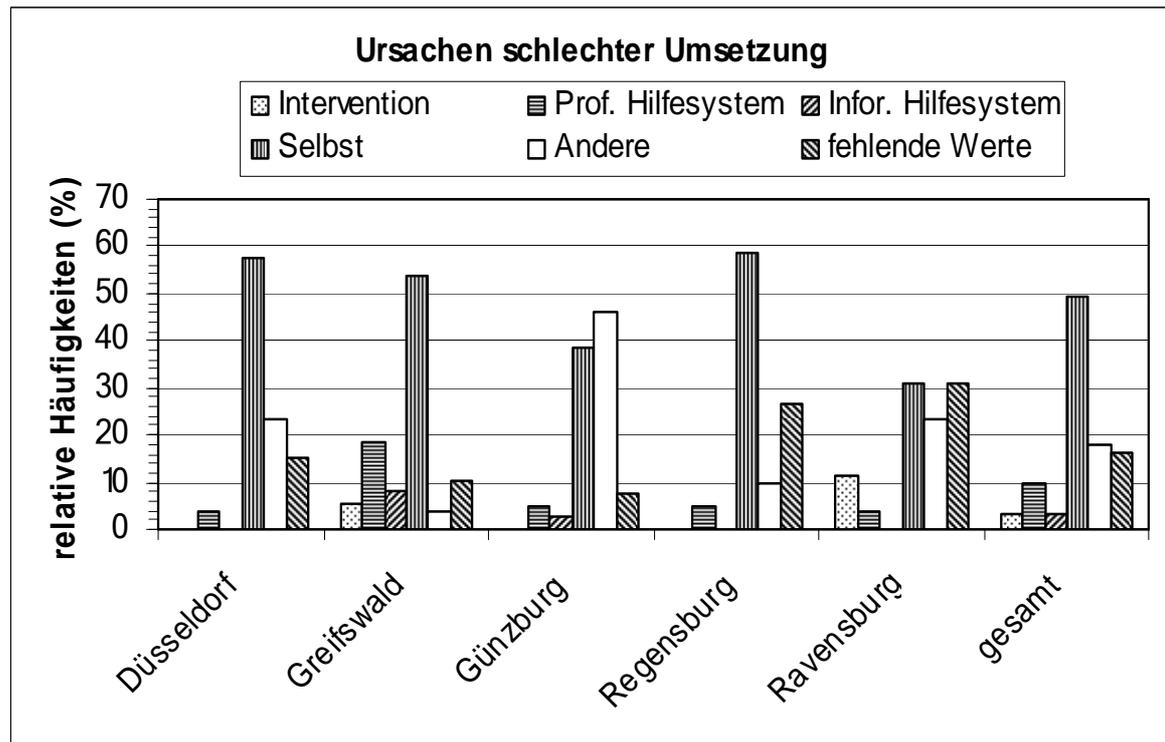
Zwischen den Diagnosen ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in der Umsetzung der Lösungsvorschläge ($t(df=158) = 1,65; p = 0,101$).

3.3.2 Ursachen einer schlechten Umsetzung nach Interventionsort

Es folgt eine Darstellung der Ursachen für eine schlechte Umsetzung von Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe nach Interventionsort mittels relativer Häufigkeiten (Abbildung 2). Folgende Kategorien im Bedarfsentwicklungsplan waren hier vorgegeben:

- „Intervention“ (jegliche durch die Intervention bedingte Ursachen)
- „professionelles Hilfesystem“ (durch unterschiedliche Berufsgruppen getätigte Hilfen, z. B. Psychiater, Psychologen, Beratungsstellen)
- „informelles Hilfesystem“ (durch private, ehrenamtliche, nicht erwerbsmäßig erhaltene Hilfen bedingte Ursachen, z. B. durch Angehörige, Bekannte, Nachbarn)
- „Selbst“ als Ursache (durch den Patienten selbst bedingte Ursachen, z. B. krankheitsbedingte Antriebslosigkeit, Non-Compliance)
- „andere Ursachen“

Auf eine Darstellung der Ursachen nach Diagnosen wurde verzichtet. Es zeigten sich hier keine Unterschiede zum Gesamtergebnis.



Anmerkungen: Interventionsdaten der 166 Teilnehmer mit vollständiger Intervention der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; prof. Hilfesystem: professionelles Hilfesystem, infor. Hilfesystem: informelles Hilfesystem.

Abbildung 2: Ursachen einer schlechten Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe der Interventionsteilnehmer.

Insgesamt wurde „Selbst“ als Ursache einer schlechten Umsetzung am häufigsten angegeben, eine genauere systematische Spezifizierung war nicht erfolgt. Aus den wenigen zusätzlichen Angaben ist zu entnehmen, dass z. B. krankheitsbedingte Antriebslosigkeit oder Non-Compliance Ursachen sein können.

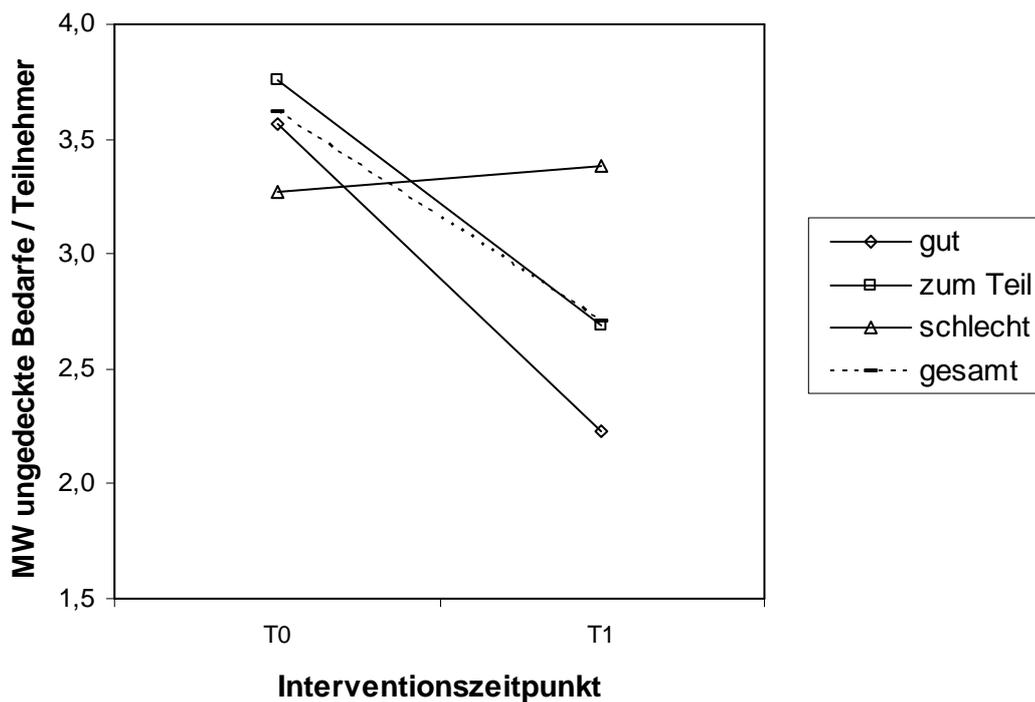
3.3.3 Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik nach Umsetzung

Es folgt die Darstellung von Veränderungen der ungedeckten Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik im Rahmen der Intervention, vor allem in Zusammenhang mit der Umsetzungsgüte von Lösungsvorschlägen mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung. Abhängige Variablen sind die Bedarfszahl, Lebensqualität und Symptomatik zu den Interventionszeitpunkten T0 und T1, unabhängige Variable ist die Umsetzung der Lösungsvorschläge. In Tabelle 9 ist eine Übersicht der Ergebnisse dargestellt, die Abbildungen 3 - 5 enthalten Profildiagramme.

Tabelle 9: Übersicht der Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung, abhängige Variablen ungedeckte Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik der Interventionsteilnehmer nach Umsetzung der Lösungsvorschläge.

Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; QS: Quadratsumme, df: Freiheitsgrade, F: Prüfwert Varianzanalyse, T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, ¹ Umsetzung der Lösungsvorschläge ungedeckter Bedarfe, ² Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe. Teilnehmerzahl n: ungedeckte Bedarfe = 133, Lebensqualität = 153, Symptomatik = 136.

Quelle	QS	df	F	Signifikanz
ungedeckte Bedarfe (T0-T1)	32,60	1	20,32	0,000
ungedeckte Bedarfe (T0-T1) * Umsetzung ¹	17,86	2	5,57	0,005
Fehler	208,60	130		
Umsetzung ¹	6,86	2	0,61	0,546
Fehler	733,68	130		
Lebensqualität (T0-T1)	0,01	1	0,03	0,855
Lebensqualität (T0-T1) * Umsetzung ²	0,09	2	0,13	0,879
Fehler	49,05	150		
Umsetzung ²	14,21	2	4,60	0,012
Fehler	231,71	150		
Symptomatik (T0-T1)	0,02	1	0,20	0,656
Symptomatik (T0-T1) * Umsetzung ²	0,07	2	0,33	0,718
Fehler	14,03	133		
Umsetzung ²	4,84	2	2,45	0,090
Fehler	131,45	133		

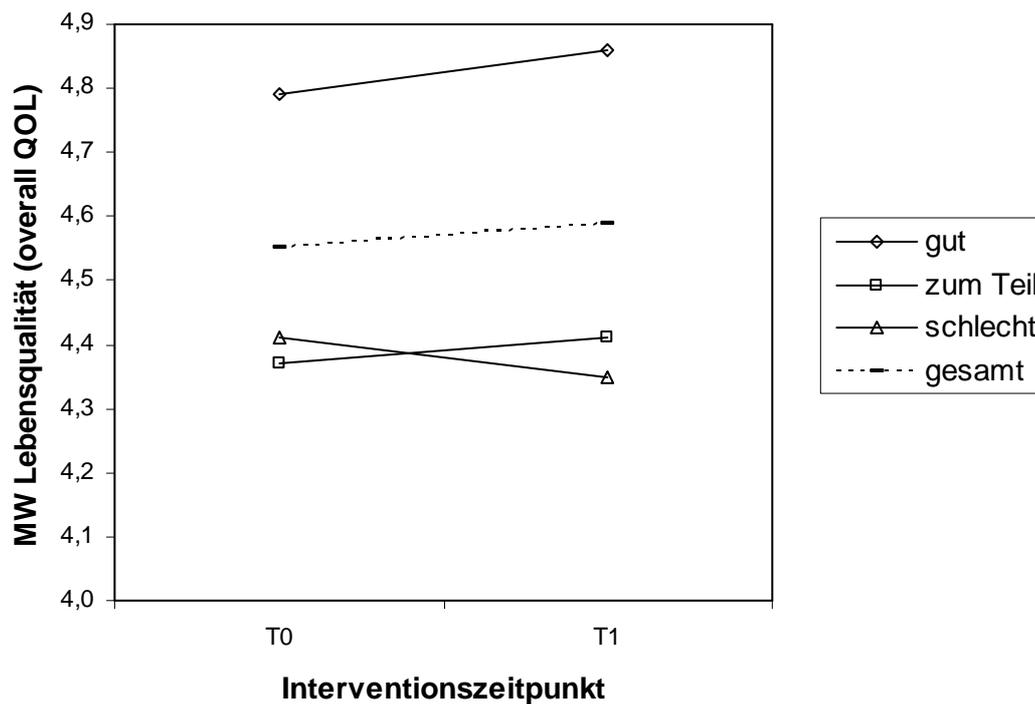


Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: gut umgesetzt = 35, zum Teil umgesetzt = 72, schlecht umgesetzt = 26, gesamt = 133; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument ungedeckte Bedarfe: Camberwell Assessment of Need (European Version).

Abbildung 3: Profildiagramm ungedeckter Bedarfe der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Umsetzung der Lösungsvorschläge.

Die ungedeckten Bedarfe insgesamt nahmen von T0 nach T1 ab. Es ergaben sich auch signifikante Unterschiede bei der Veränderung der ungedeckten Bedarfe von T0 nach T1 zwischen den Stufen der Umsetzungsgüte der Lösungsvorschläge. Bei den „gut umgesetzten“ und „zum Teil umgesetzten“ Lösungsvorschlägen kam es zu einer Abnahme der ungedeckten Bedarfe. Bei den „schlecht umgesetzten“ Lösungsvorschlägen blieb die Bedarfszahl annähernd gleich. Die Qualität der Umsetzung ergab keinen Zusammenhang mit der Bedarfszahl insgesamt. (Tabelle 9, Abbildung 3)

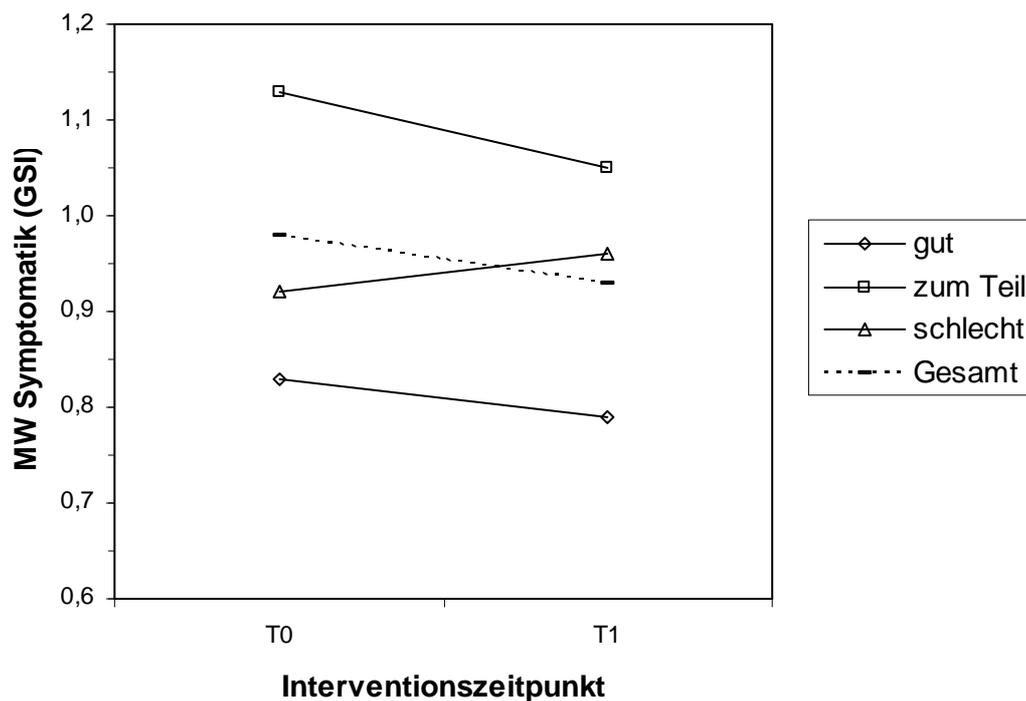
Da es Interventionspatienten gab, die keine ungedeckten Bedarfe und somit keine angegebene Umsetzungsgüte hatten, wurden diese nicht in die Auswertung mit einbezogen. Demnach kam es zu einer Reduktion der Fälle und Anstieg der mittleren Bedarfszahl.



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: gut umgesetzt = 65, zum Teil umgesetzt = 76, schlecht umgesetzt = 12, gesamt = 153; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument/ Kennwert Lebensqualität: Manchester Short Assessment of Quality of Life/ overall QOL: overall Quality of Life (Skala: 1,0 geringe Lebensqualität; 7,0 hohe Lebensqualität).

Abbildung 4: Profildiagramm der Lebensqualität der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe.

Die Lebensqualität im Mittel veränderte sich nicht signifikant von T0 nach T1. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede der Veränderung der Lebensqualität von T0 nach T1 zwischen den Umsetzungsgraden. Die Lebensqualität zeigte jedoch einen Zusammenhang mit der Qualität der Umsetzung. Die Post-hoc-Analyse zeigte, dass die Lebensqualität der Patienten mit „gut umgesetzter“ Intervention statistisch signifikant höher als die der Patienten mit „zum Teil umgesetzter“ Intervention war (diff 0,43; 95%CI 0,08, 0,79; $p = 0,012$). Zu den „schlecht Umgesetzten“ zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. (Tabelle 9, Abbildung 4)



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: gut umgesetzt = 59, zum Teil umgesetzt = 66, schlecht umgesetzt = 11, gesamt = 136; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument/ Kennwert Symptomatik: The Symptom Check-List-90-R/ GSI: General Severity Index (Skala: 0,0 keine Symptomatik; 4,0 schwere Symptomatik).

Abbildung 5: Profildiagramm der Symptomatik der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe.

Die Symptomatik veränderte sich im Mittel nicht statistisch signifikant von T0 nach T1. Es ergaben sich auch keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Symptomatik von T0 nach T1 zwischen den Umsetzungsgütestufen. Die Qualität der Umsetzung zeigte keinen Zusammenhang mit der Symptomatik. (Tabelle 9, Abbildung 5)

3.4 Qualitätsindikatoren und die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen

3.4.1 Zufriedenheit nach Interventionsort und Diagnose

Im Folgenden wird die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen nach Interventionsort und Diagnose anhand von Mittelwerten, Standardabweichung (Tabelle 10) und einer einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung bzw. T-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Abhängige Variable bzw. Testvariable ist die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe, unabhängige Variable bzw. Gruppenvariable der Interventionsort und die Diagnose.

Tabelle 10: Zufriedenheit der Interventionsteilnehmer mit den Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe nach Interventionsort und Diagnose.

Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; n: Teilnehmerzahl, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung; Skala: 1 = sehr zufrieden, 2 = eher zufrieden, 3 = eher unzufrieden, 4 = sehr unzufrieden.

Interventionsort	MW (SD)	n
Düsseldorf	1,83 (0,44)	20
Greifswald	1,65 (0,53)	40
Günzburg	1,75 (0,62)	28
Regensburg	1,81 (0,57)	32
Ravensburg	2,18 (0,82)	32
Gesamt	1,84 (0,64)	152
Diagnose	MW (SD)	n
Affektive Störung	1,88 (0,60)	69
Schizophrenie	1,80 (0,67)	83
Gesamt	1,84 (0,64)	152

Zwischen den Interventionsorten zeigten sich signifikante Unterschiede in der Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen ($F(df=4;147) = 3,59; p = 0,008$). Die paarweisen Vergleiche in der Post-hoc-Analyse ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen Greifswald und Ravensburg (diff -0,53; 95%CI -0,95,-0,12; $p = 0,004$).

