

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

**Differentialcharakteristika ambulanter psychiatrischer Patienten,
behandelt in psychiatrischen Institutsambulanzen und in Praxen
niedergelassener Nervenärzte**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanbiologie der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Johannes Josef Vietz
Kaufbeuren
2014

Amtierender Dekan: Professor Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: apl. Professor Dr. Reinhold Kilian

2. Berichterstatter: PD Dr. Juan Valdes-Stauber

Tag der Promotion: 23. Juni 2015

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1. Einleitung	3
1.2. Behandlung in Institutsambulanzen	5
1.2.1. Historischer Hintergrund	9
1.2.2. Entwicklung der Ambulanz am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	11
1.3. Fach- und Nervenärzte	14
1.3.1. Ambulante psychiatrische Behandlung bei niedergelassenen Fachärzten	15
1.3.2. Entwicklungen in der nervenärztlichen Versorgung	17
1.4. Patienten- und Erkrankungsparameter	20
1.4.1. Politische Grundannahmen	21
1.4.2. Patientenstrukturen und Charakteristika in Institutsambulanzen	24
1.5. Untersuchungsfragestellungen und Hypothesen	28
2 Material und Methoden	32
2.1. Studiendesign und Stichprobe	33
2.2. Standardisierte Erhebungsinstrumente	34
2.2.1. Strukturiertes Interview	35
2.2.2. CGI (Clinical Global Impression)	37
2.2.3. GAF (Global Assessment of Functioning Scale)	38
2.2.4. PSP-Skala (Personal and Social Performance Scale)	39
2.2.5. HoNOS-D (Health of Nation Outcome Scales)	41
2.2.6. ZUF-8 (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit)	44
2.3. Beschreibung ausgewählter Variablen	45
2.3.1. Erkrankungsschwere	45
2.3.2. Umfang psychiatrischer Leistungen	48
2.3.3. Zufriedenheit und Motivation	49
2.4. Praktische Durchführung der Studie	50
2.5. Angewandte statistische Methoden	52

3 Ergebnisse	54
3.1. Charakterisierung der Stichproben	55
3.1.1. Soziobiographische Informationen	58
3.1.2. Behandlungsdiagnosen	60
3.2. Vergleich der Erkrankungsschwere	64
3.2.1. Relevante Variablen aus dem Interview	65
3.2.2. CGI (Clinical Global Impression)	68
3.2.3. GAF (Global Assessment of Functioning Scale)	68
3.2.4. PSP-Skala (Personal and Social Performance Scale)	69
3.2.5. HoNOS-D (Health of Nation Outcome Scales)	70
3.2. Vergleich der Inanspruchnahme von Leistungen	73
3.2.1. Versorgungsvariablen inklusive medikamentöser Behandlung	73
3.2.2. Anzahl der Kontakte und stationären Aufenthalte	76
3.3. Zufriedenheit	77
3.3.1. Zufriedenheitsunterschiede	78
3.3.2. Vorhersage der Zufriedenheit	80
3.4. Vorhersage des Behandlungssettings	82
3.5. Vorhersage der Inanspruchnahme von Leistungen	87
3.5.1. Vorhersage der Anzahl der Kontakte	87
3.5.2. Vorhersage der Anzahl der verschriebenen Medikamente	92
4 Diskussion	98
4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	99
4.2. Limitationen der Untersuchung	111
4.3. Fazit und Ausblick	113
5 Zusammenfassung	116
6 Literaturverzeichnis	118
Anhang	137
A Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung	138
B Datenerhebungsinstrumente	142

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS:

Abs.	Absatz
APA	American Psychiatric Association
A-Z	Diagnosen des ICD 10s aus den Kapiteln A-Z ohne Diagnosen aus Kapitel F
B	nicht standardisierter Regressionskoeffizient
BAG Psychiatrie	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
BGS	Bundesgesundheitssurvey
BIDAQ	Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CGI	Clinical Global Impression Score – ggf. angefügte Zahl gibt die Skalenummer an
d	Effektstärke des t-Tests (Cohens d)
DALY	disability-adjusted life years / disease-adjusted life years (lost)
df	Freiheitsgrad
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition
ebd.	ebenda

et al.	et alii
etc.	et cetera
F	Prüfgröße über die F-Verteilung (Varianzanalyse)
F-Diagnose	Diagnose aus der Internationale Klassifikation psychischer Störungen nach ICD 10 Abschnitt V (F)
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
HoNOS	Health of Nation Outcome Scales – ggf. angefügte Zahl gibt die Skalenummer an
HoNOS-D	Health of Nation Outcome Scales in deutscher Übersetzung – ggf. angefügte Zahl gibt die Skalenummer an
ICD 10 GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th edition German modification
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	kassenärztliche Vereinigung
M	Mittelwert
M. A.	Master of Arts
MHZ	Medizinisch–Heilpädagogisches Zentrum
Mrd.	Milliarden
N	Anzahl Patienten der untersuchten Gesamtstichprobe
n	Stichprobengröße
NIHM	National Institute of Mental Health

ODDs	Angabe der Wahrscheinlichkeit (Wettquotient)
p	Signifikanzniveau
PIA	psychiatrische Institutsambulanz
PsIA	auf den Bereich der Psychosomatik ausgedehnte psychiatrische Institutsambulanzen
PSP-Skala	Personal and Social Performance Scale
PSP-Score	Gesamtscore der PSP-Skala
r	Korrelation
R	Reliabilität
s	Standardabweichung
stat.	stationär
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SGB V	Sozialgesetzbuch (5. Buch)
sog.	so genannt
SPSS	Software: Programmpaket zur statistischen Analyse von Daten
STATA	Statistik-Software für verschiedene Betriebssysteme
TACOS	Transitions in Alcohol Consumption and Smoking
U	Prüfgröße im Mann-Whitney U-Test
vgl.	vergleiche
Vh.	Verhalten
WHO	World Health Organization
YLD	Years lived with Disability
z. B.	zum Beispiel

ZUF 8	Selbstbeurteilungsinstrument zur Messung der Patienten-zufriedenheit
η^2	Eta ² , Effektstärke der Varianzanalyse
φ	Effektstärke des Chi ² -Tests bzw. des exakten Tests nach Fischer
χ^2	Prüfgröße der Chi ² -Verteilung
χ^2_{F}	Prüfgröße Fisher`s exakter Test

1 Theoretischer Hintergrund

Psychische Störungen sind häufig und folgenschwer. Ihre Krankheitslast, gemessen als verlorene Lebensjahre durch Behinderung und Tod (DALY), ist besonders hoch (Homedes 1996) und wurde bislang häufig unterschätzt.

In der aktuellen Versorgungslandschaft nimmt die Psychiatrie daher eine bedeutende Stellung ein, nicht nur weil psychische Störungen sehr häufig zu Chronifizierung, Erwerbsunfähigkeit, Minderung der Lebenserwartung, Behinderung und sozialem Abstieg führen (Berger et al. 2005), sondern auch, weil die Prognose somatischer Erkrankungen von der psychiatrischen Komorbidität abhängig ist. In den westlichen Industrienationen ist dabei die Krankheitslast psychischer Störungen vergleichbar mit der Krankheitslast, die durch kardiovaskuläre Erkrankungen oder Krebserkrankungen entsteht (Lopez et al. 2006).

Um dieser Krankheitslast und dem dadurch entstehenden persönlichen Leid Rechnung tragen zu können, veränderte sich die Versorgung und Behandlung psychisch Kranker in den letzten Jahrzehnten dramatisch. Während chronisch psychisch Kranke bis in die 60er Jahre ihr Dasein wohnortfern in großen Anstalten hospitalisiert unter teilweise menschenunwürdigen Bedingungen fristeten, wird heute die Mehrzahl psychisch Kranker gemeindenah in psychiatrischen Kliniken, Wohngemeinschaften, psychiatrischen Institutsambulanzen und bei niedergelassenen Nervenarztpraxen oder durch ambulante Pflegedienste behandelt und betreut.

Psychiatrische Institutsambulanzen stellen dabei einen Eckpfeiler der psychiatrischen Versorgung dar und etablierten sich seit dem Beginn der Psychiatriereformen ab 1975 als bedarfsgerechtes und leistungsfähiges Angebot, weil sie auf die Behandlungsbedürfnisse chronisch psychisch kranker Menschen und auf die Behandlungsbedürfnisse von Menschen mit hohem bzw. komplexem Versorgungsbedarf in einem ambulanten Setting spezialisiert sind (Valdes-Stauber 2010).

Durch die Angliederung an psychiatrische Krankenhäuser sollen psychiatrische Ambulanzen die Prozesse der Regionalisierung, Deinstitutionalisierung und

Enthospitalisierung von psychiatrischen Langzeitpatienten unterstützen. Dabei ist die Rolle der Institutsambulanzen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung nicht unumstritten. Die jetzige Vereinbarung kann dabei als ein Kompromiss zwischen den kontroversen Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gesehen werden, wobei insbesondere klare Definitionen des Schweregrades, des chronischen oder rezidivierenden Verlaufs der Erkrankung und die dezidierte Aufführung von Krankheitsbilder in der Gesetzesbegründung zu § 118 Abs. 2 SGB V positiv bewertet wurden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001). Auch wurde bei der Definition der Leistungsinhalte in § 5 SGB V der Forderung der niedergelassenen Fachärzte entsprochen, die von den Institutsambulanzen zu erbringende Leistung als Komplexleistung zu definieren, so dass beispielsweise die alleinige Verschreibung von Psychopharmaka oder eine Eingrenzung nur auf psychotherapeutische Behandlungen einzelner Patienten an den Institutsambulanzen nicht möglich ist (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010). Finanzielle Nachteile für die niedergelassenen Vertragsärzte sollen sich aus der Vereinbarung nicht ergeben, da gemäß § 120 Abs. 2 SGB V die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden und somit diese Vergütung nicht zu Lasten des Budgets der Vertragsärzte läuft (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001) und in der Vereinbarung klare Ausschlussregeln festgelegt wurden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010).

Trotz dieser differenzierten Vereinbarung wurden Bedenken von Seiten des vertragsärztlichen psychiatrischen Sektors laut. So wurde befürchtet, dass psychiatrische Institutsambulanzen ihren eigentlichen Behandlungsauftrag verfehlen, indem sie auch Patienten mit leichteren Erkrankungen behandeln und damit in einen vom Gesetzgeber nicht beabsichtigten Wettbewerb zum vertragsärztlichen Sektor treten (Bundesverband Deutscher Psychiater 2007).

Da jedoch gerade in ländlichen Regionen die Facharztichte deutlich unter der Versorgungsdichte von Fachärzten im städtischen Bereich liegt (Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007) und zum Teil ein Facharztmangel im psychiatrischen Bereich herrscht, versuchen psychiatrische Institutsambulanzen gegenwärtig in subsidiärer Funktion die Engpässe der Versorgung zu kompensieren (Valdes-Stauber 2010; Valdes-Stauber et al. 2013).

Da die Kapazitäten der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater inzwischen unzureichend und darüber hinaus unterfinanziert scheinen (Becker et al. 2007), kommen die psychiatrischen Institutsambulanzen in ihrer subsidiären Funktion zum Tragen.

Nur wenige Untersuchungen befassen sich mit der Frage, ob PIAs sich tatsächlich um die vertraglich definierte Zielgruppe bemühen. Publikationen der letzten Jahre legen die Annahme nahe, dass jene tatsächlich intensiver, schwer psychisch kranke Menschen multiprofessionell behandeln (Köstner 2005; Wedegärtner et al. 2009; Ziereis & Fleischmann 2010; Valdes-Stauber & Kilian 2013a). Es fehlte bisher aber ein direkter Vergleich unter kontrollierten Bedingungen zwischen den tatsächlich bei niedergelassenen Psychiatern und in PIAs behandelten Patienten, um belegen zu können, dass einerseits die Installation von PIAs sinnvoll ist und andererseits, dass der rechtliche Auftrag erfüllt wird.

Die berufspolitischen Auseinandersetzungen erschweren letztlich die Durchführung solch einer Untersuchung. In der vorliegenden Arbeit wird versucht, unter homogenen Bedingungen einen realitätsnahen Vergleich durchzuführen, der logistisch nur deshalb möglich war, weil die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern der PIA und den niedergelassenen Ärzten in der Region weitgehend von gegenseitigem Respekt, guter Kommunikation und Kooperationsbereitschaft gekennzeichnet ist.

1.1. Einleitung

In der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland kam es zu Beginn der 70er Jahre zu einem grundlegenden Strukturwandel im Sinne einer Dezentralisierung. Bis dahin wurden psychisch Kranke nahezu ausschließlich in psychiatrischen Großkliniken stationär („Anstaltspsychiatrie“) oder ambulant in den Praxen der wenigen praktizierenden niedergelassenen Fachärzte behandelt.

Im weiteren Verlauf entwickelte sich eine zunehmende Differenzierung von Behandlungsangeboten im Sinne von Behandlungsketten. Die Behandlungsketten folgten einer linearen Versorgungsphilosophie und können anschaulich anhand der soziotherapeutischen Behandlungskette demonstriert werden (Abbildung 1).

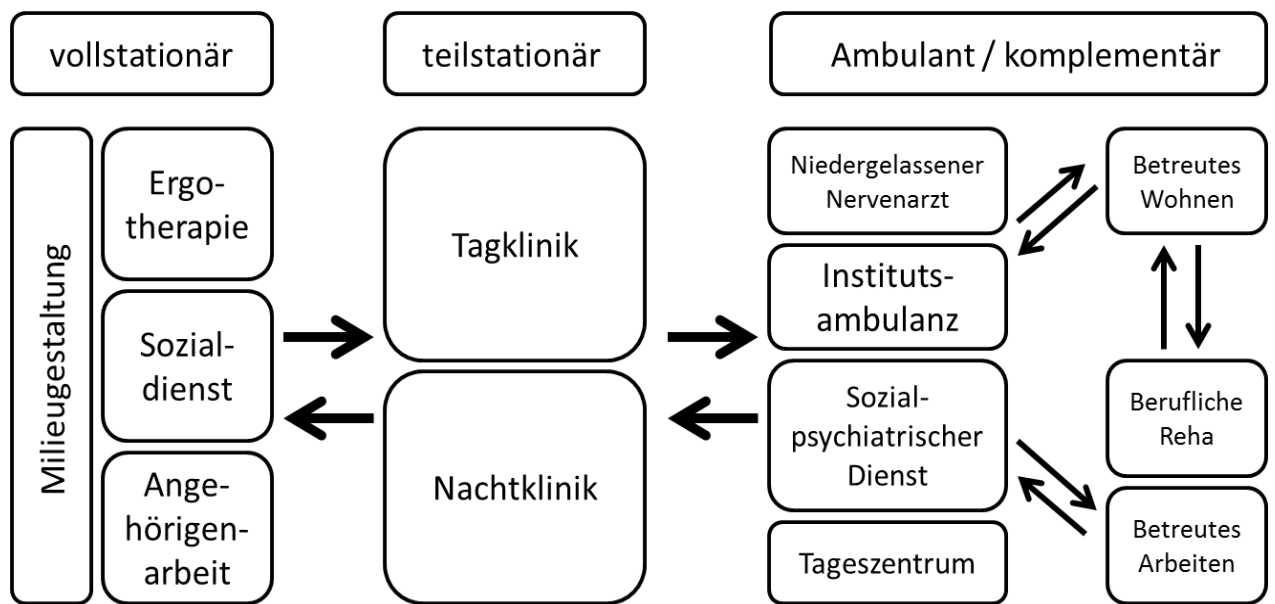


Abbildung 1: Behandlungskette soziotherapeutischer Maßnahmen (aus Möller, Laux & Deister 2001, S. 542)

Aus Abbildung 1 wird deutlich, in welchem umfassenden Maße sich der strukturelle Wandel vollzog und welche Vielzahl an verschiedenen Versorgungsformen die Enthospitalisierung aus den Großkliniken möglich machte. Innerhalb der dargestellten Behandlungskette kann vom vollstationären hin zum ambulanten Bereich von einer höheren Kosteneffektivität und einer Abnahme der Gesamtkosten ausgegangen werden. So übersteigen beispielsweise die Kosten einer vollstationären Behandlung die Kosten einer Behandlung in einer Tagklinik schon um 22 % (Kallert et al. 2005).

Da aber der Versorgungsbedarf nicht konstant bleibt, sind definitive Aussagen über eine Kostenreduktion nicht möglich. So können bedarfsgerechte ambulante Komplexleitungen für sog. „heavy users“ die institutionellen Behandlungskosten übersteigen, wobei auch bei diesen durch ein konsequentes und häufiges Kontaktangebot die stationäre Wiederaufnahmerate um 80 % gesenkt werden konnte (Andrén & Rosenqvist 1985).

Da eine ambulante Behandlung selbst unter Inanspruchnahme vieler Aspekte einer Behandlungskette im Allgemeinen deutlich kostengünstiger und kosteneffektiver als stationäre Behandlung ist (Dauwalder & Ciompi 1995) und da die meisten Patienten

ambulante Angebote präferieren, wurde das ambulante Angebot über die Jahre hinweg weiter differenziert und ausgeweitet.

In der Folge verringerte sich in den meisten psychiatrischen Großeinrichtungen die Anzahl an stationären Betten, zum Teil bis zu 50 %, wobei sogar ein psychiatrisches Klinikum schließen musste (Bauer et al. 2001). Zudem verkürzte sich auch die durchschnittliche stationäre Verweildauer der Patienten (Häfner 2000; Schneider et al. 2012), und die Anzahl niedergelassener Psychiater seit der Psychiatrie-Enquête 1975 verzeichnete laut Häfner (2000) ein enormes Wachstum von 1 : 60.000 auf 1 : 16.000 (Verhältnis Psychiater zu Einwohner der Versorgungsregion).

Sowohl in Deutschland als auch international zeigte sich der Wandel in einem zunehmenden Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen (DGPPN 1997; Haug & Rössler 1999; Becker & Vázquez-Barquero 2001), weg von den stationären hin zu ambulanten Wohn- und Behandlungsformen (vgl. Abbildung 1).

Die ambulante psychiatrische Versorgung wird hauptsächlich von niedergelassenen Psychiatern, (Nerven-)Ärzten und Psychotherapeuten, Institutsambulanzen und sozialpsychiatrischen Diensten geleistet (Rössler 1996), wobei in der medizinisch-psychiatrischen Versorgung vor allem zwei Behandlungsformen von Bedeutung sind:

Die ambulante Behandlung bei einem niedergelassenen Nervenarzt und die in einer psychiatrischen Institutsambulanz.

1.2. Behandlung in Institutsambulanzen

Die Institutsambulanzen bieten in den meisten Fällen ein multiprofessionelles ambulantes Behandlungsangebot psychiatrischer Erkrankungen und sind Fachkrankenhäusern oder psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angegliedert. Die Vergütung wird außerhalb des vertragsärztlichen Budgets vorgenommen, wird direkt mit den Landesverbänden der GKV vereinbart (§ 120 Abs. 2 SGB V) und erfolgt in Beträgen um 200 bis 250 Euro (Spanne < 100 bis > 400 Euro) pro Patient und Quartal (Spengler 2004).

Die Vergütungen der Institutsambulanzen in den einzelnen Bundesländern bewegen sich innerhalb einer großen Bandbreite (BAG 2008) und folgen reinen oder Mischmodellen pauschalierter und leistungsbezogener Finanzierung der Leistungen, wobei das bayerische Vergütungsmodell vielfach als das transparenteste und gerechtere für Leistungserbringer und Patienten bewertet wurde, da keine falschen Anreize gesetzt werden und die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen der einzige limitierende Faktor für eine wirkliche bedarfsgerechte Versorgung sind (Valdes-Stauber 2010).

Das Aufgabenspektrum einer bayerischen psychiatrischen Institutsambulanz lehnt sich an die §§ 118 und 120 SGB V sowie an die Vereinbarung zwischen dem Verband der Bayerischen Bezirke und dem Spitzenverband der Krankenversicherungen an und umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Bereiche (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001). Demzufolge werden den psychiatrischen Institutsambulanzen der bayerischen Bezirkskrankenhäuser insbesondere folgende Aufgaben zugeordnet:

1. Ambulante Untersuchung und Behandlung zur Vorbeugung von Rückfällen und Verhütung von stationären Aufnahmen sowie die diagnostische Abklärung komplexer kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder
2. Vor- und nachstationäre Leistungen
3. Ambulante Versorgung von psychisch Kranken in Alten- und Pflegeheimen, in sonstigen Heimen, in therapeutischen Wohngemeinschaften und zu Hause, sofern die ambulante Behandlung durch niedergelassene Vertragsärzte nicht sichergestellt ist oder die Entfernung zu geeigneten Ärzten zu groß ist
4. Ambulante Notfallbehandlung

Eine Umsetzung der gestellten Aufgaben geschieht dabei in multiprofessionellen Teams, bestehend aus Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Pflegefachkräften, Ärzten und Psychologen. Zentrale Aspekte bei Umsetzung der Aufgaben sind dabei die psychopharmakologische Behandlung, oft mit atypischen Neuroleptika und Antidepressiva der neueren Generation, und nichtmedikamentöse biologische Behandlungen wie Lichttherapie und Akupunktur durch speziell ausgebildete Ärzte.

Neue wissenschaftliche Ansätze sollen dabei in internen Fortbildungen kommuniziert und zum Einsatz gebracht werden, wobei der Krisenintervention und der Notfallbehandlung besonders Rechnung getragen werden soll.

Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt der PIAs besteht in der Psychotherapie im weitesten Sinne. Klar abzugrenzen ist dies jedoch von der Regelpsychotherapie im ambulanten Setting. Es besteht in den PIAs ein umfassenderes Behandlungsprogramm, das sowohl nach Behandlungssituation (Notfallbehandlung, Krisenintervention, Regelbehandlung, tertiärer Prävention, etc.), als auch nach spezifischen Störungen (Borderline-Patienten, chronifizierte affektive Störungen, Suchterkrankungen, geistige Behinderungen, Demenzen etc.) differenziert und in einem multiprofessionellen Team durchgeführt wird. Weitere fakultative Behandlungsmöglichkeiten einer psychiatrischen Institutsambulanz bestehen in evidenzbasierten spezialtherapeutischen Behandlungsangeboten, einer ergotherapeutischen Arbeit im Sinne von Diagnostik und Behandlungsprogrammen zur Förderung von Motorik, Wahrnehmung, Bewältigung von Alltagstätigkeiten und beruflichen Herausforderungen und schließlich konsequente Angehörigenarbeit, die nahestehende Personen als Partner in der Behandlung sieht.

Darüber hinaus wird von einer psychiatrischen Institutsambulanz häufig die Zusammenarbeit mit Behörden des Einzugsgebietes (z. B. Betreuungsstelle, Polizeiinspektion, Landratsamt, Gesundheitsamt, Amtsgericht, Ausländer- und Sozialamt, Arbeitsamt etc.), mit niedergelassenen Ärzten und Allgemeinkrankenhäusern (z. B. durch Konsiliartätigkeiten, integrierte Versorgung, Arbeitsgruppen, etc.) und mit ambulanzkomplementären Diensten wie betreuten Wohngemeinschaften, Werkstätten für Behinderte, sozialpsychiatrischen Diensten und Betreuungsstellen, erwartet. Vielfach bieten Institutsambulanzen aufsuchende, psychiatrische Arbeit in Form von Hausbesuchen in Krisensituationen oder bei mangelnder Mobilität, darüber hinaus aufsuchende Betreuung von Alten- und Pflegeheimen, Heimen für geistig Behinderte und psychiatrischen Heimen an.

Familienpflege sowie zusätzliche Behandlungsangebote wie Gruppentherapien, sprachspezifische Angebote aus dem Bereich der transkulturellen Psychiatrie und spezielle Angebote für Patienten mit Suchterkrankungen (Sucht-Kompakttherapien, Methadon-Programme, ambulante Entgiftungsbehandlungen, etc.) runden das Angebot einer psychiatrischen Institutsambulanz ab.

Dabei ist die Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 Abs. 2 SGB V dann indiziert, wenn entweder eine Diagnose aus der Diagnosen-Positivliste vorliegt und das Kriterium der Erkrankungsschwere oder Dauer der Erkrankung erfüllt ist, oder wenn eine der restlichen Diagnosen aus dem Kapitel V (F) des ICD-10-GM in der jeweils gültigen Version vorliegt und das Kriterium der Erkrankungsschwere und der Dauer der Erkrankung erfüllt sind (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010). Weiter nach §118 Abs. 2 SGB V ist eine Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz jedoch dann ausgeschlossen, wenn gleichzeitig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten oder eine durch niedergelassene Fachärzte verordnete Soziotherapie stattfindet (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010). Dadurch soll eine Doppelstruktur von ambulanter, außerklinischer Versorgung und zusätzlicher Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz vermieden werden, wobei eine Kooperation zwischen den niedergelassenen Vertragsärzten sowie den niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und komplementären Einrichtungen und den Psychiatrischen Institutsambulanzen vorausgesetzt wird (ebenda).

Durch die Angebote der ambulanten Behandlungen in den Institutsambulanzen soll in der Regel keine Konkurrenzsituation zur ambulanten Behandlung durch niedergelassene Nervenärzte stattfinden, da eine gewisse Selbstselektion der Patienten stattfindet (Bauer 1997) und klare Vorgaben bezüglich der Behandlungsmodi und Indikation existieren (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010).

Einige Studien belegen positive Effekte bei Behandlungen in psychiatrischen Institutsambulanzen. So konnte eine Verbesserung der sozialen Integration von chronisch psychisch kranken Menschen erreicht werden (Eikermann 1997), regelmäßige stationäre Aufnahmen vermieden und stationäre Behandlungen verkürzt werden (Köster 2005), wenngleich hier keine Gruppenvergleiche unter kontrollierten Bedingungen stattfanden. Auch Patienten mit Migrationshintergrund scheinen stark von einer Behandlung in PIAs aufgrund der breiteren Sprachkompetenz und der spezifischen Migrantenangebote zu profitieren (Schouler-Ocak et al. 2010). Die an vielen Standorten zusätzlich eingerichteten Fachambulanzen verbesserten ebenfalls die Versorgung ihrer Zielgruppen, wie beispielsweise für an Schizophrenie erkrankte und für gerontopsychiatrische Patienten gezeigt wurde (Albers 1998; Brasseler 1999).

1.2.1. Historischer Hintergrund

Die ersten psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) entstanden in der deutschen medizinischen Versorgung infolge der Psychiatrie-Enquête von 1975, um der Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen gerecht zu werden und aus der Erkenntnis heraus, dass diese von der vertragsärztlichen Versorgung unzureichend oder gar nicht erreicht werden konnten (Deutscher Bundestag – 7. Wahlperiode 1975). Die Enquête kritisierte die unzureichende Versorgung von psychisch Kranken und behinderten Menschen, die oft über viele Jahre in schlecht ausgestatteten und abseits gelegenen Einrichtungen mit bis zu 2000 Menschen und mehr hospitalisiert wurden, sowie das nahezu völlige Fehlen von kommunalen ambulanten und komplementären Hilfeangeboten. In der Psychiatrie-Enquête wurden erstmals die noch immer gültigen Prinzipien für eine adäquate psychiatrische Versorgung aufgestellt.

Erste Vorläufer psychiatrischer Institutsambulanzen gab es schon 1927, als Alternative zu stationärer Unterbringung und fehlenden ambulanten Angeboten. Die Einrichtung von PIAs durch psychiatrische Krankenhäuser wurde 1976 rechtlich verankert (Deutscher Bundestag 1976), wobei es dennoch einige Zeit dauerte, bis psychiatrische Krankenhäuser diese rechtlich abgesicherte Behandlungsmöglichkeit in Form von Modellprojekten umsetzten. Aufgrund der bis dahin gesammelten Erfahrung wurden PIAs von der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 als unverzichtbar in der psychiatrischen Versorgungslandschaft angesehen (Expertenkommission der Bundesregierung 1988).

Im Jahre 2001 wurden die regional versorgungsverpflichteten psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur ambulanten Behandlung ohne Bedarfsprüfung ermächtigt. Dabei wurden mittels Ein- und Ausschlusskriterien die Patientengruppen definiert, für die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung eine spezifische ambulante Behandlung durch eine psychiatrische Institutsambulanz indiziert war. Als wesentliche Ziele wurden festgelegt, dass psychiatrische Institutsambulanzen einen spezifischen Versorgungsauftrag erfüllten, nämlich speziell für Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedurften (Kassenärztliche Bundesvereinigung

2001). Das Angebot der psychiatrischen Institutsambulanzen sollte sich an Kranke richten, die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht wurden. Die PIAs sollten auch ermöglichen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden oder stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren, um dadurch die soziale Integration der Kranken zu begünstigen. Ein wichtiges Instrument für die Erreichung dieser Ziele war die Gewährleistung der Behandlungskontinuität, aber auch die Multimodalität der Behandlung und die Multiprofessionalität des Settings. Dabei war es nicht Ziel der Ermächtigung von Institutsambulanzen, neben ambulanter, außerklinischer Versorgung zusätzliche Angebote im Sinne von Doppelstrukturen aufzubauen.

Dennoch kam es in den darauffolgenden Jahren zu Kritik aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen und des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie, da vermutet wurde, dass die psychiatrischen Institutsambulanzen ihren laut SGB V definierten Versorgungsauftrag unzulässig auf viele leicht Erkrankte ausdehnen würden. Daher wurde in einer Paragraphenreform des SGB V aus dem Jahre 2010 in einer neuen Vereinbarung die Gruppe psychisch kranker Patienten, für die eine Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz indiziert ist, genauer definiert. Dabei wurde die Indikation einer Behandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz von der nun genauer spezifizierten Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung abhängig gemacht.

Ein psychiatrisches Krankenhaus ist ohne eine an das Krankenhaus angegliederte Institutsambulanz heute nur schwer vorstellbar. Häufig trifft man in den Organigrammen von psychiatrischen Krankenhäusern neben einer Kernambulanz auch sogenannte Fachambulanzen, die sich auf die ambulante Weiterversorgung von Patienten mit klar abgegrenzten Störungsbildern spezialisiert haben. Da sich psychiatrische Institutsambulanzen nach mehr als drei Jahrzehnten als Versorgungsform etabliert und bewährt haben (Spengler 2003; Spengler 2012), wurden diese ab 2013 vom Gesetzgeber auf den Bereich der Psychosomatik (sog. PsIAs) ausgedehnt; die Formulierung der Vereinbarung durch eine paritätisch besetzte Expertengruppe ist allerdings noch nicht abgeschlossen.

Heute besteht nach Melchinger (2008) eine fast flächendeckende Ausstattung mit PIAs, wobei von 434 Psychiatrischen Fachkrankenhäusern/Abteilungen insgesamt 418 (96 %) über eine PIA verfügen.

1.2.2. Entwicklung der Ambulanz am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Die Institutsambulanz am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren wurde 1981 offiziell eingerichtet. Damit war diese Institutsambulanz eine der ersten in der Geschichte der bayerischen und der bundesdeutschen psychiatrischen Institutsambulanzen. Die psychiatrische Institutsambulanz am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren wurde vom damaligen ärztlichen Direktor, Dr. Michael von Cranach, initiiert und von Dr. Albrecht Egetmeyer aufgebaut, der 1986 Direktor des neu gegründeten Bezirkskrankenhaus Kempten wurde. Nach 1986 wurde die psychiatrische Institutsambulanz von verschiedenen rasch aufeinanderfolgenden Oberärzten geleitet, bis sie dann über 15 Jahre bis 2011 durch Herrn Dr. Juan Valdes-Stauber geleitet wurde.

Nach ihrer Gründung im Jahre 1981 bestand die Ambulanz in den ersten zehn Jahren aus einem kleinen multiprofessionellen Team, welches sich vorwiegend um poststationäre Behandlungen allgemeinpsychiatrischer Patienten kümmerte. Seit dem Bestehen der psychiatrischen Institutsambulanz konnte die mittlere Verweildauer im psychiatrischen Krankenhaus drastisch reduziert werden (Valdes-Stauber & Putzhammer, 2008).

In den folgenden Jahren wurden verschiedene Ambulanzen aus der ursprünglichen psychiatrischen Institutsambulanz ausgegliedert. So folgte die Struktur der Institutsambulanz zunehmend einem zentral-dezentralen Modell, so dass neben einer sogenannten Kernambulanz – in welcher die Koordination aller Fachambulanzen sowie die betriebswirtschaftliche Sicherstellung gewährleistet wird – im Laufe der Zeit weitere sechs (bzw. acht) Fachambulanzen gegründet wurden. So wurde 1987 die erste Fachambulanz für suchtkranke Patienten – der Keim der künftigen Suchtfachambulanz des Suchtmedizinischen Zentrums – gegründet. Zunächst war diese noch in der zentralen Ambulanz eingebettet und wurde erst im Jahr 2001 als eigenständige Suchtfachambulanz etabliert. Ende der Achtziger- und Neunzigerjahre wurden 300-400 Patienten pro Quartal betreut.

Zu Anfang der Neunzigerjahre, als das Bewusstsein für die Relevanz der ambulanten Tätigkeit stieg, verbesserten sich einerseits die Behandlungsprozesse und die

Versorgungsinfrastruktur, andererseits wurden nicht zwingend notwendige stationäre Aufnahmen bei ausreichend funktionierendem ambulant-komplementären Sektor des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) besser gesteuert. So etablierte sich im Jahr 1993 die gerontopsychiatrische Fachambulanz, welche ihrerseits Teil des Gerontopsychiatrischen Zentrums wurde. Die Ambulanz wurde aus einem dreijährigen, von 1996-1998 geförderten Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgungsqualität gerontopsychiatrisch Erkrankter heraus gegründet. In der Folgezeit wurde aus dem Gerontopsychiatrischen Zentrum heraus ab dem Jahr 2007 ein multiprofessioneller, gerontopsychiatrischer Liaisondienst ins Leben gerufen. Dieses galt zunächst als gefördertes Modellprojekt, das später, genauso wie das Projekt der integrierten Versorgung „Die blaue Blume“, als gelungene, integrierte Versorgung für psychisch kranke, ältere Menschen wohnortnah in ihrer Region im Allgäu in die Regelversorgung übernommen wurde. In der Mitte der Neunzigerjahre etablierte sich ferner die Fachambulanz für geistig Behinderte und lernbehinderte Menschen, die gleichzeitig unter einer psychischen Störung leiden. Diese Fachambulanz wurde sodann dem Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrum (MHZ) angegliedert. In diesem Zusammenhang wurden verschiedene Spezialangebote installiert, wobei umliegende Heime fachlich supervidiert und medizinisch betreut werden.

Überlappend mit dem Abschluss des Deinstitutionalisierungsprozesses von chronisch psychisch kranken Menschen am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren im Jahr 2003 wurde eine sog. „gemeindepsychiatrische Ambulanz“ gegründet, welche die Behandlung von enthospitalisierten, früher „Langzeitpatienten“ genannte Patienten, die in Pflegefamilien, Wohngemeinschaften, psychiatrischen Heimen, sowie in der hausinternen Tagesstätte bzw. Tageszentrum betreut wurden, sicherstellte. Die Allgemeinpsychiatrische Station und die Abteilung für psychosomatische Medizin richteten ebenfalls eine kleine Nachsorgeambulanz ein, die abhängig von den Nachsorgebedürfnissen mehr oder weniger stark frequentiert werden. Seit Mitte der neunziger Jahre besteht daneben auch eine gut organisierte ambulante Substitutionsbehandlung. Inzwischen werden 100-150 Patienten pro Quartal substituiert.

Eine erste Evaluation der ambulanten Aktivität der PIA am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren wurde 2005 durchgeführt (Valdes-Stauber & von Cranach 2005). Einen Überblick über die aktuelleren wesentlichen Eckdaten der psychiatrischen

Institutsambulanz, die seitdem regelmäßig protokolliert werden, gibt Tabelle 1 wieder. Hinsichtlich der Diagnoseverteilung wird ein Überwiegen von Patienten mit den Diagnosen einer organischen psychischen Störung (F0), einer Schizophrenie (F2) oder einer affektiven Störung (F3) im Sinne der Vereinbarung deutlich.

Tabelle 1: Wichtige Parameter der psychiatrischen Institutsambulanz Kaufbeuren (Quelle: Jahresbericht PIA Kaufbeuren 2010)

Parameter	
Verteilung der Erstdiagnosen (F-Diagnosen) behandelter Patienten in einem Indexquartal aus dem Jahr 2010:	
F0 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen)	666 (21 %)
F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)	281 (9 %)
F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen)	605 (19 %)
F3 (Affektive Störungen)	1025 (32 %)
F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen)	263 (8 %)
F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)	12 (0.4 %)
F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	156 (5 %)
F7 (Intelligenzminderung)	97 (3 %)
F8 (Entwicklungsstörungen)	25 (0.8 %)
F9 (Vh.- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)	12 (0.4 %)
A-Z (Erkrankungen aus anderen Kapiteln des ICD10)	42 (1.3 %)

Aktuell versorgt die psychiatrische Institutsambulanz pro Quartal 3600 akut und chronisch erkrankte Menschen ab dem 18. Lebensjahr aus der Region (Bezirkskliniken Schwaben 2013). Dabei bemüht sich die PIA um eine enge Kooperation mit den Haus- und Fachärzten. Neben der Kernambulanz gibt es heute weiterhin zusätzlich mehrere spezialisierte Fachambulanzen, die historisch gewachsen sind: Fachambulanz des gerontopsychiatrischen Zentrums, des suchtmmedizinischen Zentrums, der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, des Zentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik, sowie eine forensische Nachsorgeambulanz, eine Nachsorgeambulanz der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie und eine Substitutionsambulanz des

Suchtmedizinischen Zentrums. Dabei ist die Kernambulanz für die zentrale Patientenaufnahme der gesamten Klinik zuständig und beteiligt sich an der Entlassvorbereitung von Patienten, die von der PIA bereits versorgt waren oder von ihr übernommen werden sollten (Bezirkskliniken Schwaben 2013). Darüber hinaus ist die psychiatrische Institutsambulanz Teil des regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) und übernimmt die psychiatrische Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen in Wohngemeinschaften und einzelbetreutem Wohnen, in Werkstätten für Behinderte Menschen, in psychiatrischen Heimen, in zwei Tagesstätten und in einer Selbsthilfefirma (Irseer Kreis Versand). Eine Längsschnittuntersuchung zur Patientenzufriedenheit über einen Zeitraum von acht Jahren ergab eine hohe Zufriedenheit und eine sehr gute Gesamtbeurteilung der PIA (Valdes-Stauber 2010) über den gesamten Zeitraum.

1.3. Fach- und Nervenärzte

Die ambulante psychiatrische Behandlung soll in Deutschland von niedergelassenen Fachärzten entsprechend der Selbstverwaltungsvereinbarung sichergestellt werden. Dabei wirken neben Nervenärzten und Psychiatern auch Allgemeinärzte („Hausärzte“) und Psychotherapeuten, (Rössler 1996; Spießl et al. 2001), neuerdings auch Psychologische Psychotherapeuten und fachgebundene Psychotherapeuten mit. Nach den „Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte“ vom 6. Februar 2001 werden unter der Bezeichnung „Nervenarzt“ Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und der klassische Nervenarzt zusammengefasst (Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 1993), wobei ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte nicht als Nervenärzte, sondern als Psychotherapeuten berücksichtigt werden (ebd.).

Die in dieser Studie unter dem Begriff „Nervenärzte“ beschriebenen Fachärzte führten noch die vorangegangene Bezeichnung „Nervenarzt“ im Sinne eines Facharztes für Nervenheilkunde oder eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, was bedeutete, dass diese sowohl eine Facharztausbildung in Psychiatrie als auch in Neurologie absolviert hatten.

1.3.1. Ambulante psychiatrische Behandlung bei niedergelassenen Fachärzten

Eine nervenärztliche Behandlung umfasst neben supportiven und klärenden Gesprächen sowie punktuellen psychotherapeutischen Interventionen, in der Hauptsache eine pharmakologische Behandlung der psychischen Störung in Verbindung mit einer kontinuierlichen psychopathologischen Evaluation und partizipativer Aufklärung unter Einbezug von Angehörigen. Neben der Weiterentwicklung der Psychopharmaka in den letzten 30 Jahren wird in der letzten Dekade von einem Anstieg ihres Gebrauchs in den entwickelten Ländern berichtet (Helgason et al. 2004; Grobe & Dörning 2010).

Die vom Nervenarzt zu erbringenden Leistungen sind im Leistungskatalog zu Umfang und Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung (s. Bundesmantelvertrag - Ärzte/Ersatzkassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1994) festgehalten. In Deutschland wurden in den letzten Jahren am häufigsten Medikamente aus dem Bereich der Antidepressiva, der Neuroleptika und der Tranquilizer verschrieben (Lieb et al 2009). Dabei waren im Jahr 2005 die weltweit erfolgreichsten drei Medikamente Olanzapin (Jahresumsatz: 4,2 Mrd. US-Dollar im Jahr 2005), Risperidon (Jahresumsatz: 3,6 Mrd. US-Dollar im Jahr 2005) und Venlafaxin (Jahresumsatz: 3,5 Mrd. US-Dollar), die in Deutschland ebenfalls sehr häufig zur Behandlung genutzt wurden (Lieb et al 2009).

Mönter (2010) hebt hervor, dass die Tätigkeit eines niedergelassenen Psychiaters mit einer hohen Anzahl zu versorgender, häufig schwer psychisch kranker Patienten, oft mit langjähriger Patientenbindung einhergeht und dadurch ein hohes Maß an Identifikation mit der eigenen Tätigkeit, einschließlich der Übernahme wirtschaftlicher und unternehmerischer Verantwortung, erfordert.

Demnach resultiert die gegenwärtige Vergütungssituation der Psychiater/Nervenärzte in einer bedenklichen Entwicklung. So stützen sich immer mehr Psychiater/Nervenärzte aus wirtschaftlichen Gründen auf die existenzsichernde Richtlinienpsychotherapie (Melchinger et al 2003), auf die Erstellung von Gutachten sowie auf andere Erwerbsquellen und stehen somit für die psychiatrische Basisversorgung nicht mehr oder nur noch begrenzt zur Verfügung (Roth-Sackenheim & Melchinger 2009). Dies hängt

unter anderem mit dem finanzierten Umfang der Behandlung zusammen. So stehen dem Psychiater und Nervenarzt für die Behandlung eines Patienten ungefähr eine halbe Stunde Behandlungszeit pro Quartal zur Verfügung, den PIAs etwa vier Stunden, ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten zehn Stunden und mehr (Melchinger 2008b).

Viele Psychiater und Nervenärzte sind zwischenzeitlich wohl dazu übergegangen, von dem Zeitpunkt an, zu dem das Quartalsbudget ausgeschöpft ist, nur noch in Ausnahmefällen Sprechzeiten anzubieten (Melchinger 2008b). In diesem Zusammenhang wurde auch festgestellt, dass die Budgetierung einer Leistung auch deren Abrechnungshäufigkeit in der psychosomatischen Grundversorgung verringert (Mertens 2005). Noch längere Wartezeiten auf Behandlungstermine, als ohnehin durch die knappe Ressource „Psychiater“ gegeben, sind die Folge.

Die Zahl der Psychiater und Nervenärzte, die aus wirtschaftlichen Gründen ihre vertragsärztliche Zulassung bislang zurückgegeben haben, sei hoch und Melchinger (2008b) befürchtet, dass diese in den kommenden Jahren noch steigen werde. Einige dieser Ärzte wurden nach Aufgabe ihrer Praxis in einer PIA tätig und erbringen dort, jetzt wirtschaftlich abgesichert durch einen Arbeitsvertrag, die gleichen ärztlichen Leistungen wie zuvor in ihrer Praxis. Psychiater und Nervenärzte, die aus Altersgründen aus der Praxis ausscheiden, haben zunehmend Schwierigkeiten, einen Nachfolger zu finden. Eine Niederlassung ist für junge Psychiater zu einer unattraktiven Perspektive geworden, zumal viele junge Psychiater eher eine angestellte Tätigkeit ohne Investitionsrisiko bevorzugen (Roth-Sackenheim & Melchinger 2009).

So wird im psychiatrischen Bereich, ebenso wie in vielen anderen Fachrichtungen, ein Ärztemangel erwartet (Richter-Kuhlmann 2011). Um den Beruf in Deutschland wieder attraktiver machen zu können und die Abwanderung von neuen Absolventen in versorgungsferne Bereiche oder in das Ausland zu verhindern, müssten mehr Stellen in den Krankenhäusern und eine bessere Bezahlung, die Möglichkeit zum Abbau von Überstunden und Diensten, Entlastung von Bürokratie und Angebote für Kinderbetreuung sowie Anerkennung der Leistung der Selbstverwaltung und schließlich eine bessere Anerkennung und Vergütung der Arbeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden (Richter-Kuhlmann 2011).

1.3.2. Entwicklungen in der nervenärztlichen Versorgung

Die ambulante psychiatrische Versorgung wurde vor der Psychiatrie-Enquête in den 70er Jahren gänzlich von niedergelassenen Fachärzten übernommen. Dabei war die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte – 1970 waren es 1.094 in der gesamten Bundesrepublik, heute beträgt die Zahl ca. das 10fache – im Hinblick auf die zu versorgenden Erkrankten gering (Bochnik & Koch 1990), da es vor der Einrichtung psychiatrischer Institutsambulanzen so gut wie keine Alternative zur stationären Versorgung für chronisch psychisch Kranke mit rezidivierendem Verlauf gab. Die ambulante Versorgung wurde damals schon in verschiedenen Gebieten als unzureichend beschrieben, wobei in einer oberbayrischen Region von einem Verhältnis von einem Nervenarzt auf 100.000 Einwohner berichtet wurde (Dilling et al. 1975). So wurde auch im Bericht der Enquête (Deutscher Bundestag 1975) vermerkt, dass wichtige Aufgaben der ambulanten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter die Krisenintervention, ambulante Maßnahmen zur Verhinderung unnötiger Hospitalisierung und die konsiliarische Behandlung und Betreuung im Bereich der komplementären Dienste von den nervenärztlichen Praxen unter gegenwärtigen Bedingungen überhaupt nicht oder nur unzureichend geleistet werden können.

Im Zuge der Deinstitutionalisierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser verdreifachte sich innerhalb kurzer Zeit die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte bei einer Versorgungsdichte von 1 / 19.000 in Stadtstaaten (Bochnik 1989), wobei sich auch die Zahl der Patienten, die ambulante Behandlung benötigten, stark erhöhte. Von 1994 bis 2004 ergaben sich bei den niedergelassenen Nervenärzten Fallzahlsteigerungen um rund 50 % (Berger et al. 2005).

Die nervenärztlichen Aufgaben werden nun vermehrt von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und von Fachärzten für Neurologie übernommen, die nach dem Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen von 1993, wie bereits dargestellt, als „Nervenärzte“ zusammengefasst werden. Der eigentlich ursprüngliche „Nervenarzt“, der Facharzt für Nervenheilkunde, geht daher zahlenmäßig zurück. So ist die Zahl der berufstätigen Fachärzte für Nervenheilkunde von 1994 bis 2008 von 6.682 auf nur noch 3.746 zurückgegangen (Kopetsch 2009), wobei die Zahl der berufstätigen Nervenärzte nach einer Schätzung von Kopetsch (2010) von 2010 bis 2020 von 4.622 auf 4.391 fallen

wird. Aus dem Bundesarztregister der KBV geht nach Kopetsch (2010) hervor, dass die Anzahl der berufstätigen Nervenärzte bereits von 2005 bis 2009 von 5.018 auf 4.756 gefallen war. Bei einem angenommenen weiter steigenden Bedarf wäre die Versorgungssituation ohne zukünftige Veränderung brisanter, als sie nach den Angaben verschiedener Autoren aktuell schon ist (Becker et al. 2007; Melchinger 2008a; Roth-Sackenheim & Melchinger 2009; Schneider et al 2012). Die Gruppe der niedergelassenen Nervenärzte hat dabei eine Versorgungsverpflichtung, die sich aus dem Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ergibt (Becker 2001). Obwohl sich die Versorgungslage in den letzten Jahren (vgl. Abbildung 2) im Hinblick auf niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie bzw. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie deutlich verbessert hat, wird ein beträchtlicher Anteil an der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung weiterhin von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten (Linden et al. 1996; Ernst 1998) übernommen. So entfallen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich etwa 20 % des Gesamtvolumens neurologischer/psychiatrischer Leistungen (Roth-Sackenheim & Melchinger 2009).

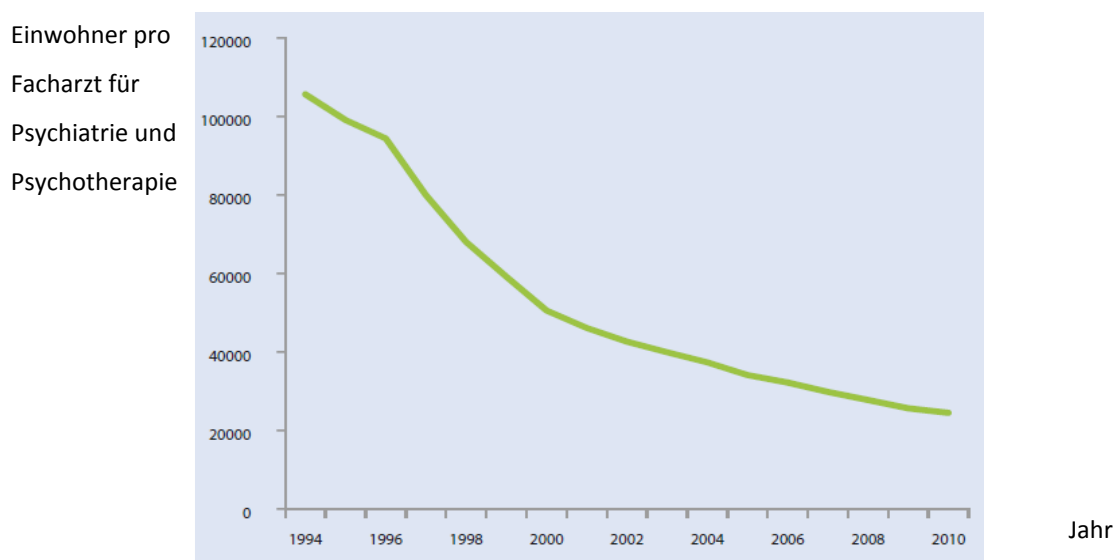


Abbildung 2: Entwicklung der Zahl der Einwohner je ambulant tätigen Facharzt für Psychiatrie bzw. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zwischen 1994 und 2010 (aus Schneider et al 2012, S. 5)

Obwohl sich die Messziffer „Zahl der Einwohner pro ambulant tätigem Facharzt“ bei gleichbleibenden Prävalenzen für psychische Erkrankungen von 1994 bis 2010 verbessert

hat (Schneider et al. 2012), ist die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in den letzten Jahren um 70-80 % angestiegen (Gaebel & Zielasek 2012).

Die Gründe für den steigenden psychiatrischen Versorgungsbedarf sind zu vielfältig, um auf sie erschöpfend einzugehen. Auch die gewachsene Sensibilität der Ärzte für eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsindikation und gleichzeitig eine zunehmende Einforderung von psychiatrischen und insbesondere von psychotherapeutischen Behandlungsleistungen durch die Betroffenen selbst führen zu einem höheren Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, unabhängig von Inzidenz und Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen. Es kommt zusätzlich noch erschwerend das ansteigende Durchschnittsalter der Patienten mit einer höheren Inzidenz von altersassoziierten neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen hinzu (Roth-Sackenheim & Melchinger 2009).

Dieser verstärkten Nachfrage steht ein über die nächsten Jahre möglicherweise zu langsam mitwachsender Ärztenachwuchs gegenüber, der nicht mit der Entwicklung der Versorgungsnachfrage schritthalten kann. Auch haben es manche Regionen schwer, Assistenzärzte für die psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildung zu gewinnen. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung in ländlichen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, ist dadurch gefährdet. (Schneider et al 2012).

Zu der immer stärker werdenden Auslastung des bestehenden Praxisangebots kommt ein wirtschaftlicher Druck auf das Gesundheitssystem hinzu, der die Gefahr einer Ökonomisierung des Behandlungssystems mit sich bringen kann. Dabei wird von Kick (2009) darauf hingewiesen, dass das therapeutische Angebot der Minderung der Not dient und Gesundheit und Krankheit keinen Warencharakter annehmen dürfen. Zudem führen die von der Politik formulierten Rationalisierungsaufforderungen häufig nicht etwa zu einer Verschlinkung von Betriebs- und bürokratischen Abläufen, sondern zu einem direkten Eingriff in die therapeutischen Prozesse (Wertschöpfungskette) (Kick 2009).

Es stellt sich dabei die Frage, nach welchen normativen Prinzipien eine Rationierung oder Priorisierung durchgeführt werden sollte. Einen Überblick über diese Debatte geben Raspe und Schulze (2013) und es wird von Kick (2009) in diesem Zusammenhang explizit gefordert, die Unverletzlichkeit der therapeutischen Situation sicherzustellen, damit sie als therapeutisches Verteilungsgeschehen und somit als prinzipiell nicht käufliches Gut außerhalb geschäftlicher Prozesse vollzogen werden kann.

Die Rationalisierungsmaßnahmen und der vergleichsweise starke Anstieg an psychiatrischen Erkrankungen im Vergleich zu den Ärztezahlen führen im Hinblick auf die aktuelle Versorgungssituation zu Zweifeln, dass die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen in der Lage sein könnten, eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung sicherzustellen (Roth-Sackenheim & Melchinger 2009). Adäquate Früherkennung, Behandlung und Therapie können gegenwärtig nicht mehr flächendeckend gewährleistet werden (Melchinger 2008a; Roth-Sackenheim & Melchinger 2009). So zeigten sich aktuell erhebliche regionale Disparitäten in der Versorgungsdichte. Nach Melchinger (2008b) variiert die Dichte der niedergelassenen Nervenärzte zwischen Kernstädten und ländlichen Kreisen um den Faktor 4.

Um den Anforderungen einer adäquaten Versorgung psychiatrischer Erkrankungen in Zukunft gerecht zu werden, sind sowohl sektorenübergreifende Planungen in der Psychiatrie als auch eine Verbesserung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern erforderlich (Salize, et al 2007).

1.4. Patienten- und Erkrankungsparameter

Im folgenden Abschnitt soll zunächst global statistisch und dann auf die bundesweiten Statistiken in Bezug auf psychiatrische Patienten und psychiatrische Erkrankungen eingegangen werden.

Darauf folgend werden besondere Charakteristika von Patienten in ambulanter Behandlung, insbesondere in Behandlung von psychiatrischen Institutsambulanzen vorgestellt. Wichtige Charakteristika umfassen dabei in anderen Studien erhobene soziodemographische Informationen und Informationen zur Erkrankungsschwere und die Diagnoseverteilung bei Patienten in ambulanter Behandlung.

1.4.1. Politische Grundannahmen

2010 waren psychische Erkrankungen weltweit für 7,4 % aller durch Krankheit verlorenen Jahre (DALY) verantwortlich (Whiteford et al. 2013), wobei seit 1990 die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen stark zugenommen haben. Diese Entwicklung resultierte einerseits aus dem Bevölkerungswachstum in den Entwicklungsländern und andererseits aus dem Altern der Bevölkerung in den entwickelten Ländern (ebenda). Weltweit wird von einer Zahl von 450 Millionen Menschen ausgegangen, die zu jeder Zeit an einer psychischen Störung leiden (Thornicroft & Maingay 2002).

Psychische Erkrankungen und substanzinduzierte psychische Störungen (Alkohol, Drogen) sind dabei weltweit die häufigste Ursache für durch Krankheit beeinträchtigte Lebensjahre (YLD) (Whiteford et al. 2013). Die WHO konnte in ihren Untersuchungen feststellen, dass über 25 % aller Menschen mindestens einmal in ihrem Leben von psychischen und Verhaltensstörungen betroffen sind (WHO 2001), wobei rund 10 % der Erwachsenen zu jeder Zeit an einer psychischen Störung leiden. Demnach hat jede vierte Familie mindestens ein Mitglied mit psychischen Störungen. Diese Familien sind nicht nur um die physische und emotionale Unterstützung besorgt, sondern haben auch die negativen Auswirkungen der Stigmatisierung und Diskriminierung zu tragen (Murray & Lopez 1996). Dabei wird angenommen, dass Suizidalität eine der führenden Todesursachen weltweit über alle Altersgruppen ist (Phillips et al 2002; Nock et al. 2009), wobei vieles darauf hinweist, dass die Belastung, resultierend aus unerkannten Suizidversuchen in verschiedenen Kulturen, hoch ist (Bertolote et al. 2005). Ca. eine Million Menschen suizidieren sich nach Schätzung der WHO (2003a) jedes Jahr weltweit.

In Deutschland gab es im Jahr 2006 9.765 Sterbefälle durch Suizid, und zwar 7.225 von Männern und 2.540 von Frauen. Diese Summe bedeutet, dass mehr als 1 % aller verstorbenen Menschen in Deutschland im Jahr 2006 – fast doppelt so viele wie durch in der Todesursachenstatistik ausgewiesene Verkehrsunfälle – durch eine vorsätzliche Selbsttötung oder -vergiftung verstarben (Rübenach 2007). Dabei erhöhte eine psychiatrische Störung die ODDs für Suizidgedanken (Nock et al. 2009) deutlich.

In Deutschland wird dabei davon ausgegangen, dass 20 % der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren aktuell psychisch krank sind (4 Wochen Prävalenz) (Jacobi et al. 2004).

Analog zu den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys (BGS) 1998/99, der auch einen eigenen Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ beinhaltete, waren 31 % der Bevölkerung im Laufe des letzten Jahres (1997) psychisch krank, wobei 43 % im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung erkrankten (Jacobi et al. 2004). Die häufigsten Störungsgruppen bildeten die Angststörungen (12-Monats-Prävalenz Frauen: 20 %, Männer: 9 %), gefolgt von depressiven Störungen (12-Monats-Prävalenz Frauen: 14 %, Männer: 8 %), somatoformen Störungen (12-Monats-Prävalenz Frauen: 15 %, Männer: 7 %) und substanzbezogenen Störungen (12-Monats-Prävalenz Frauen: 2 %, Männer: 7 %) (Jacobi & Wittchen 2005). Lediglich 60 % der Fälle hatten nur eine Diagnose, etwa 10 % erfüllen die Kriterien für vier oder mehr Diagnosen.

In Deutschland waren darüber hinaus 1999 von insgesamt etwa 43 % erwachsenen Diagnoseträgern im Bundesgesundheits surveys (BGS) über 60 % ohne jegliche Behandlung (Jacobi & Wittchen 2005). Von den insgesamt etwa 22 % Patienten, die jemals zumindest eine minimale, im weitesten Sinne psychiatrische oder psychosoziale Behandlung erhielten, hatten ca. 26 % keine Lebenszeit-Diagnose und ca. 43 % keine 12-Monats-Diagnose aufzuweisen (ebenda). Weniger als 40 % derjenigen mit einer Diagnose berichteten, auch irgendwann einmal in ihrem Leben eine im weitesten Sinne psychiatrische oder psychosoziale Behandlung gehabt zu haben (Wittchen & Jacobi 2001). Die Behandlungsquoten hingen dabei stark von der Art der Störung, sowie vor allem vom Grad der Komorbidität ab (Jacobi et al., 2004). So litten etwa 20 % aller Erkrankten, die von der Erstversorgung erfasst wurden, an einer oder mehreren psychischen Störungen (Murray & Lopez 1996).

Obwohl jeder psychiatrischen Erkrankung eine eigene, individuelle Entstehungsgeschichte zu Grunde liegt, konnten eine Reihe soziodemographischer Faktoren aufgezeigt werden, die die Erkrankungsentstehung und deren Verlauf beeinflussen können. So sind Frauen von psychischen Erkrankungen deutlich häufiger betroffen als Männer (Wittchen, et al. 1999), insbesondere bei Angst- und depressiven Störungen (Jacobi et al. 2004).

Im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen konnte in der TACOS-Studie ein Trend zu geringerer psychiatrischer Morbidität bei Individuen mit höherer Schulbildung, höherem Einkommen, verheirateten Personen und Personen mit ländlichem Wohnsitz gezeigt werden (Meyer et al. 2000). 42 % der Probanden mit einer Lebenszeitdiagnose erfüllten dabei die Kriterien von mindestens einer weiteren Störung (ebenda). Eine Korrelation

zwischen der Erkrankung an einer psychischen Störung und Komorbidität, dem weiblichen Geschlecht, einem ledigen Familienstand, niedrigem sozioökonomischen Status und einem schlechten somatischen Gesundheitsstatus konnte in der Studie von Jacobi et al. (2004) aufgezeigt werden. Keinen Einfluss auf das Auftreten psychischer Störungen schien hingegen das Vorliegen eines Migrationshintergrund in Deutschland zu haben (Glaesmer et al. 2009).

Bezüglich der Versorgungslage wurde durch die Global Burden of Disease-Studien der WHO, in denen auch Mortalität und Behinderungen infolge von Krankheiten, Verletzungen und Risikofaktoren für das Jahr 1990 geschätzt und für das Jahr 2020 projiziert worden sind, deutlich aufgezeigt, dass die Auswirkungen der psychischen Krankheiten, sowohl in der Vergangenheit und Gegenwart, als auch für die Zukunft stark unterschätzt worden sind (Mathers et al. 2001). Es konnte in diesem Zusammenhang gezeigt werden, dass die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen von 1990 bis 2010 um 37,6 % zugenommen haben (Whiteford et al. 2013). Damit verbunden sind großes persönliches Leid der Betroffenen und ihrer Angehörigen, berufliche und soziale Beeinträchtigungen, aber auch große Belastungen für die Gesundheitssysteme der jeweiligen Länder. Die volkswirtschaftliche Belastung durch psychische Gesundheitsdefizite beläuft sich dabei durchschnittlich weltweit auf schätzungsweise 3 % bis 4 % des Bruttoinlandproduktes (BIP), wovon die Gesundheitskosten durchschnittlich 2 % ausmachen (WHO 2003b). Damit hängt die Tatsache zusammen, dass die aktuell verfügbaren Ressourcen zur Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten in Anbetracht von deren Prävalenz weltweit ungenügend sind (WHO 2004).

Auch in Deutschland wurden nach Befunden des Bundesgesundheits surveys (BGS) 1998/99 eine niedrige Versorgungsquote und eine gravierende Unterversorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen festgestellt (Wittchen & Jacobi 2001). Jeder dritte Betroffene (36 %) stand im Jahr vor der Erhebung wegen der psychischen Störung in Kontakt mit ambulanten oder stationären psychiatrisch/psychotherapeutischen Diensten oder seinem Hausarzt. Der Anteil von Betroffenen, die eine im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten, kann konservativ auf ca. 10 % geschätzt werden (ebenda). Gleichzeitig steigt das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen an (Lademann et al. 2006).

1.4.2. Patientenstrukturen und Charakteristika in Institutsambulanzen

Die von vielen Autoren beschriebene unzureichende Versorgungslage (Becker et al. 2007; Melchinger 2008a; Roth-Sackenheim & Melchinger 2009; Schneider et al. 2012) bleibt nicht ohne negative Auswirkungen auf psychisch kranke Menschen. Durch die Angebote der ambulanten Behandlung in den Institutsambulanzen entsteht nach Ernst (1998) und auch Bauer (1997) zwar in der Regel keine wirkliche Konkurrenzsituation zur ambulanten Behandlung durch niedergelassene Nervenärzte, da eine gewisse Selbstselektion der Patienten stattfindet und da die Gesamtnachfrage größer als das Behandlungsangebot ausfällt, jedoch ergeben sich möglicherweise interessante Gemeinsamkeiten zwischen Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten und in Institutsambulanzen.

Es soll zunächst festgehalten werden, dass sich insgesamt nur sehr wenige Studien (Claassen & Priebe 2003) im Bereich der Versorgungsforschung mit der Versorgung von Patienten durch niedergelassene Nervenärzte beschäftigen, weshalb eine differenzierte Bestandsaufnahme nach aktueller Forschungslage nicht möglich ist. Daher wird im Folgenden fast ausschließlich über Patientencharakteristika, die in psychiatrischen Institutsambulanzen erhoben wurden, berichtet. Die in verschiedenen Studien erhobenen soziodemographischen Informationen bezüglich des Geschlechts von Patienten in Behandlung von Institutsambulanzen zeigen zumeist einen leichten Überhang an Patientinnen (Köster 2005; Wedegärtner et al. 2009). Die Betrachtung der Altersverteilung der Patientinnen bzw. Patienten zeigt, dass in Institutsambulanzen größere Anteile von „älteren“ psychisch Kranken behandelt werden. Der Anteil der 65-jährigen und Älteren liegt zum Beispiel bei den allgemeinpsychiatrischen Ambulanzen in Thüringen bei über 20 % (Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit 2012). Verschiedene weitere Studien sprechen von einem Durchschnittsalter der Patienten von ca. 60 Jahren (Wedegärtner et al. 2009), beziehungsweise von im Durchschnitt 53 Jahren bei Patienten in Ambulanzen von Fachkliniken und von 43 Jahren bei Patienten in Ambulanzen von Abteilungen (Köster 2005).

Weniger als die Hälfte der behandelten Patienten lebten in einer festen Partnerschaft, wobei der Anteil an ausländischen Patienten unter 6 % war und nur zwischen 25 und 35 % der Patienten berufstätig waren (Valdes-Stauber et al. 2013). Bei den Patienten in Behandlung in einer Kernambulanz, laut einer von Valdes-Stauber und Kilian (2013a)

untersuchten Stichprobe ambulanter Patienten, verfügte jeder Zehnte nicht über einen Schulabschluss und jeder Fünfte nicht über einen Berufsabschluss.

Je nach Anteil von schwer erkrankten und Heimpatienten war in der Stichprobe von Köstner (2005) in den Institutsambulanzen der Abteilungen ca. ein Drittel der Patienten berufstätig, in der Stichprobe von Wedegärtner, Wedegärtner, Müller-Thomsen und Bleich (2009) 12,4 %. Längere Zeiten von erlebter Arbeitslosigkeit gehen dabei mit erhöhten Angst-, Depressions- und Burnout-Werten einher (Stöbel-Richter et al. 2011). Der Lebensunterhalt war in den meisten Fällen durch Transferleistungen / Krankengeld oder Altersrente gesichert (Wedegärtner et al. 2009). Daraus ist zu folgern, dass ein niedriger sozioökonomischer Status und vor allem mangelnde berufliche Aufstiegsmöglichkeiten die Gefahr an einer psychischen Störung zu erkranken stark erhöhen (Tiikkaja et al. 2013). Große Unterschiede in den Zusammensetzungen der in psychiatrischen Institutsambulanzen untersuchter Stichproben ergeben sich bezüglich der erhobenen diagnostischen Verteilungen. So ergab eine Untersuchung, die Institutsambulanzen in Thüringen betreffend, die in Tabelle 2 dargestellte Verteilung der Diagnosen (Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit 2012).

Tabelle 2: Verteilung der ICD10-Diagnosen in 17 Institutsambulanzen in Thüringen im Jahr 2010 (Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit 2012)

Parameter	
F0 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen)	5,5 %
F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)	7,8 %
F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen)	17,3 %
F3 (Affektive Störungen)	21,1 %
F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen)	14,1 %
F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)	1,9 %
F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	8,9 %
F7 (Intelligenzminderung)	3,4 %
F8 (Entwicklungsstörungen)	3,8 %
F9 (Vh.- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)	10,1 %
A-Z (Erkrankungen aus anderen Kapiteln des ICD10)	5,6 %

Deutlich wird, dass die Diagnosen in Tabelle 2, analog zur Verteilung der Erstdiagnosen der psychiatrischen Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren (Jahresbericht PIA Kaufbeuren 2010), über das gesamte ICD 10 streuen (vergleiche Tabelle 1), wobei alle Diagnosegruppen vertreten sind. Deutlich wird, dass die meisten Patienten an einer affektiven Störung erkrankt waren, gefolgt von der Anzahl der Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe der Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen.

Die erhöhte Zahl der an einer organischen Störung Erkrankten in der Psychiatrischen Ambulanz des BKH Kaufbeuren resultiert aus der ärztlichen Mitversorgung von Heimen in der Umgebung.

Wenn es um die Entscheidung geht, wo sich ein Patient behandeln lassen möchte, haben die Heimpatienten meist keine Wahl. Ambulante Patienten, sowohl in Bezug auf psychiatrische Institutsambulanzen als auch in Bezug auf Praxen niedergelassener Nervenärzte, machen von ihrer Wahlmöglichkeit Gebrauch. Der Entfernung des Behandlungsortes vom Wohnort kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, wie Meise et al. (1996) in ihrer Untersuchung zur Standortqualität psychiatrischer Einrichtungen nachweisen konnten. Sie erkannten, dass die Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen nachließ, wenn diese vom Wohnort des Patienten nicht innerhalb von 30 bis 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden konnten. Die Autoren führten daher den Begriff der „kritischen Distanzschwelle“ ein und postulierten, dass die kritische Distanzschwelle zwischen Wohn- und Behandlungsort bei einer Wegzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln zwischen 30 und 45 Minuten liegt (Meise et al. 1996).

Neben einer Gruppe mit eingeschränkter Wahlmöglichkeit aufgrund einer Heimunterbringung haben auch Patienten mit einem gerichtlichen Betreuer unter Umständen eine eingeschränkte Wahlmöglichkeit. Diese Patienten werden sehr häufig in psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt (wobei eine Kombination aus Heimunterbringung und einem rechtlichen Betreuer nicht unüblich ist), so dass bei Untersuchungen in PIAs zum Teil über die Hälfte an Studien teilnehmender Patienten einer rechtlichen Betreuung unterliegen (Valdes-Stauber & Kilian 2013a).

Das erste Auftreten psychischer Beschwerden liegt meist einige Jahre zurück, ehe die Betroffenen Hilfe bei ihrem Hausarzt oder niedergelassenen Nervenärzten suchen. Valdes-Stauber und Kilian (2013a) beschrieben in ihrer Stichprobe eine durchschnittliche

Erkrankungsdauer der in der psychiatrischen Institutsambulanz behandelten Patienten von 14 Jahren. Die Erkrankungsschwere, operationalisiert über CGI- und GAF-Werte, ergab bzgl. einer Stichprobe der psychiatrischen Institutsambulanz in Kaufbeuren einen durchschnittlichen GAF-Wert von 47 (SD=14) und einen CGI zur Einschätzung der Erkrankungsschwere von 6 (SD=1) (Valdes-Stauber & Kilian 2013a). Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen von Köster (2005), die in ihrer Stichprobe einrichtungsübergreifend GAF-Werte unterhalb von 50 bei gut der Hälfte aller Patienten der Universitätsklinik Tübingen nachweisen konnte. Lediglich bei 4 % der Stichprobe fanden sich GAF-Werte größer als 70 (ebenda). Der mittlere Schweregrad der Krankheit, operationalisiert über den CGI-Wert betrug in der Stichprobe von Köster (2005) ebenfalls 6 (SD=1), wobei 68 % der erhobenen Patienten in Behandlung der psychiatrischen Institutsambulanz der Universitätsklinik Tübingen „deutlich“ bis „schwer krank“, davon allein 25 % „schwer krank“ (CGI von 7) geratet wurden.

In Bezug auf die Erkrankungsschwere und Behandlungsmotivation wurde in den Niederlanden an 1.464 Patienten über die HoNOS die Erkrankungsschwere und über Eigen- und Behandlerurteil die Motivation bezüglich einer psychiatrischen Behandlung untersucht. Dabei zeigte sich ein paradoxes Ergebnis. So verfügten Patienten mit einer hohen Erkrankungsschwere in beiden Ratings über eine geringere Behandlungsmotivation (Mulder et al. 2013).

Die Erkrankungsschwere hat dabei trotz einer geringeren Behandlungsmotivation Einfluss auf den Versorgungsaufwand. So konnten in der Depressionsbehandlung ansteigende Kosten bezüglich Therapiedauer und Krankheitsschwere nachgewiesen werden (Sohn et al. 2012). Weitere Zusammenhänge bezüglich des Versorgungsaufwandes (hier operationalisiert über die Therapiedauer und die stationär psychiatrische Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit) und der individuellen patientenbezogenen Merkmale, wie die Schwere des psychopathologischen Befundes, der eingesetzten Medikation, der Komplikationen und der Einbindung der Patienten in extramurale Versorgungsstrukturen sowie der allgemeinen Funktionsfähigkeit im alltäglichen Leben konnten auch über Forschungsergebnisse aufgezeigt werden (Huttner 2006). Der Schweregrad der Erkrankung fungierte dabei als wichtiger Prädiktor. Die Ergebnisse der Analyse zur Prädiktion der Wiederaufnahme zeigen, dass ähnlich wie zur Vorhersage der Behandlungsdauer Merkmale der Medikation und der Weiterbetreuung die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme erhöhten bzw. reduzierten (ebenda).

1.5. Untersuchungsfragestellungen und Hypothesen

Die sozialen Sicherungssysteme und das Gesundheitswesen werden mit einem stetig wachsenden Versorgungsbedarf gerade im Bereich psychischer Störungen konfrontiert. Die Ursachen für diese Entwicklung sind multifaktoriell und noch nicht vollständig transparent, wobei die mit dem ansteigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung einhergehende Zunahme von altersassoziierten neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen sicherlich dazu beiträgt (Roth-Sackenheim & Melchinger 2009). Dazu kommt eine gewachsene Sensibilität der Ärzte für psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungsindikationen und eine zunehmende Einforderung von psychiatrischen und insbesondere von psychotherapeutischen Behandlungsleistungen durch die Betroffenen selbst (ebenda), durch die die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in den letzten Jahren stark anstieg (Gaebel & Zielasek 2012).

Dem deutlich wachsenden Versorgungsbedarf steht zwar eine höhere Zahl an Fachärzten gegenüber (Schneider et al. 2012), es ist jedoch fraglich, wie lange die langsamer wachsende Zahl an Psychiatern dem schneller wachsenden Bedarf gerecht werden kann. In ländlichen Regionen scheint die Versorgung bereits als gefährdet (Schneider et al. 2012). Da sich Psychiater auch zum Teil auch aus der psychiatrischen Grundversorgung zurückziehen und sich auf das Gebiet der Psychotherapie konzentrieren (Melchinger et al. 2003), könnten möglicherweise schwerer erkrankte Patienten das Nachsehen haben. Insbesondere Patienten mit einer langjährigen psychiatrischen Erkrankung weisen in ihren psychosozialen Lebensbedingungen, trotz Einführung wirksamer psychopharmakologischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Techniken, auch außerhalb der krankheitsaktiven Phasen oft große Schwierigkeiten bzw. Handicaps auf.

Diese Tatsache macht eine kontinuierliche, in ihrer Intensität jedoch adaptive Behandlung erforderlich, welcher Institutsambulanzen über differenzierte multimodale Komplexleistungen zu entsprechen versuchen. Eine Diskussion über eine Verteilung der Patienten nach dem Schweregrad der Erkrankung dürfte heute relativiert werden, denn psychiatrische Institutsambulanzen behandeln nicht nur Schwerst- und Schwerkranke,

sondern auch Regelpatienten, da die Kapazitäten der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater inzwischen unzureichend sind (Becker et al. 2007). Entgegen dem Selbstverwaltungsauftrag der KV laufe so die ambulante Versorgung Gefahr, vom vertragsärztlichen Sektor nicht mehr sichergestellt zu werden.

Vor diesem Versorgungshintergrund soll in der vorliegenden Studie geprüft werden, in wie weit sich die Patientengruppen, die real in nervenärztlichen Praxen und in PIAs behandelt werden, in Bezug auf Krankheitsschwere und Zufriedenheit mit der Behandlung unterscheiden. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob Patienten, die sich in einer PIA in Behandlung befinden, mehr psychiatrische Leistungen in Anspruch nehmen als Patienten, die sich in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten befinden.

Diese allgemeine Fragestellung kann auf folgende einzelne Aspekte komprimiert werden:

1. Gibt es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den in PIAs und den in nervenärztlichen bzw. psychiatrischen Praxen behandelten Patienten hinsichtlich psychosozialer, klinischer, krankheitsbezogener und versorgungsbezogener Variablen?
2. Gibt es Unterschiede in der Erkrankungsschwere zwischen beiden Patientengruppen?
3. Gibt es relevante Unterschiede hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit dort versorgter Patienten? Lässt sich diese durch ausgewählte Variablen (siehe (1)) tendenziell vorhersagen?
4. Lässt sich die Zuordnung zu einem Behandlungssetting anhand der Patientenprofile (siehe (1)) vorhersagen?
5. Lassen sich differentielle prognostische Inanspruchnahme bzw. Ressourcenverbrauch-Aussagen zwischen PIA und Praxen unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen machen?

Zur Charakterisierung der Patientenstichproben, entsprechend den beiden untersuchten Behandlungssettings, soll in explorativer Hinsicht überprüft werden, ob zwischen den

Patientengruppen Unterschiede des psychosozialen Profils bestehen. Es wird erwartet, dass Patienten, die in der PIA behandelt werden, als Risikofaktor bzw. als Folge schwerer psychischer Erkrankungen, ein ungünstigeres psychosoziales Profil aufweisen.

H_{1a}: Es ergeben sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung, des Alters und der Nationalität keine relevanten Unterschiede. Patienten in der PIA leben häufiger alleine, haben eine schlechtere Schulbildung, seltener einen Berufsabschluss und sind weniger häufig berufstätig, aber häufiger wegen Erwerbsminderung berentet.

H_{1b}: Hinsichtlich der Diagnoseverteilung wird erwartet, dass in PIA behandelten Patienten häufiger an Suchterkrankungen und an psychotischen Erkrankungen leiden.

Die Erkrankungsschwere sollte entsprechend dem Behandlungsauftrag bei in PIAs behandelten Patienten höher sein, wobei sich eine Diskussion über eine Verteilung der Patienten nach dem Schweregrad der Erkrankung heute jedoch erübrigen könnte, sofern die Kapazitäten der niedergelassenen Nervenärzte in der Region überlastet sind. Dabei wird in Studien darauf hingewiesen, dass psychiatrische Institutsambulanzen zunehmend subsidiär Regelpatienten behandeln, da die Kapazitäten der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater inzwischen unzureichend zu sein scheinen (Becker et al. 2007).

H₂: Patienten, die in der psychiatrischen Institutsambulanz behandelt werden, unterscheiden sich hinsichtlich der erhobenen Erkrankungsschwere signifikant von den Patienten, die von niedergelassenen Nervenärzten behandelt werden.

Auf Grund der angenommenen höheren Krankheitsschwere bei in der PIA behandelten Patienten wird erwartet, dass die Inanspruchnahme von Leistungen und damit auch die Behandlungskosten ebenfalls stärker ausfallen. So wird die Behandlung eines Patienten in der Institutsambulanz pauschal zwischen 120 bis 360 Euro pro Quartal vergütet (BAG Psychiatrie in Spengler 2012), bzw. ergibt sich in Bayern im Durchschnitt aller PIA-Behandlungsfälle im Jahr ein durchschnittlicher Fallwert von 218 Euro/Quartal im Jahr 2007 (Melchinger 2008). Die Kosten für Medikamente machen in PIAs im Durchschnitt zusätzlich 270 Euro aus (Jahresbericht BIDAQ).

Demgegenüber stehen den niedergelassenen Nervenärzten für die Behandlung psychisch Kranker Fallhonorare zur Verfügung, die sich bei einem starken Süd-Nord- und West-Ost-Gefälle zwischen Beträgen von 62 Euro bis unter 30 Euro bewegen (Melchinger 2008a). Da jedoch diese Durchschnittskosten einer erheblichen Varianz unterliegen und –

gerade im Hinblick auf vorliegende Untersuchung – Kostenschätzungen auf der Grundlage von Querschnittsdaten der Gefahr von Verzerrungen durch Zufallsschwankungen unterliegen, wie Kilian, Roick und Angermeyer (2003) bzgl. der Bedeutung des Studiendesigns und der Stichprobenauswahl für die Berechnung der Behandlungskosten psychotischer Erkrankungen ausführten, wurde in vorliegender Studie auf eine Erfassung von Kosten verzichtet. Stattdessen wurde der Ressourcenverbrauch über die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen (wie Konsultationen und Medikamentenverschreibungen) erfasst. Es ergibt sich daher folgende Hypothese:

H₃: Patienten der Institutsambulanz nehmen mehr Leistungen in Anspruch als Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten.

Bisher durchgeführte Studien zur Zufriedenheit mit der Behandlung zeigten, dass Patienten in klinikferner, ambulanter psychiatrischer Behandlung zufriedener sind als in psychiatrischer Behandlung in einer Klinik (Henderson et al. 1999; Ruggeri et al. 2006).

Dies könnte möglicherweise mit der akuten Erkrankungsschwere zusammenhängen oder auch mit den wachsenden Freiheitsgraden in der Behandlung bzw. in der Wohnsituation und Gestaltung der eigenen Freizeit. Festgestellt wurde in einer multidimensionalen Untersuchung zur Patientenzufriedenheit von Gruyters (1992), dass die Behandlungsbewertung signifikant mit der psychopathologischen Symptomatik korrelierte und sich mit dieser im zeitlichen Verlauf änderte. So bewerteten Patienten mit ausgeprägten Symptomen bzw. einer höheren Erkrankungsschwere die Behandlung negativer und äußerten mehr Änderungswünsche bezüglich ihrer Behandlung. Diesem Befund entsprechend könnte erwartet werden, dass Patienten in der Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten zufriedener sein müssten, als Patienten in Behandlung der Institutsambulanz.

H₄: Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten sind mit ihrer Behandlung zufriedener als Patienten in Behandlung der psychiatrischen Institutsambulanz.

Es konnte ein Einfluss der Diagnose und der soziodemographischen Variablen auf die Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung gefunden werden (Holikatti et al. 2012), aber auch ein Einfluss der Krankheitsschwere auf die Behandlungszufriedenheit

(Gebhardt et al. 2013). Daher ergab sich in vorliegender Studie auch die Frage nach dem Einfluss dieser Faktoren auf die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung.

H₅: Die Zufriedenheit mit der Behandlung korreliert negativ mit ungünstigem psychosozialem Profil und mit der Krankheitsschwere.

Aus den weiteren Fragestellungen ließen sich die Hypothesen zur Vorhersage des wahrscheinlicheren Behandlungssettings und des Ressourcenverbrauchs ableiten. Die Vorhersage des wahrscheinlichen Behandlungssettings und ein Wissen um den wahrscheinlichen Ressourcenverbrauch kann die Installation von PIAs legitimieren.

H₆: Ein ungünstiges psychosoziales Profil, längere Krankheitsdauer, häufigere Krankenhausaufenthalte, größere Inanspruchnahme der Behandler, Suizidalität und höhere Krankheitsschwere erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in einer PIA behandelt zu werden.

H₇: Die wahrscheinliche Behandlungsdichte und die damit verbundene Inanspruchnahme von Leistungen steigen, entsprechend der Vereinbarung für PIAs, mit einem ungünstigen klinischen Profil und mit der Krankheitsschwere bzw. mit der niedrigeren Funktionalität an.

2 Material und Methoden

Im folgenden Abschnitt werden zu Anfang das Studiendesign und die Stichprobe vorgestellt und im Anschluss daran die Erhebungsinstrumente beschrieben. Es schließt sich eine Beschreibung der praktischen Durchführung der Studie an. Am Ende des Kapitels werden die verwendeten statistischen Methoden vorgestellt.