Zwischen den Diagnosen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen ($t(df=150) = 0,81; p = 0,420$).

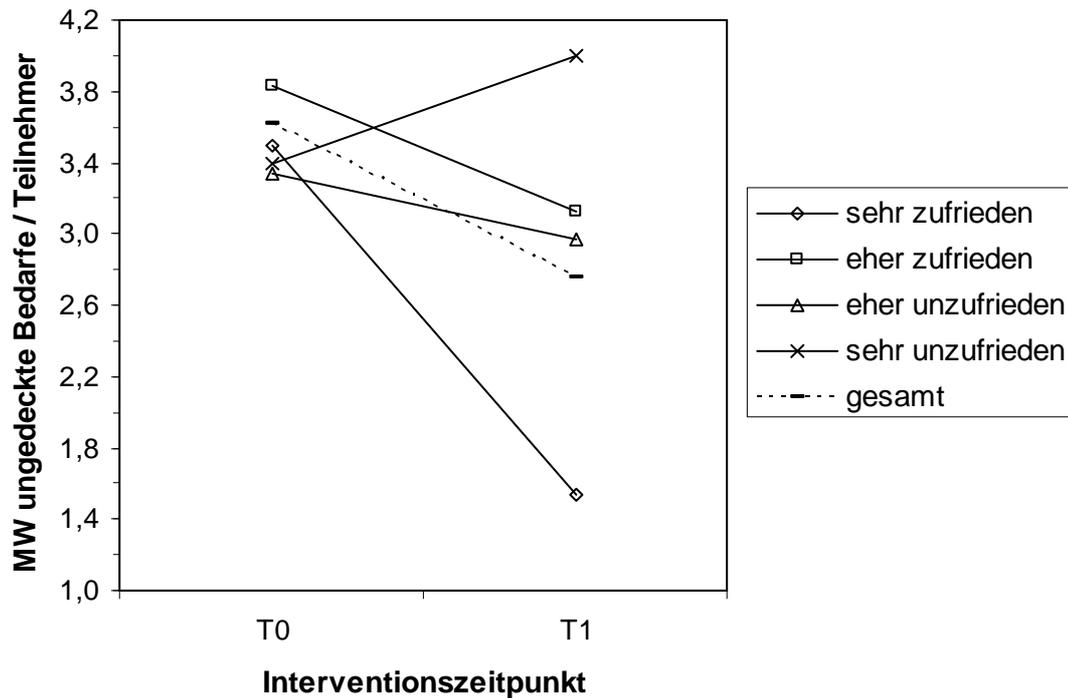
3.4.2 Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik nach Zufriedenheit

Es folgt die Darstellung von Veränderungen der ungedeckten Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik im Rahmen der Intervention, vor allem in Zusammenhang mit den Zufriedenheitsgraden mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung. Abhängige Variablen sind ungedeckte Bedarfszahl, Lebensqualität und Symptomatik zu den Interventionszeitpunkten T0 und T1; die unabhängige Variable ist die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe. In Tabelle 11 ist eine Übersicht der Ergebnisse dargestellt, in den Abbildungen 6 - 8 finden sich die jeweiligen Profildiagramme.

Tabelle 11: Übersicht der Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung, abhängige Variablen ungedeckte Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik der Interventionsteilnehmer nach Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen.

Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; QS: Quadrarsumme, df: Freiheitsgrade, F: Prüfwert Varianzanalyse, T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, ¹ Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen der ungedeckten Bedarfe, ² Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe. Teilnehmerzahl n: ungedeckte Bedarfe = 122, Lebensqualität = 147, Symptomatik = 130.

Quelle	QS	df	F	Signifikanz
ungedeckte Bedarfe (T0-T1)	10,41	1	6,72	0,011
ungedeckte Bedarfe (T0-T1) * Zufriedenheit ¹	26,52	3	5,71	0,001
Fehler	182,80	118		
Zufriedenheit ¹	38,29	3	2,32	0,079
Fehler	649,15	118		
Lebensqualität (T0-T1)	0,01	1	0,02	0,884
Lebensqualität (T0-T1) * Zufriedenheit ²	2,39	3	2,47	0,065
Fehler	46,19	143		
Zufriedenheit ²	7,53	3	1,61	0,189
Fehler	222,37	143		
Symptomatik (T0-T1)	0,11	1	0,10	0,755
Symptomatik (T0-T1) * Zufriedenheit ²	0,15	3	0,45	0,715
Fehler	14,12	126		
Zufriedenheit ²	1,04	3	0,38	0,767
Fehler	114,58	126		

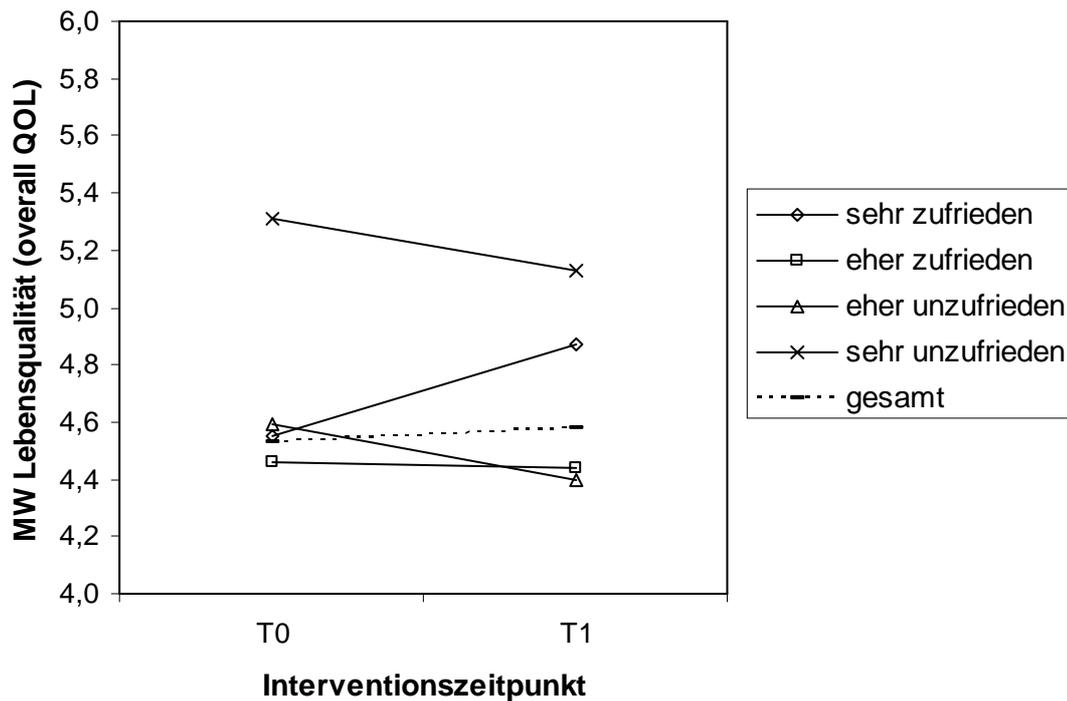


Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: sehr zufrieden = 28, eher zufrieden = 60, eher unzufrieden = 29, sehr unzufrieden = 5, gesamt = 122; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument ungedeckte Bedarfe: Camberwell Assessment of Need (European Version).

Abbildung 6: Profildiagramm ungedeckter Bedarfe der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Zufriedenheit mit Lösungsvorschlägen.

Die Anzahl ungedeckter Bedarfe reduzierte sich im Mittel signifikant zwischen T0 und T1. Es ergaben sich auch signifikante Unterschiede bei der Veränderung der ungedeckten Bedarfe von T0 nach T1 zwischen den Graden der Zufriedenheit. Bei den „sehr Zufriedenen“ und „eher Zufriedenen“ kam es zur größten Abnahme der ungedeckten Bedarfe. Bei den „sehr Unzufriedenen“ kam es zu einer Zunahme der Bedarfszahl. Die Zufriedenheit zeigte jedoch insgesamt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Bedarfszahl. (Tabelle 11, Abbildung 6)

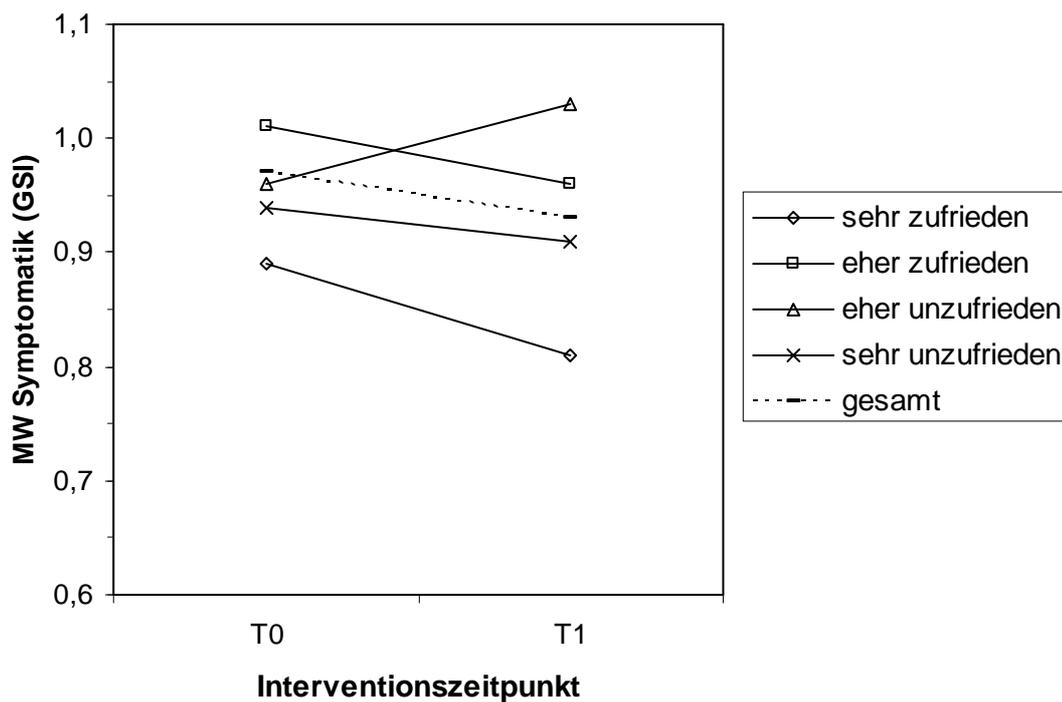
Da es Interventionspatienten gab, die keine ungedeckten Bedarfe und somit keinen angegebenen Zufriedenheitsgrad hatten, wurden diese nicht in die Auswertung mit einbezogen. Demnach kam es zu einer Reduktion der Fälle und Anstieg der mittleren Bedarfszahl.



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: sehr zufrieden = 44, eher zufrieden = 77, eher unzufrieden = 22, sehr unzufrieden = 4, gesamt = 147; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument/ Kennwert Lebensqualität: Manchester Short Assessment of Quality of Life/ overall QOL: overall Quality of Life (Skala: 1,0 geringe Lebensqualität; 7,0 hohe Lebensqualität).

Abbildung 7: Profildiagramm der Lebensqualität der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Zufriedenheit mit Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe.

Die Lebensqualität änderte sich von T0 nach T1 nicht signifikant. Es ergaben sich auch keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Lebensqualität von T0 nach T1 zwischen den Stufen der Zufriedenheit. Angedeutet kommt es jedoch zu einer Zunahme bei den „sehr Zufriedenen“, einer Abnahme bei den „eher“ und „sehr Unzufriedenen“. Die Zufriedenheit zeigte im Mittel keinen Zusammenhang mit der Lebensqualität insgesamt. (Tabelle 11, Abbildung 7)



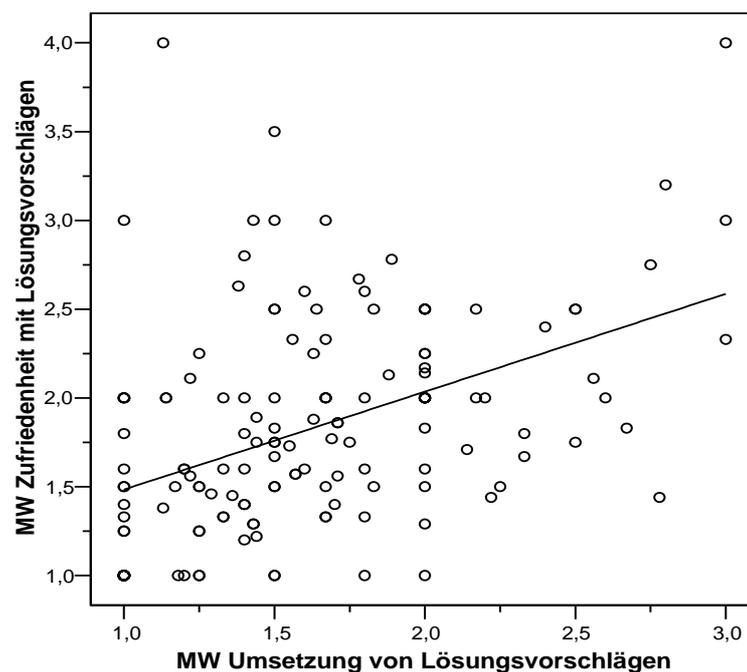
Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: sehr zufrieden = 40, eher zufrieden = 66, eher unzufrieden = 21, sehr unzufrieden = 3, gesamt = 130; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument/ Kennwert Symptomatik: The Symptom Check-List-90-R/ GSI: General Severity Index (Skala: 0,0 keine Symptomatik; 4,0 schwere Symptomatik).

Abbildung 8: Profildiagramm der Symptomatik der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Zufriedenheit mit Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe.

Die Symptomatik änderte sich im Mittel von T0 nach T1 nicht signifikant. Es ergaben sich auch keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Symptomatik von T0 nach T1 zwischen den Stufen der Zufriedenheit. Die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen zeigte keinen Zusammenhang mit der Symptomatik. (Tabelle 11, Abbildung 8)

3.4.3 Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Umsetzung

Es folgt die Überprüfung der Korrelation der „Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen“ mit der „Umsetzung der Lösungsvorschläge“ der gesamten Bedarfe. Es wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman und der Determinationskoeffizient berechnet und mittels Streudiagramm mit Regressionsgeraden dargestellt (Abbildung 9).



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008, Teilnehmerzahl $n = 151$. MW: Mittelwert. Skala Zufriedenheit: 1 = sehr zufrieden, 2 = eher zufrieden, 3 = eher unzufrieden, 4 = sehr unzufrieden; Skala Umsetzung: 1 = gut, 2 = zum Teil, 3 = schlecht.

Abbildung 9: Streudiagramm und Regressionsgerade zu Zufriedenheit der Interventionsteilnehmer mit den Lösungsvorschlägen und Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe.

Es ergab sich eine signifikante positive Korrelation zwischen der Zufriedenheit und der Umsetzung der Lösungsvorschläge ($r = 0,474$, $p = 0,000$, $n = 151$). Der Determinationskoeffizient R^2 ergab eine Varianzaufklärung von 19,6%, d. h. 19,6% der Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen wurde durch den Zusammenhang mit der Umsetzung der Lösungsvorschläge erklärt.

3.5 Qualitätsindikatoren und Interventionsort

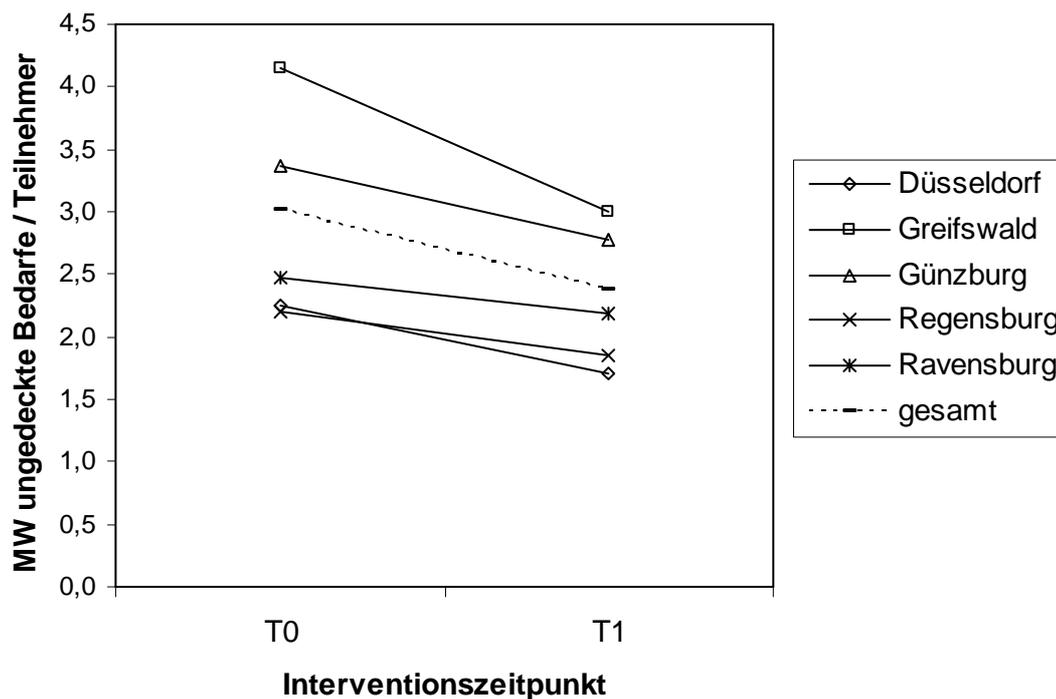
3.5.1 Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik nach Interventionsort

Es folgt die Darstellung von Veränderungen der ungedeckten Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik im Rahmen der Intervention, vor allem in Zusammenhang mit den unterschiedlichen Interventionsorten mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung. Abhängige Variablen sind die Anzahl ungedeckter Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik zu den Interventionszeitpunkten T0 und T1, unabhängige Variable ist der Interventionsort. In Tabelle 12 ist eine Übersicht der Ergebnisse dargestellt, in den Abbildungen 10 - 12 finden sich die jeweiligen Profildigramme.

Tabelle 12: Übersicht der Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung, abhängige Variablen ungedeckte Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik der Interventionsteilnehmer nach Interventionsort.

Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; QS: Quadratsumme, df: Freiheitsgrade, F: Prüfwert Varianzanalyse, T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung. Teilnehmerzahl n: ungedeckte Bedarfe = 166, Lebensqualität = 158, Symptomatik = 141.

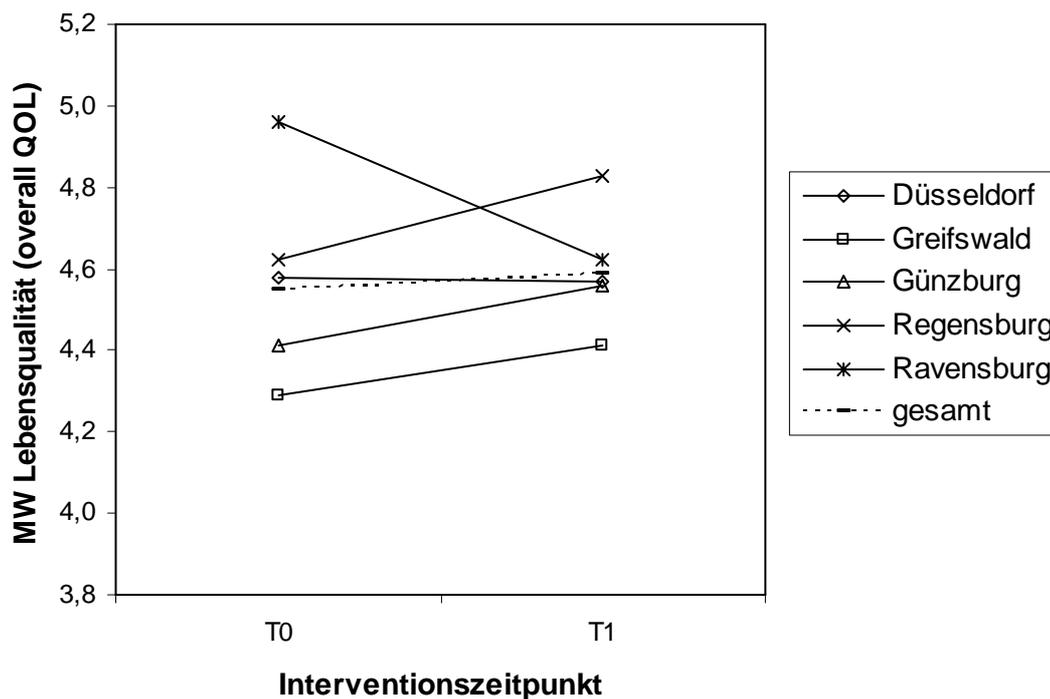
Quelle	QS	df	F	Signifikanz
ungedeckte Bedarfe (T0-T1)	27,23	1	16,63	0,000
ungedeckte Bedarfe (T0-T1) * Ort	9,63	4	1,47	0,214
Fehler	263,66	161		
Ort	143,04	4	6,08	0,000
Fehler	946,73	161		
Lebensqualität (T0-T1)	0,05	1	0,15	0,697
Lebensqualität (T0-T1) * Ort	3,15	4	2,60	0,038
Fehler	46,39	153		
Ort	9,56	4	1,53	0,197
Fehler	239,04	153		
Symptomatik (T0-T1)	0,17	1	1,69	0,196
Symptomatik (T0-T1) * Ort	0,86	4	2,11	0,083
Fehler	13,87	136		
Ort	7,53	4	1,95	0,107
Fehler	131,54	136		



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: Düsseldorf = 24, Greifswald = 46, Günzburg = 30, Regensburg = 34, Ravensburg = 32, gesamt = 166; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument ungedeckte Bedarfe: Camberwell Assessment of Need (European Version).

Abbildung 10: Profildiagramm ungedeckter Bedarfe der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Interventionsort.

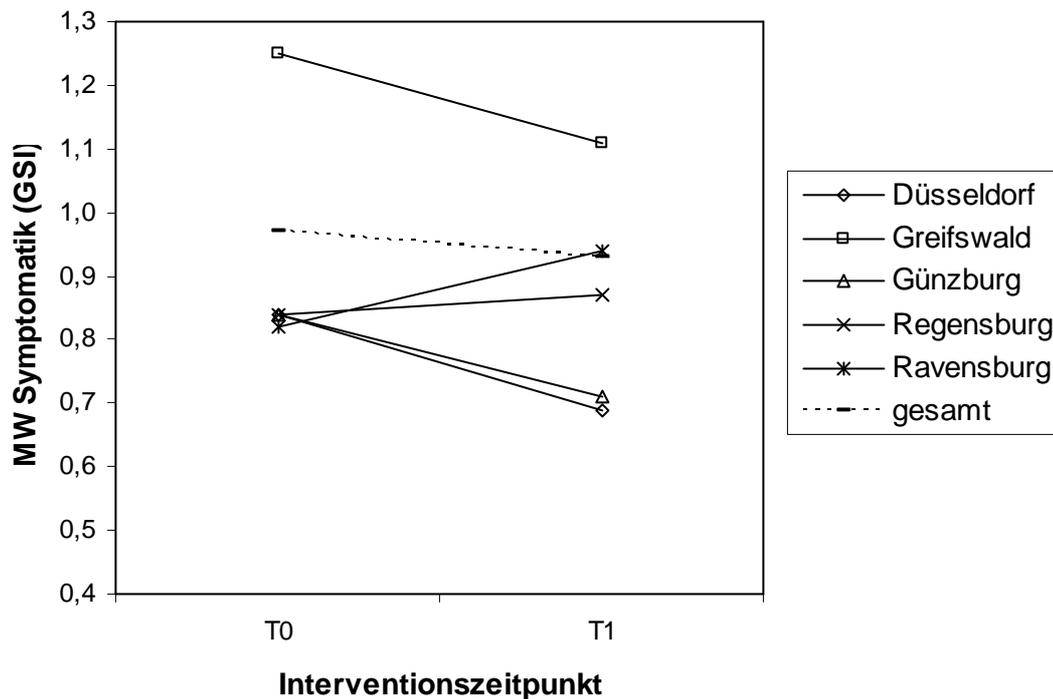
Die ungedeckten Bedarfe insgesamt nahmen von T0 nach T1 statistisch signifikant ab. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Bedarfsentwicklung von T0 nach T1 zwischen den Interventionsorten. Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Interventionsort und Bedarfszahl. In der Post-hoc-Analyse ergaben sich signifikante Unterschiede im Mittel zwischen Greifswald und Düsseldorf (diff 1,60; 95%CI 0,37, 2,83; $p = 0,003$), zwischen Greifswald und Ravensburg (diff 1,25; 95%CI 0,13, 2,37; $p = 0,019$) sowie zwischen Greifswald und Regensburg (diff 1,55; 95%CI 0,44, 2,65; $p = 0,001$). (Tabelle 12, Abbildung 10)



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: Düsseldorf = 17, Greifswald = 46, Günzburg = 29, Regensburg = 34, Ravensburg = 32, gesamt = 158; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument/ Kennwert Lebensqualität: Manchester Short Assessment of Quality of Life/ overall QOL: overall Quality of Life (Skala: 1,0 geringe Lebensqualität; 7,0 hohe Lebensqualität).

Abbildung 11: Profildiagramm der Lebensqualität der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Interventionsort.

Die mittlere Lebensqualität veränderte sich von T0 nach T1 nicht statistisch signifikant. Es ergaben sich signifikante Unterschiede in der Veränderung der Lebensqualität von T0 nach T1 zwischen den Interventionsorten. In Ravensburg sank die Lebensqualität, in den übrigen Zentren blieb sie annähernd konstant oder zeigte eine ansteigende Tendenz. Die Lebensqualität zeigte im Mittel keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Interventionsort. (Tabelle 12, Abbildung 11)



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: Düsseldorf = 15, Greifswald = 46, Günzburg = 15, Regensburg = 34, Ravensburg = 31, gesamt = 141; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument/ Kennwert Symptomatik: The Symptom Check-List-90-R/ GSI: General Severity Index (Skala: 0,0 keine Symptomatik; 4,0 schwere Symptomatik).

Abbildung 12: Profildiagramm der Symptomatik der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Interventionsort.

Die Symptomatik veränderte sich von T0 nach T1 nicht. Es ergaben sich auch keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Symptomatik von T0 nach T1 zwischen den Interventionsorten. Die Symptomatik zeigte im Mittel ebenfalls keinen Zusammenhang mit dem Interventionsort. (Tabelle 12, Abbildung 12)

3.6 Qualitätsindikatoren und Diagnosen

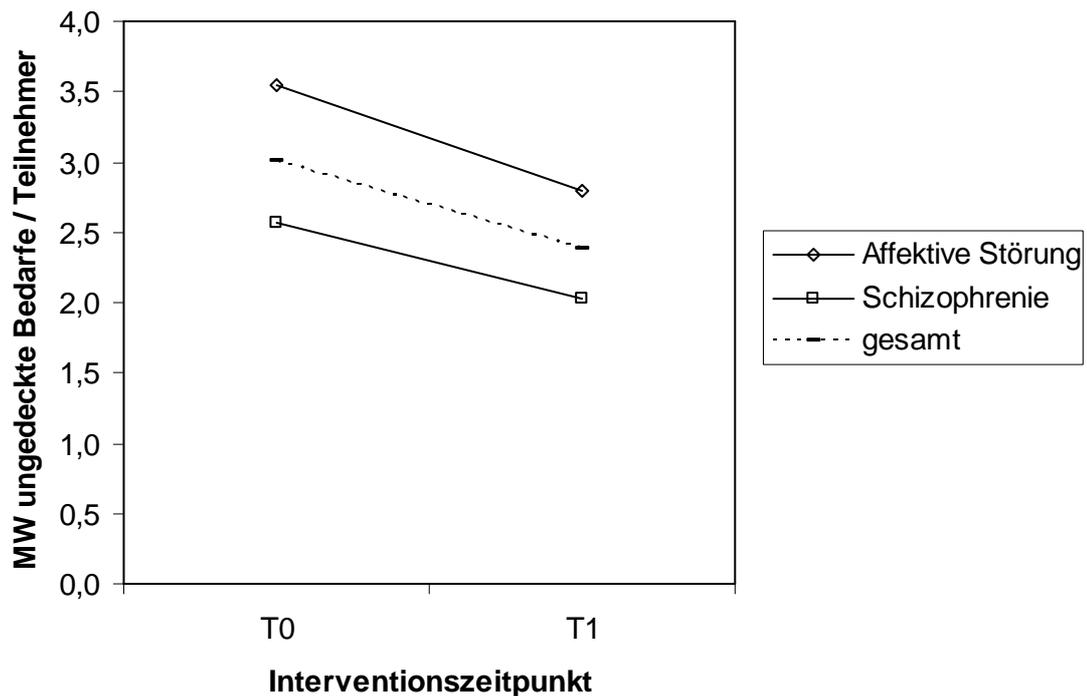
3.6.1 Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik nach Diagnose

Es folgt die Darstellung von Veränderungen der ungedeckten Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik im Rahmen der Intervention, vor allem in Zusammenhang mit der Diagnose mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung. Abhängige Variablen sind die Bedarfszahl, Lebensqualität und Symptomatik zu den Interventionszeitpunkten T0 und T1, unabhängige Variable ist die Diagnose. In Tabelle 13 ist eine Übersicht der Ergebnisse dargestellt, in den Abbildungen 13 - 15 die jeweiligen Profildigramme.

Tabelle 13: Übersicht der Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung, abhängige Variablen ungedeckte Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik der Interventionsteilnehmer nach Diagnose.

Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; QS: Quadratsumme, df: Freiheitsgrade, F: Prüfwert Varianzanalyse, T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung. Teilnehmerzahl n: ungedeckte Bedarfe = 166, Lebensqualität = 158, Symptomatik = 141.

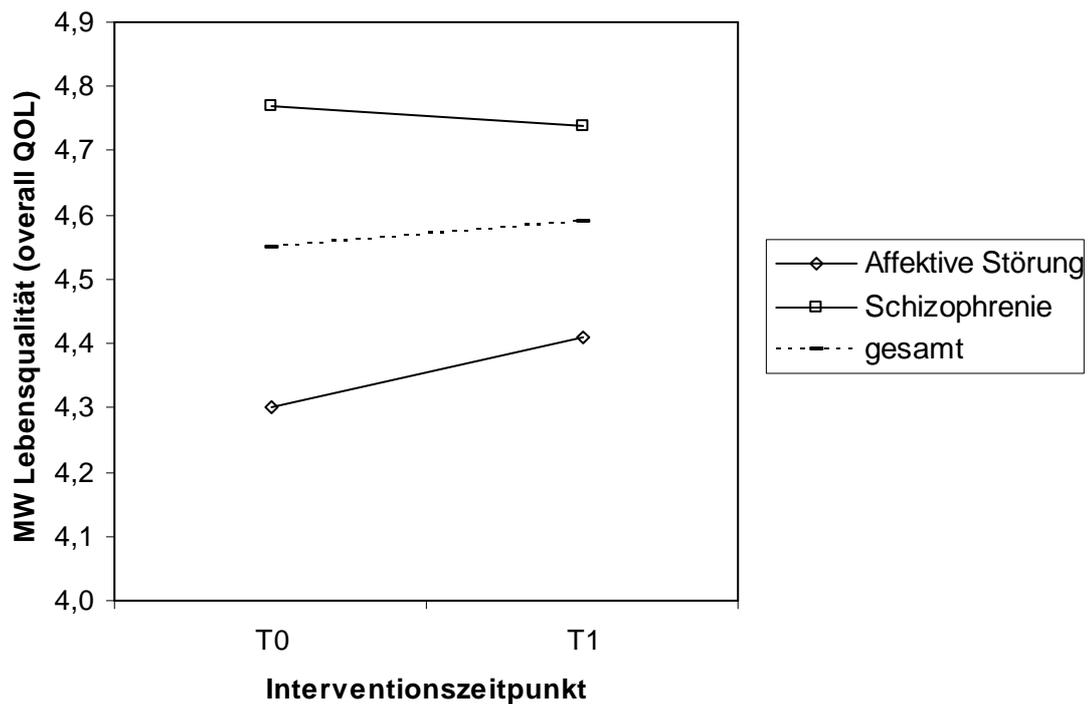
Quelle	QS	df	F	Signifikanz
ungedeckte Bedarfe (T0-T1)	33,91	1	20,44	0,000
ungedeckte Bedarfe (T0-T1) * Diagnose	0,89	1	0,54	0,465
Fehler	272,40	164		
Diagnose	62,40	1	9,96	0,002
Fehler	1027,37	164		
Lebensqualität (T0-T1)	0,14	1	0,45	0,502
Lebensqualität (T0-T1) * Diagnose	0,41	1	1,32	0,253
Fehler	49,13	156		
Diagnose	12,27	1	8,1	0,005
Fehler	236,32	156		
Symptomatik (T0-T1)	0,12	1	1,14	0,288
Symptomatik (T0-T1) * Diagnose	0,93	1	0,90	0,350
Fehler	14,63	139		
Diagnose	26,64	1	32,93	0,000
Fehler	112,43	139		



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: Affektive Störung = 75, Schizophrenie = 91, gesamt = 166; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument ungedeckte Bedarfe: Camberwell Assessment of Need (European Version).

Abbildung 13: Profildiagramm ungedeckter Bedarfe der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Diagnose.

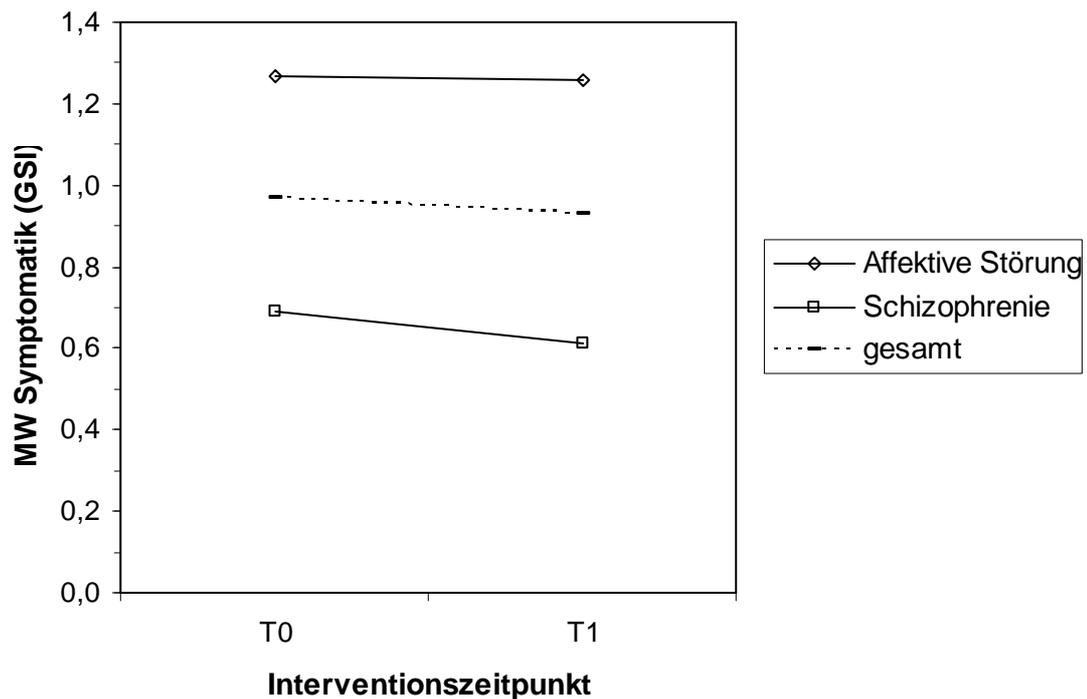
Die ungedeckten Bedarfe insgesamt nahmen zwischen T0 und T1 statistisch signifikant ab. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Bedarfsentwicklung von T0 nach T1 zwischen den Diagnosen. Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Diagnose und Anzahl ungedeckter Bedarfe. In der Post-hoc-Analyse ergaben sich signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den Diagnosen Schizophrenie und affektive Störung (diff -0,87; 95%CI -1,42,-0,33; $p = 0,002$). (Tabelle 13, Abbildung 13)



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: Affektive Störung = 73, Schizophrenie = 85, gesamt = 158; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument/ Kennwert Lebensqualität: Manchester Short Assessment of Quality of Life/ overall QOL: overall Quality of Life (Skala: 1,0 geringe Lebensqualität; 7,0 hohe Lebensqualität).

Abbildung 14: Profildiagramm der Lebensqualität der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Diagnose.

Die Lebensqualität im Mittel veränderte sich von T0 nach T1 nicht signifikant. Es ergaben sich auch keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Lebensqualität von T0 nach T1 zwischen den Diagnosen. Die Diagnose zeigte jedoch im Mittel einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Lebensqualität. In der Post-hoc-Analyse ergaben sich signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den Diagnosen Schizophrenie und affektive Störung (diff 0,40; 95%CI 0,12, 0,67; $p = 0,005$). (Tabelle 13, Abbildung 14)



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008; Teilnehmerzahl n: Affektive Störung = 68, Schizophrenie = 73, gesamt = 141; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung, T1: Interventionszeitpunkt 3 Monate nach Entlassung, MW: Mittelwert; Erhebungsinstrument/ Kennwert Symptomatik: The Symptom Check-List-90-R/ GSI: General Severity Index (Skala: 0,0 keine Symptomatik; 4,0 schwere Symptomatik).

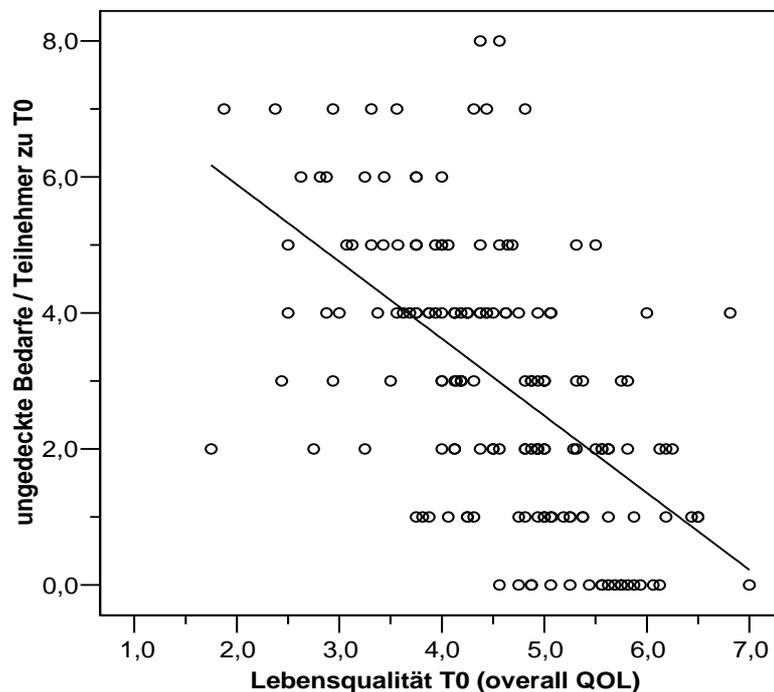
Abbildung 15: Profildigramm der Symptomatik der Interventionsteilnehmer zu T0 und T1 nach Diagnose.

Die mittlere Symptomatik veränderte sich von T0 nach T1 nicht. Es ergaben sich auch keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Symptomatik von T0 nach T1 zwischen den Diagnosen. Die Diagnose zeigte jedoch im Mittel einen Zusammenhang mit der Symptomatik. In der Post-hoc-Analyse ergaben sich signifikante Unterschiede im Mittel zwischen den Diagnosen Schizophrenie und affektive Störung (diff -0,62; 95%CI -0,83, -0,40; $p = 0,000$). (Tabelle 13, Abbildung 15)

3.7 Zusammenhang von Bedarfen mit der Lebensqualität und Symptomatik

3.7.1 Lebensqualität

Es folgt die Überprüfung der Korrelation der Lebensqualität mit der Anzahl ungedeckter Bedarfe zum Interventionszeitpunkt T0. Es wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson und der Determinationskoeffizient berechnet und mittels Streudiagramm mit Regressionsgeraden dargestellt (Abbildung 16).



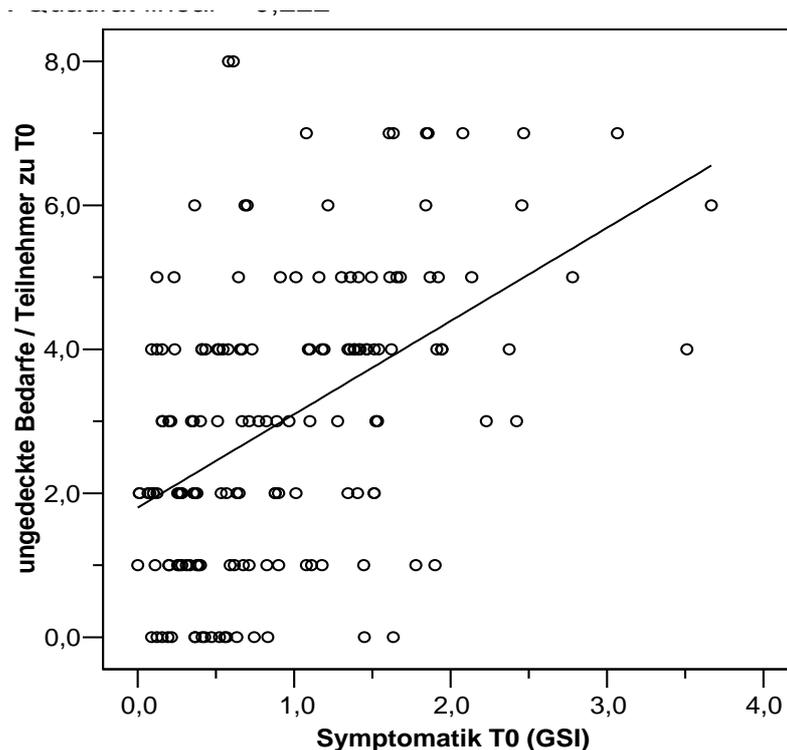
Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008, Teilnehmerzahl $n = 166$; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung; Erhebungsinstrumente/ Kennwert: Camberwell Assessment of Need (European Version), Manchester Short Assessment of Quality of Life/ overall QOL: overall Quality of Life (Skala: 1,0 geringe Lebensqualität; 7,0 hohe Lebensqualität).

Abbildung 16: Streudiagramm und Regressionsgerade zu Bedarfe und Lebensqualität der Interventionsteilnehmer zu T0.

Zum Zeitpunkt T0 ergab sich eine signifikante negative Korrelation zwischen der Lebensqualität und der Anzahl ungedeckter Bedarfe ($r = -0,570$, $p = 0,000$, $n = 166$). Der Determinationskoeffizient R^2 ergab eine Varianzaufklärung von 32,5%, d. h. 32,5% der Bedarfszahl wurde durch den Zusammenhang mit der Lebensqualität erklärt. Zum Zeitpunkt T1 ergaben sich entsprechende Ergebnisse, so dass auf eine weitere Darstellung verzichtet wurde.

3.7.2 Symptomatik

Es folgt die Überprüfung der Korrelation der Symptomatik mit der Anzahl ungedeckter Bedarfe zum Interventionszeitpunkt T0. Es wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson und der Determinationskoeffizient berechnet und mittels Streudiagramm mit Regressionsgeraden dargestellt (Abbildung 17).



Anmerkungen: Interventionsdaten der multizentrischen Studie „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“ 2006-2008, Teilnehmerzahl $n = 156$; T0: Interventionszeitpunkt vor Entlassung; Erhebungsinstrumente/ Kennwert: Camberwell Assessment of Need (European Version), The Symptom Check-List-90-R/ GSI: General Severity Index (Skala: 0,0 keine Symptomatik; 4,0 schwere Symptomatik).

Abbildung 17: Streudiagramm und Regressionsgerade zu Bedarfe und Symptomatik der Interventionsteilnehmer zu T0.

Zum Zeitpunkt T0 ergab sich eine signifikante positive Korrelation zwischen der Symptomatik und der Anzahl ungedeckter Bedarfe ($r = 0,472$, $p = 0,000$, $n = 156$). Der Determinationskoeffizient R^2 ergab eine Varianzaufklärung von 22,2%, d. h. 22,2% der Bedarfszahl wurde durch den Zusammenhang mit der Symptomatik erklärt. Zum Zeitpunkt T1 ergaben sich entsprechende Ergebnisse, so dass auf eine weitere Darstellung verzichtet wurde.

4. Diskussion

Es wurde eine Prozessevaluation im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Interventionsstudie zur bedarfsorientierten Entlassungsplanung für Patienten mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems durchgeführt. Durch den Vergleich der Interventionsteilnehmer mit den Interventions-Dropouts sollten mögliche Ursachen und Risikofaktoren eines Studien- bzw. Behandlungsabbruchs dargestellt werden. Es wurden die Auswahl und Umsetzung der Lösungsvorschläge der häufigsten ungedeckten Bedarfe, die Häufigkeit anderer nicht vorgegebener Lösungen und Ursachen einer schlechten Umsetzung der Lösungsvorschläge überprüft, um eventuelle Stärken oder Defizite der Entlassungsplanungs-Intervention festzustellen; demnach wurden insbesondere Stärken und Defizite im Bereich des Hilfesystems der Entlassungsplanung (z. B. Erhebung von Bedarfen und Problemlösungen, Organisation und Umsetzung der Hilfen, Leistungsträger) untersucht. Weiterhin wurde die Veränderung der ungedeckten Bedarfe, der Lebensqualität und der Symptomatik im Rahmen der Intervention dargestellt, auch in Abhängigkeit der Umsetzungsgüte und Zufriedenheitsgrade mit den Lösungsvorschlägen sowie in Abhängigkeit der Interventionszentren und Diagnosen. Damit sollten Faktoren gefunden werden, die in Zusammenhang mit der Veränderung der Qualitätsindikatoren ungedeckte Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik stehen und Interventionsergebnisse begründen, um ggf. in Zukunft durch Änderungen dieser Einflüsse bzw. Faktoren Verbesserungen der Interventionsergebnisse erzielen zu können.

In der bereits zu dieser Studie veröffentlichten Prozessanalyse von Steffen et al. [84] wurden weitere Gesichtspunkte dargestellt, wie z. B. die häufigsten Ursachen, die zu einem Abbruch der Intervention führten; weiterhin z. B. die Themen, Gesprächsatmosphäre, Verhalten der Patienten und Behandler während der Interventionssitzungen und die Durchführungsqualität auch aus Sicht der Interventionsmitarbeiterinnen und der Behandler.

Die Diskussion enthält eine Zusammenfassung der Ergebnisse und einen Vergleich mit Resultaten anderer Studien in der Literatur (4.1), anschließend die Interpretation der Ergebnisse mit Bewertung der Intervention und Einschränkungen (4.2) und eine Schlussfolgerung mit Verbesserungsvorschlägen für zukünftige Interventionen im Bereich der Entlassungsplanung (4.3).

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse mit Bezug zur Literatur

In der Beschreibung der Dropout-Raten zeigte sich, dass männliche, ledige Patienten mit einer Diagnose Schizophrenie, die kinderlos sind und eine höhere Liegezeit aufwiesen, eher die Intervention nicht in Anspruch nahmen. In den übrigen soziodemographischen Daten, klinischen Merkmalen und Qualitätsindikatoren ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zu den Studienteilnehmern mit vollständiger Intervention.

In der Längsschnittstudie von Slade et al. [79] zeigte der Vergleich zwischen Studienteilnehmern mit vollständig erhaltener Intervention und Interventions-Dropouts größtenteils keine Übereinstimmung mit den hier erhobenen Unterschieden. Dort waren die Dropouts eher berufstätig, hatten weniger die Diagnose Schizophrenie und hatten eine höhere Anzahl ungedeckter Bedarfe. Übereinstimmend war jedoch der fehlende Unterschied in der Lebensqualität. Die Studie fand in Verona statt, eingeschlossen waren 265 Patienten, welche allgemein Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten, nicht nur Patienten mit hoher Inanspruchnahme. Die Daten waren zu Beginn und nach einem Jahr erhoben worden.

Eine weitere randomisiert kontrollierte Studie von Slade et al. [80] zeigte in der Gruppe der Dropouts keine Unterschiede bei Geschlecht, Alter, in der Anzahl ungedeckter Bedarfe, der Lebensqualität und Symptomatik, jedoch weniger Diagnosen des schizophrenen Formenkreises. Die Studie fand in England statt. Eingeschlossen waren 101 Patienten, welche ebenfalls allgemein Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten, nicht nur Patienten mit hoher Inanspruchnahme. Die Intervention bestand in der monatlichen Erhebung von Bedarfen und Lebensqualität in den ersten vier Monaten und anschließend nochmals nach zwei Monaten.

Die meisten ungedeckten Bedarfe fanden sich in den Bereichen „seelischer Druck“, „tägliche Aktivitäten“ und „soziale Kontakte“. Dies stimmt auch mit den Angaben der Studien von Wiersma et al. [95] und Ochoa et al. [59] überein. In der Übersichtsarbeit von Wiersma [95] wurden relevante Studien zwischen 1988 und 2003 auf die Häufigkeit von gedeckten und ungedeckten Bedarfen, erhoben

anhand des NFCAS [9] und des CAN [64], untersucht; weiterhin Zusammenhänge, Entwicklung und Prädiktoren der Bedarfe.

Ochoa et al. [59] untersuchten in einer Querschnittstudie 231 unter Betreuung stehende erwachsene schizophrene Patienten in Spanien. Ziel der Studie war es, unter anderem die am häufigsten vorhandenen Bedarfe zu erheben und soziodemographische, soziale und klinische Zusammenhänge zu den Bedarfen zu untersuchen.

Bei 40-50% der gewählten Lösungsvorschläge der am häufigsten genannten ungedeckten Bedarfe „seelischer Druck“, „soziale Kontakte“ und „tägliche Aktivitäten“ blieben die dazugehörigen Bedarfe zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ungedeckt; überdurchschnittlich z. B. bei den Lösungsvorschlägen „Einleitung einer Psychotherapie“, „Arbeitsrehabilitation“, „Hilfe bei der Suche nach Begegnungsstätten“ und „Anbahnung einer Therapie der Ängste“. Die gesamten ungedeckten Bedarfe blieben von T0 nach T1 zu 43,5% ungedeckt, 21,4% wurden gedeckt und 35,1% entfielen; bei den häufigsten ungedeckten Bedarfe „seelischer Druck“ und „soziale Kontakte“ blieben die ungedeckten Bedarfe zu 48-59% überdurchschnittlich häufig erhalten. Weiterhin wurden bei 60-70% der überdauernden ungedeckten Bedarfe Lösungsvorschläge angegeben, die als schlecht oder nur zum Teil umgesetzt bewertet wurden; die häufigste Ursache wurde in den Teilnehmern selbst gesehen.

In Greifswald und Ravensburg wurden mit jeweils 21% überdurchschnittlich mehr „andere Lösungsvorschläge“ gewählt als mit 4-10% in den übrigen Interventionszentren. In Greifswald und Ravensburg wurden „andere Lösungsvorschläge“ auch vermehrt bei den ungedeckten Bedarfen angegeben. Es gibt Hinweise, dass die „anderen Lösungsvorschläge“ der häufigsten ungedeckten Bedarfe besser umgesetzt wurden bzw. effizienter waren als die vorgegebenen Vorschläge. Während bei 50-60% der „vorgegebenen Lösungsvorschläge“ die Bedarfe gedeckt wurden oder entfielen, waren es 50-82% bei den „anderen Vorschlägen“, vor allem beim ungedeckten Bedarf „tägliche Aktivitäten“.

Die Anzahl ungedeckter Bedarfe insgesamt fiel zwischen den Interventionszeitpunkten innerhalb von drei Monaten signifikant von 3,0 auf 2,4 pro Patient, also insgesamt um 20 %. In einer cluster-randomisierten, kontrollierten, multizentrischen Studie von Wiersma und Priebe et al. [67, 96] mit 271 Teilnehmern in der

Interventionsgruppe kam es innerhalb eines Jahres zu einer signifikanten Abnahme der ungedeckten Bedarfe (von 2,0 auf 1,6, d. h. ebenfalls um 20 %). Von allen erhobenen, ungedeckten Bedarfe blieben 1/3 ungedeckt und je 1/3 gingen in gedeckte Bedarfe über oder entfielen (in der aktuellen Studie mit 43,5% fortbestehende ungedeckte Bedarfe demnach etwas mehr). Die Intervention bestand unter anderem in einer Erhebung der Bedarfe und Lebensqualität mit einem Computer-gestützten Programm, das alle zwei Monate angeboten wurde. Dabei war jedem Patienten eine betreuende Person zugewiesen, die für die Organisation und Durchführung der Unterstützung verantwortlich war. Es handelte sich allerdings um ambulant behandelte Patienten, welche mindestens einen therapeutischen Kontakt mit den Behandelnden hatten. Die Interventionsgruppe zeigte insgesamt signifikante Outcome-Unterschiede zur Kontrollgruppe.

Die Umsetzung der Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe wurde in der vorliegenden Studie zwischen „gut“ und „zum Teil umgesetzt“ bewertet. Die Teilnehmer mit gut und zum Teil umgesetzten Lösungsvorschlägen zeigten eine Verminderung der Anzahl ungedeckter Bedarfe, während bei schlechter Umsetzung die Bedarfszahl annähernd gleich blieb. Weiterhin wurden die Lösungsvorschläge der gesamten Bedarfe bei höherer Lebensqualität besser umgesetzt. Bei der Symptomatik, beim Interventionsort oder bei der Diagnose gab es keine signifikanten Zusammenhänge mit der Qualität der Umsetzung. Die Ursache schlechter Umsetzung wurde zu 50-60% bei den Teilnehmern selbst gesehen, eine weitere Spezifizierung erfolgte nicht.

Die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe wurde von den Teilnehmern mit „eher zufrieden“ bewertet. Bei den Teilnehmern, welche „sehr zufrieden“ mit den Lösungsvorschlägen waren, kam es zur höchsten Abnahme der ungedeckten Bedarfe. Weiterhin war die Zufriedenheit in Greifswald am höchsten und signifikant höher als im Zentrum Ravensburg. Bei Lebensqualität, Symptomatik und Diagnose gab es keine signifikanten Zusammenhänge mit der Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen der gesamten Bedarfe.