2.1. Studiendesign und Stichprobe

Die Studie wurde als explorative Querschnittsstudie zur wissenschaftlichen Untersuchung der Versorgung ambulanter, psychiatrischer Patienten im Allgäu durchgeführt. Verglichen werden dabei zwei Patientengruppen:

1. Patienten aus der allgemeinspsychiatrischen Institutsambulanz (Kernambulanz) des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren. Die Patienten wurden konsekutiv und nicht selektiert in die Stichprobe aufgenommen.
2. Patienten aus sieben nervenärztlichen bzw. aus psychiatrischen Praxen aus exakt demselben Einzugsgebiet wie die untersuchte Ambulanz, um die geographische Homogenität der Stichprobe sicherzustellen. Auch diese Patienten wurden konsekutiv und nicht selektiert in die Stichprobe aufgenommen.

Alle niedergelassenen Psychiater, bzw. Nervenärzte, der Region wurden schriftlich und persönlich informiert; mit Ausnahme von zwei Kollegen erklärten sich alle mit der Teilnahme an der Untersuchung einverstanden.

Zur Datengewinnung wurde ein strukturiertes Interview eingesetzt, das neben der Erfassung soziodemographischer Informationen, der vom Patienten benannten Diagnosen und weiterer Informationen zur Behandlung und zum Erkrankungsverlauf zusätzlich auch eine Routinediagnostik umfasste. Neben dem strukturierten Interview wurden zur Erfassung der Erkrankungsschwere bzw. des (sozialen) Funktionsniveaus der Clinical Global Impression Score (CGI), die Health of Nation Outcome Scales (HoNOS-D), die Personal and Social Performance Scale (PSP-Skala) und die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) verwendet. Das Rating wurde bei allen Teilnehmern vom selben klinisch erfahrenen Rater vorgenommen. Darüber hinaus wurde im Rahmen des Interviews die Zufriedenheit mit der Behandlung mittels des standardisierten Fragebogens ZUF 8 erfragt.

An weiteren Informationen wurden von den behandelnden Ärzten die ICD-10-Diagnosen, das Vorliegen einer Betreuung und gegebenenfalls der Betreuungsumfang, die Anzahl der in Anspruch genommenen Konsultationen in den letzten 6 Monaten, etwaige Klinikaufenthalte und die eingesetzte pharmakologische Medikation der teilnehmenden Patienten in Erfahrung gebracht.

Die Studienteilnehmer unterschrieben nach entsprechender Aufklärung neben einer Einverständniserklärung an der Teilnahme der Studie eine Schweigepflichtsentbindung.

Die Daten wurden im Zeitraum von Juni 2010 bis August 2011 bei den niedergelassenen Nervenärzten in ihren jeweiligen Praxen und in der Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren erhoben.

An der Untersuchung nahmen insgesamt 200 Patienten, die sich in psychiatrischer beziehungsweise nervenärztlicher Behandlung befanden, teil. Davon wurden 100 Patienten in der Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren und 100 Patienten in den teilnehmenden Praxen der niedergelassenen Nervenärzte befragt und mit den standardisierten Instrumenten untersucht. Eine Vorauswahl bezüglich der Befragung fand nicht statt. Es wurde, je nach Laufkundschaft innerhalb der Praxen, konsekutiv zwischen zehn und 30 Patienten, die sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten, befragt. Etwa 30 % der Patienten in den Warteräumen lehnte eine Teilnahme an der Studie ab. Die Befragung erfolgte auf freiwilliger Basis einmalig und anonym. Die Patienten wurden dazu von den behandelnden Ärzten und/oder von den Arzthelferinnen, beziehungsweise Sekretärinnen am Empfang gefragt, ob sie an der Befragung teilnehmen wollten und, wenn gewünscht, in den Nebenraum zum Untersuchungsleiter begleitet.

Das Studienprotokoll der Untersuchung wurde durch die Ethikkommission der Universität Ulm unter der Antragsnummer 18/10 begutachtet und genehmigt.

2.2. Standardisierte Erhebungsinstrumente

Im Rahmen der Datenerhebung kamen mehrere Instrumente zum Einsatz. Neben einem Strukturierten Interview (siehe 2.2.1), in dem gängige soziobiographische Informationen

der Patienten und medizinisch-psychiatrische Informationen zur Behandlung, sowohl von Patienten als auch von den zuständigen Ärzten erfragt wurden, wurden auch Informationen, die eine Abschätzung des entstehenden Versorgungsaufwands zulassen, erhoben.

Darüber hinaus wurden die Patienten zur Zufriedenheit mit der Behandlung und mit dem Behandlungssetting, analog zum Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (siehe 2.2.6), befragt. Ein Rating der Erkrankungsschwere und des bisherigen Behandlungsverlaufes wurde über die Clinical Global Impression (siehe 2.2.2), die Global Assessment of Functioning Scale (siehe 2.2.3), die Personal and Social Performance Scale (siehe 2.2.4) und über die Health of Nation Outcome Scales in der deutschen Version (siehe 2.2.5) durchgeführt.

Sämtliche verwendeten Instrumente werden im Folgenden beschrieben und im Anhang B aufgeführt.

2.2.1 Strukturiertes Interview

Um Rückschlüsse auf die Erkrankungsschwere und entstehenden Kosten ziehen zu können und zum Vergleich der Stichproben wurden zwei strukturierte Interviews (siehe Anhang B) verwendet. Das erste wurde zur Befragung der Probanden, das zweite zur Erhebung relevanter medizinischer Informationen eingesetzt.

Das für diese Studie entwickelte strukturierte Interview gliedert sich in zwei Teilbereiche. Im ersten werden die soziodemographischen Informationen, im zweiten die medizinisch-psychiatrischen Informationen erhoben.

Der erste Teil besteht aus einem Fragenkatalog, der das Geschlecht, das Alter, den Familienstand, die Nationalität und die Muttersprache erfragt. Ferner werden Schulbildung, der Berufsabschluss, Art der Arbeit, Ausbildung oder Berentung, der aktuelle berufliche Hintergrund und die Art des Lebensunterhalts in Erfahrung gebracht. Der zweite Teil erfragt die aktuelle Behandlungsdiagnose, unterteilt in Haupt- und Nebendiagnosen, wobei zusätzlich auch eine Nennung der Symptome möglich war. Bei detaillierter Nennung der einzelnen Symptome wurde mit dem Patienten kurz über

mögliche Diagnosen gesprochen, um ihm die Möglichkeit zu geben, sich an seine aktuelle Diagnose zu erinnern.

Die genannten Diagnosen oder Symptomkomplexe wurden im Anschluss in die Cluster „Schizophrenie/Psychotische Störung“, „affektive Störung“, „Substanzabhängigkeit“ und „andere psychiatrische Erkrankung“ sortiert. An weiteren Informationen wurde der Zugangsmodus, ob der Patient beispielsweise aus eigenem Antrieb oder auf Veranlassung von einem Gericht, Hausarzt etc. vorstellig wurde, erhoben. Die Begründung für diese möglicherweise redundant erscheinende Befragung von Arzt und Patient war die Erfassung von relevanten Unterschieden in der diagnostischen Wahrnehmung.

Ferner wurde die Entscheidung für eine Behandlung bei einem bestimmten Nervenarzt oder bei der psychiatrischen Institutsambulanz am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren untersucht. Darüber hinaus wurden das Vorliegen einer Betreuung und gegebenenfalls die Betreuungsbereiche, das (geschätzte) Datum der ersten nervenärztlich/psychiatrischen Behandlung, das erste Auftreten psychischer Beschwerden und die Dauer der aktuellen psychischen Beschwerden erhoben. Weiter wurden die etwaigen stationären Behandlungen in psychiatrischen Kliniken und gegebenenfalls der Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung, die Häufigkeit, der Zeitpunkt und die Dauer der letztmaligen stationären psychiatrischen Behandlung erfragt.

Zur weiteren Abschätzung des Versorgungsaufwandes wurde nach der Anzahl der Arztkontakte in den letzten sechs Monaten und nach den verschriebenen Medikamenten gefragt. Die angegebenen Medikamente wurden in einem zweiten Schritt in Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Anxiolytika/Tranquilizer, Hypnotika, Nootropika und Antidementiva und in sonstige Medikamente unterteilt. Zur weiteren Abschätzung der Krankheitsschwere wurden das Vorliegen von Suizidgedanken und Suizidversuchen im letzten halben Jahr und die Anzahl von Suizidversuchen zeitlebens erhoben.

Im zweiten strukturierten Interview wurden die Angaben der Probanden durch Angaben der Nervenärzte oder der Arzthelfer/innen ergänzt. In diesem Interview wurden neben dem Erstkontakt die Behandlungsdiagnose nach ICD 10, das Vorliegen einer Betreuung, gegebenenfalls die Betreuungsbereiche, die Anzahl der Kontakte in den letzten sechs Monaten, die Anzahl der Klinikaufenthalte in den letzten sechs Monaten und die psychopharmakologische Medikation erhoben. Die Behandlungsdiagnosen wurden

analog zu den von den Probanden erhobenen Diagnosen geclustert, ebenso die Medikation (siehe Anhang B).

2.2.2 CGI (Clinical Global Impression)

Bei der „Clinical Global Impression“ (siehe Anhang B) handelt es sich um eines der weit verbreiteten Fremdbeurteilungsinstrumente in der Psychiatrie (Forkmann et al. 2011), welches Zustände und Veränderungen diagnoseübergreifend valide erfasst (Berk et al. 2008).

Das Verfahren ist änderungssensitiv (NIHM 1970), einfach verständlich und eignet sich gut für den Einsatz in der klinischen Praxis (Bushner & Targum 2007), wobei jedoch die CGI kritisch betrachtet werden muss, insbesondere wenn sie als einziges Ratingverfahren eingesetzt wird (Spielmans & Mc Fall 2006).

Der Proband wird dabei von einem klinisch erfahrenen Psychologen/Psychiater über drei Items geratet. Mit dem ersten Item wird der Schweregrad der Krankheit auf einer siebenstufigen Skala von „überhaupt nicht krank“ bis „gehört zu den extrem schwer Kranken“ eingeschätzt. Mit dem zweiten Item wird die Zustandsveränderung erfasst. Hier wird der Proband, ebenfalls auf einer siebenstufigen Skala von „Zustand ist sehr viel besser“ bis „Zustand ist sehr viel schlechter“ geratet. Mit dem dritten Item wird die Wirksamkeit der Behandlung im Hinblick auf die gewünschten Arzneimittelwirkungen oder therapeutische Wirksamkeit und auf die unerwünschten Wirkungen (Therapierisiken) erfasst.

Die therapeutische Wirksamkeit wird dabei auf einer vierstufigen Skala von „sehr gut – umfassende Besserung. Vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome“ bis „Zustand unverändert oder schlechter“, die unerwünschten Wirkungen ebenfalls auf einer vierstufigen Skala von „keine“ bis „überwiegen die therapeutische Wirksamkeit“ eingeschätzt.

In der vorliegenden Arbeit wurden nach Möglichkeit alle drei Items verwendet, wobei die therapeutische Wirksamkeit aus den Berichten der Probanden bezüglich ihres früheren

Zustandsbildes extrapoliert wurde und ihr daher im weiteren Verlauf der Arbeit wenig Bedeutung beigemessen wird.

2.2.3 GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

Die „Global Assessment of Functioning Scale“ (Saß et al. 2003) ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur zusammenfassenden Beurteilung von psychopathologischen Störungen und Störungen der sozialen Adaption auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit (siehe Anhang B). Dabei werden die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen in einer globalen Beurteilung der drei Funktionsbereiche in einer Skala geratet.

Die eindimensionale Skala reicht von 0 (unzureichende Information) beziehungsweise 1-10 (ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht) bis 91-100 (hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome). Niedrige Werte verweisen auf eine steigende Pathologie und zunehmende soziale Einschränkung, hohe Werte auf eine schwächere Pathologie und geringere soziale Einschränkung.

Die Skala wird dabei in Zehnerschritte aufgeteilt, wobei eine Abschätzung über Zwischenwerte wie z. B. 74 oder 52 möglich und zur exakteren Differenzierung ausdrücklich erwünscht ist.

Im DSM-IV ist die GAF-Skala als diagnostische Achse V enthalten (APA 2000). Darüber hinaus wurde die GAF in der praktischen, täglichen Arbeit in Krankenhäusern für nützlich befunden (Dufton & Siddique 1992) und aufgrund der Korrelationen mit anderen Ratingverfahren als valide (Hilsenroth et al. 2000) und reliabel (Westen et al. 2012) bezeichnet.

2.2.4 PSP-Skala (Personal and Social Performance Scale)

Die „Personal and Social Performance Scale“ ist ein validiertes, reliables, operationales und praktikables Instrument, um das psychosoziale Funktionsniveau von Patienten im Therapieverlauf zu erfassen (Juckel & Laux 2008; Schaub & Juckel 2011; Nafees et al. 2012).

Die Skala wird international eingesetzt und zeigte sich bislang auch als valides Instrument (Apiquian et al. 2009; Brissos et al. 2012; Wu et al. 2013).

Bei der in dieser Untersuchung verwendeten PSP-Skala handelte es sich um die deutsche Übersetzung von Juckel et al. (2008). Dabei werden die Schwierigkeiten des Patienten in den letzten sieben Tagen über die vier Hauptbereiche „sozial nützliche Aktivitäten (a), Arbeit und Studium eingeschlossen“, „persönliche und soziale Beziehungen (b)“, „Selbstpflege (c)“ und „störendes und aggressives Verhalten (d)“ auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt.

Die Rating-Skala der Schwierigkeiten reicht dabei von „abwesend“ über „leicht“, „offensichtlich“, „ausgeprägt“ und schwerwiegend“ bis „äußerst schwerwiegend“, wobei für jeden Bereich Erläuterungen in Bezug auf den Schweregrad angeboten werden. Bereits eine Verbesserung um eine Kategorie der PSP-Skala kann als eine klinisch relevante Veränderung gewertet werden.

Das sich über das Rating ergebende Profil wird in einem weiteren Schritt gemäß den PSP-Auswertungsrichtlinien mittels spezifischer Ankerwerte in einen Gesamtscore umgewandelt. Der Summenscore liefert hinsichtlich der gesamten sozialen Funktionsfähigkeit eines Patienten valide und reliable Informationen. Dabei wird der Summenscore in Zehn-Punkte-Intervallen aus dem Rating der vier Hauptbereiche noch einmal zusätzlich innerhalb des Intervalls geratet, wobei sich eine genauere Abstufung ergibt. Verdeutlicht wird dies in Tabelle 3.

Tabelle 3: Variablen der Personal and Social Performance Scale bzgl. der Erkrankungsschwere (Juckel & Laux 2008)

10-Punkte- Intervall	PSP-Beschreibungen
100–91	Ausgezeichnetes Funktionsniveau in allen vier Hauptbereichen. Er/sie genießt hohes Ansehen aufgrund seiner/ihrer guten Qualitäten, bewältigt Lebensprobleme angemessen, ist eingebunden in eine große Auswahl von Interessen und Aktivitäten
90–81	Gutes Funktionsniveau in allen vier Hauptbereichen, nur gewöhnliche Probleme oder Schwierigkeiten vorhanden
80–71	Leichte Schwierigkeiten in einem oder mehreren Bereichen von a–c
70–61	Offensichtliche, aber keine ausgeprägten Schwierigkeiten in einem oder mehreren Bereichen von a–c oder leichte Schwierigkeiten in d
60–51	Ausgeprägte Schwierigkeiten in einem der Bereiche a–c oder offensichtliche Schwierigkeiten in d
50–41	Ausgeprägte Schwierigkeiten in zwei oder mehr oder schwerwiegende Schwierigkeiten in einem der Bereiche a–c, mit oder ohne offensichtliche Schwierigkeiten in d
40–31	Schwerwiegende Schwierigkeiten in einem und ausgeprägte Schwierigkeiten in wenigstens einem der Bereiche a–c oder ausgeprägte Schwierigkeiten in d
30–21	Schwerwiegende Schwierigkeiten in zwei der Bereiche a–c oder schwerwiegende Schwierigkeiten in d, mit oder ohne Beeinträchtigungen in den Bereichen a–c
20–11	Schwerwiegende Schwierigkeiten in allen Bereichen a–d oder äußerst schwerwiegende in d, mit oder ohne Beeinträchtigungen in den Bereichen a–c. Wenn die Person auf äußere Anregungen reagiert, liegt der Richtwert bei 20–16, wenn nicht bei 15–11
10– 1	Mangel an Autonomie in grundlegenden Funktionen mit extremem Verhalten, aber ohne Selbstgefährdung (Rating 6–10); oder mit Selbstgefährdung, z. B.

Sterberisiko aufgrund von Unterernährung, Dehydratation, Infektionen, Unfähigkeit zum Erkennen offensichtlich gefährlicher Situationen (Rating 5–1)

Bereich: (a) sozial nützliche Aktivitäten Arbeit und Studium eingeschlossen
(b) persönliche und soziale Beziehungen
(c) Selbstpflege
(d) störendes und aggressives Verhalten

Diese Abstufungen ermöglichen ein genaueres und differenzierteres Rating des psychosozialen Funktionsniveaus. Evaluiert und validiert wurde die Skala sowohl bei stabilen als auch bei akuten Patienten. Korrelationsanalysen bestätigten eine gute Validität (Juckel et al. 2008).

2.2.5 HoNOS-D (Health of Nations Outcome Scale)

Die „Health of Nations Outcome Scale“ ist ein international verwendetes Instrument zur differenzierten Erfassung des Schweregrades und der sozialen Funktionsfähigkeit. Die „Health of Nations Outcome Scale“ wurde in Großbritannien entwickelt (Wing et al. 1998) und dort sowie in Australien und in vielen anderen Ländern innerhalb der nationalen Gesundheitsstrategie als „Minimum Data Set“ zur Beurteilung eingesetzt.

Bei den in dieser Studie verwendeten HoNOS-D handelt es sich um die gebräuchliche, deutsche Übersetzung der im englischen Sprachraum verwendeten Health of Nations Outcome Scale (Andreas 2005).

Die deutsche Version der „Health of Nations Outcome Scale“ umfasst dabei 12 Items, die spezifische Problembereiche von Patienten mit psychischen Störungen erfassen. Diese können zu vier Dimensionen (Verhalten, Impairment, Symptome und soziale Funktionsfähigkeit) zusammengefasst werden.

Zu jedem der 12 Problembereiche (überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten, absichtliche Selbstverletzung, problematischer Alkohol- oder

Drogenkonsum, kognitive Probleme, Probleme in Zusammenhang mit der körperlichen Erkrankung oder Behinderung, Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, gedrückte Stimmung, andere psychische und verhaltensbezogene Probleme, Probleme mit Beziehungen, Probleme mit alltäglichen Aktivitäten, Probleme durch Wohnbedingungen, Probleme durch die Bedingungen im Beruf oder Alltag) wird der Proband auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 = kein Problem bis 4 = sehr schweres Problem geratet, vergleiche hierzu Tabelle 4. Item 8 wird dabei noch einmal zusätzlich in die gängigsten psychischen Problembereichen unterteilt, so dass eine differenziertere Einschätzung des schwierigsten psychischen oder verhaltensbezogenen Problems möglich ist. Die hier verwendeten zehn Problembereiche (A-J) decken sich mit der internationalen Klassifikation psychischer Störungen, dem ICD 10, Kapitel V (F). Sollte das schwerste klinische Problem außerhalb der Kategorien liegen, ist eine Spezifikation in eigenen Worten möglich.

Tabelle 4: Kategorien und Items der Health of Nations Outcome Scale in deutscher Sprache (Andreas 2005, S. 90)

Dimensionen	Items	Itembezeichnung der HoNOS – D
Verhalten	Item 1:	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten
	Item 2:	Absichtliche Selbstverletzung (Suizid inkludiert)
	Item 3:	Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum
Impairment	Item 4:	Kognitive Probleme
	Item 5:	Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung
Symptome	Item 6:	Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen
	Item 7:	Gedrückte Stimmung
	Item 8:	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme
		A) Phobisch B) Angst C) Zwangshandlungen/-gedanken

- D) Stress
- E) Dissoziativ
- F) Somatoform
- G) Essen
- H) Schlaf
- I) Sexuell
- J) Andere (spezifizieren)

Soziale	Item 9: Probleme mit Beziehungen
Funktionsfähigkeit	Item 10: Probleme mit alltäglichen Aktivitäten
	Item 11: Probleme durch die Wohnbedingungen
	Item 12: Probleme durch die Bedingungen im Beruf und Alltag

Bei der Einschätzung der Problembereiche bedeutet ein Rating von „0“, dass der Patient in diesem Bereich keine Schwierigkeiten oder Probleme hat, ein Rating von „1“ verweist auf ein kleines Problem, dessen Auswirkungen jedoch keinen klinischen Handlungsbedarf erfordern. Eine Einschätzung von „2“ bedeutet, dass ein leichtes Problem vorhanden ist, das eine Intervention nötig macht, und die soziale Funktionsfähigkeit einschränkt. Ein Rating von „3“ beschreibt ein eher schweres Problem, „4“ ein schweres bis sehr schweres Problem. Ein Rating von „9“ wird gewählt, wenn dem Rater eine Einschätzung des Schweregrades oder des Vorhandenseins nicht möglich ist. Das Glossar für die Beurteilung der HoNOS-D der Arbeitsgruppe für Psychotherapie- und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf erleichtert das Rating der Problembereiche und wurde in vorliegender Arbeit ebenfalls verwendet (Andreas 2005). Darüber hinaus ist es möglich, einen Gesamtscore über alle 12 Items zu bestimmen. Voraussetzung hierfür ist, dass mindestens 10 der 12 Items geratet wurden. Der Gesamtscore wird als globales Maß für die Erkrankungsschwere verwendet.

Es konnte festgestellt werden, dass die HoNOS-D ein praktikables Instrument darstellt und in Bezug auf Praktikabilität und Reliabilität befriedigende Resultate erzielt (Andreas et al. 2007). Eine zufriedenstellende Validität konnte für ein Rating mit den Einzelitems bestätigt werden (Andreas et al. 2010), während der Gesamtscore sich als weniger valide herausstellte.

2.2.6 ZUF-8 (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit)

Der verwendete Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Schmidt & Nübling 2002) ist ein Verfahren zur Erfassung der globalen Patientenzufriedenheit am Ende des Klinikaufenthalts oder einer Behandlung. Das Verfahren wird häufig bei stationären Behandlungen in Rehabilitationskliniken oder Krankenhäusern, bei stationären Psychotherapien bzw. psychosomatischer Rehabilitation zur Erhebung der Zufriedenheit mit der Behandlung verwendet und ist bei Patienten ab etwa 16 Jahre anwendbar.

Der Fragebogen besteht aus acht Items. Diese sind als Fragen formuliert und haben jeweils vier Antwortmöglichkeiten ohne eine „neutrale“ Position. Diese sind „ausgezeichnet“, „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“. Der Patient kann über diese vier Kategorien beurteilen, wie die Qualität und Art der Behandlung war, inwieweit die Klinik/Praxis seinen Bedürfnissen entsprach, ob er sie weiterempfehlen würde, ob das Ausmaß der Hilfe an angemessen war und ob die Behandlung problemspezifisch wirksam war und ob der Patient mit der Behandlung im „Großen und Ganzen“ zufrieden war und ob er die Klinik/Praxis bei erneutem Bedarf wieder aufsuchen würde.

Die einzelnen Fragen haben eine gewisse Augenscheinvalidität (zu den Items vgl. Anhang B). Die Antworten werden jeweils mit 1 bis 4 verrechnet, wobei vier der acht Items (Item 1, 3, 6 und 7) negativ gepolt sind. Nach Umpolung werden alle acht Itemwerte zu dem gesamten Skalenwert ZUF-8 aufsummiert (theoretischer Skalenrange von 8 bis 32). Hohe Skalenwerte kennzeichnen eine große „Zufriedenheit“, niedrige Skalenwerte eine geringe „Zufriedenheit“. Aufgrund seiner Kürze ist der ZUF-8 gut im Rahmen von Routinebefragungen durchführbar.

In den letzten Jahren hat der Fragebogen eine zunehmende Anerkennung als Fragebogen bei der Messung der Patientenzufriedenheit als Screening-Instrument erfahren (Kriz et al. 2008).

Die Skalenkennwerte und die Gütekriterien des ZUF-8 wurden in zahlreichen Studien an großen Patientenstichproben wiederholt analysiert. Die Kennwerte des ZUF-8 erwiesen sich dabei über alle Studien als stabil (Schmidt, Lamprecht & Wittmann 1989; Schmidt et al. 1994; Kriz et al. 2008).

2.3. Beschreibung ausgewählter Variablen

Im folgenden Abschnitt sollen als ausgewählte Variable diejenigen Variablen, die sich als Vergleichspunkte eignen, beschrieben werden. Daher werden im Folgenden die Variablen oder Verfahren beschrieben, die unter den Vergleichspunkten Erkrankungsschwere, Umfang psychiatrischer Leistungen und Zufriedenheit und Motivation zusammengefasst werden können.

2.3.1 Erkrankungsschwere

Aufgrund der Vielzahl verschiedener psychiatrischer Diagnosen, deren Schweregrad über die Ausprägung der jeweiligen Symptome unterschiedlich variiert, ist ein die Diagnosen übergreifendes Rating des Schweregrads nur schwer möglich.

Erste Ansätze zur Schweregradbestimmung gehen auf den Beginn des 19. Jahrhunderts zurück, wobei damals versucht wurde, den Schweregrad einer psychischen Erkrankung über einen biographischen Zugang, nämlich über die Einbettung der Erkrankung in einen lebensgeschichtlichen Kontext, zu erfassen (Roelcke 1999).

Die Erkrankungsschwere ist daher bei psychiatrischen Patienten, ebenso wie bei vielen anderen Erkrankungen, über die Einbußen in der Lebensqualität des Patienten, die klinischen Anzeichen und die Symptome der Erkrankung bestimmbar. Die Lebensqualität kann dabei in die Bereiche materielle Ressourcen, objektives Funktionieren und subjektives Erleben (Katschnig 1994) differenziert werden. Eine psychiatrische Erkrankung beeinflusst dabei oft zunächst vor allem das objektive Funktionieren und subjektive Erleben, erst in zweiter Linie den Bereich der materiellen Ressourcen. Der Schweregrad wird daher meist über zwei Zugänge, mittels Selbsteinschätzung durch den Patienten (subjektives Erleben) und mittels Fremdrating durch eine andere Person, oft auch mit professionellem Hintergrund (objektives Funktionieren), vorgenommen.

Kritisch bleibt anzumerken, dass bislang kein einheitliches, übergreifendes Modell zur Beurteilung des Schweregrads einer psychischen Erkrankung existiert und es noch unklar ist, welche Merkmale essentiell für eine Schweregradbestimmung sein könnten.

Die Erkrankungsschwere wird in vorliegender Arbeit über folgende verschiedenen Parameter bestimmt. Zunächst werden zur Erhebung der Erkrankungsschwere einzelne Items des strukturierten Interviews, ferner die Parameter der Ratinginstrumente HoNOS-D, PSP-Skala, CGI und GAF verwendet.

Hierzu werden aus dem strukturierten Interview Variablen hinsichtlich der Krankheits- und Behandlungsanamnese zur Erfassung der Erkrankungsschwere genutzt. Diese umfassen Interviewdaten hinsichtlich des Vorliegens einer Betreuung, der Dauer der Erkrankung überhaupt, bereits erfolgter stationär-psychiatrischer Aufnahmen in der Vorgeschichte, Zeit seit erster stationär-psychiatrischer Behandlung, Zeit seit letzter stationär-psychiatrischer Behandlung, Dauer der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung und Interviewdaten hinsichtlich der Suizidalität (Suizidgedanken und Suizidversuche im letzten halben Jahr, Anzahl der Suizidversuche im gesamten Leben).

Zur dezidierten Erfassung der Erkrankungsschwere wurden darüber hinaus sämtliche Parameter der Ratingverfahren verwendet. Dabei werden zur Erfassung der Erkrankungsschwere der GAF-Wert und der CGI1-Wert, sowie aus den HoNOS-D alle zwölf Items zuzüglich des Gesamtwertes verwendet. Aus der PSP-Skala werden die Beurteilung der vier Hauptbereiche und der Gesamtscore zur Erfassung der Erkrankungsschwere verwendet.

Es ergeben sich daher in vorliegender Studie 33 Variablen, die eine möglichst umfassende Erhebung der Erkrankungsschwere ermöglichen sollen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Überblick über die berücksichtigten Parameter hinsichtlich der Erkrankungsschwere

Erhebungsinstrument	Variable	Variablenbezeichnung
Strukturiertes Interview	Betreuung:	
	Vorliegen einer Betreuung (Patient)	betr2
	Behandlung:	
	Erstmalige Behandlung	1nerv
	Dauer der Erkrankung	1psyb

	Dauer der aktuellen Beschwerden stationär-psychiatrische Aufnahme in einer Klinik:	2psyb statb
	Zeitpunkt der ersten Behandlung	stat1
	Anzahl der Aufenthalte gesamt	stat2
	Zeit seit letzter stationär- psychiatrischer Behandlung	stat3
	Dauer der letzten stationär- psychiatrischer Behandlung	stat4
	Suizidalität:	
	Suizidgedanken	
	im letzten halben Jahr	sui1
	Suizidversuche im letzten halben Jahr	sui 2
	Anzahl der Suizidversuche im gesamten Leben	sui3
GAF	Global Assessment of Functioning	GAF, GAFord
CGI	Clinical Global Impression	CGI1
PSP	Personal and Social Performance Gesamtwert sozial nützliche Aktivitäten persönliche und soziale Beziehungen Selbstpflege störendes und aggressives Verhalten	PSPscore PSP1 PSP2 PSP3 PSP4
HoNOS-D	HoNOS-D Gesamtwert Verhalten Impairment Symptome Soziale Funktionsfähigkeit	HoNOSges NOS1-3 NOS4, NOS5 NOS6-8 NOS9-12

2.3.2 Umfang psychiatrischer Leistungen

Die Operationalisierung des Umfangs psychiatrischer Leistungen erfolgte über die verschiedenen Variablen, die im Rahmen des strukturierten Interviews erhoben wurden. Unterschieden wurde dabei zwischen Versorgungsvariablen, wie der Anzahl ambulanter psychiatrischer Kontakte im letzten halben Jahr, der Anzahl stationär-psychiatrischer Behandlungen im letzten halben Jahr, der Anzahl verordneter Psychopharmaka aktuell und der Anzahl stationär psychiatrischer Behandlungen bisher, sowie Variablen zur Krankheits- und Behandlungsanamnese, nämlich der Dauer der Erkrankung überhaupt, die vergangene Zeit seit der ersten ambulanten Behandlung, bereits erfolgte stationär-psychiatrische Aufnahme(n) in der Vorgeschichte, die vergangene Zeit seit der ersten stationär-psychiatrischen Behandlung und die vergangene Zeit seit der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung.

Erfasst wurde darüber auch die Diagnose nach ICD10, welche unter Umständen vorsichtige Rückschlüsse auf die vermutlich in Anspruch genommenen Leistungen ermöglicht. So gehört beispielsweise eine „Schizophrenie“ weltweit zu den kostenintensivsten, psychiatrischen Erkrankungen (Knapp et al. 2004), insbesondere im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen (Amaddeo et al. 1997), wobei die Kosten für eine effektive Behandlung über verschiedene Erkrankungen hinweg, um das Zehnfache variieren können (Andrews et al. 2004). Die sich ergebenden Variablen zur Erfassung der psychiatrischen Leistungen aus dem strukturierten Interview sind in Tabelle 6 im Überblick aufgeführt.

Tabelle 6: Berücksichtigte Parameter hinsichtlich des Umfangs psychiatrischer Leistungen

Zuordnung	Variable	Variablenbezeichnung
Versorgungsvariablen:	Dauer der Erkrankung	1psyb, 2psyb
	Zeit seit der ersten ambulanten Behandlung	1nerv
	Zeit seit der ersten stationär-psychiatrischen Behandlung	stat1
	Zeit seit der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung	stat3

	Vorliegen einer Betreuung (Arzt)	betr1
Diagnose:	Diagnose nach ICD 10	hdia1/2, ndia1/2
	Cluster-Diagnosen	cludi1/2
Medikamentöse Versorgung:	Anzahl verordneter Psychopharmaka aktuell	med, clmed-/1
Anzahl der Kontakte / stationären Aufenthalte:	Anzahl ambulanter psychiatrischer Kontakte im letzten halben Jahr	kon, nrkon
	Anzahl stationär-psychiatrischer Behandlungen im letzten halben Jahr	stat5
	Bereits erfolgte stationär-psychiatrische Aufnahme(n) in der Vorgeschichte,	statb
	Anzahl stationär-psychiatrischer Behandlungen	stat2
	Dauer der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung	stat4

2.3.3 Zufriedenheit und Motivation

Die Motivation zur und Zufriedenheit mit der Behandlung wurden über die Fragen nach der Zugangsmodalität und nach Selbst- bzw. Fremdenscheidung hinsichtlich der Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung, der Entscheidung zu einem ausgewählten Setting (Nervenarzt oder psychiatrische Institutsambulanz), über die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung und über den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) erhoben.

Auf die Behandlungsmotivation beziehen sich dabei die Variablen zur Zugangsmodalität und der Selbst- bzw. Fremdenscheidung sowie der Entscheidung über das Behandlungssetting. Die Zufriedenheit wurde über den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) und über die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung und der Wirksamkeit aus der „Clinical Global Impression“ erhoben. Tabelle 7 gibt einen

Überblick über die berücksichtigten Parameter zur Erhebung der Motivation und der Zufriedenheit.

Tabelle 7: Berücksichtigte Parameter hinsichtlich der Motivation und Zufriedenheit mit der Behandlung

Zuordnung	Variable	Variablenbezeichnung
Motivation:	Zugangsmodalität	modus
	Selbst- bzw. Fremdentscheidung	fremd
	Entscheidung des Behandlungssettings	ent
Zufriedenheit:	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit	ZUF1-8, ZUFges (ZUF-8)
	Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung	CGI 2 (CGI)

2.4. Praktische Durchführung der Studie

Bei der praktischen Durchführung des Interviews, der Diagnostik und des Ratings gab es zwischen der generellen Durchführung in den niedergelassenen Nervenarztpraxen und in der Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren keine Unterschiede. In beiden Fällen wurden die jeweils 100 an der Befragung teilnehmenden Patienten im Wartezimmer der jeweiligen Praxis bzw. im Warteraum der Institutsambulanz am Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren rekrutiert. Dabei wurden alle sich im Wartezimmer befindlichen Patienten an den jeweiligen Erhebungstagen befragt, ob sie an einem kurzen Interview teilnehmen wollen.

Insbesondere wurde den Patienten im Wartezimmer zunächst kurz Inhalt, Vorgehensweise und Ziel des Forschungsprojektes erklärt, wobei eine umfassende persönliche Aufklärung vor der Befragung im Nebenzimmer stattfand. Wenn ein Patient sich grundsätzlich zur Befragung bereit erklärte, wurde er vom Untersuchungsleiter ins Nebenzimmer begleitet. Ungefähr 70 % der befragten Patienten, sowohl aus den

niedergelassenen Nervenärztepraxen als auch aus der Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren, waren einverstanden, an der Studie teilzunehmen.

Einige Patienten wurden auch von ihrem behandelnden Nervenarzt am Ende der Sprechstunde gefragt, ob sie nicht Lust hätten, an einer Befragung der Universität Ulm teilzunehmen. Auch die Arzthelferinnen bzw. Sekretärinnen der Institutsambulanz bemühten sich, Teilnehmer für die Studie zu rekrutieren. Hatte sich einer der Patienten zur Befragung bereit erklärt, wurde er entweder von der Arzthelferin/Sekretärin oder dem behandelnden Arzt in einen Nebenraum gebracht, in dem der Untersuchungsleiter wartete.

Zu Beginn der Untersuchung wurde der Patient über Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des Forschungsprojektes aufgeklärt und bekam ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Der Untersuchungsleiter bemühte sich, die auftretenden Fragen nach Kräften zu beantworten. Anschließend hatten die Patienten noch einmal Zeit, sich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden. Entschied sich ein Patient zur Teilnahme am Projekt, dann wurde ihm zu Anfang an Unterlagen eine Einwilligungserklärung bezüglich der Freiwilligkeit seiner Teilnahme, das Merkblatt mit den Teilnehmerinformationen zur Studie und eine Einwilligungserklärung zum Datenschutz, welche auch eine Entbindung von der Schweigepflicht des behandelnden Arztes enthielt, vorgelegt.

Die Einwilligungserklärung (Anhang A), die Teilnehmerinformationen (Anhang A) und die Informationen und Einwilligungserklärung zum Datenschutz (Anhang A), sind in den jeweiligen Anhängen einzusehen. Nachdem der Teilnehmer schriftlich an der Teilnahme am Forschungsprojekt eingewilligt hatte und auch bei der Einwilligungserklärung zum Datenschutz schriftlich zugestimmt hatte, wurde mit der Befragung im Rahmen des strukturierten Interviews begonnen. Nach dem strukturierten Interview wurden nachfolgend der CGI, das HoNOS-D Rating, der ZUF-8, die PSP Skala und die GAF durchgeführt.

Abschließend bedankte sich der Untersuchungsleiter beim Teilnehmer mit einem Schokoladenpräsent.

Anschließend wurde gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der Sprechstundenhilfe/Sekretärin Einsicht in die Patientenakten genommen und der zweite Teil des strukturierten Interview (siehe Anhang B) durchgeführt.

Am Ende des Untersuchungstages bedankte sich der Untersuchungsleiter für die Unterstützung bei den jeweiligen Nervenärzten, Arzthelfer/innen und der Sekretärinnen.

2.5. Angewandte statistische Methoden

Die Antwortbogen der strukturierten Interviews wurden numerisch anonymisiert und in SPSS eingegeben. Zunächst wurde über eine deskriptive Auswertung mit statistischen Kennwerten, wie Häufigkeit, Mittelwert und Standardabweichung etc., eine Charakterisierung der Stichprobe vorgenommen. Die Datenaufbereitung, statistische Auswertung und weitere Analysen erfolgten mit dem Programm SPSS 15.0 für Windows. Eine robuste Schätzung von Regressionsparametern wurde über das Programm STATA durchgeführt.

Bei einer Verteilungsschiefe der Variablen erfolgte eine gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung robuste Schätzung der Standardfehler der Regressionskoeffizienten und Konfidenzintervallen mittels robuster multivariater Regressionsanalyse.

Für Gruppenvergleiche mindestens intervallskalierter Daten wurden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet. Zur Kontrolle der Bedeutsamkeit des gefundenen Effektes wurden Effektstärken berechnet. Das Signifikanzniveau wurde gemäß Konvention auf ein zweiseitiges Signifikanzniveau von 5 % festgelegt, wobei zwischen signifikanten und hochsignifikanten Ergebnissen unterschieden wird. Es wurde als Effektstärke das partielle Eta^2 (η^2) berechnet, welches SPSS bei Berechnung mit ausgibt und bei der Interpretation der Unterschiede insbesondere zwischen kleineren Gruppen wichtigere Informationen enthält als die Signifikanzen. Ein Eta^2 von 0.01 ist als kleiner, ein Eta^2 von 0.06 als mittlerer und ein Eta^2 von 0.14 als großer Effekt zu interpretieren (Pospeschill 2006). Die einfaktorielle Varianzanalyse ist relativ stabil gegenüber der Verletzung der Voraussetzung der Normalverteilung und der Varianzhomogenität. Auch bei unterschiedlichen Gruppengrößen, wie sie in der vorliegenden Arbeit an sich nur im Ausnahmefall (bspw. bei Variablen, die Betreuung oder Medikamente betreffen) erwartet werden, ist nur bei gleichzeitigem Vorliegen von kleinen Gruppengrößen ($n < 10$) und ungleichen Varianzen die Gültigkeit des F-Tests gefährdet (Pospeschill 2006). Die

Varianzgleichheit kann mit dem Levene-Test überprüft werden und es kann als robustes Testverfahren bei ungleichen Varianzen der Welch-Test und gegebenenfalls als post-hoc-Test die Prozedur Games-Howell berechnet werden.

Für Gruppenvergleiche dichotomer oder kategorialer Variablen wird entweder der exakte Chi²-Test oder der exakte Test nach Fisher verwendet. Im Gegensatz zum normalen Chi²-Test testet Fisher's exakter Test nicht asymptotisch und kann interpretiert werden, auch wenn mehr als 20 % der Zellohäufigkeiten unter einem Wert von fünf liegen. Er entspricht der exakten Variante des Chi²-Tests und kann wie dieser interpretiert werden (Bühner & Ziegler 2009). Daher wird der Testwert im Folgenden als χ^2_F bezeichnet.

Die Effektgröße für den exakten Test nach Fisher wird, wie die Effektgröße des Chi²-Tests, nach folgender Formel berechnet und entspricht dem φ -Korrelationskoeffizienten (Bühner & Ziegler 2009):

$$\varphi = \sqrt{\frac{\chi^2}{N}}$$

Dabei ist:

φ = Effektgröße für den Chi²-Test (bzw. den exakten Test nach Fisher)

χ^2 = χ^2 -Wert

N = Anzahl Patienten der untersuchten Gesamtstichprobe

Bei Verwendung von Fisher's exaktem Test wird hier nach einer Empfehlung von Diehl und Staufenbiel (2002) als P-Wert die exakte Signifikanz von φ angegeben.

Effektgrößen mit einem Wert von 0.10 sind als gering, mit einem Wert von 0.30 als mittel und mit einem Wert von 0.50 als groß zu beurteilen (Bühner & Ziegler 2009).

Zur Überprüfung der Vorhersagbarkeit der Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Behandlungssetting werden lineare Regressionsmodelle, zur Vorhersage des Behandlungssettings ein logistisches Regressionsmodell und zur Vorhersage des Ressourcenverbrauchs oder der Inanspruchnahme von Leistungen ebenfalls ein lineares Regressionsmodell berechnet. Dabei wurde sowohl mit der Einschluss- als auch mit der schrittweisen Methode gearbeitet.

Die Leistungsfähigkeit der logistischen Regression wird über die Anpassungsgüte (-2 Log-Likelihood) und die Pseudo R^2 -Statistiken (Cox & Snell, Nagelkerke) erfasst. Dabei messen die R^2 -Statistiken approximativ den Anteil der Variation in der abhängigen Variablen, der durch das Modell erklärt wird (Schendera 2008). Die Verbesserung über die verschiedenen Schritte wird über den Omnibus-Test überprüft.

3 Ergebnisse

Am Anfang dieses Kapitels werden nach einer Charakterisierung der gesamten Stichprobe nach Geschlecht, Alter, Familienstand, Nationalität und Muttersprache sowie Schulbildung, Berufsabschluss, dem aktuellen Beschäftigungsverhältnis, aktuell ausgeübtem Beruf und dem Lebensunterhalt und den vergebenen Diagnosen (unterteilt in Haupt- und Nebendiagnosen) die Ergebnisse aus dem Vergleich der beiden Behandlungssettings in Bezug auf die soziobiographischen Variablen dargestellt.

Anschließend werden die beiden Stichproben hinsichtlich ihrer Behandlungsdiagnosen, also der Diagnoseverteilung, der Komorbidität und diagnostischen Cluster verglichen.

Es erfolgt darauf ein Vergleich der Erkrankungsschwere der beiden Gruppen bezüglich der in 2.3.1 aufgeführten Variablen aus dem strukturierten Interview und den verwendeten Ratingverfahren, CGI, GAF, PSP-Skala und HoNOS-D.

Im Anschluss werden die aus der Behandlung entstehenden Kosten in Bezug auf die Versorgungsvariablen und Diagnosen, die medikamentöse Versorgung und der Anzahl der Kontakte und wichtige Informationen zum Behandlungsverlauf im Hinblick auf stationäre Aufenthalte miteinander über die beiden Gruppen verglichen. Ein weiterer Vergleich der Zufriedenheit mit der Behandlung über die Behandlungssettings wird ebenfalls vorgenommen. Soweit nicht extra aufgeführt, erfolgen die Signifikanzprüfungen auf dem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$.

Darauf folgend werden die Ergebnisse der berechneten Regressionsmodelle hinsichtlich der Vorhersage von Zufriedenheit mit der Behandlung, des Behandlungssettings (Behandlung in einer Nervenarztpraxis oder in der psychiatrischen Institutsambulanz) und eine Vorhersage des entstehenden Ressourcenverbrauchs dargestellt.

3.1. Charakterisierung der Stichproben

Von den 200 Teilnehmern wurden 100 in den Praxen niedergelassener Nervenärzte und 100 in der psychiatrischen Institutsambulanz befragt. Dabei nahmen insgesamt 76 Männer (38,0 %) und 124 Frauen (62,0 %) an der Untersuchung teil. Das durchschnittliche Alter aller Teilnehmer betrug 48.98 Jahre (SD=14.17), wobei die Alterspanne 18 bis 89 Jahre umfasste. Ein signifikanter Altersunterschied zwischen den Geschlechtern lag nicht ($t(198) = .204$, $p = .839$) vor.

78 Teilnehmer (39,0 %) waren zum Erhebungszeitpunkt verheiratet oder mit einem festen Partner liiert, 64 Teilnehmer waren ledig (32,0 %), 43 Teilnehmer (21,5 %) geschieden, fünf Teilnehmer (2,5 %) getrennt lebend und 10 Teilnehmer (5,0 %) verwitwet.

Der Großteil der Teilnehmer ($n = 191$) besaß die deutsche Staatsangehörigkeit (95,5 %), vier hatten die türkische Staatsangehörigkeit (2,0 %) und fünf Personen die Staatsangehörigkeit sonstiger Länder (2,5 %). Befragt zur Muttersprache gaben 176 Teilnehmer die deutsche Sprache (88,0 %), 12 Teilnehmer die türkische (6,0 %), fünf Teilnehmer die russische Sprache (2,5 %) und sieben Teilnehmer verschiedene weitere Muttersprachen an (3,5 %).

Drei Teilnehmer gaben an, die Schule ohne Abschluss verlassen zu haben (1,5 %), 12 gaben an, noch die Schule zu besuchen (6,0 %). Eine Person hatte einen Sonder-/Förderschulabschluss (0,5 %), 93 Teilnehmer hatten einen Hauptschulabschluss (46,5 %), 59 einen Realschulabschluss (29,5 %), 11 Teilnehmer Fachhochschulreife (5,5 %) und 21 Personen gaben an, das Abitur erreicht zu haben (10,5 %).

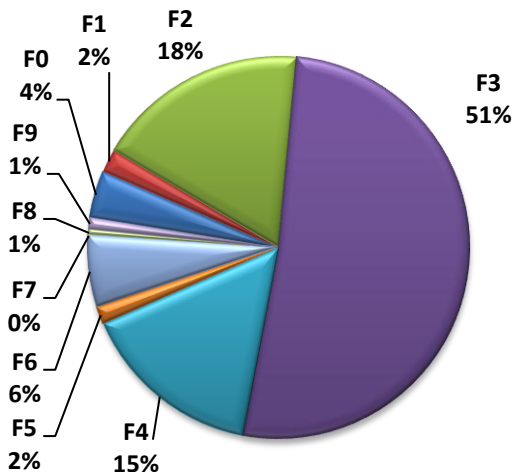
Zur Berufsausbildung befragt teilten 46 Studienteilnehmer mit, keine abgeschlossene Berufsausbildung zu besitzen (23,0 %), 130 Probanden gaben an, eine Berufsausbildung

abgeschlossen zu haben (65,0 %), ein abgeschlossenes Studium (Universität, Fachhochschule, Berufsakademie) konnten 18 Teilnehmer vorweisen (9,0 %), zwei Teilnehmer (1,0 %) befanden sich noch in Ausbildung, zwei weitere (1,0 %) im Studium und zwei weitere Teilnehmer gaben (1,0 %) sonstige Berufsabschlüsse im weitesten Sinne an.

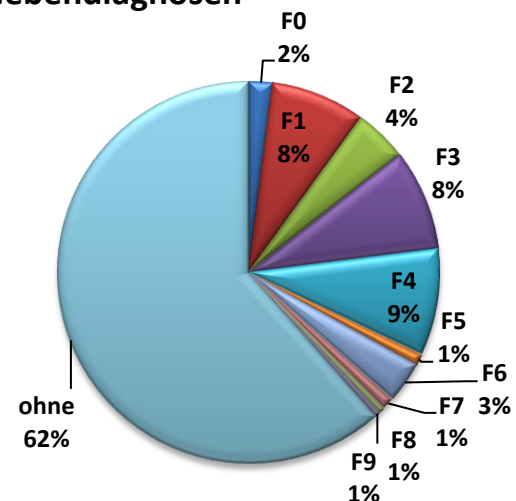
Befragt zur aktuellen Tätigkeit gaben 61 Teilnehmer an, auf dem ersten Arbeitsmarkt, selbstständig oder im Arbeits-/Angestelltenverhältnis (30,5 %) zu arbeiten, eine Person gab an freiwillig unentgeltlich beschäftigt zu sein (0,5 %), sieben Befragte gaben eine geschützte Tätigkeit an (3,5 %) und 25 Personen waren arbeitslos/arbeitssuchend (12,5 %). In der Stichprobe befanden sich ferner sechs Studenten, Schüler und Auszubildende (3,0 %), sieben Hausfrauen/-männer (3,5 %), 31 Teilnehmer im Ruhestand (15,5 %) und 57 Personen mit Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (28,5 %), sowie fünf Personen, die sonstigen Tätigkeiten nachgingen (2,5 %).

Der ehemals oder aktuell ausgeübte Beruf verteilte sich in der befragten Stichprobe auf 20 selbstständige Personen (10,0 %), 43 ausführende (21,5 %), 37 mittlere (18,5 %) und fünf leitende Angestellte (2,5 %), fünf Beamte (2,5 %), 16 ungelernte (8,0 %) und 28 angelernte Arbeiter (14,0 %), 22 Facharbeiter/Meister (11,0 %), sieben Arbeiter in der Landwirtschaft (3,5 %) und 17 Personen mit anderen Berufen (8,5 %). Den Lebensunterhalt verdienen 28,5 % der Stichprobe (57 Personen) durch Gehalt oder Lohn, 43,0 % der Befragten über Rente (86 Teilnehmer), 19,5 % über Sozialleistungen (39 Personen), 5,0 % über familiäre Unterstützung (10 Teilnehmer) und 4,0 % über andere Quellen (8 Personen). Die Verteilung der Haupt- und Nebendiagnosen innerhalb der gesamten Stichprobe, die von den behandelnden Ärzten diagnostiziert wurden, ist in Abbildung 3 dargestellt.

Hauptdiagnosen



Nebendiagnosen



F0 = Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3 = Affektive Störungen
F4 = Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7 = Intelligenzminderung
F8 = Entwicklungsstörungen
F9 = Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 3: Verteilung der Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD 10 in der Gesamtstichprobe

In der Verteilung der Diagnosen fällt bei der Hauptdiagnose ein deutlicher Überhang der affektiven Störungen (ICD 10, F3) auf. Die häufigsten drei Störungsbilder in der Gesamtstichprobe waren die affektiven Störungen, an denen 103 Teilnehmer erkrankt waren, gefolgt von den Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD 10, F2) und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD 10, F4).

Auffallend dabei ist darüber hinaus, dass zu 62 % Einzeldiagnosen vergeben wurden. Bei genauerer Betrachtung zeigte sich, dass 68 Personen der Stichprobe (34 %) als einzige Diagnose, bzw. als Hauptdiagnose ohne Nebendiagnose an einer affektiven Störung (ICD 10, F3) erkrankt waren.

3.1.1 Soziobiographische Informationen

Im Vergleich der Patientengruppe, die bei einem niedergelassenen Nervenarzt behandelt wurde und der Patientengruppe, die in der PIA behandelt wurde, ergaben sich im Hinblick auf die Hypothese 1a, entgegen der Annahme, im soziobiographischen Bereich Unterschiede. Ein t-Test für unabhängige Stichproben zeigte einen signifikanten Altersunterschied zwischen den Patientengruppen ($t(184.565)=-3.700$; $p=.000$).

Patienten, die bei niedergelassenen Nervenärzten in Behandlung waren, waren mit einem Durchschnittsalter von 52,6 Jahren signifikant älter als Patienten in Behandlung der PIA mit einem durchschnittlichen Alter von 45,4 Jahren.

Ein weiterer Unterschied ergab sich durch Überprüfung der Verteilung hinsichtlich des Familienstandes mittels Fisher's exaktem Test ($\chi^2_F (N=200)=33.693$; $p=.000$; $\phi=.406$). So ist neben anderen Informationen aus Abbildung 4 ersichtlich, dass die Teilnehmer aus den Nervenarztpraxen häufiger verheiratet waren, bzw. in einer festen Partnerschaft lebten.

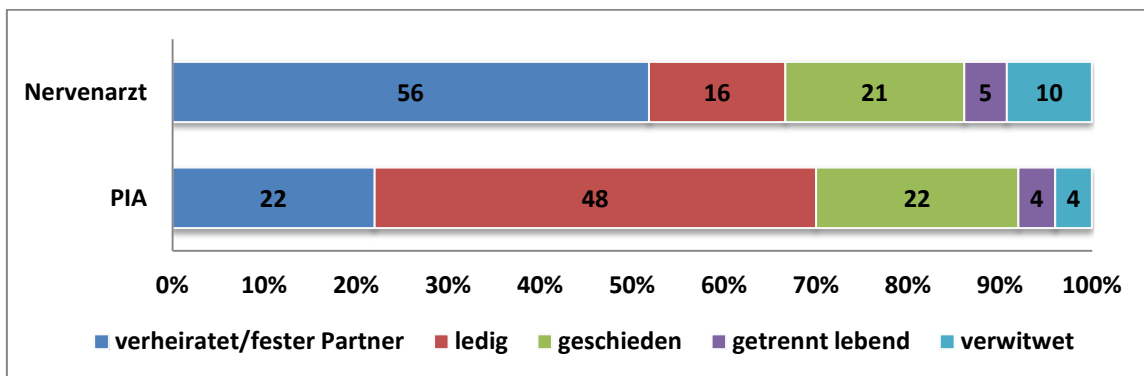


Abbildung 4: Verteilung des Familienstandes zwischen den Gruppen

Ein weiterer signifikanter Unterschied ergab sich in der Verteilung bezüglich der Tätigkeiten zwischen den beiden Gruppen. So zeigte Fisher's exakter Test hinsichtlich der aktuellen Tätigkeit ($\chi^2_F (N=200)=34.290$; $p=.000$; $\phi=.411$) einen deutlichen Unterschied. Analog zu Abbildung 5 arbeiteten deutlich mehr Teilnehmer, die in Nervenarztpraxen befragt wurden, auf dem ersten Arbeitsmarkt oder waren im Ruhestand,

während die Teilnehmer, die in der PIA behandelt wurden, deutlich häufiger Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente bezogen.

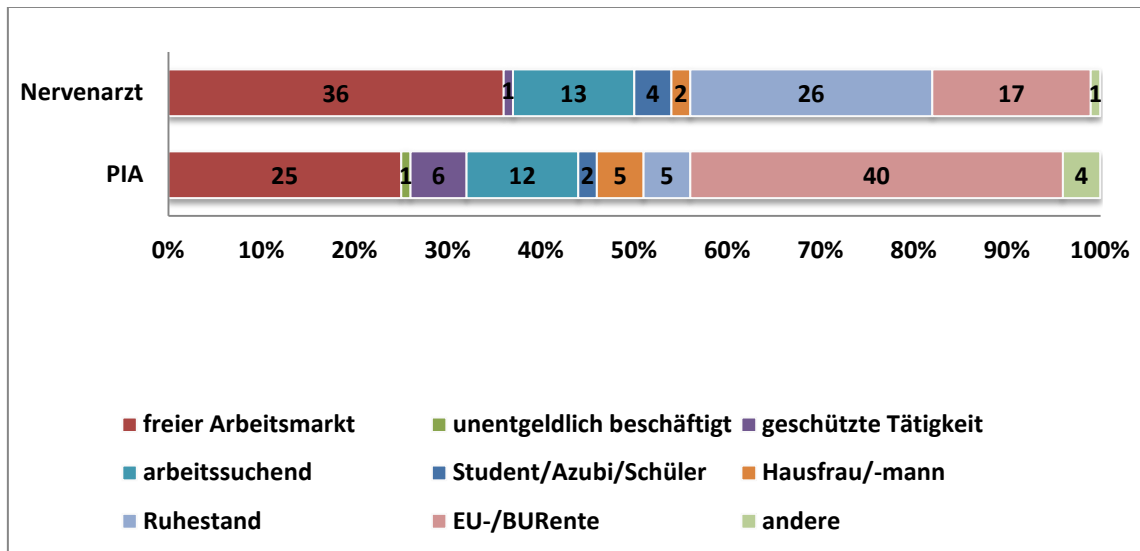


Abbildung 5: Aktuelle Tätigkeit der Teilnehmer

Keine Unterschiede ergaben sich jedoch nach einer Verteilungsüberprüfung mittels Chi² Test bezüglich der Geschlechterverteilung über die beiden Gruppen ($\chi^2(1, N=200)=.764$; $p=.466$). In beiden Gruppen überwiegt die Anzahl der weiblichen Patienten deutlich, wobei sich die Geschlechter über die beiden Behandlungsgruppen ähnlich verteilen. Auch bezüglich der Nationalität ($\chi^2_F(N=200)=1.822$; $p=.445$) und der Muttersprache ($\chi^2_F(N=200)=.503$; $p=.952$) ergaben sich keine Unterschiede. Die überwiegende Mehrheit in beiden Gruppen sind deutsche Staatsbürger und hatten Deutsch als Muttersprache.

Zur Überprüfung etwaiger Bildungsunterschiede wurden die beiden Gruppen hinsichtlich der erzielten Schulabschlüsse (Abitur, Fachhochschulreife, Realschulabschluss, Hauptschulabschluss und Sonder-/Förderschulabschluss) über den Mann-Whitney U-Test miteinander verglichen. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Schulabschluss zwischen den Gruppen ($U=3865.00$; $Z=-1.237$; $p=.216$). Darüber hinaus konnten in Fisher's exaktem Test auch keine Unterschiede bezüglich des Berufsabschlusses ($\chi^2_F(N=200)=2.522$; $p=.844$) oder des gerade oder zuletzt ausgeübten Berufs ($\chi^2_F(N=200)=10.839$; $p=.280$) und des Lebensunterhaltes ($\chi^2_F(N=200)=8.806$; $p=.065$) festgestellt werden.

3.1.2 Behandlungsdiagnosen

Die Behandlungsdiagnosen zwischen den beiden Stichproben können im Hinblick auf Hypothese 1b verglichen werden. Der Vergleich wurde bezüglich der im Interview mit den Patienten erhobene Haupt- und Nebendiagnosen (Diagnosen, die die Patienten glaubten zu haben) und den sich daraus ergebenden diagnostischen Cluster (Schizophrene/Psychotische Störung, affektive Störung, Substanzabhängigkeit und andere psychiatrische Erkrankung) und bezüglich der aus der Befragung der Nervenärzte bzw. aus den Akten ergebenden Haupt- und Nebendiagnosen und der sich daraus ergebenden diagnostischen Cluster vorgenommen.

Zunächst sollen die im Interview mit den Patienten erhobenen Diagnosen verglichen werden. Einen Überblick über die von den Teilnehmern benannten Hauptdiagnosen gibt Abbildung 6.

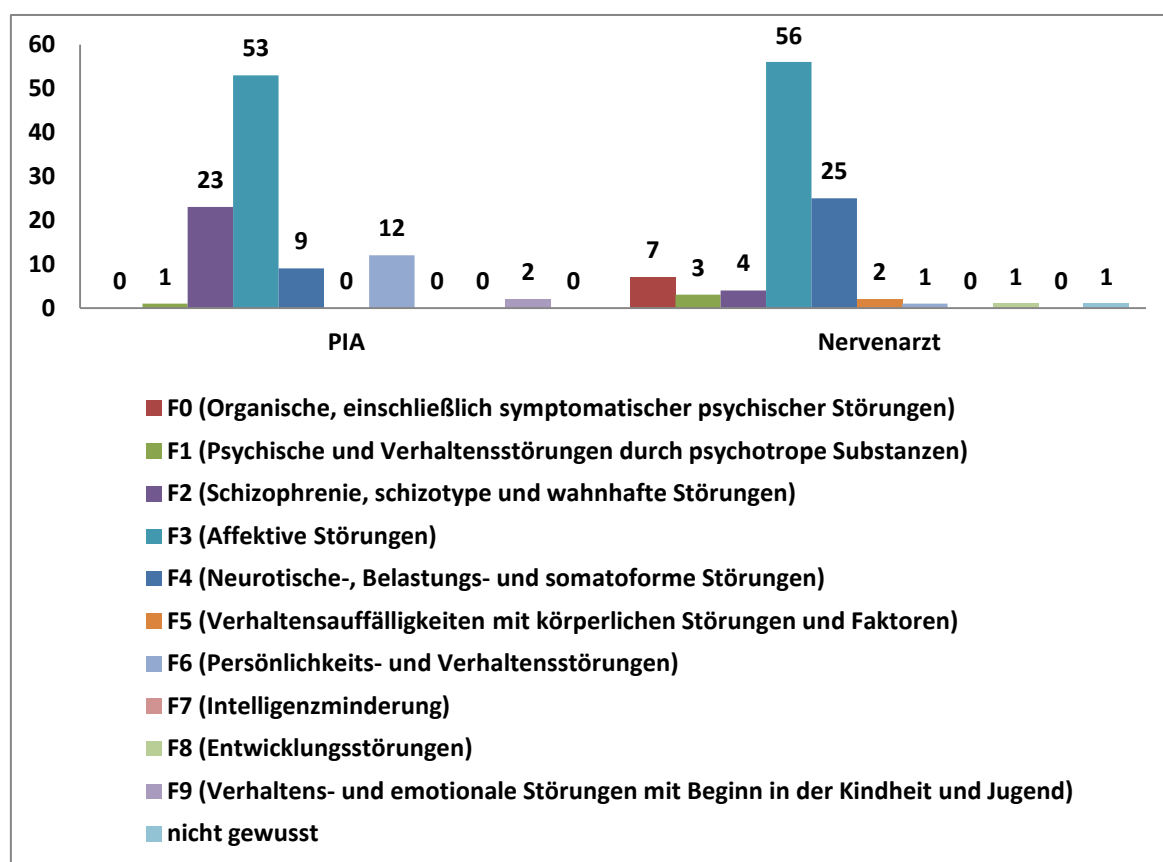


Abbildung 6: Hauptdiagnosen (Teilnehmernennung)

Diesbezüglich ergab Fisher's exakter Test einen signifikanten Verteilungsunterschied (χ^2_F (N=200)=45.068; p=.000; ϕ =.471). Die oben gezeigten Verteilungen unterschieden sich insbesondere durch die vergleichsweise hohe Zahl an psychotischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen bei den Teilnehmern in Behandlung durch Ärzte der PIA und durch die durch die niedergelassenen Nervenärzte behandelten organischen, psychischen und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.

Bezüglich der durch die Teilnehmer angegebenen Nebendiagnosen ergaben sich in Fisher's exaktem Test keine signifikanten Unterschiede (χ^2_F (N=72)=11.044; p=.078), wobei nur 39 Teilnehmer aus der psychiatrischen Institutsambulanz und 33 Teilnehmer aus den Nervenarztpraxen eine Nebendiagnose angaben.

Im diagnostischen Cluster zeigte sich die Verteilung der Hauptdiagnosen. Einen Überblick gibt Abbildung 7.

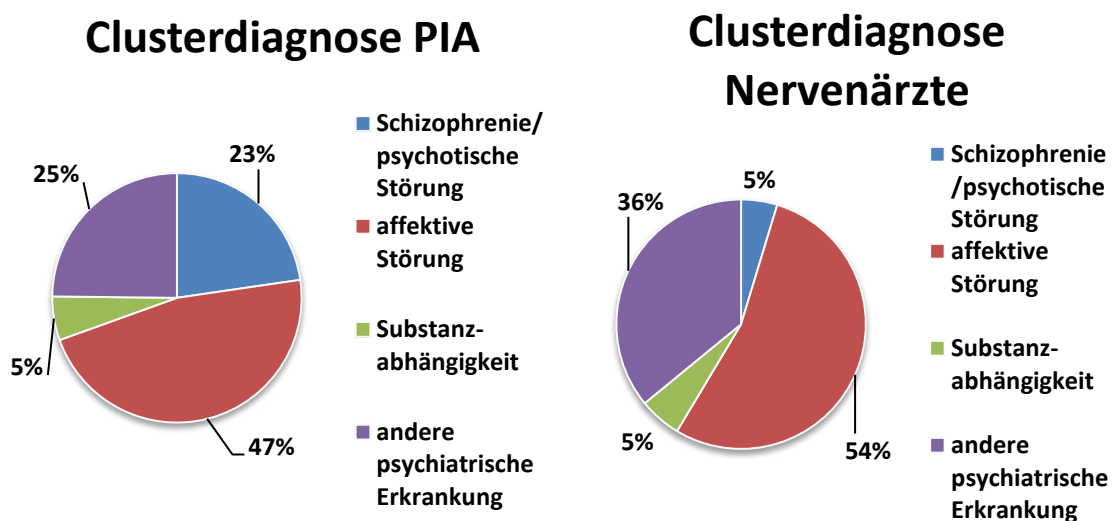


Abbildung 7: Verteilung der Hauptdiagnosen geclustert nach den häufigen Störungsbildern

In beiden Fällen zeigte sich, wie bereits auch in der Charakterisierung der Stichprobe erwähnt, ein deutlicher Überhang affektiver Störungen. Ein signifikanter Unterschied ergab sich hier zwischen den beiden Befragungsgruppen durch Überprüfung mittels χ^2 -Test innerhalb des Diagnoseclusters Schizophrenie/psychotische Störung (χ^2 (1,

N=200)=19.908; $p=.000$; $\varphi=.315$). Weitere χ^2 -Tests ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bzgl. des diagnostischen Clusters der affektiven Störungen (χ^2 (1, N=200)=.205; $p=.763$) und bzgl. des Clusters der Substanzabhängigkeit (χ^2 (1, N=200)=.072; $p=1.000$) sowie bzgl. anderer psychiatrischen Erkrankungen (χ^2 (1, N=200)=2.511; $p=.150$). Bei Datenerhebung der Diagnose durch die behandelnden Ärzte zeigte sich ein ähnliches Bild in der Verteilung (vgl. Abbildung 8).

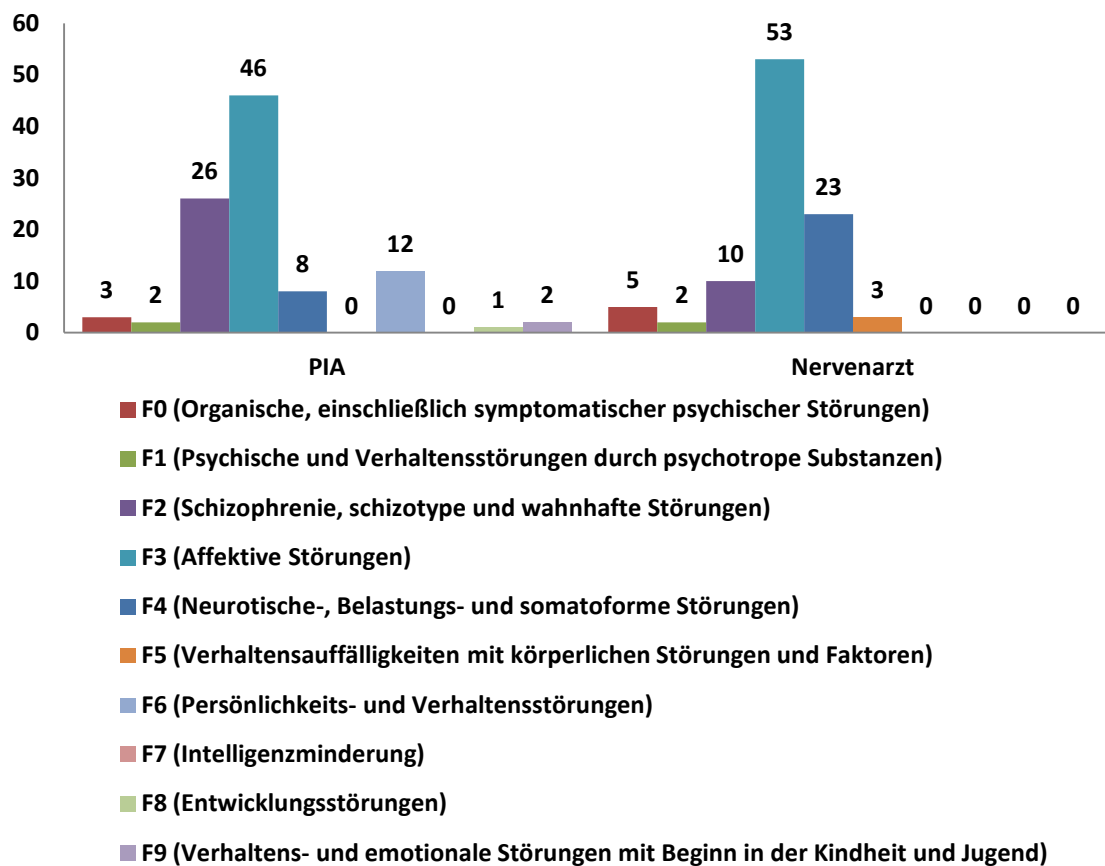


Abbildung 8: Hauptdiagnoseverteilung (Befragung der behandelnden Ärzte)

Fisher's exakter Test ergab einen signifikanten Verteilungsunterschied (χ^2_F (N=200)=35.163; $p=.000$; $\varphi=.413$) zwischen den beiden Teilnehmergruppen. Die angegebenen Verteilungen unterschieden sich, insbesondere durch die vergleichsweise hohe Zahl an psychotischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, bei den Teilnehmern in Behandlung durch Ärzte der PIA. Bei den Teilnehmern in Behandlung

durch die niedergelassenen Nervenärzte überwiegen eine höhere Zahl an Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD10; F4).

In Bezug auf die Nebendiagnosen ergab sich in Fisher's exaktem Test ebenfalls ein signifikanter Unterschied (χ^2_F (N=77)=21.868; p=.001; ϕ =.552). Aus Abbildung 9 wird deutlich, dass in der PIA nebendiagnostisch im Vergleich zu den Nervenärzten häufiger die Nebendiagnose einer Suchterkrankung, einer Schizophrenie oder affektiven Störung gestellt wurde, wobei bei den Diagnosen der Nervenärzte die Nebendiagnose einer organischen psychischen Störung und einer neurotischen Störung häufiger waren. Insgesamt lag nur bei 29 Teilnehmern aus den Nervenarztpraxen, dagegen bei 48 Teilnehmern der psychiatrischen Institutsambulanz, eine Nebendiagnose vor.

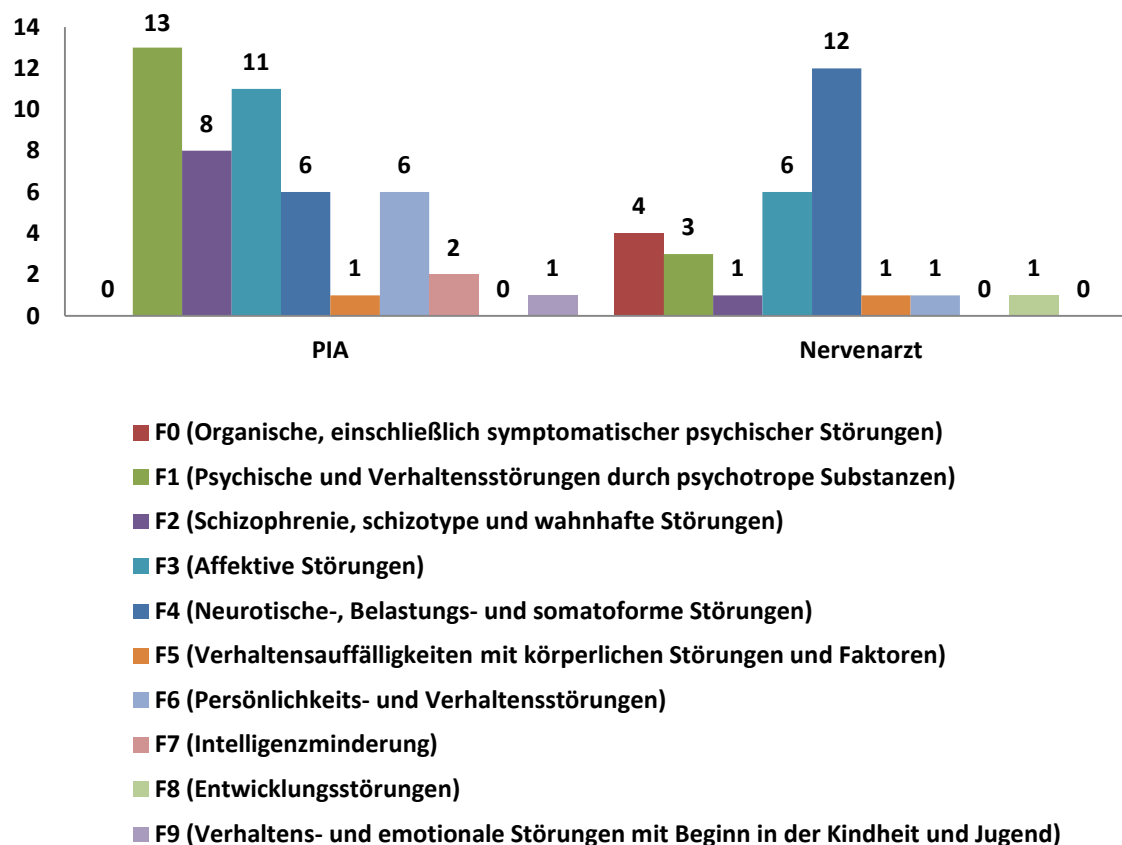


Abbildung 9: Nebendiagnoseverteilungen (Befragung der behandelnden Ärzte)

Bei Überprüfung der vier diagnostischen Cluster mittels χ^2 -Tests zeigte sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Clusters Schizophrenie/psychotische Störung

(χ^2 (1, N=200)=20.903; $p=.000$; $\phi=.323$). So waren Teilnehmer aus der PIA deutlich häufiger an psychotischen Störungen erkrankt als Teilnehmer aus den Arztpraxen. Im Hinblick auf das Cluster der affektiven Störungen konnte mittels χ^2 -Test kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden (χ^2 (1, N=200)=.772; $p=.464$). Diese Diagnose zeigte sich über die beiden Gruppen ähnlich verteilt. Die Clusterdiagnose Substanzabhängigkeit wurde in der PIA signifikant häufiger vergeben (χ^2 (1, N=200)=5.531; $p=.031$; $\phi=.166$), während sich bezüglich der Clusterdiagnose anderer psychiatrischer Erkrankungen kein Unterschied ergab (χ^2 (1, N=200)=.744; $p=.472$). Einen Überblick über die Verteilungen der Cluster verschafft Abbildung 10.

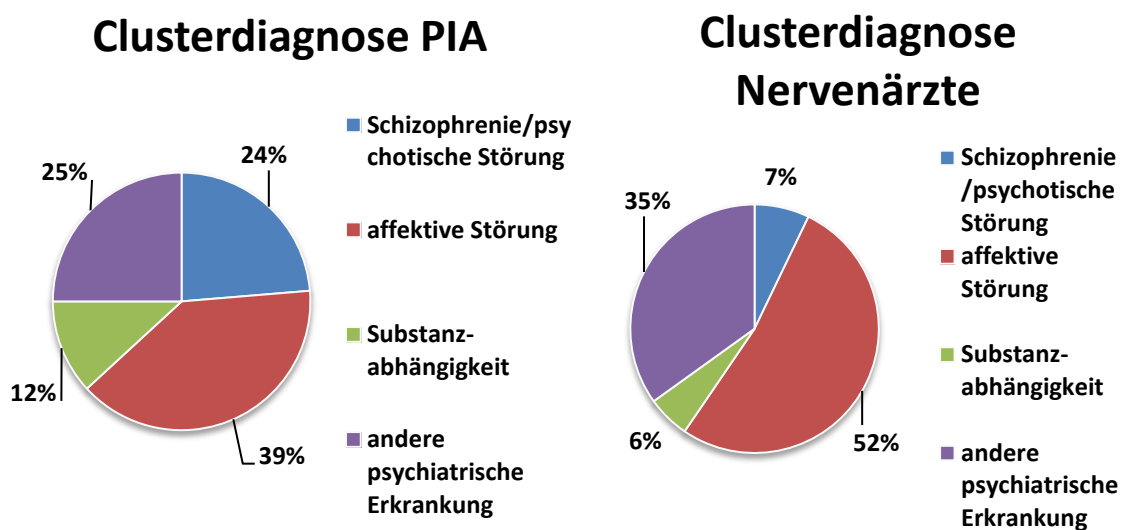


Abbildung 10: Verteilung der ärztlichen Clusterdiagnosen zwischen den Behandlungssettings

3.2. Vergleich der Erkrankungsschwere

Der Vergleich der Erkrankungsschwere soll im Folgenden über relevante Variablen aus dem Interview, der CGI (Clinical Global Impression), der GAF (Global Assessment of Functioning Scale), der PSP-Skala (Personal and Social Performance Scale) und den HoNOS-D (Health of Nation Outcome Scales) erfolgen. Einzelne Variablen aus dem strukturierten Interview werden dabei berücksichtigt, sowohl beim Vergleich bezüglich der Erkrankungsschwere als auch bei der Untersuchung der durch die Behandlung entstehenden Kosten.

3.2.1. Relevante Variablen aus dem Interview

Beide Stichproben sollen nun bzgl. der in 2.3.1. angeführten Variablen aus dem strukturierten Interview verglichen werden. Die Erkrankungsschwere soll aus den Interviewdaten hinsichtlich des Vorliegens einer Betreuung, der Dauer der Erkrankung überhaupt, bereits erfolgter stationär-psychiatrische Aufnahmen in der Vorgeschichte, Zeit seit erster stationär-psychiatrischer Behandlung, Zeit seit letzter stationär-psychiatrischer Behandlung, Dauer der letzten stationär-psychiatrischer Behandlung und Interviewdaten hinsichtlich der der Suizidalität (Suizidgedanken und Suizidversuche im letzten halben Jahr, Anzahl der Suizidversuche im gesamten Leben) geschätzt werden.

Hinsichtlich des Vorliegens einer Betreuung ergab sich ein signifikanter Verteilungsunterschied (χ^2 (1, N=200)=17.786; p=.000; ϕ =.298), wobei 25 % der Teilnehmer in Behandlung der PIA und nur 4 % der Teilnehmer aus den Praxen niedergelassener Nervenärzte unter Betreuung standen. Einen Überblick über die Ergebnisse bezüglich der Erkrankungsschwere aus den Variablen des strukturierten Interviews, die mit Hilfe des exakten Chi²-Tests ausgewertet wurden, verschafft Tabelle 8.

Tabelle 8: Variablen bzgl. der Erkrankungsschwere

Variablen	Gesamt	Praxis	PIA	Kennwerte			
	N (% Gesamt)	N (% Praxis)	N (% PIA)	χ^2	df	p	ϕ
Rechtliche Betreuung (Patient)	29 (14.5%)	4 (4%)	25 (25%)	17.786	1	.000**	.298
Jemals in stationärer Behandlung	118 (59 %)	38 (38 %)	80 (80 %)	36.461	1	.000**	.427
Suizidversuch ja/nein (letzten 6 Monaten)	7 (3.5%)	2 (2%)	5 (5%)	χ^2_F =1.332	-	.445	.082
Suizidgedanken selten/häufig (letzten 6 Monate)	28 (14%) / 32 (16%)	15 (15%) / 8 (8%)	13 (13%) / 24 (24%)	9.543	2	.009**	.218

*=p<.05; **=p<.01**

Die erstmalige nervenärztliche oder psychiatrische Behandlung lag bei den Teilnehmern aus der PIA durchschnittlich bei 16 Jahren und 7 Monaten zurück, bei Teilnehmern aus den Nervenarztpraxen bei 9 Jahren und 10 Monaten. Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergab einen signifikanten Unterschied ($F(1)=18.225$; $p=.000$; $\eta^2=.084$) zwischen den Gruppen. So sind Patienten der PIA durchschnittlich seit einem längeren Zeitraum in nervenärztlicher Behandlung. Einen Überblick über die Ergebnisse bezüglich der Erkrankungsschwere aus den Variablen des strukturierten Interviews, die varianzanalytisch ausgewertet wurden, verschafft Tabelle 9.

Tabelle 9: Variablen bzgl. der Erkrankungsschwere

Variablen	Gesamt	Praxis	PIA	Kennwerte			
	M (s)	M (s)	M (s)	F	df	p	η^2
Zeit seit erster nervenärztlichen Behandlung in Tagen	4834 (4277)	3596 (3854)	6073 (4338)	18.225	1	.000**	.084
Dauer der Erkrankung in Tagen	5210 (4380)	4275 (4218)	6144 (4359)	9.497	1	.002**	.046
Dauer der aktuellen Beschwerden in Tagen	3417 (3823)	2012 (2903)	4822 (4118)	31.126	1	.000**	.136
Zeit seit erster stationär- psychiatrischen Behandlung in Tagen	4873 (3892)	3994 (3594)	5291 (3979)	2.911	1	.091	.024
Anzahl stationärer Behandlungen bisher	5.86 (7.99)	3.18 (4.06)	7.14 (9.04)	6.605	1	.011*	.054
Zeit seit letzter stationär- psychiatrischer Behandlung in Tagen	1869 (2336)	2337 (2962)	1647 (1954)	2.267	1	.135	.019
Dauer der letzten stationär- psychiatrischen Behandlung in Tagen	43.88 (38.80)	37.95 (35.14)	46.70 (40.32)	1.315	1	.254	.011
Anzahl an Suizidversuche bisher	.95 (4.06)	.31 (1.17)	1.59 (5.56)	5.066	1	.025*	.025

*= $p<.05$; **= $p<.01$ ***

Darüber hinaus zeigte sich, dass Patienten der PIA eine signifikant längere Erkrankungsdauer aufwiesen ($F(1)=9.497$; $p=.002$; $\eta^2=.046$) und auch in Bezug auf die Dauer der aktuellen Beschwerden ($F(1)=31.126$; $p=.000$; $\eta^2=.136$) eine signifikant längere Dauer aufwiesen.

Teilnehmer aus der PIA hatten häufiger zumindest eine stationäre Aufnahme in einer psychosomatischen, psychiatrischen oder neurologischen Klinik aus einer psychischen Störung heraus gehabt ($\chi^2(1, N=200)=36.461$; $p=.000$; $\phi=.427$), wobei in der gesamten Stichprobe 59 % der Teilnehmer angaben, bereits mindestens einmal in stationärer Behandlung gewesen zu sein. Der Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung war bei den Teilnehmern aus der PIA, ähnlich wie bei den Teilnehmern aus den Praxen, hier ergab sich kein signifikanter Unterschied in der einfaktoriellen Varianzanalyse ($F(1)=2.911$; $p=.091$). Bezüglich der Gesamtzahl der Aufenthalte konnte nachgewiesen werden, dass Patienten der PIA signifikant häufiger stationär behandelt wurden als Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten ($F(1)=6.605$; $p=.011$; $\eta^2=.054$). Die Zeit seit der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung war bei allen Teilnehmern über die Gruppen hinweg gleich ($F(1)=2.267$; $p=.135$), ebenso die Dauer der letzten stationär-psychiatrischen Behandlung ($F(1)=1.315$; $p=.254$).