Bezüglich des Zusammenhanges einer höheren Lebensqualität mit der Betreuungszufriedenheit gibt es unterschiedliche Angaben in der Literatur. Bei der bereits oben beschriebenen Studie von Slade et al. [79] zeigte sich ein

Zusammenhang. In der Querschnittstudie von Wiersma et al. [94] mit 101 chronisch psychiatrischen Patienten aus dem stationären und ambulanten Bereich in den Niederlanden zeigte sich kein Zusammenhang.

Die Anzahl ungedeckter Bedarfe pro Teilnehmer nahm, wie bereits oben erwähnt, im Verlauf signifikant ab, zentrums- oder diagnosespezifische Unterschiede in der Abnahme ergaben sich nicht. In Greifswald war jedoch die Anzahl ungedeckter Bedarfe signifikant höher als in Ravensburg, Düsseldorf und Regensburg. Auch bei den affektiven Störungen ergaben sich mehr ungedeckte Bedarfe. Die höhere Anzahl ungedeckter Bedarfe im ostdeutschen, ländlichen Greifswald kann mit den Ergebnissen der bereits oben erwähnten Studien von Wiersma et al. [95] und Kovess-Masfety et al. [43] verglichen werden. Beide zeigten, dass niedriger sozio-ökonomischer Status, sowie ein geringeres Angebot an ambulanten Dienstleistungen, Wohnheimen, Tagespflege- und Tagesklinikplätzen mit einer erhöhten Anzahl ungedeckter Bedarfe einhergehen.

Ungedeckte Bedarfe zeigten weiterhin eine negative Korrelation zur Lebensqualität und eine positive zur Symptomatik. Der Zusammenhang einer niedrigen Anzahl ungedeckter Bedarfe mit einer höheren Lebensqualität zeigte sich ebenfalls in den oben genannten Studien von Wiersma et al. [95] und Slade et al. [80, 79].

Die Lebensqualität veränderte sich insgesamt zwischen den Interventionszeitpunkten nicht signifikant. Die Lebensqualität verringerte sich jedoch in Ravensburg im Verlauf, während sie in Düsseldorf, Greifswald, Günzburg und Regensburg gleich blieb oder ansteigende Tendenz zeigte. Eine höhere Lebensqualität zeigten weiterhin die an Schizophrenie Erkrankten. Dies ergab sich ebenfalls bei Slade et al. [79].

Die Symptomatik veränderte sich insgesamt zwischen den Interventionszeitpunkten nicht signifikant. Bei den affektiven Störungen ergab sich jedoch eine schwerer ausgeprägte Symptomatik. Die Symptomatik zeigte keine Zentrums-Unterschiede.

4.2 Bewertung der Intervention und Einschränkungen

Die Entwicklung der Bedarfszahl und der Lebensqualität gehören häufig zu den wichtigsten Outcome-Kriterien in psychiatrischen Interventionsstudien. Die Anzahl ungedeckter Bedarfe pro Patient konnte im Verlauf der Intervention reduziert werden. Das Ausmaß der Verringerung von annähernd 20% ist auch mit anderen Studien vergleichbar. Zu einer Erhöhung der Lebensqualität kam es nicht. Auch bezüglich der Symptomatik kam es durchschnittlich zu keiner signifikanten Besserung. Zu beachten ist jedoch, dass die Symptomatik anfänglich am Ende des stationären Aufenthaltes erhoben wurde und man davon ausgehen kann, dass sich diese bereits im Rahmen der medizinischen Behandlung soweit gebessert hatte, dass ein „Decken“-Effekt eintrat und es schwer war, eine weitere Verbesserung zu erreichen.

Kernstück der Intervention war es, Bedarfe zu erheben und für diese Problemlösungen zu finden und umzusetzen. Die Umsetzung der Lösungsvorschläge von gedeckten und ungedeckten Bedarfen wurde im Mittel zwischen „zum Teil umgesetzt“ und „gut umgesetzt“ bewertet. Zentrums- oder diagnosenspezifische Unterschiede in der Bewertung der Umsetzung ergaben sich nicht. Die Auswertung der Umsetzung der Lösungsvorschläge der drei häufigsten ungedeckten Bedarfe „seelischer Druck“, „tägliche Aktivitäten“ und „soziale Kontakte“ ergab, dass bei 40-50% dieser Lösungsvorschläge zwischen den Interventionszeitpunkten die dazugehörigen Bedarfe ungedeckt blieben. Weiterhin wurden bei 60-70% dieser fortbestehenden ungedeckten Bedarfe Lösungsvorschläge angegeben, die als schlecht oder nur zum Teil umgesetzt bewertet wurden. So wurden diese Lösungsvorschläge nicht ausreichend umgesetzt und es ist unwahrscheinlich, dass die Lösungsvorschläge der ungedeckten Bedarfe hauptsächlich ineffizient oder inadäquat waren die Bedarfe zu decken, aber trotzdem gut umgesetzt wurden. Die Bedarfe der Lösungsvorschläge „Einleitung einer Psychotherapie“, „Arbeitsrehabilitation“, „Hilfe bei der Suche nach Begegnungsstätten“ und „Anbahnung einer Therapie der Ängste“ blieben z. B. häufig ungedeckt. Ursache könnte die teilweise lange Wartezeit im ambulanten Bereich für die genannten Therapien sein und der verhältnismäßig geringe Erhebungszeitraum von drei Monaten zwischen T0 und T1. Diese lange

Wartezeit auf Therapieplätze kann als Schwäche des Hilfesystems der Entlassungsplanung gewertet werden. Auch der erhebliche Anteil an nicht umgesetzten bzw. nicht effizienten Lösungsvorschlägen der häufigsten ungedeckten Bedarfe von 40-50% kann Zeichen eines nicht ausgereiften Hilfesystems der Entlassungsplanung sein. Auch war der Anteil fortbestehender ungedeckter Bedarfe höher als in der Studie von Wiersma und Priebe et al. [67, 96], allerdings sollten die Unterschiede in der Intervention und der Studienteilnehmer berücksichtigt werden. Zwar lag nach Angaben der Beteiligten eine schlechte Umsetzung vorwiegend an den Patienten selbst, eine genauere Spezifizierung war jedoch nicht erfolgt und diese Angaben schließen Schwächen oder beeinflussbare Probleme der Entlassungsplanungs-Intervention nicht aus (schon allein die Gründe einer Non-Compliance belegen dies), so dass weitere behebbare Probleme nicht definiert und verbessert werden können. Auch um ortsspezifische Unterschiede bei der Umsetzung der Lösungsvorschläge analysieren zu können, hätten mehr Studienteilnehmer hinzugezogen werden müssen, da die Anzahl bei den unterschiedlichen gewählten Problemlösungen auf Grund der Fülle an vorgegebenen Vorschlägen recht gering war.

Bei der Auswahl der Lösungsvorschläge hatten die Patienten auch die Möglichkeit, außer den vorgegebenen „andere individuelle Lösungen“ festzulegen. Dies wurde von den Interventionszentren Greifswald und Ravensburg überdurchschnittlich beansprucht, vermehrt bei den ungedeckten Bedarfen. Die Ursachen dieser Ergebnisse könnten sein, dass das Hilfesystem der vorgegebenen Lösungsvorschläge in diesen Zentren nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stand oder die Lösungsvorschläge ungeeignet waren. Häufig wurden die „medikamentöse Einstellung“ oder verschiedene „Aktivitäten zur Ablenkung“ als „anderer Lösungsvorschlag“ bei Bedarfen angegeben, bei denen dies nicht zur Auswahl stand, z. B. bei Problemen im Bereich der „Ernährung“, „tägliche Aktivitäten“, „körperliche Gesundheit“, „seelischer Druck“, „Selbstgefährdung“, „Alkohol und Drogen“. Ansonsten wurden sehr individuelle Problemlösungen angegeben, wie z. B. „rechtliches Erwirken des Umgangsrechts“ bei dem Bedarf „Versorgung und Betreuung der Kinder“. Seltener waren die angegebenen Lösungen lediglich eine genaue Spezifizierung eines bereits vorgegebenen möglichen Lösungsvorschlages, z. B. wurde bei dem Bedarf „psychotische

Symptome“ als andere Lösung „Spaziergänge oder Bücherlesen zur Ablenkung“ angegeben. Diese Lösung hätte jedoch auch weniger spezifisch dem vorgegebenen Lösungsvorschlag „Erarbeitung eines Notfallplans“ zugeordnet werden können. In einem anderen Fall wurde z. B. bei dem Bedarf „körperliche Gesundheit“ die andere Lösung „Krankengymnastik gegen die Rückenschmerzen“ angegeben, diese hätte jedoch weniger spezifisch dem vorgegebenen Lösungsvorschlag „spezielle Behandlung“ zugeordnet werden können. Weiterhin gibt es Hinweise, dass die „anderen Lösungsvorschläge“ der häufigsten ungedeckten Bedarfe besser umgesetzt bzw. effizienter waren. Während bei 50-60% der vorgegebenen Lösungsvorschlägen die Bedarfe gedeckt wurden oder entfielen, waren es bei den „anderen Vorschlägen“ 50-82%, vor allem beim ungedeckten Bedarf „tägliche Aktivitäten“. Ursache könnte sein, dass die Hilfeleistungen der vorgegebenen Lösungsvorschläge nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung standen und somit nicht ausreichend umgesetzt werden konnten, oder dass die „anderen Lösungsvorschläge“ einfachere, weniger organisatorisch aufwendige Vorschläge waren und somit besser zu erfüllen waren.

Wie bereits erwähnt lag eine schlechte Umsetzung vorwiegend an den Teilnehmern selbst. Eine genauere Spezifizierung war jedoch nicht systematisch erhoben worden und nur in wenigen Fällen aus den Daten zu entnehmen; die genauen Ursachen bleiben spekulativ. Man könnte eine krankheitsbedingte Antriebslosigkeit oder eine Non-Compliance vermuten, die wenigen verfügbaren Angaben wiesen in diese Richtung. Das Wissen über die Ursachen schlechter Umsetzung wäre jedoch zur Verbesserung des Interventionsergebnisses wünschenswert, wie bereits an der Beurteilung des Hilfesystems der Entlassungsplanung gezeigt wurde. Eine Abnahme der ungedeckten Bedarfe ergab sich nämlich bei den Teilnehmern mit gut und zum Teil umgesetzten Lösungsvorschlägen, während bei den schlecht umgesetzten die Anzahl ungedeckter Bedarfe unverändert blieb.

Die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen der gedeckten und ungedeckten Bedarfe wurde im Mittel mit „eher zufrieden“ bewertet. Ursachen für eine Unzufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen wurden jedoch nicht systematisch erfasst. Dies wäre jedoch notwendig, um entsprechende Ursachen zu beseitigen.

Die Wichtigkeit der Ursachenermittlung für die Unzufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen zeigt die Analyse der Untergruppen. Es ergab sich eine größere Abnahme der ungedeckten Bedarfe bei den sehr zufriedenen Studienteilnehmern. Weiterhin kam es bei den sehr Zufriedenen angedeutet zu einem Anstieg der Lebensqualität und Verminderung der Symptomatik; eine statistische Signifikanz konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Verdeutlicht wird dies zudem durch den Vergleich der Zufriedenheit zwischen den Interventionsorten. In Greifswald war die Zufriedenheit am höchsten und in Ravensburg signifikant am niedrigsten, gleichzeitig wurde nachgewiesen, dass in Ravensburg die Lebensqualität sank und in allen anderen Interventionsorten anstieg oder unverändert blieb. Weiterhin zeigte sich im Trend, jedoch nicht signifikant eine größere Verminderung der ungedeckten Bedarfe in Greifswald und die geringste Senkung in Ravensburg. Diesbezüglich erwähnenswert ist auch der nachgewiesene Zusammenhang einer hohen Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen und einer guten Umsetzung und zwischen einer geringeren Bedarfszahl und besseren Lebensqualität.

Der Zentrumsvergleich ergab eine deutlich höhere Anzahl an ungedeckten Bedarfen in Greifswald. Ursache könnten, wie bereits in der Einleitung erwähnt, die schlechteren strukturellen und sozioökonomischen Bedingungen sein [3, 10, 44]: Trotz des enormen wirtschaftlichen Aufholprozesses in den letzten Jahren liegen die ostdeutschen Länder im Jahr 2009 in wichtigen Leistungsgrößen, wie Bruttoinlandprodukt pro Einwohner, Produktivität, Exportquote, Bruttowertschöpfung und Kapitalstock, weiterhin zurück. Auch die Arbeitslosenquote von 13,0% im Jahr 2009 lag über dem westdeutschen Niveau von 6,9% und das Bruttoeinkommen der Ostdeutschen lag im Jahr 2007 um 30% niedriger. Bezüglich der Gesundheitsversorgung zeigte sich weiterhin eine ärztliche Unterversorgung im ambulanten Bereich ostdeutscher ländlicher Regionen. Bemerkenswert ist, dass es jedoch in Greifswald zu keiner geringeren Abnahme der ungedeckten Bedarfe kam und sich keine Unterschiede in der Umsetzungsgüte der Lösungsvorschläge zu anderen Zentren zeigte. Vermutlich wirkten die höhere oder gleiche Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen und das Eingehen bzw. die Erhebung „anderer, individueller Lösungen“ ausgleichend.

Ebenfalls zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den Diagnosen. Patienten mit einer affektiven Störung zeigten ein höheres ungedecktes Bedarfsniveau, eine niedrigere Lebensqualität und eine schwerere Symptomatik. Die erhobenen Ergebnisse geben jedoch keine Hinweise für eine mögliche Ursache und am ehesten sind die Unterschiede durch die Verschiedenheit der Krankheitsbilder zu erklären. In der Literatur ist, wie schon oben beschrieben, die höhere Lebensqualität bei an Schizophrenie Erkrankten beschrieben [79].

Die Ursache, dass die Interventions-Dropouts höhere Anteile im männlichen Geschlecht, im Familienstand „ledig und kinderlos“, in der Diagnosegruppe Schizophrenie ausmachten und eine längere Liegezeit zeigten, könnte eine zu geringe Unterstützung durch Behandelnde und Angehörige sein, was nachweislich zu einer geringeren Mitarbeit und in diesem Fall zum Abbrechen der Teilnahme an der Studie geführt haben könnte [17, 76, 91]. Weiterhin hatte sich gezeigt, dass schizophrene Patienten eine geringere Bedarfszahl, eine höhere Lebensqualität und geringere Symptomatik zeigten, so dass auch ein geringerer Leidensdruck zum Abbruch geführt haben kann.

4.3 Schlussfolgerung

Die Dropout-Analyse der NODPAM-Studie ergab, dass männliche, ledige Patienten mit einer Diagnose Schizophrenie, die kinderlos sind und eine höhere Liegezeit aufwiesen, eher die Intervention nicht in Anspruch nahmen. Somit hat die Intervention vermehrt diese Gruppe der schwerer Erkrankten nicht erreicht und die Ergebnisse sind nur bedingt auf diese Gruppe übertragbar. Diese Risikogruppe sollte intensiver betreut werden, um Behandlungs- bzw. Studienabbrüche zu verhindern.

Folgende Ergebnisse weisen auf Schwächen der Entlassungsplanungs-Intervention bzw. des Hilfesystems der Entlassungsplanung hin: Bei 40-50% der gewählten Lösungsvorschläge der am häufigsten genannten ungedeckten Bedarfe blieben die dazugehörigen Bedarfe zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ungedeckt; überdurchschnittlich z. B. bei den Lösungsvorschlägen „Einleitung einer Psychotherapie“, „Arbeitsrehabilitation“, „Hilfe bei der Suche

nach Begegnungsstätten“ und „Anbahnung einer Therapie der Ängste“. Die gesamten ungedeckten Bedarfe blieben von T0 nach T1 zu 43,5% ungedeckt; während bei den zwei häufigsten ungedeckten Bedarfen die Probleme zu 48-59% überdurchschnittlich häufig erhalten blieben. Weiterhin wurden bei 60-70% dieser überdauernd ungedeckten Bedarfe Lösungsvorschläge angegeben, die als schlecht oder nur zum Teil umgesetzt bewertet wurden; die häufigste Ursache wurde in den Teilnehmern selbst gesehen. In den Interventionszentren Ravensburg und Greifswald, welches als strukturschwächer gilt, wurden überdurchschnittlich „andere Lösungsvorschläge“ angegeben, vermehrt bei den ungedeckten Bedarfen. Weiterhin gibt es Hinweise, dass die „anderen Lösungsvorschläge“ der häufigsten ungedeckten Bedarfe besser umgesetzt bzw. effizienter waren.

Daraus folgernd könnten folgende Komponenten Ursachen von Schwächen der Entlassungsplanungs-Intervention bzw. des Hilfesystems der Entlassungsplanung sein: 1. Leistungsträger des Hilfesystems (z. B. ambulante Therapeuten) waren nicht in ausreichendem Maße vorhanden. 2. Die vorgegebenen Lösungsvorschläge waren ineffizient oder inadäquat, die Probleme zu beseitigen; eventuell sollten mehr „andere, individuelle Lösungsvorschläge“ erarbeitet werden. 3. Die Betreuung der Patienten war nicht intensiv genug und die Teilnehmer waren doch zu sehr auf sich gestellt. 4. Trotz intensiver Betreuung konnten viele Patienten nicht motiviert werden, ausreichend Hilfe in Anspruch zu nehmen oder sie waren auf Grund ihrer schweren Erkrankung nicht dazu im Stande. Da die Ursachen einer schlechten Umsetzung der Lösungsvorschläge nicht ausreichend spezifiziert wurden, konnten behebbare Probleme nicht weiter identifiziert werden. Um auch zentrumsspezifische Unterschiede in der Auswahl und Umsetzung der einzelnen zahlreichen Lösungsvorschläge der Hilfebedarfe zu untersuchen, um beispielsweise lokale Defizite der Entlassungsplanungs-Intervention aufzudecken, wäre auch eine größere Anzahl an Studienteilnehmern erforderlich, da die Anzahl bei den einzelnen gewählten Problemlösungen auf Grund der Fülle an vorgegebenen Vorschlägen recht gering war.