Im Hinblick auf die erhobenen Daten bezüglich der Suizidalität konnten Unterschiede festgestellt werden. So unterschied sich die angegebene Häufigkeit von Suizidgedanken im letzten halben Jahr zwischen den beiden Gruppen ($\chi^2(2, N=200)=9.543$; $p=.009$; $\phi=.218$).

24 % der Befragten in der PIA gaben häufige und 13% der Befragten selten auftretende Suizidgedanken in den letzten 6 Monaten an, während die Teilnehmer aus den Nervenarztpraxen nur in 8 % häufig auftretende und in 15% selten auftretende Gedanken angaben. Die Anzahl der verübten Suizidversuche in den letzten 6 Monaten unterschied sich in den beiden Gruppen nicht signifikant ($\chi^2_F(N=200)=1.332$; $p=.445$), die Anzahl der verübten Suizidversuche im gesamten Leben jedoch schon ($F(1)=5.066$; $p=.025$; $\eta^2=.025$), wobei die Effektstärke nach Cohen, 1988 (aus Bühner und Ziegler, 2009) mit „niedrig“ zu bewerten ist.

3.2.2. CGI (Clinical Global Impression)

Die Erkrankungsschwere wird in diesem Ratingverfahren im ersten Item, dem CGI1 oder dem CGI-S (Severity of Illness), in aufsteigenden Schwerestufen von 1 bis 7 erfasst. Innerhalb der Gruppe der Patienten in Behandlung bei einem niedergelassenen Nervenarzt ergab sich ein durchschnittliches Schwere-Rating, analog zur Skala der CGI von 3.88 (ein Rating von vier entspricht der Wertung: „Patient ist nur mäßig krank“), in der Gruppe der Patienten in Behandlung der PIA von 4.80 (ein Rating von fünf entspricht der Wertung: „Patient ist deutlich krank“). Zwischen den beiden Gruppen zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied ($F(1)=37.315$; $p=.000$; $\eta^2=.159$) und ein großer Effekt der Gruppe.

3.2.3. GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

Die Funktionalität, welche über einen Mangel an derselben einen Rückschluss auf die Erkrankungsschwere zulässt, zeigte sich zwischen den beiden Gruppen hochsignifikant verschieden ($F(1)=35.021$; $p=.000$; $\eta^2=.150$).

So variierten die Mittelwerte zwischen den Gruppen zwischen 53.45 in der Gruppe der PIA-Teilnehmer und 63.40 in der Gruppe der Teilnehmer aus Nervenarztpraxen. Dies entsprach einem Unterschied von einer Kategorie im GAF. So entspricht ein Wert von 53.45 der Bewertung der Kategorie „60-51“: mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen). Ein Wert von 63.40 entspricht der Kategorie „61-70“: „einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) oder einige leichte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schule schwänzen oder Diebstahl im Haushalt) aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen“.

In Bezug auf diese Facette der Erkrankungsschwere konnte ein Unterschied nachgewiesen werden.

3.2.4. PSP-Skala (Personal and Social Performance Scale)

Hinsichtlich der über die PSP-Skala erhobenen, psychosozialen Funktionsfähigkeit sind die Ergebnisse in Tabelle 10 im Überblick dargestellt. So ergaben sich bezüglich des Gesamtscores und drei der beschriebenen Problembereiche hochsignifikante Unterschiede zwischen den Behandlungssettings. Kein Unterschied ergab sich bezüglich des Problembereichs „störendes und aggressives Verhalten“ ($F(1)=2.125$; $p=.147$). Hochsignifikante Unterschiede ergaben sich jedoch hinsichtlich der Probleme bei der Selbstpflege ($F(1)=9.412$; $p=.002$; $\eta^2=.045$), hinsichtlich der Probleme in persönlichen und sozialen Beziehungen ($F(1)=22.810$; $p=.000$; $\eta^2=.103$), sowie bei Problemen bei sozial nützlichen Aktivitäten, Arbeit, Studium ($F(1)=15.660$; $p=.000$; $\eta^2=.073$).

Tabelle 10: Varianzanalytische Vergleiche der PSP-Skalen zwischen den Behandlungssettings

Variablen	Gesamt	Praxis	PIA	Kennwerte			
	M (s)	M (s)	M (s)	F	df	p	η^2
PSP - Score	60.68 (13.83)	64.41 (12.92)	56.95 (13.75)	15.629	1	.000**	.073
PSP 1 - Probleme bei sozial nützlichen Aktivitäten, Arbeit, Studium	1.97 (1.17)	1.65 (1.10)	2.28 (1.16)	15.660	1	.000**	.073
PSP 2 - Probleme in persönlichen und sozialen Beziehungen	1.51 (1.11)	1.15 (1.00)	1.86 (1.10)	22.810	1	.000**	.103
PSP 3 - Probleme bei der Selbstpflege	.50 (.78)	.33(.68)	.66 (.83)	9.412	1	.002**	.045
PSP 4 - störendes und aggressives Verhalten	.30 (.63)	.23 (.63)	.36 (.63)	2.125	1	.147	.011

*= $p<.05$; **= $p<.01$ **

Insgesamt unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant hinsichtlich der psychosozialen Funktionsfähigkeit ($F(1)=15.629$; $p=.000$; $\eta^2=.073$). Bei Betrachtung der Effektstärken, dem partialen η^2 wird deutlich, dass die Probleme in persönlichen und sozialen Beziehungen die relativ höchste Effektstärke ergaben, wobei sich die Effektstärken bis auf die Effektstärke bzgl. der PSP 4 durchweg als „mittel“ herausstellten.

3.2.5. HoNOS-D (Health of Nation Outcome Scales)

Die HoNOS-D wurden zur Einschätzung des Schweregrades über die 12 Skalen verwendet, wobei sowohl die Skalenwerte als auch die vier Dimensionen und der Gesamtscore der beiden Gruppen mit Hilfe von einfaktoriellen Varianzanalysen miteinander verglichen wurden. Einen Überblick über die gesamten Vergleiche gibt Tabelle 11.

Tabelle 11: Varianzanalytische Vergleiche der HoNOS-D-Skalenwerte zwischen den Gruppen

Variablen	Gesamt	Praxis	PIA	Kennwerte			
	M (s)	M (s)	M (s)	F	df	p	η^2
HoNOS-D - Score	8.19 (4.33)	6.47 (3.48)	9.90 (4.43)	37.071	1	.000**	.158
Verhalten							
1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	.48 (.90)	.24 (.63)	.68 (1.06)	10.987	1	.001**	.053
2. Absichtliche Selbstverletzung	.13 (.57)	.08 (.46)	.18 (.66)	1.544	1	.215	.008
3. Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	.50 (.85)	.43 (.78)	.57 (.91)	1.357	1	.246	.007

Impairment							
4. Kognitive Probleme	.72 (.99)	.59 (.99)	.84 (.99)	3.196	1	.075	.016
5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	.59 (1.10)	.42 (1.02)	.76 (1.16)	4.837	1	.029*	.024
Symptome							
6. Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen	.37 (.96)	.17 (.65)	.57 (1.16)	9.071	1	.003**	.044
7. Gedrückte Stimmung	1.66 (1.26)	1.45 (1.21)	1.87 (1.28)	5.706	1	.018*	.028
8. Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	1.67 (1.23)	1.38 (1.14)	1.95 (1.24)	11.394	1	.001**	.054
Soziale Funktionsfähigkeit							
9. Probleme mit Beziehungen	.71 (1.05)	.51 (.87)	.91 (1.18)	7.430	1	.007**	.036
10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	.75 (1.01)	.56 (.83)	.93 (1.14)	6.875	1	.009**	.034
11. Probleme durch die Wohnbedingungen	.15 (.46)	.04 (.20)	.25 (.61)	10.765	1	.001**	.052
12. Probleme durch die Bedingungen im Beruf und Alltag	.48 (.83)	.57 (.89)	.39 (.75)	2.388	1	.124	.012
*=p<.05; **=p<.01**							

So zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des HoNOS-D-Gesamtscores ($F(1)=37.071$; $p=.000$; $\eta^2=.158$) mit einer mittleren, fast hohen Effektstärke. Die Teilnehmer, die bei niedergelassenen Nervenärzten in Behandlung waren, waren deutlich weniger schwer erkrankt. Bei genauerer Analyse der vier Bereiche der HoNOS-D, Verhalten, Impairment, Symptome und soziale Funktionsfähigkeit zeigten sich insbesondere in den Bereichen Symptome und soziale Funktionsfähigkeit hochsignifikante und signifikante Unterschiede.

So zeigten sich hinsichtlich Item 6 bzgl. der Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ($F(1)=9.071$; $p=.003$; $\eta^2=.044$), Item 7 (Gedrückten Stimmung) ($F(1)=5.706$; $p=.018$; $\eta^2=.028$) und in Bezug auf Item 8 (Anderen psychischen und verhaltensbezogenen Problemen) ($F(1)=11.394$; $p=.001$; $\eta^2=.054$). Die Patienten in Behandlung der PIA zeigten deutlich mehr Probleme mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, eine gedrücktere Stimmung und mehr andere psychische und verhaltensbezogene Probleme. Bei varianzanalytischer Betrachtung der sozialen Funktionsfähigkeit imponierten die hochsignifikant schwereren Probleme mit Beziehungen ($F(1)=7.430$; $p=.007$; $\eta^2=.036$), mit alltäglichen Aktivitäten ($F(1)=6.875$; $p=.009$; $\eta^2=.034$) und durch die Wohnbedingungen ($F(1)=10.765$; $p=.001$; $\eta^2=.052$) der Patienten, die in der PIA behandelt wurden. Gleichschwere Probleme ergaben sich durch die Bedingungen im Beruf und Alltag ($F(1)=2.388$; $p=.124$).

An Verhaltensunterschieden konnte zwischen den Gruppen nur ein hochsignifikant stärkeres überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten in der Gruppe der PIA-Teilnehmer festgestellt werden ($F(1)=10.987$; $p=.001$; $\eta^2=.053$). Bzgl. weiterer Verhaltensitems der HoNOS-D, wie „Absichtliche Selbstverletzung“ ($F(1)=1.544$; $p=.215$) und „Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum“ ($F(1)=1.357$; $p=.246$) ergaben sich keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Patienten der PIA zeigten hochsignifikant mehr Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung ($F(1)=4.837$; $p=.029$; $\eta^2=.024$), ansonsten ergaben sich keine weiteren Unterschiede im Bereich Impairment, bzgl. kognitiven Problemen ($F(1)=3.196$; $p=.075$).

Zusammenfassend konnte im Bereich der HoNOS-D eine durchschnittlich um 3.5 Punkte höhere Erkrankungsschwere der Teilnehmer in Behandlung der PIA festgestellt werden. Dieser Unterschied konnte auf Unterschiede im Bereich der Symptombelastung (Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, der gedrückten Stimmung, anderer psychischer und verhaltensbezogener Probleme) und der sozialen Funktionsfähigkeit (schwerere Probleme mit Beziehungen, alltägliche Aktivitäten und durch Wohnbedingungen) zurückgeführt werden. Weiter zeigten sich mehr Probleme der Patienten in Behandlung durch die PIA in Zusammenhang mit körperlichen Erkrankung oder Behinderungen und durch überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten.

3.3. Vergleich der Inanspruchnahme von Leistungen

Ein Vergleich der entstehenden Kosten war leider aus den erhobenen Daten nur indirekt möglich. Da es außer Frage steht, dass eine Behandlung in der Institutsambulanz für die Kostenträger teurer ist und auch in Bezug auf die bereitgestellten Ressourcen zur Behandlung deutlich aufwendiger ist (Melchinger 2008a; BAG Psychiatrie in Spengler 2012), wurde im Folgenden der durchschnittliche Ressourcenverbrauch über ausgewählte Versorgungsvariablen aus dem strukturierten Interview durchgeführt und die medikamentöse Versorgung zwischen den beiden Gruppen verglichen. Darüber hinaus wurde die Anzahl der Kontakte mit dem behandelnden Arzt und der stationären Aufenthalte erhoben und untersucht.

3.3.1. Versorgungsvariablen inklusive medikamentöser Behandlung

An Versorgungsvariablen wurden die Erkrankungsdauer, die Zeit seit der ersten (ambulant) Behandlung und die Zeit seit der ersten und der letzten stationären Behandlung untersucht.

Darüber hinaus wurde aus den ärztlichen Informationen das Vorliegen einer Betreuung und die Anzahl der verordneten Psychopharmaka aktuell (ärztliche Information) und die Anzahl der eingenommenen Psychopharmaka (Information von den Patienten) und die Art der verschriebenen Medikamente (ärztliche Information) und die Art der eingenommenen Medikamente (Information von den Patienten) analysiert. Tabelle 12 stellt die varianzanalytischen Ergebnisse, Tabelle 13 die mittels exakten χ^2 -Tests ausgewerteten Ergebnisse hierzu im Überblick dar.

Tabelle 12: Varianzanalytischer Vergleich von Versorgungsvariablen

Variablen	Gesamt	Praxis	PIA	Kennwerte			
	M (s)	M (s)	M (s)	F	df	p	η^2
Zeit seit der ersten nervenärztlichen / psychiatrischen Behandlung	4834 (4277)	3596 (3854)	6073 (4338)	18.225	1	.000**	.084
Zeit seit der ersten stationären Behandlung	4873 (3892)	3994 (3594)	5291 (3979)	2.911	1	.091	.024
Zeit seit der letzten stationären Behandlung	1869 (2336)	2337 (2962)	1647 (1954)	2.267	1	.135	.019
Anzahl der Betreuungsbereiche (Arzt)	4.93 (2.42)	7.00 (.00)	4.68 (2.45)	2.613	1	.118	.091
Anzahl verordneter Psychopharmaka	2.02 (1.23)	1.77 (1.14)	2.26 (1.28)	8.170	1	.005**	.040
Anzahl eingenommener Psychopharmaka	2.17 (1.51)	1.82 (1.10)	2.52 (1.77)	11.342	1	.001**	.054

*=p<.05; **=p<.01**

Bei Betrachtung der weiteren Versorgungsvariablen zeigte sich bei den Teilnehmern aus der PIA eine durchschnittlich längere Gesamtbehandlungsdauer, angefangen bei einer durchschnittlich ersten nervenärztlich/psychiatrischen Behandlung von vor 16.6 Jahren im Vergleich zu einer Behandlungsdauer von 9.8 Jahren bei Teilnehmern in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten ($F(1)=18.225$; $p=.000$; $\eta^2=.084$). Interessanterweise ergaben sich jedoch in Bezug auf die stationären Behandlungen keine signifikanten Unterschiede. So variierte die Zeit seit der ersten ($F(1)=2.911$; $p=.091$) und seit der letzten stationären Behandlung ($F(1)=2.267$; $p=.135$) in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus zwischen den beiden Gruppen nicht.

Es konnte bei Analyse der Betreuungsvariablen festgestellt werden, dass Patienten in Behandlung der PIA hochsignifikant häufiger unter Betreuung standen ($\chi^2(1, N=200)=17.786$; $p=.000$; $\phi=.298$) (vgl. Tabelle 13), wobei sich die Anzahl der Betreuungsbereiche nicht signifikant unterschied ($F(1)=2.613$; $p=.118$) (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 13: Kreuztabellarischer Vergleich von medizinischen Versorgungsvariablen

Variablen	Gesamt N (% Gesamt)	Praxis N (% Praxis)	PIA N (% PIA)	χ^2	Kennwerte df	p	φ
Rechtliche Betreuung (Arzt)	29 (14.5%)	4 (4%)	25 (25%)	17.786	1	.000**	.298
Eingenommene Medikamente:							
Neuroleptika	67 (33.5%)	8 (8%)	59 (59%)	58.377	1	.000**	.540
Antidepressiva	127 (63.5%)	68 (68%)	59 (59%)	1.747	1	.240	-.093
Phasenprophylaktika	27 (13.5%)	6 (6%)	21 (21%)	9.634	1	.003**	.219
Anxiolytika/Tranquilizer	28 (14%)	16 (16%)	12 (12%)	.644	1	.542	-.058
Hypnotika	22 (11%)	6 (6%)	16 (16%)	5.107	1	.040*	.160
Nootropika/Antidementiva	3 (1.5%)	3 (3%)	0 (0%)	χ^2_F =3.046	1	.081	-.123
Sonstige	44 (22%)	22 (22%)	22 (22%)	.000	1	1.000	.000
Verschriebene Medikamente:							
Neuroleptika	67 (33.5%)	9 (9%)	58 (58%)	53.888	1	.000**	.519
Antidepressiva	128 (64%)	70 (70%)	58 (58%)	3.125	1	.105	-.125
Phasenprophylaktika	38 (19%)	5 (5%)	33 (33%)	25.471	1	.000**	.357
Anxiolytika/Tranquilizer	32 (16%)	12 (12%)	20 (20%)	2.381	1	.176	.109
Hypnotika	22 (11%)	9 (9%)	13 (13%)	.817	1	.249	.064
Nootropika/Antidementiva	4 (2%)	4 (4%)	0 (0%)	χ^2_F =4.082	1	.121	-.143
Sonstige	27 (13.5%)	16 (16%)	11 (11%)	1.070	1	.204	-.073

*=p<.05; **=p<.01**

Deutliche Unterschiede ergaben sich vor allem in der pharmakologischen Behandlung. Dabei wurde zwischen den von den behandelnden Ärzten verschriebenen Medikamenten und der spontanen Angaben der Interviewten unterschieden. Teilnehmer aus der PIA gaben an, signifikant mehr Medikamente zu nehmen ($F(1)= 11.342$; $p=.001$; $\eta^2=.054$), was durch die Angaben der behandelnden Ärzte bzgl. der Anzahl der verordneten Psychopharmaka bestätigt wurde ($F(1)= 8.170$; $p=.005$; $\eta^2=.040$).

Bei differenzierter Betrachtung der verordneten Medikamente wurde festgestellt, dass insgesamt am häufigsten Antidepressiva (64 %) und Neuroleptika (33,5 %) verordnet wurden. Dabei wurden Patienten der PIA hochsignifikant häufiger mit Neuroleptika behandelt (χ^2 (1, N=200)= 53.888; p=.000; ϕ =.519) und nahmen diese auch hochsignifikant häufiger ein (χ^2 (1, N=200)= 58.377; p=.000; ϕ =.540), während Antidepressiva in beiden Gruppen ähnlich häufig verschrieben (χ^2 (1, N=200)= 3.125; p=.105) und eingenommen wurden (χ^2 (1, N=200)= 1.747; p=.240). Auch Phasenprophylaktika wurden häufiger zur Behandlung von Patienten der PIA genutzt (χ^2 (1, N=200)= 25.471; p=.000; ϕ =.357) und von diesen zur Behandlung ihrer Erkrankung verwendet (χ^2 (1, N=200)= 9.634; p=.003; ϕ =.219).

Die Verschreibung anderer Psychopharmaka wie Anxiolytika/Tranquilizer (χ^2 (1, N=200)= 2.381; p=.176), Hypnotika (χ^2 (1, N=200)= .817; p=.249), Nootropika/Antidementiva (χ^2_F (N=200)= 4.082; p=.121) und die Restkategorie der sonstigen Psychopharmaka (χ^2 (1, N=200)= 1.070; p=.204) unterschied sich zwischen den Patienten beider Gruppen nicht signifikant. Auch konnte bzgl. der Einnahme von Anxiolytika/Tranquilizer (χ^2 (1, N=200)=.644; p=.542), Nootropika/Antidementiva (χ^2_F (N=200)= 3.046; p=.081) und der Restkategorie der sonstigen Psychopharmaka (χ^2 (1, N=200)= .000; p=1.000) über die Gruppen der Teilnehmer in Behandlung von niedergelassenen Nervenärzten und Teilnehmern in Behandlung von Ärzten in der PIA kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Hinsichtlich der Einnahme von Hypnotika konnte gezeigt werden, dass diese trotz ähnlicher Verschreibungshäufigkeit (s.o.) signifikant häufiger von Patienten der PIA zur Behandlung von Schlafstörungen verwendet wurden (χ^2 (1, N=200)= 5.107; p=.040; ϕ =.160).

3.3.2. Anzahl der Kontakte und stationären Aufenthalte

Bei Untersuchung der Kontakthäufigkeit zeigte sich, dass Patienten in Behandlung der PIA hochsignifikant mehr therapeutische Kontakte hatten als Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten ($F(1)=18.951$; p=.000; η^2 =.087), wobei Patienten der PIA durchschnittlich 13, Patienten der Nervenarztpraxen durchschnittlich 3 Kontakte im

halben Jahrangaben. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Angaben der behandelnden Ärzten ($F(1)=54.025$; $p=.000$; $\eta^2=.214$), wobei Patienten der PIA durchschnittlich 12, Patienten der Nervenarztpraxen 4 therapeutische Kontakte im halben Jahrangaben.

Teilnehmer in Behandlung der PIA hatten hochsignifikant mehr stationäre Behandlungen im letzten halben Jahr als Patienten in Behandlung niedergelassener Nervenärzte ($F(1)=10.738$; $p=.001$; $\eta^2=.051$), wobei erstere mit höherer Wahrscheinlichkeit schon einmal in ihrem Leben in stationärer Behandlung waren ($\chi^2(1, N=200)=36.461$; $p=.000$; $\phi=.427$) und auch signifikant mehr stationäre Behandlungen in ihrer Vorgeschichte vorweisen konnten ($F(1)=6.605$; $p=.011$; $\eta^2=.054$). So gaben von insgesamt 118 Teilnehmern (59 %) 80 Teilnehmer der PIA und 38 Teilnehmer in Behandlung von niedergelassenen Nervenärzten an, schon einmal in ihrem Leben stationär psychiatrisch oder psychosomatisch behandelt worden zu sein. Die Dauer der letzten stationären Behandlung variierte dabei von einem bis zu 190 Tagen, wobei die Behandlungsdauer innerhalb der PIA-Teilnehmer von einem bis 190 Tagen bei einem Durchschnitt von 47 Tagen, die Behandlungsdauer der letzten stationären Behandlung bei Praxis-Teilnehmern bei einem Durchschnitt von 38 Tagen bis zu 150 Tage umfassen konnte.

Hinsichtlich der Dauer der letzten stationär-psychiatrischer Behandlung ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($F(1)=1.315$; $p=.254$).

3.4. Zufriedenheit

Bezüglich der Motivation und der Zufriedenheit mit der Behandlung wurden die Zugangsmodalität, Selbst- bzw. Fremdentcheidung, die Entscheidung des Behandlungssettings und die Items des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit und der ZUF-Gesamtscore sowie die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (CGI2) untersucht. Die Vorhersage wurde hinsichtlich des ZUF-Gesamtscores vorgenommen.

3.4.1 Zufriedenheitsunterschiede

Bezüglich der Zugangsmodalität ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (χ^2_F (N=200)=13.670; $p=.019$; $\phi=.266$). Die unterschiedlichen Verteilungen sind in Abbildung 11 dargestellt.

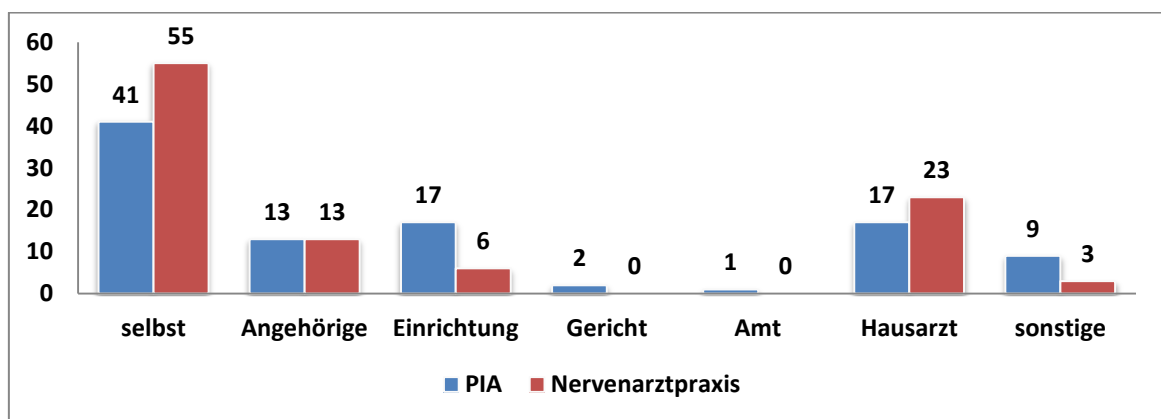


Abbildung 11: Verteilung der Zugangsmodalität

Bezüglich der Selbst- oder Fremdenscheidung, eine psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen, ergaben sich zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede (χ^2 (1, N=200)= 3.926; $p=.066$), da sich in der Gruppe der nervenärztlichen Teilnehmer 55 Personen von sich aus in Behandlung begaben und in der Gruppe aus der psychiatrischen Institutsambulanz 41 Teilnehmer.

Die Entscheidung für die Behandlung bei einem bestimmten Nervenarzt oder in der PIA wurde in beiden Gruppen (χ^2 (3, N=200)=2.166; $p=.549$) nicht signifikant unterschiedlich zu 33,5% durch die Überweisung, zu 27,5 % auf Empfehlung und zu 23,5 % durch die Nähe zum Wohnort und zu 15,5 % durch andere Faktoren bestimmt.

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Behandlung wurde der ZUF-8 durchgeführt. In der Gesamtbeurteilung der Behandlungssettings ergaben sich keine signifikanten Unterschiede ($F(1)=2.591$; $p=.109$) zwischen den beiden Settings. Insgesamt ergab sich eine durchschnittliche Zufriedenheit mit der Behandlung von 30.2 Punkten in der ZUF-8-Gesamtscore, was einem Bewertungsdurchschnitt von 3.77, also einer

„ausgezeichneten“ Bewertung, entsprach. Offensichtlich schienen die befragten Teilnehmer mit der ärztlichen Behandlung sehr zufrieden zu sein. Einen Überblick über die Einzelergebnisse gibt Tabelle 14.

Tabelle 14: Varianzanalytische Vergleiche der ZUF-8 Bewertungen

Variablen	Gesamt	Praxis	PIA	Kennwerte			
	M (s)	M (s)	M (s)	F	df	p	η^2
Zufriedenheit mit der Behandlung (ZUF-Gesamtscore)	30.2 (3.4)	30.6 (4.2)	29.8 (2.5)	2.591	1	.109	.013
ZUF8 - 1 - Qualität der Behandlung	3.7 (3.4)	4.0 (4.8)	3.4 (.5)	1.722	1	.191	.009
ZUF8 - 2 - Art der Behandlung	3.7 (.5)	3.8 (.5)	3.7 (.5)	.507	1	.477	.003
ZUF8 - 3- Bedürfnisbefriedigung	3.7 (.6)	3.7 (.6)	3.8 (.6)	1.467	1	.227	.007
ZUF8 - 4 - Weiterempfehlung	3.9 (.4)	3.9 (.4)	3.9 (.3)	.841	1	.360	.004
ZUF8 - 5 - Ausmaß an erhaltener Hilfe	3.7 (.6)	3.7 (.5)	3.7 (.6)	.408	1	.524	.002
ZUF8 - 6 - Behandlung im Sinne von Hilfe im angemessenen Problem-umgang	3.7 (.5)	3.7 (.5)	3.7 (.5)	.172	1	.679	.001
ZUF8 - 7 - Behandlung im Großen und Ganzen	3.7 (.5)	3.8 (.4)	3.6 (.6)	5.291	1	.022*	.026
ZUF8 - 8 - Wieder zum selben Behandler bei Rezidiv/ Neu-erkrankung	3.9 (.3)	3.9 (.3)	3.9 (.3)	.049	1	.825	.000

*=p<.05; **=p<.01**

So ergaben sich im Hinblick auf die Einzelitems des ZUF-8 abgesehen von dem siebten Item, der Zufriedenheit mit der Behandlung im Großen und Ganzen ($F(1)=5.291$; $p=.022$; $\eta^2=.026$), keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 14).

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Behandlung im Großen und Ganzen bewerteten die Teilnehmer aus den Nervenarztpraxen diese signifikant etwas besser, wobei die kategorische Wertung in beiden Fällen „ausgezeichnet“ lautete.

Hinsichtlich der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (CGI2), erschlossen durch die Antworten der Teilnehmer, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmergruppen ($F(1)=.727$; $p=.395$), ebenso hinsichtlich der geschätzten therapeutischen Wirksamkeit der Behandlung ($F(1)=2.475$; $p=.117$). Jedoch klagten Patienten der PIA hochsignifikant häufiger über Nebenwirkungen oder unerwünschte Wirkungen der Medikation ($F(1)=14.696$; $p=.000$; $\eta^2=.069$).

3.4.2. Vorhersage der Zufriedenheit

Zur Überprüfung der Hypothese der Vorhersagbarkeit der Zufriedenheit mit der Behandlung (operationalisiert durch den ZUF-Gesamtscore) aus klinischen und soziodemografischen Merkmalen wurde eine lineare Regression mit Behandlungszufriedenheit als abhängige Variable und Behandlungssetting, klinischen sowie soziodemografischen Merkmalen und Lebenssituation sowie der Inanspruchnahme als unabhängige Variablen durchgeführt. Das Regressionsmodell der multiplen linearen Regression wird in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Vorhersage des ZUF – 8 - Gesamtscores

Unabhängige Variablen	B	p
Behandlungssetting (0 = PIA; 1 = Praxis)	.399	.546
Geschlecht (1 = männlich, 2 = weiblich)	-.432	.416
Alter	-.023	.295
Familienstand (0= alleinlebend; 1= in Partnerschaft lebend)	.857	.134
Nationalität (0=Andere; 1=Deutsch)	.211	.860
Schulbildung	.395	.064
Berufsausbildung (0= keine; 1= abgeschlossen)	.660	.262
Berufstätigkeit (0= nicht berufstätig; 1= berufstätig)	.183	.817
Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (0= keine; 1= vorhanden)	1.208	.125

Lebensunterhalt durch Berentung (0= keine; 1= vorhanden)	.296	.748
Lebensunterhalt durch Sozialleistungen 0= keine; 1= vorhanden)	.182	.833
Behandlungsmotivation (0=eigene Entscheidung; 1= fremde Entscheidung)	.031	.952
GAF-Wert	.079	.060
CGI-Wert (Schweregrad)	-.527	.157
HoNOS-Score	.073	.339
PSP-Score	-.125	.001**
Anzahl Suizidversuche bisher	.064	.315
Anzahl stat. Behandlungen bisher	-.094	.051
Anzahl Kontakte mit Nervenarzt im letzten halben Jahr	-.008	.805
Rechtliche Betreuung (0= keine; 1=vorhanden)	.062	.942
Clusterdiagnose Schizophrenie/Psychotische Störung (Behandler)	.351	.666
Clusterdiagnose affektive Störung (Behandler)	.795	.213
Clusterdiagnose Substanzabhängigkeit (Behandler)	-.198	.803
Clusterdiagnose andere psychiatrische Erkrankung (Behandler)	-.131	.825

*=p<.05; **=p<.01** ; R² = .180

In das Modell einbezogen wurden, wie aus Tabelle 15 ersichtlich, alle Variablen, die einen Einfluss auf die Zufriedenheitsbewertung haben könnten. Um in der multiplen linearen Regression verwendbar zu sein, wurden einige Variablen vor dem Hintergrund des für die Vorhersage interessanten Informationsgehalts dichotomisiert. Die nachträgliche Dichotomisierung wird im Folgenden in Klammern angegeben.

Einbezogen wurden daher als unabhängige Variablen das Behandlungssetting, das Geschlecht, das Alter, der Familienstand (0 = alleinlebend; 1 = in Partnerschaft lebend), die Nationalität (0 = andere; 1 = Deutsch), die Schulbildung, die Berufsausbildung (0 = keine; 1 = abgeschlossen), die Berufstätigkeit (0 = nicht berufstätig; 1 = berufstätig), wobei sowohl eine Ausbildung als auch ein Studium als Berufstätigkeit gewertet wurden, ferner das Vorliegen einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (0 = keine; 1 = vorhanden), das Bestreiten des Lebensunterhalts durch Berentung (0 = keine; 1 = vorhanden) oder durch Sozialleistungen 0 = keine; 1 = vorhanden), sowie die Behandlungsmotivation (0 = eigene Entscheidung; 1 = fremde Entscheidung), der GAF-

Wert, der PSP-Score, der HoNOS-Score, der CGI-Wert, die Anzahl Suizidversuche, die Anzahl stationärer Behandlungen bisher, das Vorliegen einer rechtlichen Betreuung (0 = keine; 1 = vorhanden) und die verschiedenen Clusterdiagnosen hinsichtlich einer Schizophrenie/Psychotischen Störung (1 = zutreffend, 2 = nicht zutreffend), der affektiven Störung (1 = zutreffend, 2 = nicht zutreffend), einer Substanzabhängigkeit (1 = zutreffend, 2 = nicht zutreffend) und einer anderen psychiatrischen Erkrankung (1 = zutreffend, 2 = nicht zutreffend).

Bei all diesen Variablen wurde unter fachlichen Gesichtspunkten ein Zusammenhang mit der angegebenen Zufriedenheit vermutet. Bei Verwendung der Einschlussmethode ergab sich für das berechnete Modell ein korrigiertes R^2 von .180. Das aus den Prädiktoren errechnete Modell kann folglich lediglich 18 % der Varianz innerhalb des Zufriedenheitscores deuten, welche durch die Zahl an Prädiktoren aufgeklärt wird.

Anhand der varianzanalytischen Tests ließ sich ein signifikant von Null verschiedener multipler Korrelationskoeffizient nachweisen ($F(24, 175) = 1.603$; $p = .045$). Darüber hinaus konnten für die Behandlungszufriedenheit, abgesehen von dem PSP-Score ($B = -.125$; $p = .001$) keine signifikanten Effekte der Modellvariablen nachgewiesen werden (vgl. Tabelle 15). Bei einer im Anschluss durchgeführten schrittweisen Regressionsanalyse erfüllte keiner der Regressoren das Aufnahmekriterium eines Signifikanzniveau des F-Wertes von .05.

Es ist bei vorliegender Datenlage also davon auszugehen, dass eine sinnvolle Vorhersage mit Hilfe der aufgeführten Prädiktoren nicht möglich ist.

3.5. Vorhersage des Behandlungssettings

Die Vorhersage des Behandlungssettings soll mittels soziodemographischer Informationen, Zufriedenheitsratings und medizinischer Informationen erfolgen.

Zur Überprüfung der H6, ob sich das Wissen um soziodemographische Informationen, um die Zufriedenheit und einige medizinische Informationen zur Vorhersage des voraussichtlichen Behandlungssettings (PIA vs. Arztpraxis) eignet, wurde ein logistisches

Regressionsmodell mit dem Behandlungssetting (PIA vs. Arztpraxis) als abhängiger Variable und klinischen Merkmalen, sowie soziodemografischen und die Lebenssituation betreffenden Aspekten als unabhängige Variablen berechnet.

Das Regressionsmodell der logistischen Regression wird in Tabelle 16 dargestellt. In die binär logistische Regressionsanalyse wurden also zunächst die Variablen Geschlecht, Alter, Familienstand (0 = alleinlebend; 1 = in Partnerschaft lebend), Nationalität (0 = Andere; 1 = Deutsch), Schulbildung, Berufsausbildung (0 = keine; 1 = abgeschlossen), Berufstätigkeit (0 = nicht berufstätig; 1 = berufstätig), Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (0 = keine; 1 = vorhanden), Lebensunterhalt durch Berentung (0 = keine; 1 = vorhanden), Lebensunterhalt durch Sozialleistungen (0 = keine; 1 = vorhanden), Behandlungsmotivation (0 = eigene Entscheidung; 1 = fremde Entscheidung), GAF-Wert, CGI-Wert (Schweregrad), HoNOS-Score, PSP-Score, Anzahl Suizidversuche bisher, Anzahl stationärer Behandlungen bisher, Anzahl Kontakte mit Nervenarzt im letzten halben Jahr, rechtliche Betreuung (0 = keine; 1 = vorhanden), Clusterdiagnose Schizophrenie/Psychotische Störung, Clusterdiagnose affektive Störung, Clusterdiagnose Substanzabhängigkeit, Clusterdiagnose andere psychiatrische Erkrankung und der ZUF-Score als Kovariaten mit einbezogen.

Eine Auflistung der Parameterschätzer der Prädiktoren für das Behandlungssetting (PIA vs. Arztpraxis) umfasst Tabelle 16.

Tabelle 16: Parameterschätzer der Prädiktoren für das Behandlungssetting (PIA vs. Arztpraxis)

Prädiktoren	B	P
Geschlecht (1 = männlich, 2 = weiblich)	.136	.805
Alter	.041	.070
Familienstand (0= alleinlebend; 1= in Partnerschaft lebend)	1.803	.003**
Nationalität (0=Andere; 1=Deutsch)	1.422	.296
Schulbildung	-.295	.209
Berufsausbildung (0= keine; 1= abgeschlossen)	.004	.995
Berufstätigkeit (0= nicht berufstätig; 1= berufstätig)	-1.724	.052
Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (0= keine; 1= vorhanden)	-.548	.478

Lebensunterhalt durch Berentung (0= keine; 1= vorhanden)	-1.234	.233
Lebensunterhalt durch Sozialleistungen (0= keine; 1= vorhanden)	-.910	.326
Behandlungsmotivation (0=eigene Entscheidung; 1= fremde Entscheidung)	.508	.339
GAF-Wert	-.024	.615
CGI-Wert (Schweregrad)	-.797	.096
HoNOS-Score	-.299	.001**
PSP-Score	-.095	.018*
Anzahl Suizidversuche bisher	.025	.839
Anzahl stat. Behandlungen bisher	-.061	.472
Anzahl Kontakte mit Nervenarzt im letzten halben Jahr	-.486	.000**
Rechtliche Betreuung (0= keine; 1=vorhanden)	2.452	.029*
Clusterdiagnose Schizophrenie/Psychotische Störung (Behandler)	.504	.579
Clusterdiagnose affektive Störung (Behandler)	.411	.554
Clusterdiagnose Substanzabhängigkeit (Behandler)	.726	.405
Clusterdiagnose andere psychiatrische Erkrankung (Behandler)	-.240	.685
ZUF-Score	.120	.404
Konstante	3.352	.652

*=p<.05; **=p<.01** ; -2 Log-Likelihood=115.664, Pseudo-R-Quadrat (Cox und Snell)=0.554, Pseudo-R-Quadrat (Nagelkerke)=0.739

Eine durchgeführte binäre Regressionsanalyse nach der Einschlussmethode ergab zunächst eine gute Anpassungsgüte (-2 Log-Likelihood = 115.664) und eine signifikante Verbesserung der Vorhersage durch die Hinzunahmen der Einflussvariablen ($\chi^2(24)=161.595$, $p=.000$; Omnibus-Test). Das Pseudo-R-Quadrat, das als Maß für die Gesamtpassung des Regressionsansatzes herangezogen werden kann, ergab nach Nagelkerke (1991) einen Wert von 0.739. Damit wurde eine sehr gute Modellanpassung bestätigt. Werte ab 0.20 gelten als akzeptabel, Werte ab 0.40 als gut und Werte ab 0.50 sprechen für eine sehr gute Modellanpassung (Backhaus et al. 2006).

Die eingeschlossenen Variablen hatten also eine Auswirkung auf die vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit. Die Klassifikation der Patienten nach vorhergesagtem und beobachtetem Behandlungssetting ist in Tabelle 17 dargestellt. In der Hauptdiagonale ist

die Anzahl der richtig klassifizierten Patienten angegeben. Insgesamt konnten durch die gleichzeitige Betrachtung der Variablen 86,5 % der Patienten richtig klassifiziert werden. Diese Trefferquote war deutlich höher als die Trefferquote von 50,0 %, die bei zufälliger Zuordnung der Beobachtungen unter Beachtung der Gruppenstärken zu erwarten war. Dass die Trefferquote auf Basis dieses Modells deutlich höher ausgefallen ist, kann als weiterer Beleg für die Modellgüte angesehen werden.

Tabelle 17: Klassifizierungstabelle für vorhergesagte und beobachtete Gruppenzugehörigkeit (PIA vs. Arztpraxis)

Beobachtet	Vorhergesagt		Prozentsatz der Richtigen
	PIA	Nervenarzt	
PIA	85	15	85.0
Nervenarzt	12	88	88.0
Gesamtprozentsatz			86.5

Da jedoch das Vorhersagemodell aufgrund der Vielzahl von mit einbezogenen Variablen keine ökonomische Vorhersage ermöglicht, wurde ein weiteres binär logistisches Regressionsmodell mit der schrittweise vorgehenden Methode „Vorwärts LR“ (Bühl 2008) berechnet.

Das entwickelte Modell ist im letzten, siebten Schritt, leistungsfähig ($\chi^2(7)=147.744$, $p=.000$, Omnibus-Test) und erklärt einen großen Varianzanteil (Nagelkerke: ca. 70 %). Hier konnte unter schrittweisem Einbezug der Variablen Alter, Familienstand (0 = alleinlebend; 1 = in Partnerschaft lebend), CGI-Wert (Schweregrad), HoNOS-Score, PSP-Score, Anzahl Kontakte mit Nervenarzt im letzten halben Jahr und der rechtlichen Betreuung ein Modell mit einem -2 Log – Likelihood von 129.514 und einem Pseudo-R-Quadrat (Cox und Snell) von .522 und einem Pseudo-R-Quadrat (Nagelkerke)= 0.696 erstellt werden. Auch dieses Modell verfügt folglich über eine sehr gute Modellanpassung (Backhaus et al. 2006), die genauere Darstellung ist Tabelle 18 zu entnehmen.

Tabelle 18: Parameterschätzer der Prädiktoren für das Behandlungssetting (PIA vs. Arztpraxis)

Prädiktoren	B	P
Alter	.045	.008**
Familienstand (0 = alleinlebend; 1 = in Partnerschaft lebend)	1.675	.001**
CGI-Wert (Schweregrad)	-.901	.015*
HoNOS-Score	-.205	.005**
PSP-Score	-.089	.004**
Anzahl Kontakte mit Nervenarzt im letzten halben Jahr	-.467	.000**
Rechtliche Betreuung (0 = keine; 1 = vorhanden)	2.597	.008**
Konstante	5.855	.080

*=p<.05; **=p<.01** ; -2 Log-Likelihood=129.514, Pseudo-R-Quadrat (Cox und Snell)=0.522, Pseudo-R-Quadrat (Nagelkerke)=0.696

Über die sieben in Tabelle 18 angeführten Prädiktoren lässt sich die Zugehörigkeit eines Patienten zu den beiden Behandlungssettings in 85,5 % der Fälle vorhersagen. Einen detaillierteren Überblick über die Klassifizierungen gibt Tabelle 19, wobei die Prädiktoren in beiden Gruppen ähnlich gut klassifizieren.

Tabelle 19: Klassifizierungstabelle für vorhergesagtes und beobachtetes Behandlungssetting (PIA vs. Arztpraxis) im ökonomischen Modell

Beobachtet	Vorhergesagt		Prozentsatz der Richtigen
	PIA	Nervenarzt	
PIA	85	15	85.0
Nervenarzt	14	86	86.0
Gesamtprozentsatz			85.5

3.6. Vorhersage der Inanspruchnahme von Leistungen

Die Vorhersage des Behandlungssettings soll mittels der Variablen Behandlungssetting, klinischer Merkmale und soziodemografischer Informationen erfolgen.

Zur Überprüfung der H₇, ob sich das Wissen um das Behandlungssetting, klinische Merkmale, wie die Erkrankungsschwere, sowie um soziodemografische Informationen und Wissen um die Lebenssituation zur Vorhersage der Inanspruchnahme von Leistungen eignet, wurden zwei lineare Regressionsmodelle berechnet. Die beiden auf die Inanspruchnahme von Leistungen bezogenen, erhobenen abhängigen Variablen sind die Anzahl der Kontakte mit den Ärzten und die Anzahl der verschriebenen Medikamente.

3.6.1 Vorhersage der Anzahl der Kontakte

Das erste Modell wurde zur Vorhersage der Anzahl der Kontakte im letzten halben Jahr berechnet. Daher wurden als abhängige Variable die Anzahl der Kontakte im letzten halben Jahr und zunächst als unabhängige Variablen das Behandlungssetting bezüglich klinischer Merkmale, die Behandlungsmotivation (0 = eigene Entscheidung; 1 = fremde Entscheidung), der GAF-Wert, der CGI-Wert (Schweregrad), der HoNOS-Score, der PSP-Score, die Anzahl Suizidversuche bisher, die Anzahl stationärer Behandlungen bisher, das Vorliegen einer rechtlichen Betreuung und die Clusterdiagnosen Schizophrenie/Psychotische Störung, affektive Störung, Substanzabhängigkeit und andere psychiatrische Erkrankungen in der Modellberechnung verwendet.

Bezüglich soziodemografischer Informationen wurden zunächst das Geschlecht, das Alter, der Familienstand (0 = alleinlebend; 1 = in Partnerschaft lebend), die Nationalität (0 = andere; 1 = Deutsch), die Schulbildung, die Vorliegen einer Berufsausbildung (0 = keine; 1 = abgeschlossen), einer Berufstätigkeit (0 = nicht berufstätig; 1 = berufstätig), einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (0 = keine; 1 = vorhanden) und das Bestreiten des Lebensunterhalts durch Berentung (0 = keine; 1 = vorhanden) oder durch Sozialleistungen (0 = keine; 1 = vorhanden) als unabhängige Variablen mit einbezogen.

Um nur die Variablen mit in das Modell einzubeziehen, die sich als relevant erweisen, wurde eine schrittweise multiple lineare Regression berechnet. Zur Vorhersage konnten die Einflussvariablen Behandlungssetting (0 = PIA; 1 = Praxis), die Anzahl stationärer Behandlungen bisher, die Anzahl Suizidversuche bisher und der Familienstand (0 = alleinlebend; 1 = in Partnerschaft lebend) nach vier Schritten im letzten Schritt mit aufgenommen werden. Einen Überblick ergibt Tabelle 20 in der die verschiedenen Prädiktoren der Wichtigkeit nach geordnet angegeben werden.

Tabelle 20: Vorhersage der Anzahl der Kontakte

Unabhängige Variablen	B	p
Konstante	8.504	.000**
Behandlungssetting (0 = PIA; 1 = Praxis)	-6.840	.000**
Anzahl stat. Behandlungen bisher	.346	.000**
Anzahl Suizidversuche bisher	.269	.037*
Familienstand (0= alleinlebend; 1= in Partnerschaft lebend)	2.382	.038*

*=p<.05; **=p<.01** ; R² = .309

Die Regressionsgleichung zur Vorhersage der Anzahl der Kontakte mit dem behandelnden Arzt lautet daher:

$$\text{Anzahl (Kontakte)} = 8.504 - 6.840 \cdot \text{Setting} + .346 \cdot \text{Anzahl (stat. Behandlungen)} + .269 \cdot \text{Anzahl (SV)} + 2.382 \cdot \text{Familienstand}$$

Bei Verwendung der schrittweisen Methode ergab sich für das berechnete Modell ein korrigiertes R² von .295. Das aus den Prädiktoren errechnete Modell kann folglich 29,5 % der Varianz innerhalb der Anzahl an Kontakten deuten, welche durch die Zahl an Prädiktoren aufgeklärt wird. Anhand der varianzanalytischen Tests ließ sich ein signifikant von Null verschiedener multipler Korrelationskoeffizient nachweisen (F(4, 195) = 21.787; p = .000).

Zur weiteren Überprüfung der identifizierten unabhängigen Variablen wurden diese auf das Fehlen von Kollinearität, auf die Normalverteilung der Fehler und auf das Vorliegen von Homoskedastizität hin untersucht (Schendera 2008; Bühner & Ziegler 2009).

Im Hinblick auf Kollinearität der Prädiktoren erreichte keiner der Kollinearitätsindices der fünf Modelldimensionen einen Wert über 4. Da ab einem Wert größer 15 von mäßiger und ab einem Wert von 30 von starker Kollinearität auszugehen ist (Bühner & Ziegler 2009), liegt bei vorliegenden Daten keine Kollinearität vor (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Kollinearitätsdiagnose

Modell: Dimension	Eigen- wert	Konditions- index	Varianzanteile				
			Kon- stante	Nerven- arzt oder PIA	Anzahl stat. Behandlungen gesamt	Anzahl Suizidversuche im Leben	Allein lebend / in Partnerschaft
4:1	2,480	1,000	,04	,04	,02	,02	,05
4:2	1,147	1,470	,00	,04	,24	,31	,04
4:3	,809	1,751	,01	,00	,31	,62	,03
4:4	,366	2,602	,03	,37	,05	,04	,83
4:5	,197	3,549	,92	,55	,37	,02	,05

Bei Überprüfung des Histogramms der standardisierten Residuen (der Abweichung der beobachteten von den theoretisch zu erwartenden Werten) im Histogramm (Abbildung 12) zeigten sich drei Ausreißerwerte am rechten Rand, ansonsten zeigte sich im Hinblick auf die Daten eine zufriedenstellende grobe Normalverteilung. Es kann also weder von einer systematischen Unter- oder Überschätzung ausgegangen werden.

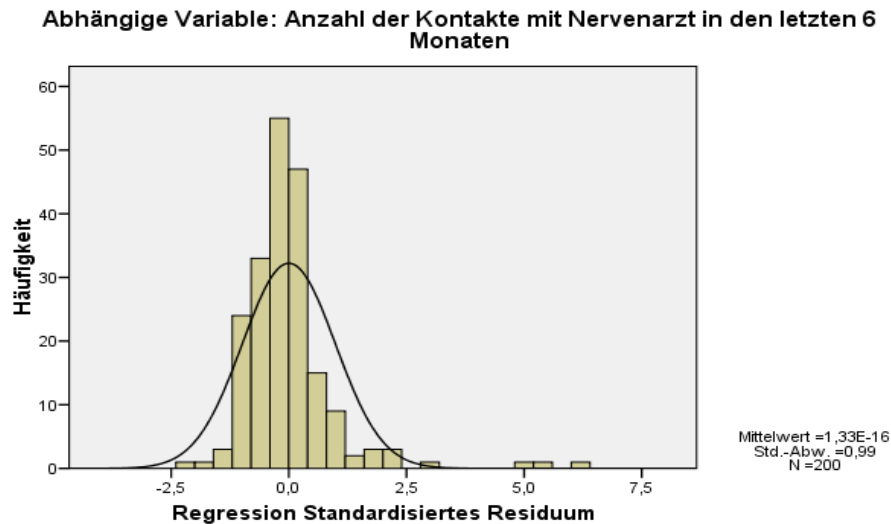


Abbildung 12: Histogramm der standardisierten Residuen bzgl. der Anzahl der Kontakte mit dem Nervenarzt in den letzten 6 Monaten.

Die Prüfung auf Homoskedastizität wurde grafisch vorgenommen (Schendera, 2008), wobei die x-Achse die z-standardisierten vorhergesagten Werte angibt und die y-Achse die Abweichungen zwischen beobachteten und vorhergesagten Werten. Bei Überprüfung des Streudiagramms bezüglich der abhängigen Variablen (vgl. Abbildung 13) sind vereinzelte Ausreißerwerte zu erkennen, wobei die Punkte um zwei standardisierte Werte herum streuen.

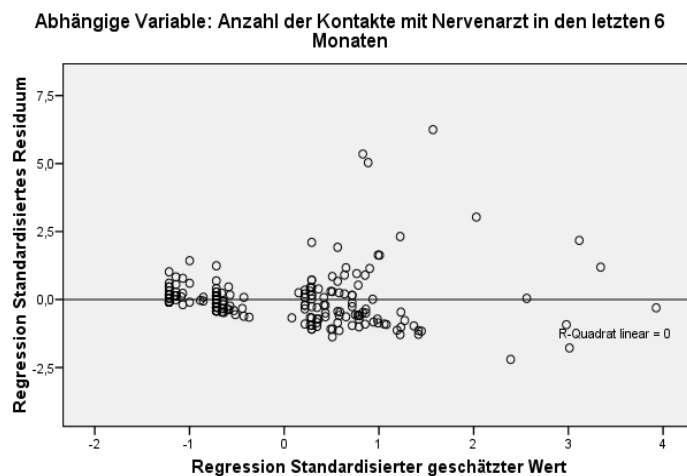


Abbildung 13: Darstellung des Streudiagrammes zur Prüfung von Homoskedastizität

Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass keine Fehlspezifikationen des Modells vorliegen. Da eine Transformation der abhängigen Variable nicht zur Beseitigung der Heteroskedastizität führt, können die Standardfehler der Koeffizienten mit der Option „robust“ des Regressionsbefehls in STATA bestimmt werden. Dann werden die Standardfehler mit dem Huber/White-Schätzverfahren bestimmt, das keine Homoskedastizität der Fehler voraussetzt.

Zur zusätzlichen Absicherung des Ergebnisses erfolgte eine gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung robuste Schätzung der Standardfehler der Regressionskoeffizienten und Konfidenzintervallen mittels robuster multivariater Regressionsanalyse.

Hier ergab sich für eine robuste Vorhersage der Anzahl der Kontakte mit dem behandelnden Arzt im letzten halben Jahr durch die Einflussvariablen Behandlungssetting (0 = PIA; 1 = Praxis), die Anzahl stationärer Behandlungen bisher, die Anzahl Suizidversuche bisher und der Familienstand (0= alleinlebend; 1= in Partnerschaft lebend) folgendes Modell (vergleiche Tabelle 22). Zur robusten Vorhersage der Anzahl an Kontakten eigneten sich daher nur das Behandlungssetting und die Anzahl der Suizidversuche im Leben.

Tabelle 22: Robuste Vorhersage der Anzahl der Kontakte

Unabhängige Variablen	B	p	95% Konfidenz- Intervall
Konstante	10.948	.000**	6.694 - 15.202
Behandlungssetting (0 = PIA; 1 = Praxis)	-8.599	.000**	-12.485 - -4.712
Anzahl stat. Behandlungen bisher	.234	.090	-.0367 - .505
Anzahl Suizidversuche bisher	.293	.026*	.035 - .551
Familienstand (0= alleinlebend; 1= in Partnerschaft lebend)	1.048	.500	-2.012 - 4.109

*=p<.05; **=p<.01** ; $R^2 = .102$

Bei Verwendung der robusten multivariaten Methode ergab sich für das berechnete Modell ein korrigiertes R^2 von .102.

Das aus den Prädiktoren errechnete Modell kann folglich lediglich 10,2 % der Varianz innerhalb der Anzahl der Kontakte mit dem behandelnden Arzt im letzten halben Jahr deuten, welche durch die Zahl an Prädiktoren aufgeklärt wird. Anhand der varianzanalytischen Tests ließ sich ebenfalls ein signifikant von Null verschiedener multipler Korrelationskoeffizient nachweisen ($F(4, 195) = 8.73$; $p = .000$).

3.6.2 Vorhersage der Anzahl der verschriebenen Medikamente

Das zweite Modell wurde zur Vorhersage der Anzahl der vom Arzt verschriebenen Medikamente berechnet. Daher wurden als abhängige Variable die Anzahl der vom Arzt verschriebenen Medikamente und zunächst als unabhängige Variablen wie im ersten Modell auch das Behandlungssetting bezüglich klinischer Merkmale, die Behandlungsmotivation (0 = eigene Entscheidung; 1 = fremde Entscheidung), der GAF-Wert, der CGI-Wert (Schweregrad), der HoNOS-Score, der PSP-Score, die Anzahl Suizidversuche bisher, die Anzahl stationärer Behandlungen bisher, das Vorliegen einer rechtlichen Betreuung und die Clusterdiagnosen Schizophrenie/Psychotische Störung, affektive Störung, Substanzabhängigkeit und andere psychiatrische Erkrankungen verwendet.

Bezüglich soziodemografischer Informationen wurden das Geschlecht, das Alter, der Familienstand (0 = alleinlebend; 1 = in Partnerschaft lebend), die Nationalität (0 = andere; 1 = Deutsch), die Schulbildung, das Vorliegen einer Berufsausbildung (0 = keine; 1 = abgeschlossen), einer Berufstätigkeit (0 = nicht berufstätig; 1 = berufstätig), einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (0 = keine; 1 = vorhanden) und das Bestreiten des Lebensunterhalts durch Berentung (0 = keine; 1 = vorhanden) oder durch Sozialleistungen (0 = keine; 1 = vorhanden) als unabhängige Variablen mit einbezogen.

Um nur die Variablen mit in dieses Modell einzubeziehen, die sich als relevant erweisen, wurde ebenfalls eine schrittweise multiple lineare Regression berechnet.

Zur Vorhersage konnten als Einflussvariablen der GAF-Wert, die Anzahl bisheriger stationärer Behandlungen, die Behandlungsmotivation (0 = eigene Entscheidung; 1 = fremde Entscheidung) das Vorliegen einer rechtlichen Betreuung (0 = keine; 1 = vorhanden) und das Geschlecht (1 = männlich, 2 = weiblich) nach fünf Schritten im

letzten Schritt in das Modell mit aufgenommen werden. Einen Überblick ergibt Tabelle 23, in der die verschiedenen Prädiktoren ebenfalls der Wichtigkeit nach geordnet angegeben werden.

Tabelle 23 : Vorhersage der Anzahl der vom Arzt verschriebenen Medikamente

Unabhängige Variablen	B	p
Konstante	3.343	.000**
GAF-Wert	-.019	.013*
Anzahl stationärer Behandlungen. bisher	.032	.017*
Behandlungsmotivation (0=eigene Entscheidung; 1= fremde Entscheidung)	.354	.026*
Rechtliche Betreuung (0= keine; 1=vorhanden)	-.551	.045*
Geschlecht (1 = männlich, 2 = weiblich)	.326	.045*

*=p<.05; **=p<.01** ; R² = .194

Die Regressionsgleichung zur Vorhersage der Anzahl der vom Arzt verschriebenen Medikamente lautet:

$$\text{Anzahl (Med.)} = 3.343 - .019 \cdot \text{GAF-Wert} + .032 \cdot \text{Anzahl (stat. Behandlungen)} + .354 \cdot \text{Behandlungsmotivation} - .551 \cdot \text{rechtliche Betreuung} + .326 \cdot \text{Geschlecht}$$

Bei Verwendung der schrittweisen Methode ergab sich für das berechnete Modell ein korrigiertes R² von .194. Das aus den Prädiktoren errechnete Modell kann folglich lediglich 19,4 % der Varianz innerhalb der Anzahl der vom Arzt verschriebenen Medikamente deuten, welche durch die Zahl an Prädiktoren aufgeklärt wird.

Anhand der varianzanalytischen Tests ließ sich ebenfalls ein signifikant von Null verschiedener multipler Korrelationskoeffizient nachweisen (F(5, 194) = 10.591; p = .000). Zur weiteren Überprüfung der identifizierten unabhängigen Variablen wurden diese auf das Fehlen von Kollinearität, auf die Normalverteilung der Fehler und auf das

Vorliegen von Homoskedastizität hin untersucht (Schendera 2008; Bühner & Ziegler 2009).

Im Hinblick auf Kollinearität der Prädiktoren erreichten zwei der der Kollinearitätsindices der sechs Modelldimensionen einen Wert über 15. Da ab einem Wert größer 15 von mäßiger und ab einem Wert von 30 von starker Kollinearität auszugehen ist (Bühner & Ziegler 2009), liegt bei vorliegenden Daten eine mäßige Kollinearität vor (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Kollinearitätsdiagnose

Modell 5 Dimen- sion	Eigenwert	Kondi- tions- index	Varianzanteile					
			Kon- stante	GAF	Anzahl stat. Behandlung- en	Zugangs- modus	Gesetz- liche Betreuung	Ge- schlecht
1	4,648	1,000	,00	,00	,01	,01	,00	,00
2	,792	2,422	,00	,00	,73	,00	,00	,00
3	,453	3,202	,00	,00	,00	,98	,00	,01
4	,076	7,807	,00	,06	,03	,00	,03	,78
5	,019	15,763	,06	,91	,05	,00	,43	,03
6	,012	19,650	,94	,03	,19	,00	,53	,18

Da jedoch alle Beta-Gewichte der Regressionsgleichung Signifikanz erreichen, ist das Überschreiten dieses Grenzwertes in diesem Fall unkritisch (Bühner & Ziegler 2009), da in der Regression sonst keine weiteren Unregelmäßigkeiten zu finden sind. Bei Überprüfung des Histogramms der standardisierten Residuen (der Abweichung der beobachteten von den theoretisch zu erwartenden Werten) im Histogramm (Abbildung 14) zeigte sich rechts ein Ausreißerwert, ebenso zeigte sich im Hinblick auf die Daten zufriedenstellende grobe Normalverteilung. Es kann also weder von einer systematischen Unter- oder Überschätzung ausgegangen werden.

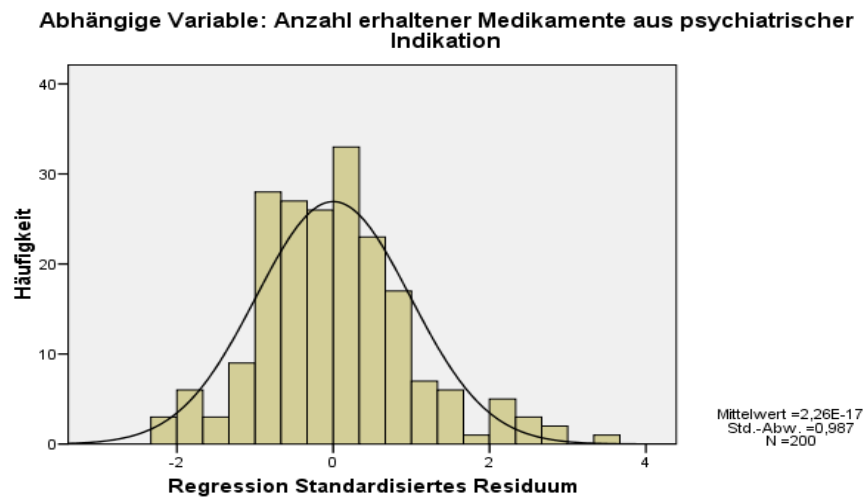


Abbildung 14: Histogramm der standardisierten Residuen bzgl. der erhaltenen Medikamente aus psychiatrischer Indikation.

Auch bei Inspektion des P-P-Diagrammes kann gezeigt werden, dass die standardisierten Residuen der abhängigen Variable näherungsweise auf der eingezeichneten Linie der Referenzverteilung liegen, wobei das P-P-Diagramm den Ausreißer dagegen nicht klar identifiziert. Nach dem P-P-Diagramm liegt eine Normalverteilung der standardisierten Residuen vor (vgl. Abbildung 15).

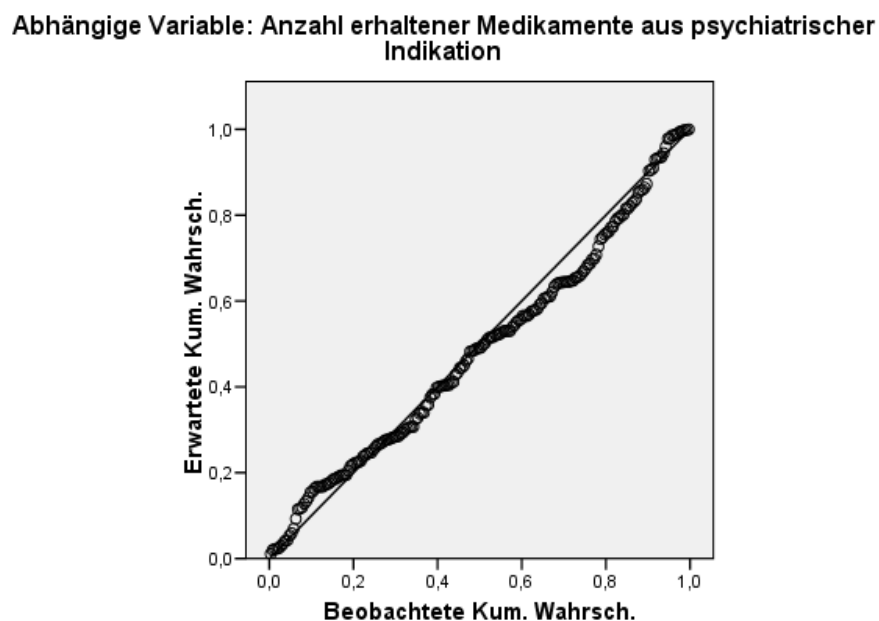


Abbildung 15: P-P-Diagramm der standardisierten Residuen bzgl. der erhaltenen Medikamente aus psychiatrischer Indikation.

Die Prüfung auf Homoskedastizität wurde auch in diesem Fall grafisch vorgenommen (Schendera, 2008), wobei die x-Achse die z-standardisierten vorhergesagten Werte angibt, die y-Achse gibt die Abweichungen zwischen beobachteten und vorhergesagten Werten an. Bei Überprüfung des Streudiagrammes bezüglich der abhängigen Variablen (vgl. Abbildung 16) ist eine parallel verschobene Linienstruktur erkennbar, welche auf Heteroskedastizität hindeutet.

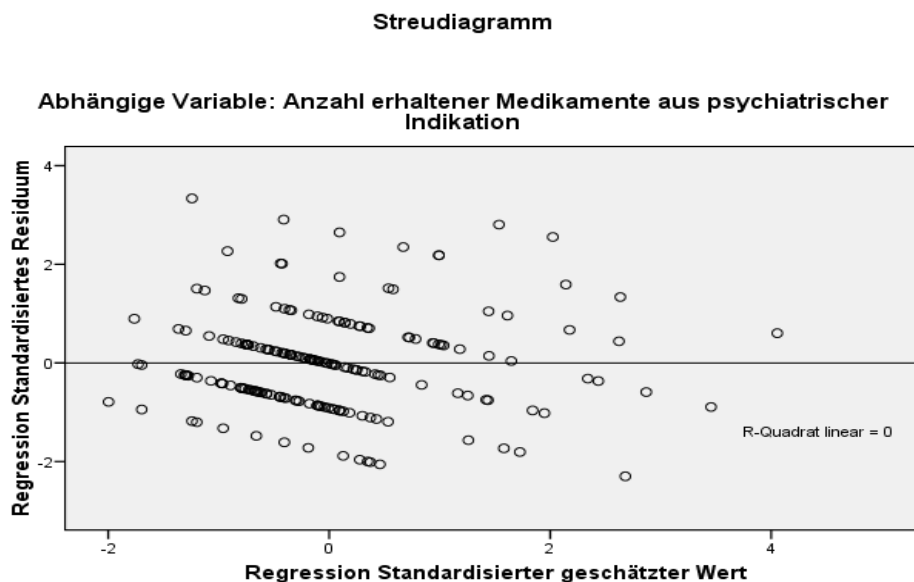


Abbildung 16: Darstellung des Streudiagrammes zur Prüfung von Homoskedastizität

Da die Voraussetzung der Homoskedastizität nicht erfüllt wurde, ist der Vorhersagefehler je nach vorhergesagtem Wert unterschiedlich (Bühner & Ziegler, 2009). Auch die Signifikanzangaben sind aufgrund dieser Voraussetzungsverletzung mit Vorsicht zu interpretieren, die Überschreitungswahrscheinlichkeit p wird daher für R^2 und die Regressionsgewichte für die Vorhersage der erhaltenen Medikamente aus psychiatrischer Indikation nicht genau geschätzt (ebenda).

Wegen der Verteilungsschiefe der Variablen erfolgte eine gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung robuste Schätzung der Standardfehler der Regressionskoeffizienten und Konfidenzintervallen mittels robuster multivariater Regressionsanalyse.

Hier wurde für eine robuste Vorhersage für die Anzahl der vom Arzt verschriebenen Medikamente, durch die Einflussvariablen GAF-Wert, Anzahl bisheriger stationärer Behandlungen, Behandlungsmotivation (0 = eigene Entscheidung; 1 = fremde Entscheidung), Vorliegen einer rechtlichen Betreuung (0 = keine; 1 = vorhanden) und das Geschlecht (1 = männlich, 2 = weiblich) folgendes Modell (vgl. Tabelle 25) berechnet.

Zur robusten Vorhersage der Anzahl der verschriebenen Medikamente eigneten sich daher nur der GAF-Wert, die Behandlungsmotivation und das Geschlecht.

Tabelle 25: Robuste Vorhersage der Anzahl der verschriebenen Medikamente

Unabhängige Variablen	B	p	95% Konfidenz- Intervall
Konstante	3.697	.000**	2.248 - 5.146
GAF-Wert	-.019	.007**	-.033 - -.005
Anzahl stationärer Behandlungen bisher	.032	.085	-.004 - .068
Behandlungsmotivation (0=eigene Entscheidung; 1= fremde Entscheidung)	-.354	.023*	-.659 - -.050
Rechtliche Betreuung (0= keine; 1=vorhanden)	-.551	.086	-1.181 - .079
Geschlecht (1 = männlich, 2 = weiblich)	.326	.038*	.019 - .634

*=p<.05; **=p<.01** ; R² = .214

Bei Verwendung der robusten multivariaten Methode ergab sich für das berechnete Modell ein korrigiertes R² von .214.

Das aus den Prädiktoren errechnete Modell kann folglich lediglich 21.4 % der Varianz innerhalb der Anzahl der verschriebenen Medikamente deuten, welche durch die Zahl an Prädiktoren aufgeklärt wird. Anhand der varianzanalytischen Tests ließ sich ebenfalls ein signifikant von Null verschiedener multipler Korrelationskoeffizient nachweisen (F(5, 194) = 8.78; p = .000).

4 Diskussion

Ziel der vorliegenden, explorativen Arbeit war die Untersuchung, ob hinsichtlich psychosozialer, klinischer, anamnestischer, Inanspruchnahme- und Zufriedenheitsvariablen unterschiedliche Profile zwischen den in nervenärztlichen Praxen und PIAs behandelten Patienten bestehen. Unterschiede wurden insbesondere im Hinblick auf demographische Charakteristika der Stichprobe, die Erkrankungsschwere, die Inanspruchnahme von Leistungen und die Zufriedenheit untersucht. Darüber hinaus wurde eine Vorhersage des Behandlungssettings und der Inanspruchnahme von Leistungen aus erhobenen Daten heraus versucht. Dabei wurden in dieser Studie erstmals im deutschsprachigen Raum Patienten in ambulanter Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten untersucht und mit Patientencharakteristika in Behandlung von PIAs verglichen.

Studien liegen bislang hauptsächlich zum Vergleich zwischen dem stationären psychiatrischen und tagklinischen Setting, sowie dem Setting einer PIA vor. Bisher wurde nie der ambulante von Kliniken oder Institutionen losgelöste Bereich der selbstständigen Fachärzte mit einbezogen. Insgesamt existieren bislang nur wenige publizierte Studien, die sich überhaupt mit der Versorgung von Patienten durch niedergelassene Nervenärzte beschäftigen (Claasen & Priebe 2003).

Da es sich bei vorliegender Studie um eine naturalistische Evaluationsstudie handelt, ergeben sich einige methodische Schwächen, die in dem auf die Diskussion der Ergebnisse folgenden Unterpunkt ausgeführt werden. Abschließend werden auch im Hinblick auf weiteren Forschungsbedarf gerade in diesem Bereich Schlussfolgerungen aus vorliegenden Ergebnissen erörtert.

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

In der ersten Hypothese wurde die Patientenstichprobe entsprechend der Behandlungssettings in explorativer Hinsicht untersucht. Dabei wurde erwartet, dass Patienten in Behandlung der PIA ein ungünstigeres psychosoziales Profil aufweisen als Patienten in Behandlung niedergelassener Nervenärzte. Daher wurden zunächst soziodemographische Informationen mit der Diagnoseverteilung zwischen den beiden Gruppen verglichen. Es wurden hinsichtlich der Geschlechterverteilung des Alters und der Nationalität keine relevanten Unterschiede erwartet. Bezüglich des Familienstandes wurde vermutet, dass Patienten in der PIA häufiger partnerlos sind, eine schlechtere Schulbildung haben, seltener einen Berufsabschluss und weniger häufig berufstätig sind, jedoch häufiger eine Erwerbsminderungsrente erhalten.

Diese Hypothesen konnten nur bedingt bestätigt werden. So zeigte sich wider Erwarten, dass Patienten der PIA jünger waren als die Patienten in Behandlung in den Nervenarztpraxen. Durchschnittlich waren Patienten, die bei niedergelassenen Nervenärzten in Behandlung waren, 52,6 Jahre, Patienten in Behandlung der PIA durchschnittlich 45,4 Jahre alt. Bei Patienten in Behandlung von niedergelassenen Nervenärzten konnte in der Studie von Dilling, Weyerer und Lisson (1975) eine Überbetonung der Altersjahrzehnte von 40 – 70 Jahren im Vergleich zur Normalbevölkerung festgestellt werden. In psychiatrischen Institutsambulanzen wird von ähnlichen Altersmitteln von 50 Jahren (Valdes-Stauber & Kilian 2013a), oder von ca. 60 Jahren (Wedegärtner et al. 2009), beziehungsweise von 53 Jahren bei Patienten in Ambulanzen von Fachkliniken und bei Patienten in Ambulanzen von Abteilungen im Durchschnitt von 43 Jahren (Köster 2005) ausgegangen.

Die große Bandbreite von Altersangaben macht eine einheitliche Aussage schwierig. Zwar wird in der Literatur zum Teil von Anteilen von über 20 % der 65-jährigen und Älteren in allgemeinpsychiatrischen Ambulanzen ausgegangen (Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit 2012), eben jener Anteil wird jedoch auch für nervenärztliche Praxen beschrieben (Kretschmar 1993). Darüber hinausgehend beschrieb Kretschmar (1993) im Jahr 1986 einen Rentneranteil von 29 % in den Nervenarztpraxen, im Vergleich zu Daten aus dem 2. Quartal 1990, als der Anteil von Rentnern 5 2% in

einer Nervenarztpraxis betrug. Kretschmar (1993) ging daher von einem deutlichen Anstieg von älteren Patienten aus.

Der hier nachgewiesene Altersunterschied zwischen den beiden Gruppen könnte jedoch auch auf die Diagnoseverteilung zurückzuführen sein. Um konkrete Prävalenzen angeben zu können, lohnt sich jedoch der Blick auf weitere soziodemographische Informationen.

So konnte bezüglich des Geschlechts von Patienten in Behandlung von Institutsambulanzen zumeist ein leichter Überhang an Patientinnen (Köster 2005; Wedegärtner et al. 2009) bis zu einem Zwei-Drittel-Überhang (Valdes-Stauber & Kilian 2013a) gezeigt werden. Sowohl hinsichtlich der Geschlechterverteilung (62 % Patientinnen) als auch in der Nationalität konnten, wie vermutet, keine relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden, wobei in beiden Gruppen Patientinnen deutlich überwogen und die Mehrheit der Patienten in beiden Gruppen deutschsprachig und deutsche Staatsbürger waren.

Einen Einfluss auf das Auftreten psychischer Störungen schien ein Migrationshintergrund darüber hinaus nicht zu haben (Glaesmer et al. 2009), wohl aber einen Einfluss auf die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen, wie z. B. die Verordnung nicht indizierter Medikamente, sowie eine Überdosierung oder lange Diagnostik (Brucks & Wahl 2003).

Im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen konnte in der TACOS-Studie ein Trend zu geringerer psychiatrischer Morbidität bei Individuen mit höherer Schulbildung, höherem Einkommen, verheirateten Personen und Personen mit ländlichem Wohnsitz gezeigt werden (Meyer et al. 2000).

Auch in vorliegender Studie lebten Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten signifikant häufiger mit einem Partner zusammen, waren also verheiratet oder in fester Partnerschaft, arbeiteten auf dem ersten Arbeitsmarkt oder waren im Ruhestand, während Patienten der PIA deutlich häufiger Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente bezogen. Jacobi et al. (2004) konnten ebenfalls den Zusammenhang zwischen der Erkrankung an einer psychischen Störung und Komorbidität und dem weiblichen Geschlecht, ledigem Familienstand, niedrigem sozioökonomischen Status und einem schlechten somatischen Gesundheitsstatus konnte analog zu den Ergebnissen dieser Studie bestätigen. Die Wichtigkeit des beruflichen

Verhältnisses in Bezug auf die berufliche Weiterentwicklung und dem damit verbundenen sozioökonomischen Status wurde von Tiikaja et al. (2013) aufgezeigt.

Wider Erwarten zeigten sich jedoch in Bezug auf die Schulbildung und den Berufsabschluss zwischen den beiden Patientengruppen keine Unterschiede. Möglicherweise hängt dies ebenfalls mit dem Erkrankungsalter zusammen. Unter Umständen erkranken die meisten Personen erst nach abgeschlossener Ausbildung/Schulabschluss oder werden durch die ausgeführte Tätigkeit im Verlauf des Arbeitslebens (Frese 1994; Tiikaja et al. 2013) oder während einer folgenden Arbeitslosigkeit krank (Frese 1994; Paul & Moser 2001). Hier zeigt sich ein breites Feld für weitere Forschung in diesem Zusammenhang.

Hinsichtlich der Diagnoseverteilung wurde erwartet, dass in PIA behandelte Patienten häufiger an Suchterkrankungen und an psychotischen Erkrankungen leiden. In einem Vergleich der Diagnosen zwischen den beiden Gruppen ergab sich zunächst ein Unterschied zwischen den Gesamtverteilungen innerhalb der Gruppen, wobei sich in der PIA-Gruppe deutlich mehr Patienten mit psychotischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen und in der Nervenarzt-Gruppe mehr Patienten mit neurotischen, somatoformen und Belastungsstörungen befanden.

Ein signifikanter Unterschied nach Clustern in schizophrene/psychotische Störung, affektive Störung, Substanzabhängigkeit und in andere psychiatrische Erkrankungen konnte hinsichtlich des Clusters der schizophrenen/psychotischen Störung und der Substanzabhängigkeit analog zu Hypothese 1b festgestellt werden. Insgesamt befanden sich in beiden Gruppen am häufigsten Patienten, die an einer affektiven Störung erkrankt waren.

Die 12-Monats-Prävalenz für die affektive Störung war bei Frauen im Alter zwischen 35-49 Jahren (16,8 %) am höchsten und sank im Alter von 50-65 Jahren nur geringfügig (15,9 %) ab (Jacobi et al. 2004). Die 12-Monats-Prävalenz für Männer, an einer affektiven Störung zu erkranken, war am höchsten im Alter von 18-34 Jahren (9,6 %) und sank über die folgenden Altersgruppen leicht ab (ebd.). Die 12-Monats-Prävalenzen innerhalb der deutschen Allgemeinbevölkerung, an einer schizophrenen/psychotischen Störung oder an einer Substanzabhängigkeit zu erkranken, waren bei psychotischen Störungen durchschnittlich 2,6%, für Substanzabhängigkeiten durchschnittlich 4,5 %, wobei Männer deutlich häufiger an Substanzabhängigkeiten erkrankten (Jacobi et al.

2004). So kann davon ausgegangen werden, dass die an diesen beiden Störungen Erkrankten seltener einen niedergelassenen Nervenarzt aufsuchten, wobei die 12-Monats-Prävalenz, an diesen beiden Störungen zu erkranken, eher niedrig ist (ebenda). Die Lebenszeitprävalenz für Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen stellte hingegen nach Meyer et al. (2000) mit einer Lebenszeitprävalenz von 25,8 % die häufigste Diagnosegruppe dar, gefolgt von Angststörungen (15,1 %), somatoformen Störungen (12,9 %), affektiven Störungen (12,3 %) und Essstörungen (0,7 %) dar.

Auch beschrieb Melchinger (2008a), dass der überwiegende Teil der Diagnosen in 14 PIAs in Niedersachsen, 2006, auf schizophrene und auf affektive Psychosen entfiel. Es kann somit von einer an die Behandlungssettings angepassten Diagnoseverteilung im Hinblick auf die Prävalenzen der entsprechenden Störungen in der Diagnoseverteilung vorliegender Studie ausgegangen werden. Eine Diagnose sagt jedoch noch nicht grundsätzlich etwas über die dadurch entstehenden Funktionseinschränkungen im Leben und die Erkrankungsschwere aus.

Als eine der wesentlichen Kernannahmen wurde daher davon ausgegangen, dass Patienten, die in der psychiatrischen Institutsambulanz behandelt werden, signifikant schwerer erkrankt sind bzw. stärker an ihrer Erkrankung leiden als Patienten, die von niedergelassenen Nervenärzten behandelt werden. Trotz der Kritik einer unzureichenden Versorgungslage (Becker et al. 2007; Melchinger 2008a; Melchinger 2009; Roth-Sackenheim & Melchinger 2009; Schneider et al. 2012) könnte es sein, dass die ursprüngliche Annahme, dass in Institutsambulanzen analog zur Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2001 und 2010 nach §118 Abs. 2 SGB V, schwerer und länger Erkrankte behandelt werden, nicht mehr gegeben ist, da die PIAs zunehmend in ihrer subsidiären Funktion gezwungen sein könnten, auch leichter erkrankte Patienten behandeln zu müssen.

Die Erkrankungsschwere wurde in dieser Untersuchung über relevante Informationen aus dem strukturierten Interview, der CGI1/CGI-S, der GAF, der PSP-Skala und dem HoNOS-D erfasst. An Informationen, die für eine Einschätzung der Erkrankungsschwere relevant waren, wurden aus dem strukturierten Interview das Vorliegen einer Betreuung, die Dauer der Erkrankung überhaupt, bereits erfolgte stationär-psychiatrische Aufnahmen in der Vorgeschichte, Zeit seit erster stationär-psychiatrischer Behandlung, Zeit seit letzter stationär-psychiatrischer Behandlung, die Dauer der letzten stationär-

psychiatrischer Behandlung und Interviewdaten hinsichtlich der Suizidalität (Suizidgedanken und Suizidversuche im letzten halben Jahr, Anzahl der Suizidversuche im gesamten Leben) zur Einschätzung verwendet und für den Vergleich zwischen den Gruppen herangezogen.

Patienten in Behandlung der PIA standen deutlich häufiger unter Betreuung (25 %) als Patienten in Behandlung niedergelassener Nervenärzte (4 %). Dies könnte als Anzeichen einer erhöhten durchschnittlichen Erkrankungsschwere bei PIA Patienten gewertet werden, die die Besorgungen des Alltags nicht mehr bewältigen können. Die Rechte von Betreuten mit psychischen Erkrankungen wurden im Hinblick auf ethische Problembereiche und Überlegungen (May 2004) durch das Patientenverfügungsgesetz und durch Entscheidungen des Bundesgerichtshof unterstützt (Olzen 2009; Vollmann 2012).