Da es bei den Teilnehmern mit gut umgesetzten Lösungsvorschlägen zu einer Verminderung der Anzahl ungedeckter Bedarfe kam, die sehr zufriedenen Teilnehmer die größte Abnahme der ungedeckten Bedarfe zeigten, sich Hinweise

für eine bessere Lebensqualität bei den sehr zufriedenen Teilnehmern ergaben, ein Zusammenhang einer hohen Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen und einer guten Umsetzung sowie ein Zusammenhang zwischen einer geringeren Bedarfszahl und besserer Lebensqualität nachgewiesen wurde, sollten zur Verbesserung der Umsetzung von Interventionsangeboten einerseits und der Zufriedenheit mit Interventionsangeboten andererseits die Ursachen schlechter Umsetzung oder von Unzufriedenheit näher untersucht werden, vor allem bei vorhandenen Hinweisen auf ein unzureichend funktionierendes Hilfesystem der Entlassungsplanung. Es könnte z. B. neben der Erhebung des Umsetzungs- und Zufriedenheitsgrades mittels Indizes ein zusätzlicher Kommentar verlangt werden. Somit gibt es Hinweise, dass die Umsetzung der Lösungsvorschläge und die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen beeinflussbare Faktoren sind, die nach Optimierung eine Verbesserung der Interventionsergebnisse erzielen können.

Die Ursache einer schlechten Umsetzung der Lösungsvorschläge lag zu 50-60% an den Teilnehmern selbst, z. B. aufgrund krankheitsbedingter Antriebslosigkeit oder Non-Compliance. Zur weiteren Verbesserung der Umsetzung sollten deswegen mögliche Ursachen einer Non-Compliance erhoben und nach Möglichkeit beseitigt werden. Es wurde nachgewiesen, dass Non-Compliance zu einem schlechteren Behandlungserfolg und zu wachsenden Kosten im Gesundheitssystem führt, zum Beispiel auf Grund vermehrter Krankenhausaufenthalte und höherer Behandlungskosten [88, 92]. Zu möglichen Einflussfaktoren, die Non-Compliance verursachen können, verfassten Jing et al. [34] eine Übersichtsarbeit: Demnach fördert geringes Wissen über die Erkrankung und über die Auswirkung von Non-Compliance eine schlechte Mitarbeit [2, 24, 34]. Behandelnde sollten die Patienten demnach ausreichend über die Therapie aufklären [34, 65, 76]. Weiterhin können Nebenwirkungen von Medikamenten die Compliance gefährden [34, 48], so dass bei der Auswahl eines Psychopharmakons, soweit möglich auf das Nebenwirkungsprofil geachtet werden sollte. Vor allem Medikamente, die zu Gewichtszunahme, sexueller Dysfunktion und zu extrapyramidal-motorischen Störungen führen, wirken sich besonders ungünstig auf die Compliance aus [63]. Hingegen führt die emotionale Unterstützung durch Angehörige, Freunde oder Behandelnde zu einer besseren Mitarbeit [17, 34, 76, 91]. Förderlich sind auch kurze Anfahrtswege zum Therapeuten [26, 34].

Somit sind Faktoren des Gesundheitssystems, wie Verfügbarkeit und Zugang zu verschiedenen Einrichtungen ebenfalls von Wichtigkeit. Penchansky und Thomas untersuchten hierzu Kriterien, die als Voraussetzungen für den Zugang zu Gesundheitsdiensten und Zufriedenheit dienen [62], nämlich Finanzierbarkeit (affordability), Verfügbarkeit (availability), Erreichbarkeit (accessability), Entgegenkommen (accomodation) und Annehmbarkeit (acceptability).

Weiterhin sind vor kontrollierten Studien zu komplexen Interventionen Pilotstudien oder Prozessanalysen zur rechtzeitigen Verbesserung und Beseitigung eventueller Probleme sinnvoll, wie in der Leitlinie des Medical Research Council vorgeschlagen [13]. Hingewiesen werden sollte jedoch auf die erwähnte Problematik der Beeinflussung der Ergebnisauswertung, welche von Munro und Bloor [56] diskutiert wurde.

5. Zusammenfassung

Es wurde eine Prozessevaluation einer randomisierten, kontrollierten, multizentrischen, bedarfsorientierten Entlassungsplanungsstudie für Patienten mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems durchgeführt. Daten von insgesamt 241 Interventionspatienten aus den Zentren Düsseldorf, Greifswald, Günzburg, Regensburg und Ravensburg wurden ausgewertet, wobei 75 Teilnehmer im Verlauf vorzeitig ausschieden. Die Intervention bestand aus Interventionssitzungen vor der stationären Entlassung und drei Monate später. Es wurden jeweils Bedarfe erhoben, Probleme definiert und Lösungsvorschläge gesucht, die im Verlauf umgesetzt werden sollten; außerdem wurden jeweils die Lebensqualität und Symptomatik erhoben. In der Interventionssitzung drei Monate nach der Entlassung wurden zusätzlich Veränderungen der Bedarfe, Bewertung der Umsetzung der Lösungsvorschläge, Ursachen einer schlechten Umsetzung und die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen erhoben.

Überprüft wurden Gründe und Risikofaktoren eines Studienabbruchs. Weiterhin wurden die Umsetzung von Lösungsvorschlägen der häufigsten ungedeckten Bedarfe und die Ursachen einer schlechten Umsetzung der Lösungsvorschläge ausgewertet, um Defizite des Hilfesystems der Entlassungsplanung festzustellen. Weiterhin wurde die Veränderung der ungedeckten Bedarfe, der Lebensqualität und der Symptomatik im Rahmen der Intervention dargestellt. Überprüft wurden auch möglichen Faktoren (Umsetzung der Lösungsvorschläge, Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen, Interventionszentrum und Diagnose), die verändernd auf Qualitätsindikatoren (ungeddeckte Bedarfe, Lebensqualität und Symptomatik) wirken, die Interventionsergebnisse begründen und die durch Optimierung in künftigen Interventionen zu Verbesserungen der Interventionsergebnisse führen.

Die Interventions-Dropouts zeigten höhere Anteile beim männlichen Geschlecht, beim Familienstand ledig und kinderlos, bei der Diagnose Schizophrenie und eine höhere Liegezeit. Diese Risikogruppe sollte intensiver betreut werden um Studienabbrüche zu reduzieren. In den Bereichen „seelischer Druck“, „tägliche Aktivitäten“ und „soziale Kontakte“ bestanden die meisten ungedeckten Bedarfe. Es gibt Hinweise für Schwächen des Hilfesystems der Entlassungsplanung, da bei 40-50% der Lösungsvorschläge die dazugehörigen Bedarfe ungedeckt blieben und in strukturschwächeren Gegenden mehr „andere Lösungen“ (Restkategorie) genannt

wurden. Bei den Lösungsvorschlägen „Einleitung einer Psychotherapie“, „Arbeitsrehabilitation“ und „Anbahnung einer Therapie der Ängste“ blieben die entsprechenden Bedarfe z. B. häufig ungedeckt. Ursache könnte die lange Wartezeit auf diese Therapieplätze sein. Weitere behebbare Probleme konnten nicht sicher definiert werden, da die Ursachen einer schlechten Umsetzung der Lösungsvorschläge nicht weiter spezifiziert wurden. Die Anzahl ungedeckter Bedarfe fiel signifikant zwischen den Interventionszeitpunkten innerhalb von drei Monaten um insgesamt 20 %, während die Lebensqualität und die Symptomatik insgesamt unverändert blieben. Die Umsetzung der Lösungsvorschläge wurde insgesamt zwischen „gut“ und „zum Teil umgesetzt“ bewertet. Die Ursache einer schlechten Umsetzung lag zu 50-60% an den Teilnehmern selbst. Eine genauere Spezifizierung war jedoch nicht systematisch erhoben worden, die wenigen verfügbaren Angaben wiesen als Ursache auf krankheitsbedingte Antriebslosigkeit oder Non-Compliance hin. Eine gute Umsetzung der Lösungsvorschläge führte zu einer Verminderung der Anzahl ungedeckter Bedarfe. Die Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen wurde von den Teilnehmern insgesamt mit „eher zufrieden“ bewertet. Ursachen für eine Unzufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen wurden jedoch ebenfalls nicht systematisch erfasst. Die „sehr zufriedenen“ Teilnehmer zeigten die größte Abnahme ungedeckter Bedarfe und es gab auch Hinweise für eine bessere Lebensqualität. Diesbezüglich erwähnenswert ist auch der nachgewiesene Zusammenhang zwischen einer hohen Zufriedenheit mit den Lösungsvorschlägen und guter Umsetzung und zwischen einer geringeren Bedarfszahl und besseren Lebensqualität. In Greifswald war die Anzahl ungedeckter Bedarfe höher als in den übrigen Zentren. Ursachen könnten die schlechteren strukturellen und sozioökonomischen Bedingungen in Ostdeutschland sein.

Schlussfolgernd sollte zur Beseitigung eventueller Schwierigkeiten, vor allem bei Schwächen im Hilfesystem, auf Ursachen einer schlechten Umsetzung oder Unzufriedenheit mit Interventionsangeboten näher eingegangen werden, da es Hinweise gibt, dass diese verändernd auf Qualitätsindikatoren wirken und durch Optimierung es zu einer Verbesserung der Interventionsergebnisse kommen kann. Zur weiteren Verbesserung der Umsetzung sollten auch mögliche Ursachen einer Non-Compliance erhoben und nach Möglichkeit verbessert werden. Die Prozessanalyse ist zur rechtzeitigen Verbesserung und Beseitigung eventueller Probleme vor oder während der Einführung neuer Interventionen sinnvoll.

6. Literaturverzeichnis

- [1] Aktion Psychisch Kranke e.V.: Personenzentrierte Hilfe in der psychiatrischen Versorgung - Manual. Psychiatrie Verlag, Bonn (1998)
- [2] Alm-Roijer C, Stagmo M, Uden G, Erhardt L: Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs* 3: 321-330 (2004)
- [3] Arbeitsstab Angelegenheiten der Neuen Bundesländer: Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2010. Bundesministerium des Innern, Berlin, S. 73-87, 93-103, 108-117, 133-144 (2010)
- [4] Backer TE, Howard EA, Moran GE: The role of effective discharge planning in preventing homelessness. *J Primary Prevent* 28: 229-243 (2007)
- [5] Baker F, Intagliata J: Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plann* 5: 69-79 (1982)
- [6] Becker M, Diamond R, Sainfort F: A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Qual Life Res* 2: 239-251 (1993)
- [7] Bender R, Ziegler A, Lange S: Varianzanalyse. *Dtsch Med Wochenschr* 132: e57-e60 (2007)
- [8] Boyer CA, McAlpine DD, Pottick KJ, Olsson M: Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care. *Am J Psychiatr* 157: 1592-1598 (2000)
- [9] Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B: Principles and practice of measuring need in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med* 17: 971-981 (1987)

- [10] Brück T, Peters H: Persönliches Einkommen in Ostdeutschland um ein Fünftel niedriger als im Westen. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Wochenbericht 44: 14-20 (2010)
- [11] Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M: Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *Brit Med J* 335: 336 (2007)
- [12] Caron J, Mercier C, Diaz P, Martin A: Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Res* 137: 203-213 (2005)
- [13] Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M: Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Brit Med J* 337: a1655 (2008)
- [14] Cuffel BJ, Held M, Goldmann W: Predictive models and the effectiveness of strategies for improving outpatient follow-up under managed care. *Psychiatr Serv* 53: 1438-1443 (2002)
- [15] Davenport S: Ensuring the community cares: assessment and evaluation of social care needs in long-term mental illness. *Adv Psychiatr Treat* 12: 45-53 (2006)
- [16] Derogatis LR, Cleary P: Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol* 33: 981-989 (1977)
- [17] DiMatteo MR: Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol* 23: 207-218 (2004)
- [18] Dixon L, Goldberg R, Iannone V, Lucksted A, Brown C, Kreyenbuhl J, Fang L, Potts W: Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization. *Psychiatr Serv* 60: 451-458 (2009)

- [19] Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M: Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res* 34: 137-150 (2007)
- [20] Eack SM, Newhill CE: Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 33: 1225-1237 (2007)
- [21] Evans S, Greenhalgh J, Connelly J: Selecting a mental health needs assessment scale: guidance on the critical appraisal of standardized measures. *J Eval Clin Pract* 6: 379-393 (2000)
- [22] Franke GH: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual (2. Auflage). Beltz Test GmbH, Göttingen (2002)
- [23] Gaebel W, Falkani P: Psychosoziale Therapien. In: DGPPN (Hrsg) *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*, Bd 7, Steinkopff Verlag Darmstadt, S. 28-30, 32 (2005)
- [24] Gascon JJ, Sanchez-Ortuno M, Llor B, Skidmore D, Saturno PJ, for the Treatment Compliance in Hypertension Study Group: Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. *Fam Pract* 21: 125-130 (2004)
- [25] Gilbody S, House AO, Sheldon TA: Outcome measures and needs assessment tools for schizophrenia and related disorders. *Conchrane Database Syst Rev*, CD003081 (2003)
- [26] Gonzalez J, Williams JW Jr, Noel PH, Lee S: Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J Am Board Fam Pract* 18: 87-96 (2005)
- [27] Gromann P: Der personenzentrierte Ansatz: Von einem institutions- zu einem personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem. Internetseite: [http:// www.lbpr-online.de/download/einfuehrung.pdf](http://www.lbpr-online.de/download/einfuehrung.pdf) (Download am 26.06.2011)

- [28] Hansson L: Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 113: 46-50 (2006)
- [29] Hawe P, Shiell A, Riley T: Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *Brit Med J* 328: 1561 (2004)
- [30] Hayward M, Slade M, Moran PA: Personality disorders and unmet needs among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 57: 538-543 (2006)
- [31] Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E: Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47: 27-39 (2001)
- [32] Hewitt J: Critical evaluation of the use of research tools in evaluating quality of life for people with schizophrenia. *Int J Ment Health Nurs* 16: 2-14 (2007)
- [33] Intagliata J: Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophr Bull* 8: 655-674 (1982)
- [34] Jing J, Grant ES, Vernon MSO, Shu CL: Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patients perspective. *Ther Clin Risk Manag* 4: 269-286 (2008)
- [35] Jones K, Colson PW, Holter MC, Lin S, Valencia E, Susser E, Wyatt RS : Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 54: 884-890 (2003)
- [36] Junghan UM: Das ungleiche Ausmass der Nutzung psychiatrischer Akutstationen: Eine wichtige Beobachtung für die gemeindepsychiatrische Versorgungsplanung. *Schizophrenie: Beiträge zu Forschung, Therapie und psychosozialem Management* 15: 24-34 (2000)

- [37] Junghan UM, Brenner HD: Heavy use of acute in-patient psychiatric services: the challenge to translate a utilization pattern into service provision. *Acta Psychiatr Scand* 113: 24-32 (2006)
- [38] KasproW WJ, Rosenheck RA: Outcomes of critical time intervention case management of homeless veterans after psychiatric hospitalization. *Psychiatr Serv* 58: 929-935 (2007)
- [39] Kent S, Fogarty M, Yellowlees P: A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatr Serv* 46: 1247-1253 (1995)
- [40] Kilian R, Bernert S, Matschinger H, Mory C, Roick C, Angermeyer MC: Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen: Entwicklung und Erprobung der deutschsprachigen Version des Camberwell assessment of Need-EU. *Psychiat Prax* 28: 79-83 (2001)
- [41] Kingdom D: Care programme approach. Recent government policy and legislation. *Psychiatr Bull* 18: 68-70 (1994)
- [42] Klinkenberg WD, Calsyn RJ: Predictors of receipt of altercare and recidivism among persons with severe mental illness: A review. *Psychiatr Serv* 47: 487-496 (1996)
- [43] Kovess-Masfety V, Wiersma D, Xavier M, Caldas de Almeida JM, Carta MG, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Torres-Gonzalez F, Kustner BM, Walsh D: Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one-year follow-up study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2: 22 (2006)
- [44] Krause P, Goebel J, Kroh M, Wagner GG: 20 Jahre Wiedervereinigung: Wie weit Ost- und Westdeutschland zusammengerückt sind. *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Wochenbericht* 44: 2-12 (2010)

- [45] Krautgartner M, Scherer M, Katschnig H: Psychiatrische Krankenhaustage: Wer konsumiert die meisten? Eine Record-Linkage-Studie über fünf Jahre in einem österreichischen Bundesland. *Psychiat Prax* 29: 355-363 (2002)
- [46] Lehman AF: Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Soc Psychiatr Epidemiol* 31: 78-88 (1996)
- [47] Lien L: Are readmission rates influenced by how psychiatric services are organized? *Nord J Psychiatry* 56: 23-28 (2002)
- [48] Loffler W, Kilian R, Toumi M, Angermeyer MC: Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry* 36: 105-112 (2003)
- [49] Lucas B, Harrison-Read P, Tyrer P, Ray J, Shipley K, Hickman M, Patel A, Knapp M, Lowin A: Costs and characteristics of heavy inpatient service users in outer London. *Int J Soc Psychiatry* 47: 63-74 (2001)
- [50] Marshall M, Hogg LI, Gath DH, Lockwood A. The cardinal needs schedule – a modified version of the MRC Needs for Care Assessment schedule. *Psychol Med* 25: 605-617 (1995)
- [51] McCrone P, Leese M, Thornicroft G, Griffiths G, Padfield S, Schene A, Knudsen HC, Vazquez-Barquero JL, Lasalvia A, White IR: Reliability of the Camberwell Assessment of Need – European Version: EPSILON Study 6. *Brit J Psychiatr* 177: 34-40 (2000)
- [52] Meyer PS, Morrissey JP: A Comparison of Asservative Community Treatment and Intensive Case Management for patients in rural areas. *Psychiatr Serv* 58: 121-127 (2007)
- [53] Miner CR, Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Muenz LR: Prediction of compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. *Arch Gen Psychiat* 54: 706-712 (1997)

- [54] Mistiaen P, Francke AL, Poot E: Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: A systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* 7: 47 (2007)
- [55] Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 24: 37-74 (1998)
- [56] Munro A, Bloor M: Process evaluation: the new miracle ingredient in public health research? *Qualitative Research* 10: 699-713 (2010)
- [57] Nelson EA, Maruish ME, Axler JL: Effects off discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv* 51: 885-889 (2000)
- [58] Oakley A, Strange V, Bonell C, Allen E, Stephenson J, and the RIPPLE Study Team: Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *Brit Med J* 332: 413-416 (2006)
- [59] Ochoa S, Haro JM, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M and the NEDES group: Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophr Bull* 29: 201-210 (2003)
- [60] Olsson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S: Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatr Serv* 49: 911-917 (1998)
- [61] Oliver J, Huxley P, Priebe S, Kaiser W: Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32: 76-83 (1997)
- [62] Penchansky R, Thomas J.W. The Concept of Access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 19: 127-140 (1981)