Auch im Hinblick auf stationäre Behandlungen in der Vorgeschichte hatten Patienten der PIA häufiger zumindest eine stationäre psychiatrische Behandlung in ihrer Vorgeschichte und eine deutlich häufigere Anzahl an stationär-psychiatrischen Behandlungen. So waren 80 % der Befragten aus der psychiatrischen Institutsambulanz schon einmal in ihrem Leben in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden und hatten durchschnittlich sieben Psychiatrieaufenthalte in ihrer Erkrankungsgeschichte, in den Nervenarztpraxen waren nur 38 % der Befragten jemals in stationär-psychiatrischer Behandlung gewesen. Die Anzahl psychiatrisch-stationärer Behandlungen betrug bei Patienten in Behandlung in den Nervenarztpraxen durchschnittlich drei.

Die Erkrankungsdauer, erhoben über die Zeit seit der ersten nervenärztlichen Behandlung in Tagen, die geschätzte Dauer der Erkrankung in Tagen und die Dauer der aktuellen Beschwerden unterschieden sich ebenfalls zwischen den Gruppen. So waren Patienten der PIA durchschnittlich seit 16 Jahren und 8 Monaten in ärztlicher Behandlung, Patienten der Nervenarztpraxis deutlich kürzer, nämlich seit durchschnittlich 9 Jahren und 10 Monaten. Selbiges Ergebnis spiegelte sich auch in der Dauer der Erkrankung. So waren Patienten der PIA durchschnittlich seit 16 Jahren und 10 Monaten, Patienten der Nervenarztpraxis seit durchschnittlich 11 Jahren und 9 Monaten erkrankt.

Interessant könnte hier auch die Zeit zwischen dem Erkrankungsbeginn und der erstmaligen Behandlung sein. So schien bei Befragten bei niedergelassenen Nervenärzten die Zeit zwischen Erkrankungsbeginn und Beginn der Behandlung durchschnittlich ca. 2

Jahre zu betragen, bei Teilnehmern der PIA durchschnittlich 2 Monate. Diese Tatsache könnte möglicherweise entweder für einen höheren Leidensdruck der PIA-Patienten oder für eine häufige Überweisung aus einem stationären Kontext in die hauseigene PIA sprechen. Eine unbehandelte Zeit könnte allerdings auch von der Versorgungslage abhängig sein. So zeigte sich eine gravierende Unterversorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen (Wittchen & Jacobi 2001), die unter Umständen mit Wartezeiten auf eine ambulante Behandlung der psychischen Störung bei einem Facharzt – insbesondere bei einer psychotherapeutischen Behandlung von mehreren Monaten (Helbig et al. 2004) – einhergeht.

Im Hinblick auf die Dauer der aktuellen Beschwerden beschreiben Patienten der PIA mit durchschnittlich 13 Jahren und 3 Monaten im Vergleich zu Patienten der Nervenarztpraxis mit 5 Jahren und 6 Monaten einen deutlich längeren Zeitraum, in dem sie an den aktuellen Beschwerden litten. Hier könnte im Hinblick auf die durchschnittliche Dauer der Erkrankung von unterschiedlichen Veränderungen im Verlauf der Erkrankung ausgegangen werden. Unter Umständen zeigen sich bei Patienten der PIA weniger Veränderungen in Bezug auf deren Erkrankung beziehungsweise aktuelle Beschwerden, was für eine stärkere Chronifizierung der dort behandelten Erkrankungen sprechen würde.

Bezüglich der zur Suizidalität erfragten Informationen ergaben sich bei beiden Gruppen ebenfalls Unterschiede. So gaben 24 % der PIA-Patienten an, in den letzten sechs Monaten häufig Suizidgedanken gehabt und 5 % einen Suizidversuch verübt zu haben. Bei Patienten der niedergelassenen Nervenärzte hatten nur 8 % der Befragten häufige Suizidgedanken, und nur 2 % hatten in den letzten sechs Monaten einen Suizidversuch unternommen. Patienten der PIA unternahmen deutlich häufiger Suizidversuche in ihrem Leben. So gaben die in der PIA Befragten an, bisher durchschnittlich 5,6 Suizidversuche in ihrem Leben verübt zu haben, während die durchschnittliche Anzahl an Suizidversuchen bei Befragten der Nervenarztpraxen durchschnittlich 1,2 betrug. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede. Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer affektiven Erkrankung, Suchterkrankungen und Psychosen die Hauptrisikogruppe darstellen (Althaus & Hegerl 2004), wobei sowohl psychosoziale als auch biologische Faktoren bei der Genese von Suizidalität eine Rolle spielen (Althaus & Hegerl 2004; Statham et al. 1998). Insbesondere das Erkranken an einer „major depression“ (eine schwere Depression mit einem phasenhaften Verlauf) führte zu einer erhöhten

Wahrscheinlichkeit, einen Suizidversuch zu unternehmen (Bernal et al. 2007). Eine schwerere Depression führte demnach zu einer höheren Suizidwahrscheinlichkeit. Demnach kann Suizidalität als ein Indikator für eine höhere Erkrankungsschwere gesehen werden.

Die Verfahren, die zur Messung der Erkrankungsschwere herangezogen wurden, ergaben durchweg eine signifikant höhere Erkrankungsschwere bei der Gruppe der PIA-Patienten. Dies konnte durch die Ergebnisse der CGI-S, den GAF-Wert, der PSP-Skala und den HoNOS-D im Hinblick auf deren Scores nachgewiesen werden.

Insbesondere im Bereich der persönlichen und sozialen Beziehungen beschrieben Patienten der PIA deutlich mehr Probleme. Keinen Unterschied zwischen den Gruppen fand sich bezüglich Problemen durch störendes oder aggressives Verhalten.

Bei dezidiert Betrachtung der Ergebnisse der HoNOS-D ergaben sich hinsichtlich der Symptombelastung und der sozialen Funktionsfähigkeit durchweg große Unterschiede. So gaben Patienten der PIA deutlich mehr Probleme mit Beziehungen, alltäglichen Aktivitäten und durch die Wohnbedingungen, sowie symptomatisch bezüglich Problemen mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen, gedrückter Stimmung und andere psychische oder verhaltensbezogene Probleme an. Darüber hinaus gaben Patienten der PIA mehr Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung und im Verhaltensbereich hinsichtlich überaktivem, aggressivem, Unruhe stiftendem oder agitiertem Verhalten an.

Dieses Ergebnis unterstützt die Gültigkeit der ursprünglichen Vorgabe für das Versorgungssystem (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001), dass trotz einer angegebenen Überlastung des Versorgungssystems (Becker et al. 2007; Roth et al. 2009) und der Gefahr einer Unterversorgung (Melchinger 2008a; Schneider et al. 2012) aktuell die PIAs in ihrer subsidiären Funktion (Valdes-Stauber 2010; Valdes-Stauber et al. 2013) etwaige Versorgungsengpässe noch nicht in diesem Maße kompensieren, als dass sich eine Anpassung der Erkrankungsschweren über beide Gruppen ergeben hätte. Hier wäre eine Längsschnittuntersuchung von großem Nutzen, um gegebenenfalls ein Absinken der Erkrankungsschweren in PIAs beobachten zu können. Patienten in Behandlung der PIA waren deutlich schwerer erkrankt als Patienten in Behandlung niedergelassener Nervenärzte.

Aufgrund der höheren Erkrankungsschwere von PIA-Patienten wurde auch erwartet, dass Patienten der PIA mehr Leistungen aus dem Versorgungssystem in Anspruch nehmen, als Patienten in Behandlung niedergelassener Nervenärzte. Beim Vergleich der Versorgungsvariablen, die die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen, wie die Anzahl an Kontakten und stationären Aufenthalten, sowie die Medikamentenverschreibung betrafen und generelle Versorgungsvariablen, wie dem Vorliegen einer Betreuung und die Anzahl der Betreuungsbereiche, zeigten sich einige Unterschiede.

So konnte hinsichtlich der Zeit seit der ersten nervenärztlich/psychiatrischen Behandlung ein Unterschied festgestellt werden. Dieser verwundert nicht, da, wie weiter oben beschrieben, sich auch die durchschnittliche, gesamte Erkrankungsdauer zwischen den Gruppen unterschied. Keine Unterschiede zeigten sich wider Erwarten bzgl. der Zeit seit der ersten und der letzten stationären Behandlung und der Anzahl von Betreuungsbereichen. Teilnehmer aus der PIA standen zwar signifikant häufiger unter Betreuung, jedoch konnte kein Unterschied bei allen Patienten mit Betreuer in der Anzahl der Betreuungsbereiche zwischen den Gruppen festgestellt werden.

Darüber hinaus bekamen Patienten in Behandlung der PIA eine signifikant höhere Anzahl an verschiedenen Psychopharmaka verordnet und nahmen auch signifikant mehr Psychopharmaka ein als Patienten der Nervenarztpraxen. Am häufigsten wurden Antidepressiva (64 %) und Neuroleptika (33,5 %) zur Behandlung eingesetzt, was im Hinblick auf die Ergebnisse der Diagnosen nicht verwundert. Antidepressiva wurden, ebenso wie Anxiolytika/Tranquilizer, Hypnotika und Nootropika/Antidementiva in beiden Gruppen ähnlich häufig verschrieben, während Neuroleptika und Phasenprophylaktika häufiger Patienten der PIA als medikamentöse Behandlung verschrieben bekamen. Dies spricht für eine leitliniengestützte Behandlung, bei der sich die Verschreibung der Psychopharmaka strikt nach der gestellten Diagnose richtet und nur wenige Off-Label-Behandlungen vorgenommen werden.

Die Ergebnisse zur Medikamenteneinnahme decken sich dabei fast mit den Ergebnissen der verschriebenen Medikamente. So nahmen Patienten der PIA häufiger Neuroleptika und Phasenprophylaktika ein, jedoch auch entgegen den Ergebnissen der verschriebenen Medikamente signifikant häufiger Hypnotika. Ob es sich dabei um einen Medikamentenmissbrauch handelte (im Hinblick auf die hohe Zahl der Suchtdiagnosen)

oder sich PIA-Patienten aufgrund der höheren Erkrankungsschwere zusätzlich mit nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten versorgten, konnte nicht abschließend geklärt werden. Gerade im Bereich zwischen verschriebenen Medikamenten und Selbstmedikation im Hinblick auf eine erhobene Erkrankungsschwere könnte weitere Forschung notwendig und aufschlussreich sein.

Patienten der PIA nahmen darüber hinaus deutlich mehr Kontakte mit ihrem behandelnden Nervenarzt, durchschnittlich 13 Kontakte im halben Jahr, in Anspruch, während Patienten der niedergelassenen Nervenärzte ihren Arzt durchschnittlich drei Mal im halben Jahr konsultierten. Teilnehmer in Behandlung der PIA hatten deutlich mehr stationäre Behandlungen im letzten halben Jahr als Patienten in Behandlung niedergelassener Nervenärzte, wobei erstere mit höherer Wahrscheinlichkeit schon einmal in ihrem Leben in stationärer Behandlung waren und auch signifikant mehr stationäre Behandlungen in ihrer Vorgeschichte vorweisen konnten.

So gaben von insgesamt 118 Teilnehmern (59 %) 80 Teilnehmer der PIA und 38 Teilnehmer in Behandlung von niedergelassenen Nervenärzten an, schon einmal in ihrem Leben stationär psychiatrisch oder psychosomatisch behandelt worden zu sein. Die Dauer der letzten stationären Behandlung variierte dabei von einem bis zu 190 Tagen, wobei die Behandlungsdauer innerhalb der PIA-Teilnehmer von einem bis 190 Tagen bei einem Durchschnitt von 47 Tagen, die Behandlungsdauer bei Praxis-Teilnehmern bei einem Durchschnitt von 38 Tagen von einem bis zu 150 Tage umfassen konnte. Von den Krankenkassen wird im Hinblick auf die Krankenhaustage seit 1990 von einer Steigerung der stationären Behandlungstage aufgrund von psychischen Erkrankungen von 8,4 % auf 15,7 % berichtet (Lademann et al. 2006), wobei die Länge eines stationären Aufenthaltes nach Huntley et al. (1998) durch die Hauptdiagnose einer psychotischen Erkrankung oder affektiven Störung, die Anzahl vorheriger Aufnahmen, dem Alter und dem Vorliegen einer Substanzabhängigkeit als Nebendiagnose, vorhergesagt werden konnte. Daher verwundern die beschriebenen Ergebnisse in diesem Zusammenhang nicht.

Die Motivation und die Zufriedenheit mit der Behandlung wurden über die Zugangsmodalität, Selbst- bzw. Fremdentcheidung, die Entscheidung des Behandlungssettings und die Items des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit und den ZUF-Gesamtscore, sowie die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (CGI2) erhoben.

Hinsichtlich der Zugangsmodalität waren PIA-Patienten zwar seltener vom Hausarzt oder von sich aus in Behandlung gekommen, jedoch konnten bezüglich einer Selbst- bzw. Fremdentcheidung, eine psychiatrische Behandlung zu beginnen, wider Erwarten keine Unterschiede nachgewiesen werden. Hintergrund dieses Ergebnisses könnte die geringe Probandenzahl sein, da ohnehin von den 200 Teilnehmern nur sehr wenige von einem Gericht oder einem Amt in psychiatrische Behandlung geschickt worden waren. Zudem zu bedenken, dass fremdbestimmte Behandlungen im Normalfall eine Unterbringung in einem stationären psychiatrischen Setting nach sich ziehen und bspw. die Therapieunterbringungsgesetze keine „Zwangstherapie“ bei niedergelassenen Nervenärzten oder in einer PIA vorsehen (Heckmann & Leygraf 2009). Ferner konnten keine Faktoren aufgezeigt werden, nach denen ein Patient sich für die Behandlung bei einem bestimmten Nervenarzt oder in der psychiatrischen Institutsambulanz in Kaufbeuren entscheidet. Zwar wurde die Nähe der Praxis zum Wohnort genannt, aber bei Weitem nicht in dem Maße, dass im vorliegenden Fall beispielsweise von einer kritischen Distanzschwelle, wie Meise et al. (1996) aufzeigten, gesprochen werden kann.

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Behandlung ergaben sich im ZUF 8 im Gesamtscore keine Unterschiede. Dies verwundert insofern, da festgestellt wurde, dass die Behandlungsbewertung systematisch mit der Krankheitsschwere korrelierte, so dass schwerer erkrankte Patienten die Behandlung normalerweise schlechter bewerten (Gruyters 1992), wobei der Zusammenhang zwischen Behandlungsergebnissen und der Zufriedenheit als nicht besonders groß beschrieben wird (Hannöver et al. 2000). Dies hängt v. a. mit dem Umstand zusammen, dass nur sehr wenige Patienten im Anschluss an ihre Behandlung Unzufriedenheit äußern (ebenda), was auch in dieser Studie der Fall ist. So bewerteten alle Patienten unabhängig vom Setting die Behandlung mit „ausgezeichnet“. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Gruyters und Priebe (1994), die beschrieben, dass Untersuchungen zur Behandlungsbewertung tendenziell von einer hohen Baseline der Zufriedenheit ausgehen müssen, welche offensichtlich auch in dieser Untersuchung vorliegt.

Ein einziger, kleiner Unterschied ergab sich in der Einzelbewertung hinsichtlich der Frage „Wie zufrieden sind sie mit der Behandlung im Großen und Ganzen?“. Hier gaben signifikant mehr Patienten in Behandlung niedergelassener Nervenärzte die Bewertung „ausgezeichnet“ als Patienten der PIA, wobei beide Settings die Gesamtbewertung „ausgezeichnet“ bekamen. Es ergaben sich hinsichtlich der Zufriedenheitsbewertung mit

der Behandlung auch im CGI keine Unterschiede, ebenso keine Unterschiede in der Bewertung der Wirksamkeit der Behandlung. Lediglich klagten mehr Patienten der PIA über unerwünschte Nebenwirkungen der Medikation, was hinsichtlich der Ergebnisse bzgl. der Medikamentenverschreibung und -einnahme nicht verwundert.

Zur Überprüfung der Vorhersagbarkeit der Zufriedenheit mit der Behandlung wurde versucht, diese über ein multiples lineares Regressionsmodell vorherzusagen. Dabei wurde festgestellt, dass eine Vorhersage der Zufriedenheit aus soziodemographischen und klinischen Informationen nicht möglich war. Die Zufriedenheit mit der Behandlung korrelierte also entgegen der Hypothese 5 nicht negativ mit einem ungünstigen sozialen Profil und mit der Erkrankungsschwere. Dieses Ergebnis kann wahrscheinlich auf die insgesamt hohe Zufriedenheit zurückgeführt werden, was eine Vorhersage, unabhängig von den erhobenen Prädiktoren, erschwert. Insgesamt kann ausgeführt werden, dass die Zufriedenheit mit der Behandlung, unabhängig von soziodemographischen, klinischen oder Inanspruchnahme- oder Setting-Variablen, sehr hoch war.

Zur Überprüfung der Hypothese, dass ein ungünstiges psychosoziales Profil, längere Krankheitsdauer, häufigere Krankenhausaufenthalte, größere Inanspruchnahme der Behandler, Suizidalität und Krankheitsschwere die Wahrscheinlichkeit, in einer PIA behandelt zu werden, erhöhen, wurde ein binär logistisches Regressionsmodell berechnet. Mit einer sehr guten Modelanpassung und einer großen, durch das Modell aufgeklärten Varianz konnten zur Vorhersage des Behandlungssettings das Alter, der Familienstand, die Erkrankungsschwere (CGI-S, PSP-Score, HoNOS-D-Score), die Anzahl der Kontakte mit dem Nervenarzt im letzten halben Jahr und das Vorliegen einer Betreuung herausgearbeitet werden.

So waren Patienten in Behandlung einer Nervenarztpraxis durchschnittlich älter, lebten häufiger in einer Partnerschaft, waren weniger schwer erkrankt, hatten weniger Kontakte zu ihrem Nervenarzt im letzten halben Jahr gehabt und standen zudem seltener unter Betreuung. Gegenteiliges galt für Patienten in Behandlung der PIA. Folglich kann die Hypothese teilweise (im Hinblick auf das psychosoziale Profil hinsichtlich Partnerschaft), Inanspruchnahme der Behandler (hinsichtlich der Kontakthäufigkeit) und Erkrankungsschwere bestätigt werden. Wissen um die Suizidalität, längere Krankheitsdauer und häufigere Krankenhausaufenthalte eigneten sich zur ökonomischen

Vorhersage nicht, da diese vermutlich im Hinblick auf den Informationsgehalt der Erkrankungsschwere zur Vorhersage redundante Informationen waren.

Ob die wahrscheinliche Behandlungsdichte und die damit verbundene Inanspruchnahme von Leistungen, entsprechend der Vereinbarung für PIAs, mit einem ungünstigen klinischen Profil und mit der Krankheitsschwere bzw. mit der niedrigeren Funktionalität steigen, wurde durch zwei lineare Regressionsmodelle überprüft. Dabei wurde die Inanspruchnahme von Leistungen einmal durch die Anzahl der Kontakte mit den Ärzten und die Anzahl der verschriebenen Medikamente operationalisiert.

Zur robusten Vorhersage der Anzahl an Kontakten eignete sich nur das Wissen um das Behandlungssetting (Nervenarzt oder PIA) und die Anzahl der Suizidversuche im Leben. Das bedeutet, dass sich die Anzahl an Kontakten zum behandelnden Arzt analog zur Zahl der Suizidversuche im Leben erhöht und Patienten der PIA mehr Kontakte zu ihrem behandelnden Arzt in Anspruch nehmen als Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten. Theoretisch könnte man analog zu vorliegendem Ergebnis annehmen, dass ein Nervenarzt über die Anzahl der Suizidversuche seines Patienten eine Abschätzung der Häufigkeit seiner Konsultation vornehmen könnte. Um das Ergebnis zu sichern, ist an dieser Stelle sicherlich weitere Forschung nötig.

Eine robuste Vorhersage der Anzahl der verschriebenen Medikamente war durch den GAF-Wert, die Behandlungsmotivation und das Geschlecht möglich. So wurden mit steigendem GAF-Wert, also höherer Funktionsfähigkeit und niedriger Erkrankungsschwere, weniger Psychopharmaka verschrieben. Gleichzeitig wurden bei Patienten, die aus eigener Initiative die Behandlung suchten und männlich waren, weniger Medikamente verschrieben.

Eine Behandlung aus Eigeninitiative und nicht durch eine Fremdenscheidung scheint ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Medikamentenverschreibung zu spielen. Es werden bei Fremdenscheidung einer Behandlung mehr Medikamente verschrieben. So könnten diese Patienten an schwereren Erkrankungen leiden, welche eine Fremdenscheidung in Zusammenhang mit der Behandlung nötig machen, oder von anderen in ihrem Umfeld zu einer Behandlung angeregt oder im extremsten Fall von der Justiz dazu gezwungen werden. So könnten auch bestimmte, nach außen hin auffällige Diagnosen, wie beispielsweise eine psychotische Erkrankung, nicht nur in Deutschland zu einer Behandlung gegen den eigenen Willen führen (Bridler & Gassmann 2010). Im Hinblick

auf den Geschlechtsunterschied ist schon seit Längerem aus den Unterlagen der Versicherer bekannt, dass Frauen deutlich mehr Psychopharmaka verschrieben bekommen und einnehmen (Sehrt 1991), was sich auch in vorliegender Arbeit zeigen ließ.

Eine wichtige Rolle bei Vorhersage der Anzahl der verschriebenen Medikamente nahm die Erkrankungsschwere ein, jedoch wider Erwarten nicht in Bezug auf die Vorhersage der Anzahl der Kontakte. Zur Erklärung dieses Befunds wird sicherlich weitere Forschung nötig sein.

4.2. Limitationen der Untersuchung

In der vorliegenden Untersuchung ergaben sich einige Limitationen, die im Folgenden diskutiert werden.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine explorative Untersuchung in einem Querschnittsdesign. Wünschenswerter wäre natürlich eine Untersuchung der relevanten Parameter Erkrankungsschwere, Zufriedenheit und Inanspruchnahme von Leistungen in einem zeitlichen Verlauf mit mehreren Erhebungspunkten gewesen, um auch die Chronifizierung von Erkrankungen im Umfeld der Ambulanz und der Nervenarztpraxen zu erfassen und Veränderungen der Parameter im Zuge der Behandlung abbilden zu können.

Die Untersuchung im Querschnitt ist als explorative Arbeit dennoch von Nutzen, da sich bisher keine Publikationen mit dem Vergleich zwischen einer PIA und der vertragsärztlichen Versorgung befassen haben. Die vorliegende Untersuchung konnte nur aufgrund der guten Kooperation und des gegenseitigen Respekts zwischen der untersuchten PIA und den niedergelassenen Psychiatern bzw. Nervenärzten in derselben Region zustande kommen. Bei mehreren Erhebungszeitpunkten im Längsschnittsdesign hätte vermutlich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Ablehnung der Nervenarztpraxen, an der Studie teilzunehmen, bestanden.

Ein weiterer Limitationspunkt bestand in der Rekrutierung der Versuchsteilnehmer. Durch eine konsekutive Patientenbefragung wurden etwa 70 % der im Wartezimmer befragten Patienten als Teilnehmer für die Studie gewonnen. Fraglich ist gerade bei den 30 % ablehnenden Patienten, welche Erkrankungsschwere, Zufriedenheit und Inanspruchnahme von Leistungen sich bei diesen ergeben hätte. Möglicherweise nahmen z. B. vermehrt Patienten an der Studie teil, die mit ihrer Behandlung zufrieden waren, was zu einer Verzerrung der hier erhaltenen Ergebnisse führen würde.

Ein weiterer möglicher Bias betrifft die Diagnoseverteilung. So waren in der PIA erwartungsgemäß verhältnismäßig mehr Patienten mit chronischen schizophrenen Psychosen und Suchterkrankungen, was im Hinblick auf den Versorgungsbedarf zu einer eher stärkeren Inanspruchnahme und möglicherweise häufigeren stationären Behandlungen führen könnte. In weiterführenden Studien zum selben Thema sollten daher, um Verzerrungen aufgrund der unterschiedlichen Diagnosen im Hinblick auf Zufriedenheit und Inanspruchnahme zu vermeiden, die Patienten nach Diagnosen gesampelt werden. Ein nachträgliches Sampling der Stichprobe nach Diagnosen war aufgrund des Überhanges affektiver Störungen und der für diesen Fall dann zu geringen Stichprobe nicht möglich.

Zur Generalisierbarkeit der Studienergebnisse ist auszuführen, dass sich die Ergebnisse der Untersuchung auf eine langjährige, stark ausgebaute und in der Region gut etablierte PIA beziehen. Daher ist die Verallgemeinerung der Ergebnisse auf alle PIAs aufgrund der sehr unterschiedlichen strukturellen Merkmale und Finanzierungskriterien nicht zulässig.

Ebenso könnte die Nähe bzw. Entfernung der nervenärztlichen Praxen zum psychiatrischen Krankenhaus und dessen zentrale Ambulanz bzw. zu den dezentralen Teams eine Verzerrung der Ergebnisse im Sinne eines Unterschiedes zwischen Stadt und Land mit sich bringen, die in weiteren Arbeiten untersucht werden sollte. Dies wurde für die Entfernung von psychiatrischen Heimen zur Ambulanz bereits unternommen (Valdes-Stauber & Kilian 2013).

4.3. Fazit und Ausblick

Als ein Fazit kann ausgeführt werden, dass Patienten in Behandlung der PIA deutlich schwerer erkrankt waren als Patienten in Behandlung niedergelassener Nervenärzte. Sie waren seltener verheiratet oder in fester Partnerschaft, bezogen deutlich häufiger Erwerbsunfähigkeitsrente und litten häufiger an psychotischen Störungen oder Suchterkrankungen. Patienten der PIA standen häufiger unter rechtlicher Betreuung, waren großenteils und deutlich häufiger schon mindestens einmal in ihrem Leben und deutlich häufiger insgesamt in stationär psychiatrischer Behandlung gewesen. Die Zeit seit der ersten fachärztlichen psychiatrischen Behandlung lag länger zurück, ebenso waren Patienten der PIA länger erkrankt und litten schon länger an den aktuellen Beschwerden, wegen derer sie in Behandlung waren. Patienten der PIA hatten zeitlebens insgesamt mehr Suizidversuche verübt als Patienten der Nervenarztpraxen und häufiger Suizidgedanken in den letzten sechs Monaten aufgewiesen. Der Unterschied in der Erkrankungsschwere konnte zudem neben den aufgeführten relevanten Variablen aus dem Interview über alle Verfahren (CGI, GAF, PSP-Skala und HoNOS-D) nachgewiesen werden. Besonders im Bereich der sozial nützlichen Aktivitäten wie Arbeit und im Bereich der persönlichen und sozialen Beziehungen sowie der Selbstpflege ergaben sich Unterschiede. Auch im Hinblick auf Probleme mit Beziehungen, alltäglichen Aktivitäten und durch die Wohnbedingungen sowie auf Probleme mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen, gedrückter Stimmung und anderen psychischen oder verhaltensbezogenen Problemen und Problemen in Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung oder Behinderung und im Verhaltensbereich hinsichtlich überaktivem, aggressivem, Unruhe stiftenden oder agitiertem Verhalten, gaben Patienten der PIA an, deutlich mehr Probleme in diesem Bereich zu haben.

Zur Behandlung der jeweiligen Erkrankung wurden bei PIA-Patienten mehr Psychopharmaka verordnet und eingenommen. Da Patienten der PIA häufiger an schizophrenen/psychotischen Störungen litten, wurden sie häufiger mit Neuroleptika behandelt. Insgesamt waren die meisten Patienten an affektiven Störungen erkrankt und wurden dementsprechend mit Antidepressiva behandelt, wobei Patienten in Behandlung

der PIA häufiger ein Phasenprophylaktikum bekamen. Auch klagten Patienten der PIA häufiger über Nebenwirkungen der Medikamente.

Zur Behandlung suchten PIA-Patienten ihren Arzt häufiger auf und hatten mehr therapeutische Kontakte und stationäre Behandlungen im letzten halben Jahr als Patienten in Behandlung bei einem niedergelassenen Nervenarzt. Gleichzeitig waren Patienten der PIA mit höherer Wahrscheinlichkeit schon mindestens einmal in ihrem Leben in stationärer-psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung. Auch waren Patienten der PIA deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Patienten der Nervenarztpraxen.

Die durchgeführte Behandlung wurde in beiden Settings im Gesamten von den Patienten gelobt und als ausgezeichnet bewertet. Beachtenswerte Zufriedenheitsunterschiede ergaben sich – abgesehen von den Medikamentennebenwirkungen – keine.

Hinsichtlich der Vorhersage des Behandlungssettings konnten als Prädiktoren Alter, Familienstand, Erkrankungsschwere, die Anzahl an Kontakten und das Vorliegen einer Betreuung identifiziert werden. Patienten in Behandlung bei einem niedergelassenen Nervenarzt waren durchschnittlich älter, lebten häufiger in einer Partnerschaft, waren weniger schwer erkrankt, hatten im letzten halben Jahr weniger Kontakte zu ihrem Nervenarzt gehabt und standen zudem seltener unter Betreuung.

Hinsichtlich der Vorhersage der Inanspruchnahme von Leistungen, erhoben über die Anzahl an Kontakten und die Anzahl der verschriebenen Medikamente, konnte die Anzahl an Kontakten robust über das Behandlungssetting (Nervenarztpraxis oder PIA) und die Anzahl der Suizidversuche im Leben vorhergesagt werden. Besonders viele Kontakte hatten Patienten in Behandlung der PIA mit vielen Suizidversuchen. Die Vorhersage der verschriebenen Medikamente konnte im robusten Modell am besten über die Erkrankungsschwere (hier GAF-Wert), die Behandlungsmotivation (eigen/fremd) und das Geschlecht vorgenommen werden. Besonders viele Medikamente wurden demnach Patienten verschrieben, die weiblich, schwer erkrankt und fremdmotiviert zur Behandlung erschienen.

Da diese explorative Studie die erste ist, die Patientencharakteristika zwischen den Behandlungssettings niedergelassener Nervenarzt und PIA vergleicht, sind an dieser Stelle sicherlich noch viel Forschungsarbeit und weiterführende Studien wichtig, um eine zuverlässige Aussage über die Patientencharakteristika machen zu können. Insbesondere

wäre die Frage interessant, welche differenzierten Versorgungssettings und welche Versorgungsdichte für die realen Bedürfnisse von Patienten in Abhängigkeit der Erkrankungsschwere und unter Berücksichtigung von epidemiologisch relevanten Merkmalen wie Diagnose, sog. „heavy user“, somatischer Komorbidität oder sozialer Unterstützung nötig wären und wo diese tatsächlich behandelt werden. Des Weiteren wäre gerade im Hinblick auf die Erkrankungsschwere eine Längsschnittuntersuchung interessant, ob möglicherweise die Erkrankungsschwere bei PIA Patienten aufgrund der Unterversorgung und der subsidiären Funktion der PIA abnimmt. Dies könnte z. B. der Fall sein, wenn sich mehr ehemalige Patienten der Nervenärzte zur Behandlung in die PIA begeben müssen, weil sich die Versorgungsdichte im ländlichen Bereich verschlechtert.

5 Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) tatsächlich um die gesetzlich festgelegte Zielgruppe bemühen, was durch den Vergleich mit in Praxen niedergelassener Nervenärzte behandelten Patienten untersucht wird. Die Forschung wurde als explorative Querschnittsstudie zur wissenschaftlichen Untersuchung der Versorgung ambulant psychiatrischer Patienten im Allgäu durchgeführt. Dabei wurden jeweils 100 Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz und 100 Patienten aus fünf psychiatrischen Facharztpraxen einer ländlich-kleinstädtischen Versorgungsregion konsekutiv in die Studie eingeschlossen. Die Untersuchung der Patienten erfolgte, neben einem standardisierten Interview zur Erfassung klinischer Variablen, mit standardisierten Verfahren zur Erfassung der Krankheitsschwere (Clinical Global Impression (CGI), Global Assessment of Functioning Scale (GAF), Health of Nation Outcome Scales (HoNOS-D), Personal and Social Performance Scale (PSP)) und mit einem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8). Das Rating wurde bei allen Teilnehmern vom selben klinisch erfahrenen Rater vorgenommen. An weiteren Informationen wurden von den behandelnden Ärzten die ICD-10-Diagnosen, das Vorliegen einer Betreuung und gegebenenfalls der Betreuungsumfang, die Anzahl der in Anspruch genommenen Konsultationen in den letzten 6 Monaten, etwaige Klinikaufenthalte und die eingesetzte pharmakologische Medikation der teilnehmenden Patienten in Erfahrung gebracht.

Die Daten wurden im Zeitraum von Juni 2010 bis August 2011 bei den niedergelassenen Nervenärzten und in der Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren erhoben. Anschließend wurden diese nach Unterschieden hinsichtlich der Erkrankungsschwere, der Inanspruchnahme von Leistungen und der Behandlungszufriedenheit sowie psychosozialer, klinischer und krankheitsbezogener Variablen untersucht. Des Weiteren wurde versucht, die Zugehörigkeit zu einem Behandlungssetting (PIA/Praxis), die Zufriedenheit und die Inanspruchnahme ausgehend von psychosozialen, klinischen und krankheitsbezogenen Variablen vorherzusagen. Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels Chi²-Tests, ANOVA und multivariaten Regressionsmodellen. So konnte belegt werden, dass Patienten der psychiatrischen Institutsambulanz im Vergleich zu den in privaten Praxen behandelten Patienten schwerer erkrankt waren und mehr medizinisch-psychiatrische Leistungen in Anspruch nahmen.

Hinsichtlich der Zufriedenheit ergaben sich zwischen den Gruppen keine Unterschiede. Hier wurde in beiden Fällen seitens der Befragten die Höchstwertung „ausgezeichnet“ vergeben. Bezüglich psychosozialer, klinischer, krankheitsbezogener Variablen zeigte sich, dass Patienten der PIA eher ohne Partner waren, häufiger unter rechtlicher Betreuung standen, häufiger Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen und häufiger an psychotischen Störungen oder Suchterkrankungen litten. Patienten der PIA waren häufiger in stationär psychiatrischer Behandlung, länger erkrankt und schon länger in Behandlung. Sie verübten zeitlebens mehr Suizidversuche und litten häufiger unter Suizidgedanken. Patienten der PIA nahmen mehr therapeutische Kontakte und stationäre Behandlungen in Anspruch und nahmen mehr Psychopharmaka ein.

Zur Vorhersage der Zugehörigkeit zu einem Behandlungssetting (PIA/Praxis) konnten als Prädiktoren Alter, Familienstand, die Erkrankungsschwere, die Anzahl an Kontakten und das Vorliegen einer Betreuung identifiziert werden, während die Vorhersage der Zufriedenheit mit der Behandlung aus den erhobenen Variablen heraus nicht möglich war. Die Inanspruchnahme von Leistungen wurde über die Anzahl an Kontakten und die Anzahl der verschriebenen Medikamente operationalisiert. Die Anzahl an Kontakten konnte robust über das Behandlungssetting und die Anzahl der Suizidversuche im Leben prognostiziert werden, die Anzahl verschriebener Medikamente über die Erkrankungsschwere (hier GAF-Wert), die Behandlungsmotivation (eigen/fremd) und das Geschlecht.

Vor dem Hintergrund der Datenlage und aller methodenkritischer Einschränkungen hat sich die PIA als geeignete und effektive Versorgungseinrichtung erwiesen, die die vom Gesetzgeber intendierten Vorgaben im Hinblick auf die Patientencharakteristika erfüllt. So zeigen die Ergebnisse, dass in der psychiatrischen Institutsambulanz gemäß den Vorgaben des Sozialgesetzbuches schwerer erkrankte und beeinträchtigte Patienten behandelt werden als bei niedergelassenen Psychiatern. Da diese explorative Studie die erste ist, die Patientencharakteristika zwischen diesen Behandlungssettings vergleicht, ist an dieser Stelle noch viel weitere Forschung nötig, gerade auch im Hinblick darauf, wie sich die weitere Versorgungslage entwickelt. Aktuell scheinen die vom Gesetzgeber gemachten Vorgaben trotz subsidiärer Funktion der PIAs noch eingehalten werden können, dennoch sollte ein wachsameres forschendes Auge auf diesem Aspekt hängen bleiben.

6 Literaturverzeichnis

1. Albers M: Die Langzeitbehandlung der chronischen Schizophrenien. Der Nervenarzt 69(9): 737-751 (1998)
2. Althaus D, Hegerl U: Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. Der Nervenarzt 75(11): 1123-1135 (2004)
3. Andrén KG, Rosenqvist U: Heavy users of an emergency department: psychosocial and medical characteristics, other health care contacts and the effect of a hospital social worker intervention. Social Science & Medicine 21(7): 761-770 (1985)
4. Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyo A, Knapp M, Tansella M.: The use of a case register to evaluate the costs of psychiatric care. Acta Psychiatrica Scandinavica 95(3): 189-198 (1997)
5. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision. American Psychiatric Association, Washington DC (1994)
6. Andreas S: Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen – Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstruments "Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D" zur differenzierten Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems. Phil Dissertation, Universität Hamburg (2005)
7. Andreas S, Harfst T, Rabung S, Mestel R, Schauenburg H, Hausberg M, Kowski S, Koch U, Schulz H: The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. International journal of methods in psychiatric research 19(1): 50-62 (2010)

8. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H: Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 184(6): 526-533 (2004)

9. Apiquian R, Elena Ulloa R, Herrera-Estrella M, Moreno-Gómez A, Erosa S, Contreras V, Nicolini H: Validity of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in schizophrenia. *Schizophrenia research* 112(1): 181-186 (2009)

10. Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R: *Multivariate Analysemethoden*. 11. Auflage. Springer, Berlin (2006)

11. BAG Psychiatrie: Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (2008). Psychiatrische Institutsambulanzen in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser. (2008) Verfügbar unter http://www.lwv-hessen.de/files/430/Auswertung_PiA.ENDFASSUNG.pdf (20.12.2013)

12. BAG Psychiatrie: Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser: Psychiatrische Institutsambulanzen in Deutschland. Kassel (2008) In: Spengler A: Psychiatrische Institutsambulanzen: Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. *Deutsches Ärzteblatt* 109(40): A-1981 / B-1609 / C-1581 (2012)

13. Bauer M: Institutsambulanzen. Partner oder Konkurrenten für niedergelassene Nervenärzte. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* 26: 11-16 (1997)

14. Bauer M, Kunze H, Von Cranach M, Fritze J, Becker T: Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104(s410): 27-34 (2001)

15. Becker T: Out-patient psychiatric services. In: Thornicroft G, Szumukler G: *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford: S. 277-282 (2001)

16. Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S: Konzepte Und Methoden Der Klinischen Psychiatrie – Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart (2007)
17. Becker T, Vázquez-Barquero JL: The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104(s410): 8-14 (2001)
18. Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C, Voderholzer U. (Hrsg): Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Springer, Heidelberg (2005)
19. Berk M, Ng F, Dodd S, Callaly T, Campbell S, Bernardo M, Trauer T: The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14(6): 979-983 (2008)
20. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lépine JP, Girolamo G, de Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J: Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders* 101(1): 27-34 (2007)
21. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, Tran Thi Thanh H, Phillips M, Schlebusch L, Värnik A, Vijayakumar L, Wasserman D: Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine* 35(10): 1457-1465 (2005)
22. Bochnik HJ: Nervenärztliche Praxen in der Bundesrepublik. Strukturen-Kompetenzen-Patienten: Ergebnisse der so genannten Nervenarzt-Studie. *Münch Med Wochenschr* 131: 45-49 (1989)
23. Bochnik HJ, Koch H: Die Nervenarzt-Studie. Praxen, Kompetenzen, Patienten. Deutscher Ärzte Verlag, Köln (1990)

24. Brasseler A: Auswirkungen der gerontopsychiatrischen Ambulanz auf die stationäre Situation am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 28: 167 - 170 (1999)
25. Bridler R, Gassmann J: Die Praxis der ambulanten Zwangsbehandlung in anderen Ländern. Bulletin des médecins suisses Schweizerische Ärztezeitung Bollettino dei medici svizzeri 91: 45 (2010)
26. Brissos S, Palhavã F, Marques JG, Mexia S, Carmo AL, Carvalho M, Dias C, Franco JD, Mendes R, Zuzarte P, Carita AI, Molodynski A, Figueira ML: The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 47(7): 1077-1086 (2012)
27. Brucks U, Wahl WB: Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. Gut versorgt: 15-34 (2003)
28. Bühl A: SPSS 14. 10. Auflage. Pearson Studium, München (2006)
29. Bühl A: SPSS 16. 11. aktualisierte Auflage. Pearson Studium, München (2008)
30. Bühner M, Ziegler M: Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Pearson Studium, München (2009)
31. Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte)* in der Fassung vom 9. März 1993 (BANz. Nr. 110a vom 18. Juni 1993) zuletzt geändert am 17. April 2002. Veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 118 (S. 14538) vom 29. Juni 2002, in Kraft getreten am 1. Juli 2002. (1993)

32. Bundesverband Deutscher Psychiater: PIA-Diskussion heiß entbrannt. Ein Brief und seine Folgen. Neurotransmitter 12: 35–38 (2007)
33. Busner J, Targum SD: The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. Psychiatry (Edgmont) 4(7): 28–37 (2007)
34. Bezirkskliniken Schwaben: Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren – Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Psychiatrische Institutsambulanz (PIA). (2013) Verfügbar unter <http://www.bezirkskrankenhaus-kaufbeuren.de/kliniken/klinik-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/ueber-unsere-klinik/psychiatrische-institutsambulanz.html> (10.09.2013)
35. Claassen D, Priebe S: Deutschsprachige psychiatrische Versorgungsforschung – Was und wie wird berichtet? Eine Analyse von Veröffentlichungen in der psychiatrischen Praxis. Psychiatrische Praxis 30: 414-423 (2003)
36. Dauwalder JP, Ciompi L: Cost-effectiveness over 10 years. A study of community-based social psychiatric care in the 1980s. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 30(4): 171-184 (1995)
37. Deutscher Bundestag – 7. Wahlperiode: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonner Universitätsdruckerei. Drucksache 7/4200, Bonn (1975)
38. Deutscher Bundestag: Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechtes (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz - KVWG), hier § 368n RVO vom 28.12.1976, gültig seit dem 01.01.1977. Bundesgesetzblatt Nr. 151: 3873-3874 (1976)
39. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.): Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland – Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Springer, Berlin (1997)

40. Diehl J, Staufienbiehl T: Statistik mit SPSS Version 10+11. 1. Auflage. Verlag Dietmar Klotz GmbH, Magdeburg (2002)
41. Dilling H, Weyerer S, Lisson H: Zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte. Social psychiatry 10(3): 111-131 (1975)
42. Dufton BD, Siddique CM: Measures in the day hospital. I. The global assessment of Functioning scale. International journal of partial hospitalization 8(1): 41-49 (1992)
43. Eikermann G: Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis. 2.Aufl. Enke Ferdinand, Stuttgart (1997)
44. Ernst, K: Psychiatrische Versorgung heute: Konzepte, Konflikte, Konsequenzen. Kohlhammer, Stuttgart (1998)
45. Expertenkommission der Bundesregierung: Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn (1988)
46. Forkmann T, Scherer A, Boecker M, Pawelzik M, Jostes R, Gauggel S: The clinical global impression scale and the influence of patient or staff perspective on outcome. BMC psychiatry 11(1): 83 (2011)
47. Frese M: Arbeit und psychische Störungen. (1994) Verfügbar unter: <http://195.243.222.33/gmh/main/pdf-files/gmh/1987/1987-11-a-679.pdf> (22.02.2014)
48. Gaebel W, Zielasek J: Psychiatry in Germany 2012. International Review of Psychiatry 24(4): 371-378 (2012)

49. Gebhardt S, Wolak AM, Huber MT: Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients – the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Comprehensive psychiatry* 54(1): 53-60 (2013)
50. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hrsg.): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. (2007) Verfügbar unter http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/dokumente/referate/versorgung-sozialmedizin/Psychiatrie_in_Deutschland.Strukturen-Leistungen-Perspektiven.pdf (11.11.2013)
51. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W: Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis* 36: 16-22 (2009)
52. Grobe T, Dörning H (Hrsg.): Gesundheitsreport 2010 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. (2010) Verfügbar unter <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/222138/Datei/2060/Gesundheitsreport-2010.pdf> (23.10.2013)
53. Gruyters T: Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten-eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 60(04): 140-145 (1992)
54. Gruyters T, Priebe S: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten. Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis* 21: 88-95 (1994)
55. Hannover W, Dogs CP, Kordy H: Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut* 45(5): 292-300 (2000)
56. Haug HJ, Rössler W: Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 249: 115-122 (1999)

57. Häfner H: Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. *Krankenhauspsychiatrie* 11(04): 145-157 (2000)
58. Heckmann D, Leygraf N: Unterbringungsrecht. In Kröber HJ, Dölling D, Leygraf N, Sass H: *Handbuch der Forensischen Psychiatrie – Band 5 Forensische Psychiatrie im Privatrecht und Öffentlichen Recht*. Springer, Berlin Heidelberg, S. 137-178 (2009)
59. Helbig S, Hähnel A, Weigel B, Hoyer J: Wartezeit für Psychotherapiepatienten – und wie sie zu nutzen ist. *Verhaltenstherapie* 14(4): 294-302 (2004)
60. Helgason T, Tómasson K, Sigfússon E, Zoëga T: Screening for mental disorders in the community 1984 and 2002 and prescriptions for psychopharmaca in 1984 and 2001. *Laeknabladid* 90(7/8): 553-559 (2004)
61. Henderson C, Phelan M, Loftus L, Dall'Agnola R, Ruggeri M: Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99(3): 188-195 (1999)
62. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baumann BD, Baity MR, Smith SR, Price JL, Smith CL, Heindselman TL, Mount MK, Holdwick DJ: Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of Psychiatry* 157(11): 1858-1863 (2000)
63. Holikatti PC, Kar N, Mishra A, Shukla R, Swain SP, Kar S: A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian journal of psychiatry* 54(4): 327-332 (2012)
64. Homedes N: The disability-adjusted life year (DALY) definition, measurement and potential use. (1996) Verfügbar unter <http://documents.worldbank.org/curated/en/1996/07/696380/disability-adjusted-life-year-daly-definition-measurement-potential-use> (01.11.2013)

65. Huntley DA, Cho DW, Christman J, Csernansky JG: Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 49(8): 1049-1053 (1998)
66. Huttner D: Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten. Med Dissertation, Universität München (2006)
67. Jacobi F, Klose K, Wittchen HU: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 47(8): 736-744 (2004)
68. Jacobi F, Wittchen HU: „Diagnoseträger“ und Patienten: Zur Epidemiologie behandelter und unbehandelter psychischer Störungen in Deutschland. *Fortschritte der Psychotherapieforschung*. Hogrefe, Göttingen, S. 25-36 (2005)
69. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Müller N, Lieb R: Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine* 34(4): 597-612 (2004)
70. Juckel G, Schaub D, Fuchs N, Naumann U, Uhl I, Witthaus H, Hargarter L, Bierhoff HW, Brüne M: Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia research* 104(1): 287-293 (2008)
71. Juckel G, Laux G: Wie wird das psychosoziale Funktionsniveau gemessen? Ein neuer Outcomeparameter bei Schizophrenie. *DNP-Sonderheft*: 15-20 (2008)
72. Kallert TW, Schönherr R, Schnippa S, Matthes C, Glöckner M, Schützwahl M: Direct costs of acute day hospital care: results from a randomized controlled trial. *Psychiatrische Praxis* 32(3): 132-141 (2005)
73. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen). *Deutsches Ärzteblatt* 28/29 (1994)

74. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Erläuterungen zur Vereinbarung gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zu psychiatrischen Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung. (2001) Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/26256/Mitteilungen-Erlaeuterungen-zur-Vereinbarung-gemaess-118-Abs-2-SGB-V-zu-psychiatrischen-Institutsambulanzen-an-psychiatrischen-Abteilungen-an-Allgemeinkrankenhaeusern-mit-regionaler-Versorgungsverpfl?src=search> (20.12.2013)
75. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Kommentar zur Neuvereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V. (2010) Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/77339/Kommentar-zur-Neuvereinbarung-zu-Psychiatrischen-Institutsambulanzen-nach-118-Abs-2-SGB-V?src=search> (22.12.2013)
76. Katschnig H: Wie läßt sich die Lebensqualität bei psychischen Krankheiten erfassen? In Katschnig H, König P (Hrsg.): Schizophrenie und Lebensqualität. Springer, Wien New York, S. 1-13 (1994)
77. Kick HA: Ethische Überlegungen zum Gesundheitssystem - Sind Patienten Kunden und Arztpraxen Unternehmen? Neurotransmitter (29)7-8: 24-30 (2009)
78. Kilian R, Roick C, Angermeyer MC: Die Einflüsse des Studiendesigns und der Stichprobenauswahl auf die Berechnung psychiatrischer Versorgungskosten. Der Nervenarzt 74(7): 561-570 (2003)
79. Knapp M, Mangalore R, Simon J: The global costs of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 30(2): 279.-293 (2004)
80. Kopetsch T: Arztlzahlentwicklung in der Psychiatrie/Psychotherapie – Mehr, jünger, weiblicher. Neurotransmitter 2: 36-41 (2009)

81. Kopetsch T: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur und Arztlzahlentwicklung. (2010) Verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf (22.12.2013)
82. Köster M: Psychiatrische Institutsambulanzen in Baden-Württemberg: Behandlungsauftrag, Arbeitsweise, Evaluation. Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften Dissertation, Universität Tübingen (2005)
83. Kretschmar JH: Psychische Krankheit im Alter - Die Bedeutung des niedergelassenen Nervenarztes für die gerontopsychiatrische Versorgung. Springer, Berlin Heidelberg (1993)
84. Kriz D, Nübling R, Steffanowski A, Rieger J., Schmidt J: Patientenzufriedenheit: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8. 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (2008)
85. Lademann J, Mertesacker H, Gebhardt B: Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Psychotherapeutenjournal 2: 123-129 (2006)
86. Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber S: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. 6. Auflage Elsevier GmbH, München (2009) (Seiten)
87. Linden M, Maier W, Achberger M: Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der WHO. Der Nervenarzt 67: 205-215 (1996)
88. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ: Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. The Lancet 367(9524): 1747-1757 (2006)

89. Mathers CD, Vos T, Lopez AD, Salomon J, Ezzati M: National Burden of Disease Studies: A Practical Guide. Edition 2.0. Global Program on Evidence for Health Policy. Geneva: World Health Organization. (2001) Verfügbar unter <http://www.who.int/healthinfo/nationalburdenofdiseasemanual.pdf> (22.12.2013)
90. May AT: Ethische Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis. Ethik in der Medizin 16(3): 242-252 (2004)
91. Melchinger H: Vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker: Ungleiche Chancen für Patienten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 85(6): 247-254 (2009)
92. Melchinger H: Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherungen – Expertise –. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Medizinische Hochschule Hannover (2008a) Verfügbar unter http://dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger_KBV_Gutachten.pdf (12.12.2013)
93. Melchinger H: Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerungen dringend geboten. Deutsches Ärzteblatt 105(46): 2457-2460 (2008b)
94. Melchinger H, Machleidt W, Rössler W: Psychiatrische Versorgung - Ausgaben auf den Prüfstand. Deutsches Ärzteblatt 100(44): 2850-2852 (2003)
95. Mertens R: Abrechnungsverhalten von Leistungen zur psychosomatischen Grundversorgung bei niedergelassenen Ärzten. Med Dissertation, Universität Berlin (2005)
96. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung Ergebnisse der TACOS-Studie. Der Nervenarzt 71(7): 535-542 (2000)

97. Möller, HJ, Laux G, Deister A: Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Thieme, Stuttgart, S. 539-552 (2001)
98. Mönter N: Wenn Leitlinien auf Versorgungswirklichkeit treffen. Der Nervenarzt 81(9): 1069-1078 (2010)
99. Mulder CL, Jochems E, Kortrijk HE: The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. (2013) Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24136001> (22.12.2013)
100. Murray CJL, Lopez AD: The global burden of disease. Vol 1. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990, and projected to 2020. (1996) Verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/publications/1996/0965546608_eng.pdf (22.12.2013)
101. Nafees B, van Hanswijck de Jonge P, Stull D, Pascoe K, Price M, Clarke A, Turkington D: Reliability and validity of the Personal and Social Performance scale in patients with schizophrenia. Schizophrenia research 140: 71-76 (2012)
102. Nagelkerke NJD: A note on a general definition of the coefficient of determination. Biometrika 78(3): 691-692 (1991)
103. National Institute of Mental Health: CGI: Clinical Global Impressions. In: Guy W, Bonato R: CGI–Clinical Global Impressions Manual for the ECDEU Assessment Battery 2 Rev. National Institute of Mental Health. Ed., Chevy Chase Maryland NI, S: 1-6 (1970)
104. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hu C, Huang Y, Karam EG, Kawakami N, Kovess V, Levinson D, Posada-Villa J, Sagar R, Tomov T, Viana MC, Williams DR: Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. (2009) Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19585600> (22.12.2013)

nih.gov/pmc/articles/PMC2717212/pdf/pmed.1000123.pdf (22.12.2013)

105. Olzen D: Die Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker. DGPPN-Gutachten, Berlin (2009)
106. Paul K, Moser K: Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen 12: 83-110 (2001)
107. Phillips MR, Li X, Zhang Y: Suicide rates in China, 1995-99. The Lancet 359(9309): 835-840 (2002)
108. Pospeschill M: Statistische Methoden: Strukturen, Grundlagen, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften. Spektrum, Heidelberg (2006)
109. Raspe H, Schulze J: Medizinische Versorgung: Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich. Deutsches Ärzteblatt 110(22): 1091-1096 (2013)
110. Richter-Kuhlmann EA: Arztlzahlstudie von BÄK und KBV: Die Lücken werden größer. Deutsches Ärzteblatt 107(36): 1670-1671 (2010)
111. Roelcke V: Krankheit und Kulturkritik: Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914). Campus Verlag, Frankfurt/New York (1999)
112. Roth-Sackenheim C, Melchinger H: Entwicklungen in der ambulanten Versorgung. Unterfinanziert, unterversorgt, ungerecht. Neurotransmitter: 28-35 (2009)
113. Rössler W, Salize J: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen. Der Bundesminister für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden (1996)
114. Rübenach SP: Todesursache Suizid. Statistisches Bundesamt - Wirtschaft und Statistik 10/2007. (2007) Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE>

[/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/AktuellSuizid.pdf?_blob=publicationFile](#). (30.11.2013)

115. Ruggeri M, Salvi G, Perwanger V, Phelan M, Pellegrini N, Parabiaghi A: Satisfaction with community and hospital-based emergency services amongst severely mentally ill service users. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 41(4): 302-309 (2006)
116. Salize HJ, Rössler W, Becker T: Mental health care in Germany: current state and trends. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 257(2): 92-103 (2007)
117. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR). Hogrefe, Göttingen (2003)
118. Schaub D, Juckel G: PSP-Skala – Deutsche Version der Personal and Social Performance Scale. *Der Nervenarzt* 8 (9): 1178-1184 (2011)
119. Schendera FGC: Regressionsanalyse mit SPSS. Wissenschaftsverlag, München Oldenbourg (2008)
120. Schmidt J, Nübling R: ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen, S. 392-396 (2002)
121. Schneider F, Falkai P, Maier W: Psychiatrie 2020 plus - Perspektiven, Chancen und Herausforderungen. 2. aktualisierte Auflage. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg (2012)
122. Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I, Montesinos AH, Koch E, Driessen M, Heinz A: Patients of immigrant origin in outpatient psychiatric facilities: a comparison between Turkish, eastern European and German patients. *Psychiatrische Praxis* 37(8): 384-390 (2010)

123. Sehrt U: Lebensalter, Geschlecht und Psychopharmaka. In: Kochen MM (ed.): Rationale Pharmakotherapie in der Allgemeinpraxis/Rational Pharmacotherapy in General Practice. Springer, Heidelberg Berlin, S. 209-220 (1991)
124. Sohn S, Wolf T, Heidler J, Amler N, Schreiter A: Therapiehilfen und Ressourcenverbrauch in der Versorgung der Depression. DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift: 137- A322 (2012)
125. Spengler A: Psychiatrische Institutsambulanzen. Ein Überblick. Der Nervenarzt 74(5): 476-480 (2003)
126. Spengler A: POLITIK – Psychiatrische Institutsambulanzen – Funktionierende Integrierte Versorgung. Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen – Ausgabe A 101(12): 162 (2004)
127. Spengler A: Psychiatrische Institutsambulanzen: Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. Deutsches Ärzteblatt 109(40): 457-459 (2012)
128. Spielmans GI, Mc Fall JP: A comparative meta-analysis of clinical global impressions change in antidepressant trials. The Journal of nervous and mental disease 194(11): 845-852 (2006)
129. Spießl H, Semsch I, Cording C, Klein HE: Erwartungen niedergelassener Nervenärzte und Allgemeinärzte an die psychiatrische Klinik. Der Nervenarzt 72(3): 190-195 (2001)
130. Statham DJ, Heath AC, Madden PAF, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH, Slutske WS, Dunne MP, Martin NG: Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. Psychological medicine 28(04): 839-855 (1998)
131. Stöbel-Richter Y, Brähler E, Zenger M: Arbeitslosigkeit, psychische Belastung und körperliche Beschwerden – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. Das Gesundheitswesen 73(08/09): A343 (2011)

132. Thornicroft G, Maingay S: The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. British Medical Journal 325(7365): 608-609 (2002)
133. Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (Hrsg.): 3. Thüringer Psychiatriebericht. (2012) Verfügbar unter http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/referat45/psychiatriebericht_thueringen_abschlussbericht_febbruar-2012.pdf (19.12.2013)
134. Tiikkaja S, Sandin S, Malki N, Modin B, Sparén P, Hultman CM: Social Class, Social Mobility and Risk of Psychiatric Disorder – A Population-Based Longitudinal Study. (2013) Verfügbar unter <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0077975> (30.09.2014)
135. Valdes-Stauber J: Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen – Ethische und anthropologische Aspekte. Der Nervenarzt 80(5): 564-577 (2009)
136. Valdes-Stauber J: Patient satisfaction with psychiatric outpatient services – results of an eight-year survey at a German outpatient service. Nervenheilkunde 29(3): 150-156 (2010)
137. Valdes-Stauber J: Beitrag zu einer Standortbestimmung der psychiatrischen Institutsambulanzen in der deutschen psychiatrischen Versorgung. Sozialpsychiatrische Informationen 40(1): 20-25 (2010)
138. Valdes-Stauber J, Kilian R: Behandlungsauftrag und Behandlungsrealität psychiatrischer Institutsambulanzen – Ergebnisse einer ländlichen PIA in Bayern. Psychiatrische Praxis 40: 146-153 (2013a)
139. Valdes-Stauber J, Kilian R: Does distance matter? The effects of proximity to the psychiatric hospital on psychiatric service use by psychiatric nursing home residents. The German Journal of Psychiatry (Publikation in Vorbereitung) (2013)

140. Valdes-Stauber J, Putzhammer A: Zusammenhänge zwischen stationärer Verweildauer und ambulanter Tätigkeit in einer psychiatrischen Fachklinik. *Nervenheilkunde* 27(11a): 124-125 (2008)
141. Valdes-Stauber J, Putzhammer A, Kilian R: Dezentrale ambulante Teams in der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. *Der Nervenarzt*: 1-10 (2013)
142. Valdes-Stauber J, von Cranach M: Struktur und Entwicklung einer Institutsambulanz – Die psychiatrische Institutsambulanz Kaufbeuren. *Nervenheilkunde* 24: 686-695 (2005)
143. Vollmann J: Patientenverfügungen von Menschen mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 83(1): 25-30 (2012)
144. Wedegärtner F, Wedegärtner C, Müller-Thomsen T, Bleich S: Wer erhält wie viel Versorgung in der Institutsambulanz und warum? *Psychiatrische Praxis* 36(07): 338-344 (2009)
145. Westen D, Shedler J, Bradley B, De Fife JA: An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry* 169(3): 273-284 (2012)
146. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos T: Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 382(9904): 1575-1586 (2013)
147. World Health Organization (WHO): World health report 2001. Geneva. (2001) Verfügbar unter <http://www.who.int/whr/2001/en/> (29.11.2013)
148. World Health Organization (WHO): The World health report 2003: shaping the future. Geneva. (2003a) Verfügbar unter http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf (30.11.2013)

149. World Health Organization (WHO): Investing in Mental Health. Geneva. (2003b)
Verfügbar unter <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562579.pdf>
(30.11.2013)
150. World Health Organization (WHO): Atlas - Country Resources for Neurological Disorders. Geneva. (2004) Verfügbar unter http://www.who.int/mental_health/neurology/neurogy_atlas_lr.pdf (30.11.2013)
151. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A: Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. The British Journal of Psychiatry 172(1): 11-18 (1998)
152. Wittchen HU, Jacobi F: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 44(10): 993-1000 (2001)
153. Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Das Gesundheitswesen 61: 216-222 (1999)
154. Wu BJ, Lin CH, Tseng HF, Liu WM, Chen WC, Huang LS, Sun HJ, Chiang SK, Lee SM: Validation of the Taiwanese Mandarin version of the Personal and Social Performance scale in a sample of 655 stable schizophrenic patients. Schizophrenia research 146(1-3): 34-39 (2013)
155. Ziereis M, Fleischmann H Ressourcenallokation in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Psychiatrische Forschung 1(1): 119-121 (2010)

Anhang:

A Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung

B Datenerhebungsinstrumente:

Strukturiertes Interview (Teilnehmer/Nervenarzt)

CGI (Clinical Global Impression)

GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

PSP-Skala (Personal and Social Performance Scale)

HoNOS-D (Health of Nation Outcome Scales)

ZUF-8 (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit)



Klinik für u. PT II | BKH | 89312 Günzburg | Germany

Medizinische Fakultät

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II,
am Bezirkskrankenhaus Günzburg

PD Dr. rer. soc. Reinhold Kilian

Ludwig-Heilmeyer-Straße 2

89312 Günzburg, Germany

TEILNEHMERINFORMATION

Titel der Studie:

Differentialcharakteristika ambulant-psychiatrischer Patienten in einer Region - Vergleich zwischen ausgewählten Charakteristika ambulanter psychiatrischer Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten und in Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz

Sehr geehrte Teilnehmerin/ sehr geehrter Teilnehmer,

im Rahmen einer Forschungsarbeit über die Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen in unserer Region bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Diese besteht darin, dass Sie einige wenige Fragen zu Ihrer Krankheit beantworten und dass wir einige wenige Informationen über die Behandlung bei Ihrem Nervenarzt/Nervenärztin und Ihrer Krankenkasse erfragen. Die Daten werden anonym behandelt.

Ziel dieser Studie ist ein wissenschaftlicher Vergleich zwischen der Behandlung, den Behandlungsvoraussetzungen und dem Behandlungsaufwand bei niedergelassenen Nervenärzten und bei der psychiatrischen Institutsambulanz des BKH Kaufbeuren. Die Ergebnisse des Projektes sollen dazu beitragen, die ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen im Einzugsgebiet des BKH Kaufbeuren transparenter zu machen und zu verbessern.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie auch bitten, ggf. an einer erneuten Befragung in ca. 6 Monaten teilzunehmen um die Entwicklung beurteilen zu können.



FREIWILLIGKEIT:

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Alle bis dahin erhobenen Daten werden vernichtet.

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf die Untersuchung zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Projektleiter.

ERREICHBARKEIT DES PROJEKTL EITERS:

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit folgende(n) Ansprechpartner (**PD Dr. Reinhold Kilian**) unter folgender Telefonnummer erreichen: (08221/962861)

SCHWEIGE PFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Daten nehmen.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der obengenannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

.....

..

Datum, Name des aufklärenden Wissenschaftlers



Klinik für u. PT II | BKH | 89312 Günzburg | Germany

Medizinische Fakultät

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II,
am Bezirkskrankenhaus Günzburg

PD Dr. rer. soc. Reinhold Kilian

Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg, Germany

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Differentialcharakteristika ambulant-psychiatrischer Patienten in einer Region - Vergleich zwischen ausgewählten Charakteristika ambulanter psychiatrischer Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten und in Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des oben genannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir

Dipl. psych. Johannes Vietz ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....
(Name des Probanden)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift des Probanden)



INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden
- 2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Name des Probanden)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift des Probanden)

Strukturiertes Interview (Proband):_____

Soziobiographische Informationen:

Geschlecht (**sex**): (1) männlich / (2) weiblich

Alter (in Jahren) (**alter**):_____

Familienstand (**fam**): (1) verheiratet / mit festem Partner
(2) ledig
(3) geschieden
(4) getrennt lebend
(5) verwitwet

Nationalität (**nat**): (1) deutsch (2) russisch (3) türkisch (4) andere _____

Muttersprache (**spra**): (1) deutsch (2) russisch (3) türkisch (4) andere _____

Schulbildung: (1) keinen Abschluss (2) Sonderschulabschluss
(**schul**) (3) Hauptschulabschluss (4) Realschulabschluss
(5) Fachhochschulreife (6) Abitur
(7) noch in der Schule (8) Sonstiges:_____

Berufsabschluss: (1) keine abgeschlossene Berufsausbildung
(**beab**) (2) abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre, Fachschule)
(3) abgeschlossenes Studium (Universität, Fachhochschule,
Berufsakademie)
(4) in Ausbildung
(5) im Studium
(6) Sonstiges _____

Gehen Sie derzeit einer Arbeit nach oder beziehen Sie Ausbildung oder Rente?

(**work**) (1) Selbständig o. Arbeits-/Angestelltenverhältnis, freier Arbeitsmarkt
(2) Freiwillig (unentgeltlich) beschäftigt
(3) Geschützte Tätigkeit
(4) Arbeitslos/Arbeit suchend
(5) Student, (Um-)Schüler, Azubi
(6) Hausfrau/Hausmann
(7) Altersrente/Pension/Vorruhestand
(8) Erwerbs- o. Berufsunfähigkeit
(9) andere _____
(99) Antwort verweigert

Welchen Beruf üben sie gerade aus / haben Sie zuletzt ausgeübt?

(**beruf**) (1) Selbständige (z.B. Handwerker, selbst. Landwirte, Künstler)
(2) ausführende Angestellte (z.B. Sekretärin)
(3) mittlere Angestellte (z.B. Sachbearbeiter)
(4) leitende Angestellte (z.B. Abteilungsleiter)
(5) Beamte
(6) ungelernte Arbeiter
(7) angelernte Arbeiter
(8) Facharbeiter, Meister
(9) Arbeiter in der Landwirtschaft
(10) andere _____
(99) Antwort verweigert

Woher beziehen Sie Ihren Lebensunterhalt?
(geld)

- (1) Gehalt/Lohn
- (2) Rente _____
- (3) Sozialleistungen _____
- (4) Familiäre Unterstützung _____
- (5) Andere, nämlich _____

Cluster-Diagnosen: Schizophrene/Psychotische Störung: (1) ja (2) nein (99) weiß nicht
(cludi2) Affektive Störung: (1) ja (2) nein (99) weiß nicht
Substanzabhängigkeit: (1) ja (2) nein (99) weiß nicht
Andere psychiatrische Erkrankung: (1) ja (2) nein (99) weiß nicht

Gab es Menschen in Ihrem privaten Umfeld oder Personen in Beratungsstellen, Einrichtungen, Ämter oder Behörden, die Sie bewogen haben sich in Behandlung zu begeben?

Zugangsmodalität: (1) selbst (2) Angehörige
(modus) (3) Einrichtung (4) Gericht
(5) Amt (6) Hausarzt
(7) sonstige: _____

Warum diese Praxis/PIA? (1) auf Empfehlung (2) Überweisung
(ent) (3) Nähe zu Wohnort (4) andere: _____

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? (betr2) (1) Ja (2) Nein

Wenn ja, wofür? (2betT)

Wann sind Sie erstmalig nervenärztlich/psychiatrisch behandelt worden?

(1nerv) vor ____/____/____/____ Tagen/Wochen/Monaten/Jahren

Wann traten Ihrer Meinung nach das erste Mal ernste psychische Beschwerden auf (unabhängig ob Sie in Behandlung waren)?

(1psyb) vor ____/____/____/____ Tagen/Wochen/Monaten/Jahren

Seit wann bestehen Ihrer Meinung nach die aktuellen Beschwerden?

(2psyb) seit ____/____/____/____ Tagen/Wochen/Monaten/Jahren

Waren Sie schon einmal in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik?
(statb) (1) Ja (2) Nein

Wenn ja,

(stat1) - Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung: vor ____ Jahren

(stat2) - wie oft ungefähr? Anzahl gesch.: _____

(stat3) - Wann war das letzte Mal? vor ____/____/____/____ Tagen/Wochen/Monaten/Jahren

(stat4) - Wie lang waren Sie das letzte Mal in stationärer Behandlung? _____ Tage

Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten bei Ihrem Nervenarzt/Psychiater? (kon) _____
Welche Medikamente haben Sie erhalten? (med) _____

Cluster-Pharmaka: (1) Neuroleptika (2) Antidepressiva
(clmed2) (3) Phasenprophylaktika (4) Anxiolytika/Tranquilizer
(5) Hypnotika (6) Nootropika und Antidementiva
(7) sonstige:

Hatten Sie im letzten halben Jahr Suizidgedanken? **(sui1)** (1) gar nicht (2) selten (3) häufig

Haben Sie im letzten halben Jahr einen Suizidversuch unternommen? **(sui2)** (1) Ja (2) Nein

Anzahl Suizidversuche (gesamtes Leben): **(sui3)** _____

Strukturiertes Interview (Praxis): _____

1) Größe der psychiatrischen Praxis: **(pragr)** _____ (Pat./Quartal)

2) Adhärenz:

a. geschätzter Anteil der Spiegelkontrollen: _____ % **(spgl)**

b. Anteil sich aktiv entziehender Patienten: _____ % **(nspgl)**

3) Aufsuchende Arbeit: (1) Ja (2) Nein **(aufs1)**

Anzahl aufsuchend behandelter Patienten im Quartal: _____ (geschätzt oder nach Abrechnung) **(aufs2)**

Informationen zu teilnehmenden Patienten

Name: _____ Adresse: _____

Aufnahmedatum: _____ **(1kont)**

Behandlungsdiagnose/n (ICD 10): F__ . __ (H) (N)

(Hauptdiagnosen **(hdia1)**, markiert mit H)

(Nebendiagnosen **(ndia1)**, markiert mit N) F__ . __ (H) (N)

F__ . __ (H) (N)

F__ . __ (H) (N)

F__ . __ (H) (N)

Cluster-Diagnosen: Schizophrene/Psychotische Störung: (1) ja (2) nein (99) weiß nicht
(cludi1) Affektive Störung: (1) ja (2) nein (99) weiß nicht

Substanzabhängigkeit: (1) ja (2) nein (99) weiß nicht

Andere psychiatrische Erkrankung: (1) ja (2) nein (99) weiß nicht

Hat der Patient Sie einen gesetzlichen Betreuer? **(betr1)** (1) Ja (2) Nein

Wenn ja, wofür? **(1betT)**

Erbrachte Leistungen:

Anzahl der Kontakte in den letzten 6 Monaten: _____ **(nrkon)**

Anzahl der Klinikaufenthalte in den letzten 6 Monaten: _____ **(stat5)**

Psychopharmakologische Medikation: 1. Medikament: _____ **(med1)**

2. Medikament: _____ **(med2)**

3. Medikament: _____ **(med3)**

4. Medikament: _____ **(med4)**

5. Medikament: _____ **(med5)**

Cluster-Pharmaka: (1) Neuroleptika (2) Antidepressiva
(clmed1) (3) Phasenprophylaktika (4) Anxiolytika/Tranquilizer
 (5) Hypnotika (6) Nootropika und Antidementiva
 (7)

sonstige: _____

CGI

Fragen 1 und 3 müssen bei Erstbewertung ausgeklammert werden, indem man 0 (nicht beurteilbar) ankreuzt.

1. Schweregrad der Krankheit

Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.

- 0 - nicht beurteilbar
- 1 - Patient ist überhaupt nicht krank
- 2 - Patient ist Grenzfall psychiatrischer Erkrankung
- 3 - Patient ist nur leicht krank
- 4 - Patient ist nur mäßig krank
- 5 - Patient ist deutlich krank
- 6 - Patient ist schwer krank
- 7 - Patient gehört zu den extrem schwer Kranken

2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung

Beurteilen Sie dabei die Zustandsänderung insgesamt, also nicht nur das Ergebnis der Medikamentenbehandlung. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des Patienten mit dem zu Beginn der Studie, und geben Sie an, inwieweit sich das Krankheitsbild des Patienten geändert hat.

- 0 - nicht beurteilbar
- 1 - Zustand ist sehr viel besser
- 2 - Zustand ist viel besser
- 3 - Zustand ist nur wenig besser
- 4 - Zustand ist unverändert
- 5 - Zustand ist etwas schlechter
- 6 - Zustand ist viel schlechter
- 7 - Zustand ist sehr viel schlechter

3. Wirksamkeitsindex

Bitte beurteilen Sie das Verhältnis von therapeutischem Effekt und auftretenden Nebenwirkungen.

3.1 Therapeutische Wirksamkeit (gewünschte Arzneiwirkungen)

- 0 nicht beurteilbar
- 1 – sehr gut – Umfassende Besserung. Vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome.
- 2 – Mäßig – Deutliche Besserung, Teilweise Remission der Symptome.
- 3 – Gering – Leichte Besserung. Teilweise Behandlung des Patienten ist dennoch nötig.
- 4 – Zustand unverändert oder schlechter.

3.2 Unerwünschte Wirkungen (Therapie-Risiken)

- 0 – nicht beurteilbar
- 1 – keine
- 2 – Beeinträchtigen den Patienten nicht wesentlich
- 3 – Beeinträchtigen den Patienten wesentlich.
- 4 – Überwiegen die therapeutische Wirksamkeit.

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Beachte: Benutze auch entsprechende Zwischenwerte, z.B. 45, 68 oder 72)

100–91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.

90–81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder –sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).

80–71 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psycho- soziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).

70–61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schule-Schwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

60–51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

50–41 Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde; Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).

40–31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

30–21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).

20–11 Selbst- oder Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).

10–1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

0 Unzureichende Informationen.

Der aktuelle Zustand des Patienten entspricht einem GAF-Wert von

(gaf)

PSP-SKALA Fragebogen

Name: _____

Bitte beurteilen Sie die Schwierigkeiten ihres Patienten während der letzten sieben Tage in den folgenden vier Hauptbereichen:

	0 abwesend	1 leicht	2 offen- sichtlich	3 ausgeprägt	4 schwer- wiegend	5 äußerst schwer- wiegend
a) Sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen						
b) Persönliche und soziale Beziehungen						
c) Selbstpflege						
d) Störendes und aggressives Verhalten						

Für die **Hauptbereiche a-c** sind die Schweregrade:

- **Abwesend**
- **Leicht:** keine offensichtlichen Schwierigkeiten; sind nur jemandem bekannt, der sehr vertraut mit der Person ist
- **Offensichtlich,** aber nicht ausgeprägt: Schwierigkeiten sind für jeden klar erkennbar, aber beeinträchtigen im Wesentlichen nicht die Fähigkeit der Person, ihre Rolle in diesem Bereich auszuüben, unter Berücksichtigung des soziokulturellen Kontextes, Alters, Geschlechts und Bildungsniveaus der Person
- **Ausgeprägt:** Schwierigkeiten beeinträchtigen die Ausführung der Rolle in diesem Bereich stark, dennoch ist die Person noch fähig, Dinge ohne professionelle oder soziale Hilfe zu tun, auch wenn nur unzureichend und/oder nur gelegentlich* (siehe unten); bei Hilfe durch andere ist er/sie eventuell fähig, das vorherige Funktionsniveau zu erreichen.
- **Schwerwiegend:** Schwierigkeiten machen die Person unfähig, jegliche Rolle in diesem Bereich ohne professionelle Hilfe auszuüben oder leiten die Person in eine destruktive Rolle; ein Überlebensrisiko ist jedoch nicht gegeben.
- **Äußerst schwerwiegend:** Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten von solchem Ausmaß, dass das Überleben der Person gefährdet ist.

Für den **Hauptbereich d** sind die Schweregrade:

- **Abwesend**
- **Leicht:** Leichte Grobheit, Ungeselligkeit oder Herumnörgelei
- **Offensichtlich,** aber nicht ausgeprägt: zu laut sprechen oder mit anderen in einer zu vertrauten Weise sprechen, oder in einer sozial unakzeptablen Weise essen
- **Ausgeprägt:** andere in der Öffentlichkeit beschimpfen, Gegenstände zerbrechen oder zertrümmern, häufig in einer sozial unangemessenen, aber nicht gefährlichen Weise handeln (z.B. sich in der Öffentlichkeit ausziehen oder urinieren)
- **Schwerwiegend:** häufige verbale Drohungen oder physische Angriffe, ohne die Intention oder die Möglichkeit schwerer Verletzungen
- **Äußerst schwerwiegend:** häufige aggressive Handlungen, mit dem Ziel oder der Wahrscheinlichkeit, schwere Verletzungen zu verursachen.

* Gelegentlich ist definiert als drei- oder mehr als dreimaliges Auftreten im Referenzzeitraum oder als weniger als dreimaliges Auftreten, aber unter solchen Umständen und/oder mit einer solchen Vorgeschichte, dass der Rater überzeugt ist, dass ein Wiederholungsrisiko in naher Zukunft besteht. Wenn aggressives Verhalten gelegentlich aufgetreten ist, kann das Rating um einen Schweregrad herabgesetzt werden, z.B. von schwerwiegend auf ausgeprägt.

Deutsche Übersetzung und Validierung: Juckel et al. 2007

HoNOS-D Rating

Beurteilen Sie für jedes der 12 Items das jeweils **schwerste** Problem, das während der **letzten 7 Tage** aufgetreten ist.

Legende: Tragen Sie für jedes Item 0-4 oder 9 in die Kästchen ein:

- | | |
|---|--|
| 0 kein Problem | 1 klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf |
| 2 leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden | 3 eher schweres Problem |
| 4 schweres bis sehr schweres Problem | 9 nicht bekannt / nicht anwendbar |

1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten: _____
2. Absichtliche Selbstverletzung: _____
3. Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum: _____
4. Kognitive Probleme: _____
5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung: _____
6. Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen: _____
7. Gedrückte Stimmung: _____
8. Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme: _____
Falls vorhanden, Art der Probleme:
 - a. Phobisch
 - b. Angst
 - c. Zwangshandlungen/-gedanken
 - d. Psych. Belastung/Anspannung
 - e. Dissoziativ
 - f. Somatoform
 - g. Essen
 - h. Schlaf
 - i. Sexuell
 - j. Andere: _____
9. Probleme in Beziehungen: _____
10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten: _____
11. Probleme durch die Wohnbedingungen: _____
12. Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag: _____

Z U F - 8 – Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?			
ausgezeichnet ☐	gut ☐	weniger gut ☐	schlecht ☐
2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?			
eindeutig nicht ☐	eigentlich nicht ☐	im Allgemeinen ja ☐	eindeutig ja ☐
3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?			
sie hat fast allen mei- nen Bedürfnissen entsprochen ☐	sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen ☐	sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen ☐	sie hat meinen Be- dürfnissen nicht entsprochen ☐
4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?			
eindeutig nicht ☐	ich glaube nicht ☐	ich glaube ja ☐	eindeutig ja ☐
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?			
ziemlich unzufrieden ☐	leidlich oder leicht unzufrieden ☐	weitgehend zufrieden ☐	sehr zufrieden ☐
6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?			
ja, sie half eine ganze Menge ☐	ja, sie half etwas ☐	nein, sie half eigentlich nicht ☐	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht ☐
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?			
sehr zufrieden ☐	weitgehend zufrieden ☐	leidlich oder leicht unzufrieden ☐	ziemlich unzufrieden ☐
8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?			
eindeutig nicht ☐	ich glaube nicht ☐	ich glaube ja ☐	eindeutig ja ☐

Danksagung

Ohne die Unterstützung, die ich von verschiedenen Seiten erhalten habe, wäre die vorliegende Arbeit nicht realisierbar gewesen. Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. Juan Valdes-Stauber, der mit seiner intensiven fachlichen Unterstützung, zahlreichen Ratschlägen und in seiner Funktion als Leiter der Institutsambulanz am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Ebenso möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Reinhold Kilian für die Schaffung der Rahmenbedingungen, die strategischen Impulse und die sehr gute Betreuung bedanken.

Großer Dank gilt den Mitarbeitern der Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren. Ganz besonderer Dank geht an die niedergelassenen Psychiater bzw. Nervenärzte aus der Versorgungsregion besagter Ambulanz, Herrn Dr. Bernd Holzmüller, Frau Dr. Bettina Kramm, Herrn Dr. Ferdinand Leib, Herrn Dr. Klaus Rottach, Herrn Dr. Ullrich Stapf, Frau Dr. Henrica Stalman und Herrn Dr. Wilfried Mütterlein, sowie an die Praxisangestellten für die Möglichkeit und die freundliche Unterstützung bei der Rekrutierung der Teilnehmer.

Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dipl. psych. Eva Vietz für die Klärung statistischer Fragen und bei Herrn Dr. Tammo Gorkisch für seine Ermutigung.

Besonderer Dank gilt auch Frau M. A. Monika Moras für die Aufrechterhaltung meiner Motivation, für ihre Geduld und für ihre Liebe.

Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die anliegende Arbeit mit dem Thema:

Differentialcharakteristika ambulanter psychiatrischer Patienten, behandelt in psychiatrischen Institutsambulanzen und in Praxen niedergelassener Nervenärzte

selbstständig verfasst und keine Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe.

Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall durch Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

Kaufbeuren, den 23.05.2014

Johannes J. Vietz

Lebenslauf

Persönliche Daten

Johannes Josef Vietz

Geburtsdatum: 26.01.1982

Geburtsort: Kaufbeuren (Bayern)

Schulbildung

09/88-07/01: Grundschule Biessenhofen, Gymnasium Markt-
oberdorf (Abitur, Note: gut)

Zivildienst

10/01-07/02 Zivildienst (Ergotherapie am BKH Kaufbeuren)

Studium

10/02-10/07 Justus-Liebig-Universität Gießen,
Studiengang Psychologie/Nebenfach Medizin

10/07: Abschluss mit Diplom (Note: sehr gut)

Praktika

02/05-04/05 Praktikum an der Klinik für forensische Psychiatrie &
Psychotherapie am BKH Kaufbeuren

02/06-03/06 Praktikum am Fachkrankenhaus für Psychiatrie,
Psychotherapie, Psychosomatik & Neurologie
am BKH Kaufbeuren

12/07-10/08 Psychotherapeut in Ausbildung (nach §2 PsychThG)
am Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psycho-
therapie, Psychosomatik & Neurologie am BKH
Kaufbeuren

Berufliche Erfahrungen

10/04-07/07 Studentische Hilfskraft in der Abteilung Allgemeine
Psychologie, Tutor im Experimentalpraktikum

Seit 10/08 Dipl. Psychologe an der Klinik für forensische
Psychiatrie und Psychotherapie am BKH Kaufbeuren

Seit 01/09 forensische Gutachtertätigkeit

Seit 07/14

Leiter des Suchtbereichs an der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie am BKH Kaufbeuren

Aus- & Weiterbildungen

04/05-04/12

Weiterbildung zum systemischen Therapeut & Coach in Heidelberg (MAGST/SG/IGST)

11/07-04/14

Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten (Fachkunde Tiefenpsychologie) an der süddeutschen Akademie für Psychotherapie, Bad Grönenbach

04/14

Abschluss der Psychotherapieausbildung mit staatl. Prüfung (Note: sehr gut)