- [63] Perkins DO: Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 63: 1121-1128 (2002)
- [64] Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P: The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Brit J Psychiatr* 167: 589-595 (1995)
- [65] Ponnusankar S, Surulivelrajan M, Anandamoorthy N, Suresh B: Assessment of impact of medication counseling on patients' medication knowledge and compliance in an outpatient clinic in South India. *Patient Educ Couns* 54:55-60 (2004)
- [66] Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S: Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 45: 7-12 (1999)
- [67] Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, Salize H, Bengt S, Torres-Gonzales F, Van den Brink R, Wiersma D, Wright DJ: Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare. Cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 191: 420-426 (2007)
- [68] Puschner B, Steffen S, Gaebel W, Freyberger H, Klein HE, Steinert T, Muehe R, Becker T: Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilisers of psychiatric services (NODPAM): Design and methods. *BMC Health Serv Res* 8: 152 (2008)
- [69] Puschner B, Steffen S, Völker KA, Spitzer C, Gaebel W, Janssen B, Klein HE, Spiessel H, Steinert T, Grempler J, Muehe R, Becker T: Needs-oriented discharge planning for high utilisers of psychiatric services: multicentre randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Sci* 20: 181-192 (2011)

- [70] Rad K von, Steffen S, Kalkan R, Puschner B, Becker T: Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in einer randomisierten kontrollierten Multizenterstudie: Entwicklung und Beschreibung der Intervention. *Psychiat Prax* 37: 191-195 (2010)
- [71] Reynolds W, Lauder W, Sharkey S, Maciver S, Veitch T, Cameron D: The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 11: 82-88 (2004)
- [72] Roick C, Gärtner A, Heider D, Angermeyer MC: Heavy User psychiatrischer Versorgungsdienste: Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiat Prax* 29:334-342 (2002)
- [73] Roick C, Heider D, Kilian R, Angermeyer MC: Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. Eine Analyse von Krankenkassendaten aus der Stadt Leipzig. *Psychiatr Prax* 29: 343-349 (2002)
- [74] Rosen A, Mueser KT, Teesson M: Assertive community treatment – Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabil Res Dev* 44: 813-826 (2007)
- [75] Schneider J, Carpenter J, Brandon T. Operation and organisation of services for people with severe mental illness in the UK. A survey of the Care Programme Approach. *Br J Psychiatry* 175: 422-425 (1999)
- [76] Seo MA, Min SK: Development of a structural model explaining medication compliance of persons with schizophrenia. *Yonsei Med J* 46: 331-340 (2005)
- [77] Sharkey S, Maciver S, Cameron D, Reynolds W, Lauder W, Veitch T: An exploration of factors affecting the implementation of a randomized controlled trial of a transitional discharge model for people with a serious mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 12: 51-56 (2005)

- [78] Shaw H, Mackie CA, Sharkie I: Evaluation of effect of pharmacy discharge planning on medication problems experienced by discharged acute admission mental health patients. *Int J Pharm Pract* 8: 144-153 (2000)
- [79] Slade M, Leese M, Ruggeri M, Kuipers E, Tansella M, Thornicroft G: Does meeting needs improve quality of life? *Psychother Psychosom* 73: 183-189 (2004)
- [80] Slade M, Leese M, Cahill S, Thornicroft G, Kuipers E: Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *Br J Psychiatry* 187: 256-261 (2005)
- [81] Sowers WE, Rohland B: American Association of Community Psychiatrists` Principles for Managing Transitions in Behavioral Health Services. *Psychiatr Serv* 55: 1271-1275 (2004)
- [82] Spiessl H, Hübner-Liebermann B, Binder H, Cording C: "Heavy users" in einer psychiatrischen Klinik – Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. *Psychiatr Prax* 29: 350-354 (2002)
- [83] Steffen S, Kösters M, Becker T, Puschner B: Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 120: 1-9 (2009)
- [84] Steffen S, Kalkan R, Völker K, Freyberger H, Janssen B, Ramacher M, Klein HE, Sohla K, Bergk J, Grempler J, Becker T, Puschner B: Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie: Durchführung und Qualität der Intervention. *Psychiat Prax* 38: 69-76 (2011)
- [85] Steffen S, Puschner B, Becker T: Bedarfsorientiertes Planen und Monitoring der Krankenhausentlassung für Patienten mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung (NODPAM): Interventionsmanual. Internetseite: http://www.uni-ulm.de/psychiatriell/download/interventionsmanual_2006_08_31.pdf (Download am 26.06.2011)

- [86] Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for mental health services: Exemplary Practices in Discharge Planning. Report and Recommendations of the Working Conference June 1997. U.S. Department of health and human services, Rockville (1997)
- [87] Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai W, Wyatt RJ: Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A "critical time" intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health* 87:256-262 (1997)
- [88] Svarstad BL, Shireman TI, Sweeney JK: Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatr Serv* 52:805-811 (2001)
- [89] Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR: Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis* 187: 630-635 (1999)
- [90] Test MA, Stein LI: Alternative to mental hospital treatment: III. Social cost. *Arch Gen Psychiatry* 37: 409-412 (1980)
- [91] Voils CI, Steffens DC, Flint EP, Bosworth H: Social support and locus of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *Am J Geriatr Psychiatry* 13: 157-165 (2005)
- [92] Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J: Partial compliance and risk of rehospitalization among California medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 55: 886-891 (2004)
- [93] Wennström E, Wiesel FA: The Camberwell assessment of need as an outcome measure in routine mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 728-733 (2006)

- [94] Wiersma D, van Busschbach J: Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 251: 239-246 (2001)
- [95] Wiersma D: Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 113: 115-119 (2006)
- [96] Wiersma D, van den Brink R, Wolters K, McCabe R, Bullenkamp R, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, Salize H, Björkman T, Torres-Gonzales F, Wright DJ, Priebe F: Individual unmet needs for care: are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44: 317-324 (2009)
- [97] Wight D, Obasi A: 'Unpacking the Black Box': The Importance of Process Data to Explain Outcomes. In: J. Stephenson, J. Imrie and C. Bonell (Hrsg) *Effective Sexual Health Interventions: Issues in Experimental Evaluation*, Oxford University Press, S. 151-167 (2003)
- [98] Ziguras SJ, Stuart GW: A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv* 51: 1410-1421 (2000)

ANHANG

A. Bedarfe mit möglichen Problemen und Lösungsvorschlägen [85]:

Bedarf 1: Wohnsituation

Problem 1.1: Derzeitige Wohnform ist unzureichend für die Bedürfnisse des Patienten. Lösungsvorschläge:

- 1.1.1 Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohnform
 - 1.1.1.1 Heimunterbringung
 - 1.1.1.2 Betreute Wohnform (z. B. Wohnheim)
 - 1.1.1.3 Private Wohngemeinschaft
 - 1.1.1.4 Institutionalisierte Familienpflege
 - 1.1.1.5 Anspruch auf Sozialwohnung prüfen
 - 1.1.1.6 Frauenhaus
 - 1.1.1.7 Unterbringung bei Verwandten/Bekanntem
 - 1.1.1.8 Suche nach Privatwohnung bei Wunsch nach mehr Unabhängigkeit, unüberbrückbaren Schwierigkeiten mit Eltern, Mitbewohnern etc.
 - 1.1.1.9 Möglichkeit der Wiederaufnahme in die Familie besprechen

Problem 1.2: Patient lebt selbständig, der Wohnung fehlt es aber an dem nötigen Komfort und/oder Ausstattung. Lösungsvorschläge:

- 1.2.1 Unterstützung bei der Beschaffung von Mobiliar oder sonstiger Ausstattung (z. B. Sozialkaufhaus)
- 1.2.2 Unterstützung bei der Beschaffung des Zugangs zur Wasser- und/oder Stromversorgung
- 1.2.3 Einschalten des SPD
- 1.2.4 Hilfe bei der Beantragung für Betreutes Einzelwohnen

Problem 1.3: Es sind Reparaturen/Instandsetzungen innerhalb des Wohnraumes nötig. Lösungsvorschläge:

- 1.3.1 Hilfe bei Renovierungs- und Instandsetzungsarbeiten (Art und Umfang festlegen)

Bedarf 2: Ernährung

Problem 2.1: Mangelnde Fertigkeiten/Fähigkeiten zur Zubereitung von Mahlzeiten und ihrer Beschaffung. Lösungsvorschläge:

- 2.1.1 Hilfe beim Einkaufen (Art und Häufigkeit festlegen)
- 2.1.2 Unterstützung bei der Mahlzeitenzubereitung (Art und Häufigkeit festlegen)
- 2.1.3 Unterstützung bei der Einhaltung einer speziellen Diät (Art und Häufigkeit festlegen)
- 2.1.4 Versorgung mit Mahlzeiten von extern (z. B. Essen auf Rädern)
- 2.1.5 Gelegentliche Komplette Versorgung mit Mahlzeiten von extern
- 2.1.6 Aufbau/Verbesserung von Fertigkeiten bezogen auf die Nahrungszubereitung (Art festlegen, z. B. Kochkurs)
- 2.1.7 Haushaltshilfe über „Persönliches Budget“

Problem 2.2: Unausgewogene/ungesunde Ernährungsgewohnheiten.

Lösungsvorschläge:

- 2.2.1 Unterstützung beim regelmäßigen Trinkverhalten (Art und Häufigkeit festlegen)
- 2.2.2 Unterstützung beim regelmäßigen Einnehmen von Mahlzeiten (Art und Häufigkeit festlegen)
- 2.2.3 Unterstützung bei einer gezielten Ernährungsumstellung (Art und Häufigkeit festlegen)

Bedarf 3: Versorgung des Haushaltes

Problem 3.1: Die Versorgung wird vernachlässigt aufgrund von aktueller Symptomatik, mangelnden Fertigkeiten, Desinteresse. Lösungsvorschläge:

- 3.1.1 Hauswirtschaftliche Versorgung von extern (z. B. Haushaltshilfe, Sozialstation)
- 3.1.2 Hilfe bei Säubern der Wohnung, Aufräumen, Waschen, Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten durch Verwandte/Bekannte
- 3.1.3 Beobachtungen der Angehörigen einholen
- 3.1.4 Haushaltshilfe über „Persönliches Budget“

Bedarf 4: Persönliche Körperpflege

Problem 4.1: Vernachlässigung aufgrund von aktueller Symptomatik, mangelnden Fertigkeiten, Desinteresse. Lösungsvorschläge:

- 4.1.1 Unterstützung bei der täglichen Körperpflege von extern (z. B. Sozialstation)
- 4.1.2 Hilfe bei der regelmäßigen Körperpflege (Waschen, Zähneputzen, Kleiderwechsel) durch Verwandte/Bekannte (Aufforderung oder Beaufsichtigung)
- 4.1.3 Trainingsprogramme zur Körperpflege (Angebote überprüfen)

Bedarf 5: Tägliche Aktivitäten

Problem 5.1: Schwierigkeiten, aufgrund der aktuellen Symptomatik, etwas zu unternehmen (mangelnder Antrieb) oder Patient hat keine Ideen, sich zu beschäftigen. Lösungsvorschläge:

- 5.1.1 Tageszentrum/ Gemeindepyschiatrisches Zentrum
- 5.1.2 Tagesstätte
- 5.1.3 Erwachsenenbildungsangebote prüfen
- 5.1.4 Angebote vom SPD prüfen
- 5.1.5 Aufnahme eines geschützten Arbeitsverhältnisses
- 5.1.6 Gelegentliche Ratschläge/Aufforderungen zu Tagesbeschäftigungen von Verwandten/Bekannten
- 5.1.7 Angebote anderer öffentlicher/privater Träger prüfen
- 5.1.8 Hilfe bei der Auswahl von Aktivitäten, die für den Patienten wichtig erscheinen
- 5.1.9 Unterstützung bei der Einbeziehung gezielter Aktivitäten in die Tagesstruktur
- 5.1.10 Kontakte zu Angehörigen herstellen oder reaktivieren (falls abgebrochen)
- 5.1.11 Soziotherapie

Problem 5.2: Die Person ist arbeitslos (und arbeitsfähig) und sucht eine angemessene Beschäftigung. Lösungsvorschläge:

- 5.2.1 Möglichkeiten für Arbeitsrehabilitation oder Supported Employment suchen
- 5.2.2 Kontakt mit Arbeitsamt, Berufsberatung, BIZ herstellen
- 5.2.3 Training zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeiten, Bewerbertraining, Berufsinformationskurse

5.2.4 Informationen über Fort- und Weiterbildung, Umschulung

5.2.5 Geschütztes Arbeitsverhältnis (WfbM), Praktikum, Arbeitserprobung

5.2.6 Hilfe bei aktiven Bewerbungen (Suche nach offenen Stellen, Initiativbewerbungen, Bewerbungsunterlagen erstellen, Vorstellungsgespräche vorbereiten)

5.2.7 Kontakt zum Integrationsfachdienst (IFD) knüpfen

Problem 5.3: Eine Arbeitsstelle ist vorhanden, die Person ist aber unzufrieden, fühlt sich überfordert/unterfordert oder es gibt Schwierigkeiten mit bestimmten Personen am Arbeitsplatz (Vorgesetzte oder Kollegen).

Lösungsvorschläge:

5.3.1 Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess (Hamburger Modell, Mainzer Modell)

5.3.2 Ggf. Hauptfürsorgestellen kontaktieren Sozialarbeiter, gesetzl. Betreuer

5.3.3 Kontinuierliche Steigerung des Arbeitspensums, der wöchentlichen Arbeitszeit

5.3.4 Initiieren eines gemeinsamen Gesprächs zwischen Arbeitgeber und Patienten, Aufklärung über die Situation, Lösungsfindung anstreben (Berufsbegleitender Dienst)

5.3.5 Berufsbegleitung durch IFD

Problem 5.4: Es liegt eine (Früh-)Berentung vor, Patient fühlt sich dadurch beeinträchtigt (fühlt sich nutzlos). Lösungsvorschläge:

5.4.1 Gemeinsam Möglichkeiten/Alternativen erarbeiten, was er statt eines geregelten, strukturgebenden Arbeitsverhältnisses tun kann (z. B. kleine Tätigkeiten verrichten, Ehrenamt)

5.4.2 Aufsuchen einer Tagesstätte

5.4.3 Ggf. Einleitung einer Psychotherapie

5.4.4 Zuverdienstarbeitsplatz

Bedarf 6: Körperliche Gesundheit

Problem 6.1: Mangelnde Einsicht in körperliche Beschwerden.

Lösungsvorschläge:

6.1.1 Begleitete Arztbesuche

6.1.2 Einbezug des Hausarztes

6.1.3 Gezielte Informationsvermittlung (z. B. durch Arzt), Unzugänglichkeit von Seiten des Patienten verstehen, Aufklärung

6.1.4 „Häusliche psychiatrische Pflege“

Problem 6.2: Ängste bezogen auf medizinisches Personal, erlebte Bedrohung durch Krankheit und erneuten Krankenhausaufenthalt, einer erneut anstehenden Behandlung, Bedenken bzgl. Nebenwirkungen von Medikamenten. Lösungsvorschläge:

6.2.1 Wiederholte gezielte Aufklärung u. Informationsvermittlung bzgl. der Vorbehalte, Ängste, Bedenken, Widerstände

6.2.2 Gemeinsame Lösungen erarbeiten, was dem Pat. in dieser Situation helfen könnte

Problem 6.3: Leidet zusätzlich zu der psychischen Erkrankung unter körperlichen Beschwerden (z. B. Bluthochdruck) oder einer Behinderung (z. B. Seh- oder Hörbehinderung), bei der er Hilfe braucht. Lösungsvorschläge:

6.3.1 Art der Hilfe festlegen: Hausarzt

6.3.1.1 Gegenseitige bessere Information des Haus- und Nervenarztes, z. B. Organisation der Zusendung von Entlass- und Behandlungsbriefen

6.3.1.2 Konsultationstermine beim Hausarzt vereinbaren

6.3.1.3 Untersuchung durch Hausarzt

6.3.1.4 spezielle Behandlung (Facharzt)

6.3.1.5 Medikament durch Haus- bzw. Facharzt

6.3.1.6 spezielle Hilfsmittel durch Haus- bzw. Facharzt

6.3.1.7 Informationsvermittlung durch Haus- bzw. Facharzt

6.3.1.8 Unterstützung im Alltag durch Angehörige oder medizinisches Personal

6.3.1.9 Pflegebedarf (Pflegeeinstufung nach MDK; ist bei älteren Patienten wichtig)

Bedarf 7: Psychotische Symptome

Problem 7.1: Hat gegenwärtig Symptome oder ist diesbezüglich gefährdet. Es liegt eine Gefährdung aufgrund von Nicht-Compliance vor. Lösungsvorschläge:

- 7.1.1 Hilfe von Angehörigen/ versorgenden Personen bzgl. der Compliance bei der regelmäßigen Medikamenteneinnahme oder der Bewältigungsstrategien
- 7.1.2 Überwachung der Medikamenteneinnahme
- 7.1.3 Bei Bedarf Einleitung einer Psychotherapie durch niedergelassenen Facharzt f. Psychotherapie oder Psychologischen Psychotherapeuten
- 7.1.4 Besuch einer psychoedukativen Gruppe/Durchführung einer Einzelpsychoedukation
- 7.1.5 Einbezug des Sozialdienstes Sozialarbeiter, MDK
- 7.1.6 Erarbeiten eines "Notfallplans" für eine Krisenintervention
- 7.1.7 Besuch einer psychoedukativen Gruppe/Durchführung einer Einzelpsychoedukation
- 7.1.8 Aushändigen von Informationsbroschüren
- 7.1.9 Betreutes Einzelwohnen
- 7.1.10 Krisenpass
- 7.1.11 Behandlungsvereinbarung

Bedarf 8: Informationen über die Krankheit und deren Behandlung

Problem 8.1: Hat keine oder nur unzureichende Informationen bzgl. der Krankheit. Lösungsvorschläge:

- 8.1.1 Mündliche oder schriftliche Informationen über die Krankheit/Behandlung/ Medikamenteneinnahme
- 8.1.2 Psychoedukative Gruppe/Einzelpsychoedukation
- 8.1.3 Angehörigengruppen
- 8.1.4 Familieninterventionen
- 8.1.5 Einzelpsychoedukation
- 8.1.6 Bei Bedarf Einleitung einer Psychotherapie durch niedergelassenen Facharzt für Psychotherapie oder Psychologischen Psychotherapeuten oder eine supportive PT durch einen Psychiater oder Nervenarzt

- 8.1.7 Kontakt zu Selbsthilfegruppen o. ä. herstellen
- 8.1.8 Literaturempfehlungen geben
- 8.1.9 Gegebenenfalls Gespräch über gezielte Reduktion der Medikation

9. Seelischer Druck

Problem 9.1: Hat keine Ansprechpartner/Unterstützung oder der Patient fühlt sich trotzdem stark belastet. Lösungsvorschläge:

- 9.1.1 Abklären, ob regelmäßige, auch kürzere Gespräche durch Angehörige, pflegendes Personal oder andere Personen aufgefangen werden können
- 9.1.2 Regelmäßige Kontakte in kurzen Abständen zum Hausarzt/Psychiater
- 9.1.3 Bei Bedarf Einleitung einer Psychotherapie
- 9.1.4 Möglichkeiten überprüfen, ob andere Anlaufstellen gegeben sind, die diese Hilfe leisten könnten
- 9.1.5 Ermutigung zum Besuch einer Selbsthilfegruppe, Informationen über lokale Selbsthilfegruppen
- 9.1.6 Betreutes Einzelwohnen Angehörige, Sozialarbeiter
- 9.1.7 Selbsthilfe – Gespräch mit Psychiatrie-Erfahrener

Bedarf 10: Selbstgefährdung

Problem 10.1: Suizidgedanken sind vorhanden oder Patient bringt sich vorsätzlich in Gefahr. Lösungsvorschläge:

- 10.1.1 Medikamentöse Behandlung überprüfen
- 10.1.2 Abschluss von (mündlichen oder schriftlichen) Vereinbarungen mit dem Patienten
- 10.1.3 Engmaschigerer Kontakt zu Freunden oder Verwandten herstellen
- 10.1.4 Regelmäßige Kontakte in kurzen Abständen zum Hausarzt/Psychiater
- 10.1.5 Gemeinsam eine Art „Notfallplan“ erstellen (mit Adressen, Telefonnummern für Anlaufstellen in akuten Krisensituationen)
- 10.1.6 Betreuende Angehörige über Frühwarnzeichen aufklären
- 10.1.7 Betreutes Einzelwohnen „Häusliche psychiatrische Pflege“

Bedarf 11: Fremdgefährdung (Bedrohung oder Schädigung anderer)

Problem 11.1: Es liegt eine Gefahr aufgrund von Fremdgefährdung vor.

Lösungsvorschläge:

11.1.1 Angehörige darin schulen, Warnsymptome zu erkennen

11.1.2 Überprüfen, ob eine Unterbringung erforderlich ist oder ob gezielte ambulante Maßnahmen ergriffen werden können, um das Gefährdungsrisiko zu minimieren

11.1.3 Fachgerechte Evaluation des Gefährdungsgrades

11.1.4 Überwachung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme Angehörige/ Partner mit einbinden, evtl. gesetzl. Betreuer

11.1.5 Unterbindung von Substanzmissbrauch (Tagesstruktur, evtl. stat. Einweisung)

11.1.6 Deeskalationsmaßnahmen bei interpersonellen Konflikten (wenn möglich auch räumliche Trennung)

11.1.7 Aggressives (reizbares) Verhalten senken durch

11.1.7.1 Trainingsprogramme zum Umgang mit Aggression/Konfliktbewältigung

11.1.7.2 Gewaltprävention

11.1.7.3 Engmaschige Verhaltenskontrollen (Frequenz festlegen)

11.1.7.4 Tägliche Überwachung

11.1.8 Patienten und Angehörige informieren über Krisenhilfen

Bedarf 12: Alkohol

Problem 12.1: Es liegt ein vermehrter Alkoholkonsum oder -missbrauch vor (evtl. aus der Vorgeschichte bekannt). Das Trinkverhalten ist unkontrolliert, selbstschädigend oder es gab bereits Schwierigkeiten (z. B. im Straßenverkehr). Lösungsvorschläge:

12.1.1 Gleichzeitige Behandlung von psychiatrischer Grunderkrankung und Suchterkrankung überdenken und Behandlungsmöglichkeiten suchen und kontaktieren

12.1.2 Motivation zur Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen oder anderen Institutionen, die entsprechende Hilfe anbieten (Ambulanter Suchthilfedienst, Blaues Kreuz, Psychosoziale Beratung) -> „motivational interviewing“

12.1.3 Einschätzung des Ausmaßes des Konsums (Missbrauch oder Abhängigkeit, Einsicht des Pat., Auswirkungen und Folgen des Konsums etc.)

12.1.4 Wenn indiziert und durchführbar (Einverständnis des Patienten vorausgesetzt): Stationären Entzug einleiten

12.1.5 Alternative Tagesstruktur anbieten

12.1.6 Krankheitswissen vermitteln (Psychoedukation), Folgen der Sucht aufzeigen

Bedarf 13: Drogen

Problem 13.1: Es liegt ein Missbrauch/Abhängigkeit von Medikamenten oder psychotropen Substanzen vor. Lösungsvorschläge:

13.1.1 Gleichzeitige Behandlung von psychiatrischer Grunderkrankung und Suchterkrankung überdenken und Behandlungsmöglichkeiten suchen und Kontaktieren

13.1.2 Motivation zur Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen oder anderen Institutionen, die entsprechende Hilfe anbieten (Drogenberatung, Fachstelle für Suchtvorbeugung, Suchtpräventionsangebote) -> „motivational interviewing“

13.1.3 Einschätzung des Ausmaßes des Konsums (Missbrauch oder Abhängigkeit, Einsicht des Pat., Beschaffungskriminalität, bei Entlassung erneuter Einstieg in ein Milieu etc.)

13.1.4 Wenn indiziert und durchführbar (Einverständnis des Patienten vorausgesetzt): Stationären Entzug einleiten

13.1.5 Alternative Tagesstruktur anbieten

13.1.6 Krankheitswissen vermitteln (Psychoedukation), Folgen der Sucht aufzeigen

13.1.7 Angehörige informieren über Zusammenhänge und Umgangsweisen

Bedarf 14: Soziale Kontakte

Problem 14.1: Hat keine oder nur unzureichende soziale Beziehungen aufgrund von mangelnden sozialen Fertigkeiten (soziale Ängste) oder mangelndem Angebot im näheren Umkreis. Lösungsvorschläge:

14.1.1 Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Treffpunkten/Begegnungsstätten

14.1.2 Initiale Begleitung zu ausgewählten Treffpunkten/Begegnungsstätten

14.1.3 Unterstützung bei der Anbahnung einer Therapie der Ängste (Einzel oder Gruppe)

14.1.4 Hilfe bei der Überbrückung von Distanzen zu entsprechenden Treffpunkten

14.1.5 Selbsthilfe – Gespräch mit Psychiatrie-Erfahrenen

Problem 14.2: Hat keine oder nur unzureichende soziale Beziehungen aufgrund von Vernachlässigung oder mangelnder Eigeninitiative. Lösungsvorschläge:

14.2.1 Unterstützung bei der Wiederaufnahme von Kontakten zu Freunden/Bekanntem

14.2.2 Weitere informelle Hilfsangebote prüfen

14.2.3 Hilfe durch den Sozialpsychiatrischen Dienst

14.2.4 Kontaktgruppen / Selbsthilfegruppen wie BApK (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) und BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener)

14.2.5 Tagesstätten

14.2.6 Psychoseseminar besuchen

14.2.7 Trialogische Familiengespräche

Bedarf 15: Partnerschaft

Problem 15.1: Es gibt keine Partnerschaft, aber der Wunsch danach besteht.

Lösungsvorschläge:

15.1.1 Möglichkeiten besprechen, was unternommen werden kann, um einen Partner zu finden

15.1.2 Unterstützung bei der Umsetzung von möglichen Lösungen

Problem 15.2: Es besteht eine Partnerschaft, aber diese leidet unter Problemen (z. B. Konflikte in Erziehungsfragen, Kinderlosigkeit, Finanzen, Gewalt). Lösungsvorschläge:

15.2.1 Paargespräche noch während des stationären Aufenthaltes initiieren

15.2.2 Unterstützung bei der Einleitung einer Paartherapie, Aufsuchen einer Beratungsstelle

15.2.3 Bei Vorliegen häuslicher Gewalt: ggf. Maßnahmen bei einer anstehende Trennungen einleiten (z. B. Unterkunft suchen, Möglichkeiten der rechtlichen Unterstützung besprechen)

Bedarf 16: Sexualität

Problem 16.1: Es bestehen sexuelle Probleme. Lösungsvorschläge:

16.1.1 Ärztliche Abklärung der genauen Art des Problems und der wahrscheinlichen Ursachen

16.1.2 Medikamentenbedingte Probleme bei Sexualität überprüfen/besprechen

16.1.3 Bei Vorliegen körperlicher Ursachen (z. B. Impotenz): medizinische Untersuchung durchführen, entsprechende Behandlung (wenn möglich) einleiten

16.1.4 Paargespräch vereinbaren

16.1.5 Unterstützung bei der Einleitung einer Sexualtherapie/Paratherapie, Aufsuchen einer Beratungsstelle

Bedarf 17: Versorgung und Betreuung der Kinder

Problem 17.1: Es bestehen ernstzunehmende Probleme bzgl. der Versorgung/Betreuung der Kinder. Lösungsvorschläge:

17.1.1 Vorübergehende Unterstützung (poststationär) bei der Kinderbetreuung und Versorgung des Haushaltes

17.1.1.1 durch eine Haushaltshilfe (getragen von der Krankenkasse)

17.1.1.2 durch familiäre Unterstützung

17.1.2 Längerfristige Hilfe wird benötigt (evtl. Problemklärung durch Einbeziehung des Jugendamtes)

17.1.3 Prüfen von Angeboten anderer spezifischer Beratungsstellen (z. B. Ehe-, Familien- und Erziehungsberatung)

17.1.4 Hilfen für die Kinder (§27 SGB VIII), ggf. einleiten:

17.1.4.1 Soziale Gruppenarbeit nach §§ 29-30 KJHG, 3 h pro Woche für 12-18 Monate

17.1.4.2 Patenschaft (für 2 Jahre bis unbegrenzt)

17.1.4.3 Dauerpflege (nach §§ 33,34 KJHG, 24 h am Tag bis zur Volljährigkeit)

17.1.5 Verfügbare Freunde/Nachbarn, die im Bedarfsfall Unterstützung für den Pat. in der Betreuung minderjähriger Kinder leisten, können auf Antrag mit denselben Pflegesätzen bezahlt werden wie „offizielle Pflegefamilien“

17.1.6 Mutter-Kind-WG

Bedarf 18: Grundkenntnisse in Lesen, Schreiben und Rechnen

Problem 18.1: Grundlegende Fähigkeiten fehlen, es besteht ein Mangel an Sprachgewandtheit. Lösungsvorschläge:

18.1.1 Gelegentliche Hilfe beim Lesen oder Ausfüllen von Formularen durch Angehörige

18.1.2 Vermittlung von Lese- und Schreibunterricht für Erwachsene (z. B. über die VHS, anonyme Beratung über örtliche Kursangebote durch das Alfa-Telefon 0251-533344, Angebote übers Internet)

18.1.3 Teilnahme an Programmen der Erwachsenenbildung

Bedarf 19: Telefonieren

Problem 19.1: Patient besitzt kein eigenes Telefon. Lösungsvorschläge:

19.1.1 Gemeinsam überlegen, ob dem Patienten gelegentlich Zugang zu einem Telefon verschafft werden kann (Vor allem auch an Notfälle denken!)

19.1.2 Hilfe bei der Organisation einer Installation eines Telefonanschlusses für zu Hause

19.1.3 Telefonkarte für öffentliche Fernsprecher Besorgen

Problem 19.2: Es fehlen Fertigkeiten, ein Telefon zu benutzen.

Lösungsvorschläge:

19.2.1 Unterstützung (durch SPDi, Angehörige)

19.2.2 Kurze Einweisung, ein bestimmtes Telefon zu benutzen

19.2.3 Unterstützung beim Erledigen von Telefonaten

Bedarf 20: Verkehrsmittel/Mobilität

Problem 20.1: Es gibt kaum eine Anbindung an öffentlichen Nahverkehr in der Näheren Umgebung. Lösungsvorschläge:

20.1.1 Überprüfung der Möglichkeiten des Angebots des öffentlichen Nahverkehrs

20.1.2 Transport zu Terminen durch andere organisieren (z. B. Angehörige/ Bekannte, Krankentransport, Taxi)

20.1.3 Fahrerlaubnis/verfügbares Auto überprüfen

20.1.4 Ggf. Unterstützung bei der Wiedererlangung der Fahrerlaubnis

Problem 20.2: Es fehlen Fertigkeiten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

Lösungsvorschläge:

20.2.1 Ermutigung/Unterstützung bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel

20.2.2 Begleitung mit öffentlichen Verkehrsmitteln

20.2.3 Versorgung mit Fahrscheinen, Monats- oder Jahreskarten

Problem 20.3: Es fehlen ausreichende finanzielle Mittel. Lösungsvorschläge:

20.3.1 Überprüfung, ob die Voraussetzungen für Freifahrtscheine (Sozialamt, Krankenkasse), Schwerbehindertenausweis oder Zuschüsse zu Fahrkarten gegeben sind

20.3.2 Unterstützung bei der Beantragung

Bedarf 21: Geld

Problem 21.1: Es bestehen aktuell finanzielle Schwierigkeiten (bekommt zuwenig Geld für den Lebensunterhalt oder es gibt bereits Schulden).

Lösungsvorschläge:

21.1.1 Überprüfung der finanziellen Unterstützung Angehörige, gesetzl. Betreuer

21.1.2 Ggf. Unterstützung bei der Beantragung finanzieller Unterstützung

21.1.3 Schuldnerberatung

21.1.4 Einleitung einer Betreuung für Vermögenssorge

Problem 21.2: Schwierigkeiten mit dem Umgang mit Geld.

Lösungsvorschläge:

- 21.2.1 Unterstützung beim Aufstellen eines Finanz- und Haushaltsplans im Rahmen eines Social-skill-Trainings
- 21.2.2 Gelegentliche Hilfe bei der Geldeinteilung
- 21.2.3 Auszahlung eines gewissen wöchentlichen/monatlichen Betrages
- 21.2.4 Komplette Kontrolle der finanziellen Angelegenheiten (evtl. vorübergehend) durch eine Vertrauensperson Angehörige, gesetzl. Betreuer, Sozialarbeiter
- 21.2.5 Hilfe durch Angehörige, Sozialdienst, Betreuer
- 21.2.6 Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung für den Bereich Vermögensangelegenheiten

Bedarf 22: Sozialleistungen

Problem 22.1: Erhält keine/nicht alle ihm zustehenden Sozialleistungen.

Lösungsvorschläge:

- 22.1.1 Überprüfung der Anspruchsgrundlage finanziellen Unterstützung
- 22.1.2 Ggf. Unterstützung bei der Beantragung finanzieller Unterstützung/Hilfe beim Ausfüllen von Formularen
- 22.1.3 Unterstützung im Umgang mit Behörden und Kostenträgern

B. Entlassungsplan und ambulanter Bedarfsplan

Bedarf (1-22)	Problemdefinition	Vereinbarte Ziele/Lösungsvorschläge	Zeitpunkt der Zielerreichung	Hauptverantwortliche/r für die Umsetzung	Kontaktaufnahme f. weitere Umsetzung
	ggf. Konkretisierung/eigene Formulierung des Pat.:				
	ggf. Konkretisierung/eigene Formulierung des Pat.:				

C. Bedarfsentwicklungsplan

Bedarf	T0	T1	Veränderung	Gründe Patient	Gründe Arzt	Gründe Angehöriger	Umsetzung Lösungsvorschläge	Zufriedenh. Lösungsvorschläge	Keine Umsetzung weil
			1 Neuer Bedarf; 2 Entfallener Bedarf; 3 Geliebter Bedarf	1: Intervention; 2: Prof. Hilfesystem; 3: Inform. Hilfesystem; 4: Selbst; 5 Andere, nämlich:	1 Intervention 2 Prof. Hilfesystem 3 Inform. Hilfesystem 4 Selbst 5 Andere, nämlich:	1: Intervention; 2: Prof. Hilfesystem; 3: Inform. Hilfesystem; 4: Selbst; 5 Andere, nämlich:	1 gut 2 zum Teil 3 schlecht	1 sehr zufrieden 2 eher zufrieden 3 eher unzufrieden. 4 sehr unzufrieden.	1 Intervention 2 Prof. Hilfesystem 3 Infor. Hilfesystem 4 Selbst 5 Andere, nämlich:
1 Wohnsituation									
2 Ernährung									
3 Haushalt									
4 Körperpflege									
5 Tägl. Aktivitäten									
6 Körperl. Gesundheit									
7 Psychot. Symptome									

DANKSAGUNG

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Thomas Becker für die Möglichkeit der Anfertigung dieser Arbeit, außerdem für die hilfreichen Anmerkungen, für die Mühe sowie für die Hilfsbereitschaft und Unterstützung.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernd Puschner und Dipl.-Psych. Sabine Loos geb. Steffen für die Mühe und zahlreichen wertvollen Hinweise im Laufe der Erstellung der Dissertation.

Weiterhin möchte ich dem gesamten NODPAM-Team für die Überlassung der Interventionsdaten und den Studienteilnehmern danken.

Mein Dank gilt zudem Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang P. Kaschka für die Übernahme des Zweitgutachtens, Herrn Prof. Dr. biol. hum. Rainer Mücke und Prof. Dr. med. Tilman Steinert für die Bereitschaft in meinem Promotionskolloquium zu prüfen.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei meiner Schwester Dorothea Kotalík für ihre hilfreichen Anregungen und bei all denen, die mich während meines Vorhabens ausgehalten und unterstützt haben.

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt