

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

Klinik für Psychiatrie Zwiefalten

**Evaluation der Stationsäquivalenten psychiatrischen
Behandlung (StäB) am Studienzentrum in Zwiefalten im
Rahmen der AKtiV-Studie des Innovationsfonds.
Vergleichende Katamnese unter Berücksichtigung
struktureller Standortmerkmale.**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Geiselhart, Jonathan

2024

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle

2. Berichterstatter: Professor Dr. A. J. Fallgatter

Tag der Disputation: 21.02.2024

Meiner Familie gewidmet

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
Tabellenverzeichnis.....	IX
Abkürzungsverzeichnis	XIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Stationsäquivalente Behandlung (StäB) als Form der Aufsuchenden Psychiatrischen Behandlung.....	1
1.2 Aktueller wissenschaftlicher Stand zur StäB und aufsuchender psychiatrischer Behandlung.....	2
1.3 Vorstellung der AKtiV-Studie des Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses	4
1.4 Beschreibung der psychiatrischen Versorgungslandschaft der Studienzentren Zwiefalten und Reutlingen.....	6
1.5 Fragestellungen und Zielsetzung der Arbeit.....	10
1.5.1 Exkurs: Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die Inanspruchnahme von psychiatrischen Versorgungsleistungen.....	12
2 Material und Methoden	13
2.1 Ethikvotum	13
2.2 Studienpopulation und Vergleichsdaten.....	13
2.2.1 Interventionsgruppe (IG).....	13
2.2.2 Kontrollgruppe (KG).....	14
2.2.3 Vergleichsdaten aus dem AKtiV-Studienzentrum Reutlingen.....	14
2.3 Studiendesign und Studienaufbau	15
2.3.1 Ablauf der Befragungen.....	15
2.3.2 Verwendete Erhebungsinstrumente und Operationalisierung der Fragestellungen	16
2.4 Material und Methodik der statistischen Auswertung	22
3 Ergebnisse.....	24
3.1 Deskriptive Auswertungen der Studienpopulation des AKtiV-Zentrums Zwiefalten.....	24

3.1.1	Verteilung der Diagnosegruppen	24
3.1.2	Soziodemographische Merkmale	25
3.1.3	Stationäre Voraufenthalte, Dauer und Abbruchraten der Indexbehandlung	35
3.1.4	Zusammenfassung	36
3.2	Erhebungsausfälle im Verlauf des Follow-Up	37
3.3	Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) der Inanspruchnahme von vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Versorgungsleistungen	38
3.3.1	Anzahl und Dauer der Inanspruchnahmen	38
3.3.2	Dauer bis zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach der Indexbehandlung	45
3.3.3	Zusammenfassung	48
3.4	Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen	49
3.4.1	Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen .	49
3.4.2	Ambulante ärztliche Leistungen.....	52
3.4.3	Sonstige medizinische und pflegerische Leistungen	54
3.4.4	Zusammenfassung	56
3.5	Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) von psychosozialen Faktoren zwischen Beginn der Behandlung und dem Follow-Up Zeitraum	57
3.5.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	57
3.5.2	Psychosoziales Funktionsniveau.....	60
3.5.3	Recovery Orientierung.....	65
3.5.4	Zusammenfassung	67
3.6	Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) bezüglich der Zusammenhänge der Inanspruchnahme von vollstationären, teilstationären und stationsäquivalenten Versorgungsleistungen mit verschiedenen Wirkfaktoren zwischen Behandlungsbeginn und dem Follow-Up Zeitraum...	68
3.6.1	Dauer der Indexbehandlung	68
3.6.2	Soziodemografische Faktoren.....	68
3.6.3	Berufliche Integration.....	72
3.6.4	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	73

3.6.5	Psychosoziales Funktionsniveau.....	74
3.6.6	Recovery-Orientierung	76
3.6.7	Zusammenfassung	77
3.7	Vergleich der Studienpopulationen der Standorte Zwiefalten und Reutlingen.....	78
3.7.1	Versorgungsleistungen nach SGB IX, XI, XII	78
3.8	Beeinflussung der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen und der psychischen Lebensqualität durch Beschränkungen aufgrund der COVID-19 Pandemie	83
4	Diskussion	86
4.1	Auswertungen der deskriptiven Statistik der Studienpopulation.....	86
4.1.1	Verteilung der Diagnosegruppen	86
4.1.2	Soziodemographische Merkmale	87
4.1.3	Anzahl stationärer Voraufenthalte, Dauer und Abbruchraten der Indexbehandlung	90
4.2	Erhebungsausfälle	92
4.3	Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen	93
4.3.1	Anzahl und Dauer der Inanspruchnahmen	93
4.4	Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen	95
4.5	Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) von psychosozialen Faktoren	97
4.5.1	Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	97
4.5.2	Psychosoziales Funktionsniveau.....	99
4.5.3	Recovery Orientierung.....	100
4.6	Vergleich der Zusammenhänge der Inanspruchnahmen vollstationärer Behandlung mit verschiedenen Wirkfaktoren.....	101
4.6.1	Dauer der Indexbehandlung	101
4.6.2	Soziodemografische Faktoren.....	101
4.6.3	Berufliche Integration.....	104
4.6.4	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	105
4.6.5	Psychosoziales Funktionsniveau.....	105
4.6.6	Recovery-Orientierung	106

4.6.7 Zusammenfassung	106
4.7 Vergleich der Studienpopulationen der Standorte Zwiefalten und Reutlingen bezüglich der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach SGB IX, XI und XII	107
4.8 Beeinflussung der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen und der psychischen Lebensqualität durch Beschränkungen aufgrund der COVID-19 Pandemie	108
4.9 Schlussfolgerungen.....	110
5 Zusammenfassung	113
6 Literaturverzeichnis.....	115
7 Erklärung zum Eigenanteil	131
8 Anhang	132
Danksagung	184

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der AKtiV-Studie.....	5
Abbildung 2: Versorgungsregionen der ZfP Südwürttemberg (ZfP Südwürttemberg 2022)	9
Abbildung 3: prozentuale Verteilung der Diagnosegruppen, identisch für IG und KG (N=44)	25
Abbildung 4: prozentuale Verteilung der Altersgruppen der KG (N=22)	26
Abbildung 5: prozentuale Verteilung der Altersgruppen der IG (N=22)	26
Abbildung 6: Anzahl stationärer Voraufenthalte der Studienpopulation (N=44)	35
Abbildung 7: Häufigkeiten der Dauer bis zur vollstationären Wiederaufnahme im ein Jahres Follow-Up (N=67).....	46
Abbildung 8: Häufigkeiten der Dauer bis zur StäB-Wiederaufnahme im ein Jahres Follow-Up (N=9)	47
Abbildung 9: Häufigkeiten der Dauer bis zur teilstationären Wiederaufnahme im ein Jahres Follow-Up (N=5).....	47
Abbildung 10: Gesamtmittelwerte des EQ-5D-5L der KG und IG zu den drei Befragungszeitpunkten. Ein höherer Mittelwert ist mit einer stärkeren Einschränkung der Lebensqualität assoziiert.	59
Abbildung 11: Gesamtmittelwerte des HONOS der KG und IG zu den drei Befragungszeitpunkten. Ein höherer Mittelwert ist mit einer stärkeren Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus assoziiert	61
Abbildung 12: Gesamtmittelwerte des PSP der KG und IG zu den drei Befragungszeitpunkten. Ein höherer Mittelwert ist mit einer stärkeren Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus assoziiert	61
Abbildung 13: Gesamtmittelwerte des RAS-G der KG und IG zu den drei Befragungszeitpunkten. Ein höherer Mittelwert ist mit einer höheren Recovery-Orientierung assoziiert.....	65

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Anzahl an Behandlungsplätzen der stationären Versorgung der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten.....</i>	<i>7</i>
<i>Tabelle 2: Anzahl an Behandlungsplätzen der ambulante Versorgung der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten.....</i>	<i>8</i>
<i>Tabelle 3: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Schulbildungen der Studienpopulation (N=44), aufgrund der Rundung der Prozentwerte können diese in der Summe 100% übersteigen</i>	<i>27</i>
<i>Tabelle 4: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Berufsausbildungen der Studienpopulation (N=44)</i>	<i>28</i>
<i>Tabelle 5: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Berufstätigkeit der Studienpopulation, aufgrund von Mehrfachnennungen übersteigt die Gesamtanzahl die der Gesamtpopulation</i>	<i>29</i>
<i>Tabelle 6: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Haupteinkommen der Studienpopulation, aufgrund der Rundung der Prozentwerte können diese in der Summe 100% übersteigen</i>	<i>31</i>
<i>Tabelle 7: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. des Bezugs von Versicherungs- oder Sozialleistungen, sowie der Höhe der Leistungen und des monatlichen Gesamteinkommens M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test</i>	<i>32</i>
<i>Tabelle 8: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Wohnformen der Studienpopulation, aufgrund der Rundung der Prozentwerte übersteigen diese 100%.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabelle 9: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Vollstationärer und stationsäquivalenter Wiederaufnahmen (summiert) der Studienpopulation (N=43) Die Mittelwerte der Anzahl der Wiederaufnahmen, wurden einmal bezogen auf die Anzahl an Proband*innen die tatsächlich eine Wiederaufnahme aufwiesen berechnet (Gruppenanteil). Eine zweite Berechnung erfolgte bezogen auf die Anzahl der gesamten Gruppe M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test</i>	<i>39</i>
<i>Tabelle 10: Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. der Dauer der vollstationären und stationsäquivalenten Wiederaufnahmen (summiert) der Studienpopulation (N=43) Die Mittelwerte der Dauer der Wiederaufnahmen, wurden einmal bezogen auf die Anzahl an Proband*innen die tatsächlich eine Wiederaufnahme aufwiesen berechnet (Gruppenanteil). Eine zweite Berechnung erfolgte bezogen auf die Anzahl der gesamten Gruppe M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, MWU=Mann-Whitney-U-Test</i>	<i>40</i>
<i>Tabelle 11: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. vollstationärer Wiederaufnahmen der Studienpopulation (N=43) Die Mittelwerte der Anzahl der Wiederaufnahmen, wurden einmal bezogen auf die Anzahl an Proband*innen die tatsächlich eine Wiederaufnahme aufwiesen berechnet (Gruppenanteil). Eine zweite Berechnung erfolgte bezogen auf die Anzahl der gesamten Gruppe M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test</i>	<i>42</i>

Tabelle 12: Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. der Dauer der vollstationären Wiederaufnahmen der Studienpopulation (N=43) Die Mittelwerte der Dauer der Wiederaufnahmen, wurden einmal bezogen auf die Anzahl an Proband*innen die tatsächlich eine Wiederaufnahme aufwiesen berechnet (Gruppenanteil). Eine zweite Berechnung erfolgte bezogen auf die Anzahl der gesamten Gruppe M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, MWU=Mann-Whitney-U-Test.....	43
Tabelle 13: Auflistung der zentralen Ergebnisse der Analyse der stationären Wiederaufnahmen der KG und der IG; M=Mittelwert.....	48
Tabelle 14: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Kontakte zu niedergelassenen Psychiater*innen M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test	50
Tabelle 15: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Kontakte zu niedergelassenen psychologischen Psychotherapeut*innen. Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben. M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test	51
Tabelle 16: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Kontakte zu einer PIA. Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test.....	52
Tabelle 17: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Hausärzt*innen Kontakte. Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test.....	53
Tabelle 18: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Fachärzt*innen Kontakte M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test	54
Tabelle 19: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Inanspruchnahme sonstiger medizinischer und pflegerischer Leistungen über den ein Jahres Follow-Up Zeitraum. Aufgrund der Rundung der Prozentwerte übersteigen die Gesamtwerte 100%.	55
Tabelle 20: Mittelwerte des EQ-5D-5L, sowie Signifikanzwerte der Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Mann-Whitney-U-Test, Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben, M=Mittelwert GU=Gruppenunterschied.....	58
Tabelle 21: Signifikanzwerte, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test für Gruppenunterschiede, der Mittelwerte des EQ-5D-5 zwischen Baseline-Befragung (N=44) und ein Jahres Follow-Up (N=40). Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben.....	59
Tabelle 22: Mittelwerte des HONOS-D, sowie Signifikanzwerte der Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Mann-Whitney-U-Test, Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben, M=Mittelwert GU=Gruppenunterschied.....	62
Tabelle 23: Signifikanzwerte, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test für Gruppenunterschiede. der Mittelwerte des HONOS-D zwischen Baseline-Befragung (N=44) und ein Jahres Follow-Up	

(Stichprobengröße variiert aufgrund von Erhebungsausfällen für einzelne Items). Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben.....	63
Tabelle 24: Mittelwerte des PSP, sowie Signifikanzwerte der Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Mann-Whitney-U-Test, Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert GU=Gruppenunterschied.....	64
Tabelle 25: Signifikanzwerte, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test für Gruppenunterschiede. der Mittelwerte des PSP zwischen Baseline-Befragung (N=44) und ein Jahres Follow-Up (N=42). Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben.....	64
Tabelle 26: Mittelwerte des RAS-G, sowie Signifikanzwerte der Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Mann-Whitney-U-Test, Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert GU=Gruppenunterschied.....	66
Tabelle 27: Signifikanzwerte, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test für Gruppenunterschiede. der Mittelwerte des RAS-G zwischen Baseline-Befragung (N=44) und ein Jahres Follow-Up. Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben	67
Tabelle 28: Vergleich der Mittelwerte der Anzahl an stationären Behandlungstagen nach Geschlecht der Proband*innen. Berechnung der Gruppenunterschiede mit dem Mann-Whitney-U-Test; M=Mittelwert SD=Standardabweichung	69
Tabelle 29: Vergleich der Mittelwerte der Anzahl an stationären Behandlungstagen nach Diagnosegruppen der Proband*innen. Berechnung der Gruppenunterschiede mit dem Kruskal-Wallis-Test; Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert SD=Standardabweichung	71
Tabelle 30: Korrelationen des EQ-5D-5L-Gesamtmittelwert mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, aufgrund von Erhebungsausfällen variiert die Populationsgröße je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt (vgl. Tabelle 23), r =Korrelationskoeffizient.....	74
Tabelle 31: Korrelationen des HONOS-D-Gesamtmittelwert mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, aufgrund von Erhebungsausfällen variiert die Populationsgröße je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt (vgl. Tabelle 26 und Tabelle 27), r =Korrelationskoeffizient	75
Tabelle 32: Korrelationen des PSP-Gesamtmittelwert mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, aufgrund von Erhebungsausfällen variiert die Populationsgröße je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt (vgl. Tabelle 30), r =Korrelationskoeffizient.....	76
Tabelle 33: Korrelationen des RAS-G-Gesamtmittelwert mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, aufgrund von Erhebungsausfällen variiert die Populationsgröße je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt (vgl. Tabelle 33 und Tabelle 34), r =Korrelationskoeffizient	77
Tabelle 34: Vergleich der Wohnformen der Proband*innen der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten, aufgrund von Erhebungsausfällen variieren die Populationsgrößen je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt.....	80

<i>Tabelle 35: Vergleich der Beschäftigungsverhältnisse der Proband*innen der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten, aufgrund von Erhebungsausfällen variieren die Populationsgrößen je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt, WfbM=Werkstatt für behinderte Menschen.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabelle 36: Vergleich des Bezugs von Sozialleistungen der Proband*innen der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten, aufgrund von Erhebungsausfällen variieren die Populationsgrößen je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt</i>	<i>82</i>
<i>Tabelle 37: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten von besonderen Belastungen durch Einschränkungen durch die COVID-19 Pandemie, da nicht alle Proband*innen Angaben hierzu machten unterscheidet sich die Gesamtzahl von der Populationsgröße (N=39)</i>	<i>84</i>
<i>Tabelle 38: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten von positiven Effekten durch Einschränkungen durch die COVID-19 Pandemie, da nicht alle Proband*innen Angaben hierzu machten unterscheidet sich die Gesamtzahl von der Populationsgröße (N=39).....</i>	<i>85</i>

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Assertive Community Treatment
AKtiV	Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung
CIT	Crisis Intervention Team
CMHT	Community Mental Health Teams
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CQ	Chi-Quadrat Test
CRT	Crisis Resolution Team
CSSRI	Clinical Sociodemographic and Service Receipt Inventory
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EQ-5D-5L	Euro Quality of Life 5-Dimension 5-Layer
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GP.rt	Gemeindepsychiatrische Hilfen Reutlingen
HONOS	Health of the Nation Outcome Scales
ICD	International Classification of Diseases
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
KKSB	Kompetenzzentrum für klinische Studien Bremen
M	Mittelwert
MWU	Mann-Whitney-U Test
MZEB	Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung
N	Stichprobengröße
p	Signifikanzwert
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PP.rt	Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen
PSP	Personal and Social Performance Scale
r	Korrelationskoeffizient
RAS	Recovery Assessment Scale
SARS CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
VAS	Visuelle Analogskala
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
ZfP	Zentren für Psychiatrie

1 Erste Einleitung

1.1 Stationsäquivalente Behandlung (StäB) als Form der Aufsuchenden Psychiatrischen Behandlung

Seit der wegweisenden Psychiatrie Enquête 1975 (Deutscher Bundestag 25.11.1975), hat sich in der psychiatrischen Versorgungsstruktur bis heute viel verändert. Neben der Verbesserung der stationären Versorgung, wurden auch die außerstationären Behandlungsangebote um z.B. Tageskliniken und Institutsambulanzen erweitert. Die Möglichkeiten für aufsuchende Behandlungsformen, im internationalen Raum oft unter dem Begriff „Hometreatment“ zusammengefasst (Berhe et al. 2005), waren in Deutschland jedoch immer nur begrenzt möglich. Lediglich Modellprojekte des Hometreatment, als Alternative zur stationären Akutbehandlung, welche in §64b und §140 SGB V festgelegt wurden, waren möglich. Diese konnten sich in der psychiatrischen Versorgung etablieren (Baum et al. 2019; Peter et al. 2021; Briel et al. 2022; Deister und Michels 2022). Eine einheitliche und flächendeckende aufsuchende Behandlungsform für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen gab es allerdings nicht. Mit der Einführung von StäB in §115d SGB V, wird diese Lücke nun geschlossen. Wenngleich die festgelegten Formalien von StäB nicht unumstritten sind (Frasch 2018), kann die Einführung dennoch als wichtiger Meilenstein in der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung hervorgehoben werden. (Längle 2018; Herzog et al. 2021; Knorr et al. 2021) Mit der StäB ist es möglich Patient*innen, bei denen eine Indikation für eine vollstationäre psychiatrische Behandlung gegeben wäre, in ihrem häuslichen Umfeld zu behandeln. Sie stellt also eine Form der Akutbehandlung dar. (*Eckpunkte zur stationsäquivalenten Behandlung (stäB)* 2018) Das multiprofessionelle StäB Team, bestehend aus Fachärzt*innen für Psychiatrie, Psycholog*innen, Pflegefachkräften und weiteren Spezialtherapeut*innen, führt die aufsuchende Behandlung mit mindestens täglichen Patientenkontakten

durch. Davor ist eine Überprüfung des häuslichen Umfeldes auf Tauglichkeit für die Behandlung obligat. (*Rahmenvereinbarung DKG 2017*)

StäB stellt also eine multiprofessionell durchgeführte, aufsuchende Akutbehandlung für psychisch kranke Personen dar. Sie kann in der Form seit dem 01.01.2018 von psychiatrischen Abteilungen oder Kliniken durchgeführt werden. Laut dem Arbeitspapier der bundesweiten AG-StäB des DGPPN Referats Gemeindepsychiatrie wird StäB bereits an knapp 60 Kliniken in Deutschland angeboten (AG-StäB des DGPPN Referats Gemeindepsychiatrie 2022). Im Jahr 2018 waren es nur 13 Kliniken. (GKV-Spitzenverband 2021). Diese Steigerung, deutet auf eine wachsende Zustimmung für dieses neue Behandlungskonzept hin.

1.2 Aktueller wissenschaftlicher Stand zur StäB und aufsuchender psychiatrischer Behandlung

Die StäB stellt somit eine noch recht junge Behandlungsform in der Psychiatrie dar. Das Volumen an größeren wissenschaftlichen Untersuchungen und sich daraus ableitender Evidenz zu Erfolg und Sicherheit von StäB in Deutschland ist dadurch noch begrenzt. (Hepp und Stulz 2017; Weinmann et al. 2021) Eine Grundlage der Einführung von StäB sind jedoch u.a. die positiven Erfahrungsberichte zu anderen aufsuchenden Behandlungsformen im internationalen Raum (Hauth 2017; Bechdorf et al. 2022), weshalb in diesem Abschnitt der wissenschaftliche Stand zu aufsuchenden Behandlungsformen in Deutschland und dem Ausland betrachtet werden soll.

Formen der aufsuchenden psychiatrischen Behandlung oder des Hometreatment sind schon seit vielen Jahren, vor allem im englischsprachigen Raum etabliert. So wurden bereits in den 1960er und -70er Jahren erste randomisierte Studien zum Hometreatment publiziert. (Pasmanick et al. 1964; Langsley et al. 1971) Im Laufe der Zeit erweiterte sich das Repertoire von aufsuchenden Behandlungsformen immer mehr. Neben dem Assertive Community Treatment

(ACT), welches ebenfalls eine Form der teambasierten aufsuchenden Behandlung darstellt (Stein und Test 1980), entstanden u.a. in Großbritannien Community Mental Health Teams (CMHT), Crisis Resolution Teams (CRT) und Crisis Intervention Teams (CIT) mit einem ähnlichen Leistungsangebot. Hierbei waren die CITs jedoch in erster Linie für akutpsychiatrische Patienten gedacht. Die StäB ist dahingehend mit diesem aufsuchenden Angebot vergleichbar. (Längle et al. 2018)

Die verschiedenen Behandlungsformen etablierten sich über die Jahre mehr und mehr als wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Versorgung. Durch die Generierung von wissenschaftlicher Evidenz zur Wirksamkeit von Hometreatment wurde diese Stellung im Verlauf weiter gefestigt. Ein Review von Catty et al. kam 2002 noch zu dem Schluss, dass keine eindeutig überzeugende Evidenz für Hometreatment Ansätze im Vergleich zur stationären Behandlung vorliegt. (Catty et al. 2002) Spätere Metaanalysen aus dem englischsprachigen Raum, zeigten jedoch, dass Akutbehandlungen im häuslichen Umfeld einer stationären Behandlung, in bestimmten Punkten wie stationärer Wiederaufnahmerate oder Behandlungszufriedenheit, sogar überlegen sein können. (NICE 2014; Murphy et al. 2015) Die Effektivität von anderen aufsuchenden Behandlungsformen wie ACT, ließen sich mittlerweile ebenfalls in Studien nachweisen (Nordén et al. 2012; Boege et al. 2014; Gühne et al. 2014; Schöttle et al. 2014). Für den deutschsprachigen Raum liegen ebenso Studien über die Effektivität von Akutbehandlungen im häuslichen Umfeld vor. Eine randomisiert kontrollierte Studie aus der Schweiz zeigte eine signifikante Reduktion der stationären Behandlungsdauer nach der Indexbehandlung in der Hometreatment-Gruppe im Vergleich zur stationären Kontrollgruppe. In Endpunkten wie Behandlungszufriedenheit und psychosozialem Funktionsniveau zeigte die Interventionsgruppe zumindest gleichwertige Ergebnisse. (Stulz et al. 2020) Andere nicht randomisierte Studien kamen zu vergleichbaren Ergebnissen (Bechdolf et al. 2011; Bechdolf et al. 2011; Mötteli et al. 2018) Auch für die StäB gibt es mittlerweile erste Publikationen. Eine gematchte Kohortenstudie von Weinmann et al. deutet darauf hin, dass StäB bezüglich Bewertungskriterien wie der stationären Wiederaufnahmerate

zumindest nicht unterlegen ist. (Weinmann et al. 2021) Aufgrund der kurzen Laufzeit der StäB ist die Anzahl an aussagekräftigen wissenschaftlichen Untersuchungen begrenzt. Eine belastbare Aussage zur Effektivität, Sicherheit und Patientenzufriedenheit von StäB, lässt sich mit den aktuellen Daten somit noch nicht treffen. Die bisher vorliegenden Publikationen, deuten allerdings, bezogen auf die Implementierung, Patientenzufriedenheit und Wirkung der Behandlung, auf eine positive Bilanz hin. (Boege et al. 2020; Holzke et al. 2020; Spannhorst et al. 2020; Boyens et al. 2021; Gottlob et al. 2022; Raschmann et al. 2022). Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die StäB trotzdem noch der Weiterentwicklung bedarf. (Frasch 2018; Knorr et al. 2021)

1.3 Vorstellung der AKtiV-Studie des Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses

Die vom Innovationsfonds geförderte Studie „Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV)“ ist die erste größere kontrollierte Kohortenstudie, welche die stationsäquivalente Behandlung untersucht (Baumgardt et al. 2020). AKtiV ist eine naturalistisch quasi-experimentelle Studie, die an zehn Kliniken in Deutschland durchgeführt wird. Neben quantitativen Daten aus Patienten- und Angehörigenbefragungen werden ebenfalls qualitative Daten von Nutzer*innen und Versorgungsakteuren erhoben. Ziel ist eine umfassende Evaluation der StäB in unterschiedlichen Versorgungsregionen Deutschlands unter Einbeziehung möglichst vieler Blickwinkel aus der medizinischen Versorgung und Gesundheitsökonomie. Hierfür ist die Studie in fünf Module unterteilt, welche alle unterschiedliche Aspekte rund um StäB untersuchen. (vgl. Abbildung 1 (Baumgardt et al. 2020))

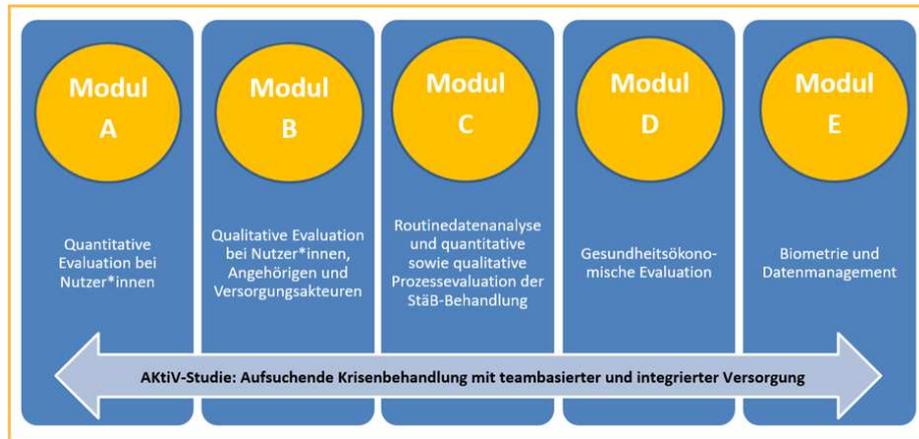


Abbildung 1: Aufbau der AKtiV-Studie

Die Untersuchungen der vorliegenden Arbeit, sind in Modul A und Modul C eingeordnet. Es werden quantitative Daten von Patient*innen aus dem AKtiV-Studienzentrum Zwiefalten und dem Vergleichszentrum Reutlingen ausgewertet. Für die AKtiV-Studie wurden insgesamt 400 Patient*innen rekrutiert, woraus eine Interventionsgruppe (IG)- und eine Kontrollgruppe (KG) gebildet wurde. Die Interventionsgruppe wurde aus Patient*innen der stationsäquivalenten Behandlung, die Kontrollgruppe aus stationär behandelten Patient*innen, gebildet. Für das AKtiV-Zentrum Zwiefalten wurden 44 Proband*innen rekrutiert, für das Reutlinger Zentrum 50. Aus ethisch-rechtlichen Gründen ist eine randomisierte Zuteilung der Patient*innen nicht möglich, weshalb für die Studie ein Propensity-Score-Matching Verfahren (ROSENBAUM und RUBIN 1983) genutzt wird. Um eine möglichst nahe der Randomisierung gelegene Strukturgleichheit der beiden Patientengruppen zu erreichen, wird jedem Interventionspatient ein gematchter Kontrollpatient zugeteilt. Die „Matching-Variablen“ setzen sich aus den Kriterien Hauptdiagnose, Alter, Geschlecht und Anzahl von stationären Voraufenthalten in der Studienklinik zusammen. Hieraus ergibt sich das quasi-experimentelle Studiendesign. Für alle eingeschlossene Proband*innen soll zu drei Zeitpunkten T0 (Indexbehandlung/Baseline), T1 (6-Monats Follow-Up) und T2 (12-Monats Follow-Up) eine standardisierte Befragung erfolgen. Hierbei werden u.a. Daten zur Inanspruchnahme von

medizinischen Versorgungsleistungen, psychosozialem Funktionsniveau und Recovery-Orientierung erhoben.

Neben Patientenbefragungen werden im Modul C1 auch Routedaten, sowie Daten zur Organisation der Behandlungsprozesse und -teams, zur Prozessevaluation von StäB erhoben. Verbindet man die Ergebnisse aus den Untersuchungen von Modul C1 mit denen der quantitativen Daten von Modul A zur Wirksamkeit von StäB, können so Wirkfaktoren für eine erfolgreiche Organisationsstruktur herausgearbeitet werden. Die Ergebnisse der AKtiV-Studie sollen somit nicht nur Rückschlüsse über Effektivität von StäB schließen lassen, sondern auch Informationen zur Evaluation und erfolgreichen Implementierung einer wirksamen Organisationsstruktur für StäB liefern.

All diese Ergebnisse und Informationen der AKtiV-Studie sollen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgungsstruktur dienen. Da diese in Deutschlands, als sehr heterogen betrachtet werden kann, soll im folgenden Abschnitt die Versorgungsstruktur der zu untersuchenden Zentren beschrieben werden.

1.4 Beschreibung der psychiatrischen Versorgungslandschaft der Studienzentren Zwiefalten und Reutlingen

Das AKtiV-Studienzentrum Zwiefalten welches an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten, des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP) angegliedert ist, liegt in der ländlichen Region des Landkreises Reutlingen. Das Versorgungsgebiet der Region Alb-Neckar des ZfP umfasst die Landkreise Reutlingen, Alb-Donau-Kreis und die Stadt Ulm (vgl. Abbildung 2). Die psychiatrische Versorgung wird u.a. in Zusammenarbeit mit der PP.rt (Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen), der GP.rt (Gemeindepsychiatrische Hilfe Reutlingen), sowie der Bruderhaus Diakonie Reutlingen gewährleistet. Diese Leistungserbringer befinden sich vor allem in der Großstadt Reutlingen. Für den südlichen Teil des Landkreises, sowie den anliegenden Regionen des Alb-Donau Kreis und der Stadt Ulm, liegt die Versorgungszuständigkeit vor allem in Zwiefalten. Darüber hinaus hält der

Standort Zwiefalten für die Bereiche Neuropsychiatrie, sowie schwere psychiatrische Erkrankungen aus dem Feld der schizophrenen Störungen und Suchterkrankungen eine Spezialversorgung vor. Hierfür wird das Einzugsgebiet um Teile der Landkreise Esslingen, Tübingen, Sigmaringen und Biberach erweitert. Dies schlägt sich auch auf das Einzugsgebiet der Proband*innen für das AKtiV-Studienzentrum Zwiefalten nieder. Insgesamt stehen für die genannten Regionen stationäre Versorgungsplätze in Unterschiedlichen Bereichen zur Verfügung. Inbegriffen sind hier auch besondere Behandlungskonzepte wie die Soteria in Zwiefalten oder der Bühlhof für ältere Menschen mit Depressionen (ZfP Südwürttemberg 2022). Tabelle 1 zeigt die Anzahl der stationären, teilstationären und StäB Plätze.

Tabelle 1: Anzahl an Behandlungsplätzen der stationären Versorgung der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten

stationäre Versorgung	Anzahl Plätze
Stationäre Krankenhausbetten Landkreis Reutlingen	200
Stationäre Krankenhausbetten übrige Landkreise	182
Tageskliniken	117
Stationäre Wiedereingliederungshilfe	35
Stationärer Maßregelvollzug	86
Stationäre psychiatrische Fachpflege	500
stationsäquivalente Behandlung Reutlingen	15
stationsäquivalente Behandlung Zwiefalten (inkl. der Standorte Ulm und Ehingen)	25

Die ambulante gemeindepsychiatrische Versorgung besteht u.a. aus Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) an den Standorten Zwiefalten, Reutlingen, Münsingen, Ehingen und Ulm. Ambulant betreutes Wohnen und andere besondere Wohnformen stehen in den Landkreisen ebenfalls zur Verfügung. Tabelle 2 zeigt die Anzahl der angebotenen Plätze verschiedener

ambulanter Betreuungsmöglichkeiten. Des Weiteren wird die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von 28 niedergelassenen Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie 71 psychologischen Psychotherapeut*innen in den oben genannten Landkreisen komplettiert. (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2022). Das ZfP Südwürttemberg verfügt hier am Standort Münsingen auch über eine Praxiszulassung, über die eine ambulante psychiatrische Anbindung von Patient*innen möglich ist. Darüber hinaus existieren auch weitere Beratungs- und Betreuungsdienste für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, wie ambulante psychiatrische Pflege, sozialpsychiatrische Dienste und medizinischen Zentren für Menschen mit geistiger Behinderung (MZEB Reutlingen und Zwiefalten), im beschriebenen Versorgungsgebiet. (vgl. (Ministerium für Soziales und Integration 2020)

Tabelle 2: Anzahl an Behandlungsplätzen der ambulanten Versorgung der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten

ambulante Versorgung	Anzahl Plätze
ambulant Betreutes Wohnen Stadt Reutlingen	395
ambulant Betreutes Wohnen Landkreis Reutlingen	268
ambulant Betreutes Wohnen Alb-Donau Kreis	65
ambulant Betreutes Wohnen Stadt Ulm	251
Tagesförderstätten	30
geschützte Arbeitsplätze Landkreis Reutlingen	500
geschützte Arbeitsplätze Stadt Ulm	200

Vergleichend lässt sich sagen, dass das Einzugsgebiet des AKtiV-Zentrum Zwiefalten deutlich größer und ländlicher geprägt ist als das des Vergleichszentrum Reutlingen, welches hauptsächlich aus dem Großstadtgebiet Reutlingen besteht. Die Dichte an angebotenen Versorgungsleistungen ist im Stadtgebiet Reutlingen größer als im restlichen Landkreis, vor allem auf niedergelassene Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen bezogen.

Trotzdem ist eine breitgefächerte stationäre und ambulante Versorgung auch in den ländlichen Gebieten der beiden Landkreise Reutlingen und Alb-Donau gewährleistet.

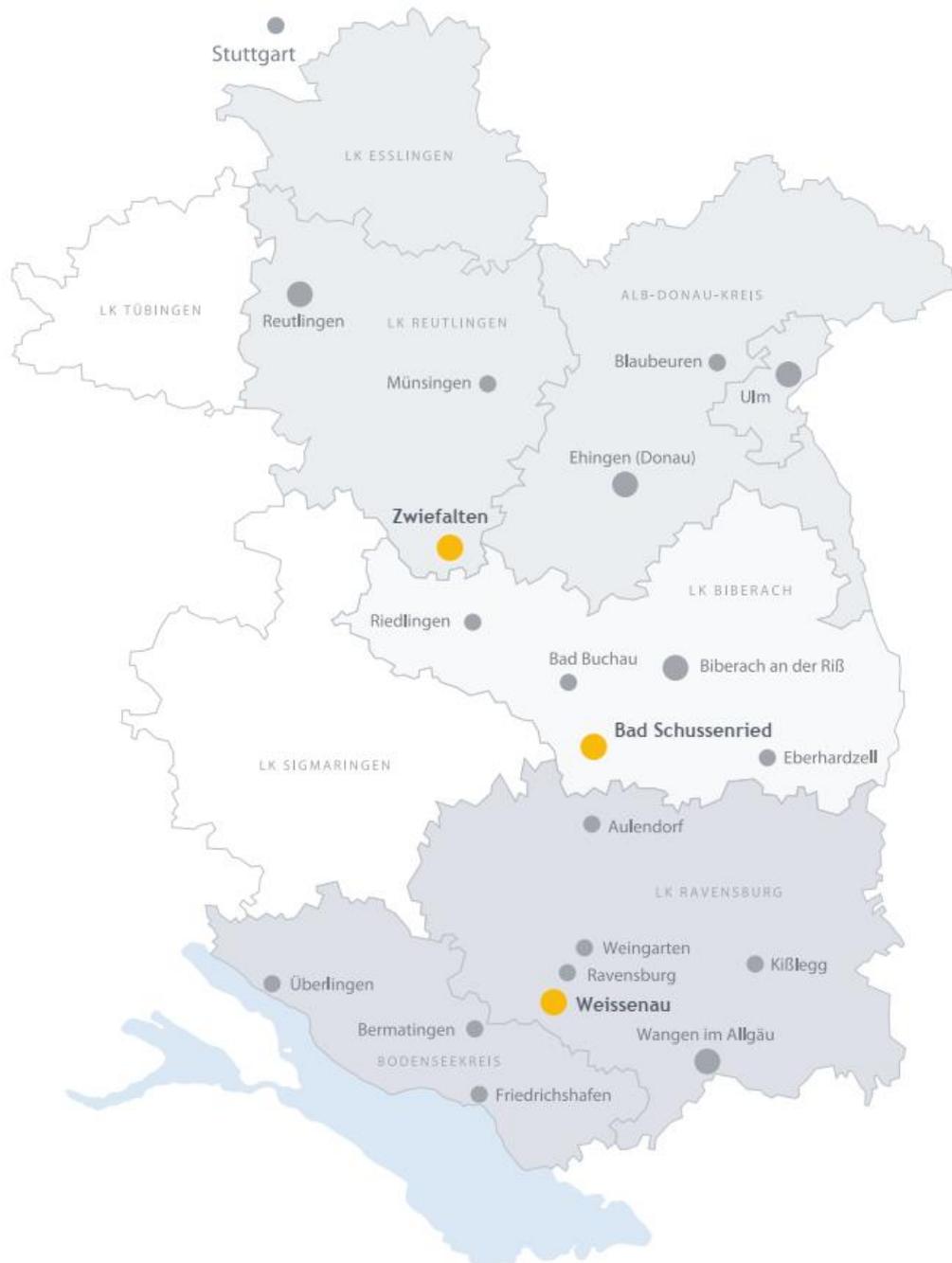


Abbildung 2: Versorgungsregionen der ZfP Südwürttemberg (ZfP Südwürttemberg 2022)

1.5 Fragestellungen und Zielsetzung der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Daten, welche durch Befragungen der in der AKtiV-Studie eingeschlossenen Proband*innen am Standort Zwiefalten, erhoben wurden, auszuwerten und im Kontext aktueller Literatur zu aufsuchenden psychiatrischen Behandlungskonzepten zu diskutieren. Folgende Fragestellungen sollen genauer untersucht werden:

1. Existiert ein Unterschied in der stationären Wiederaufnahmerate im Zeitraum nach der Indexbehandlung, bis zum Follow-Up nach 12 Monaten, zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe von vollstationär und stationsäquivalent behandelten Patient*innen des Standorts Zwiefalten?
2. Eine weitere Fragestellung ist, ob ein Unterschied in der Dauer bis zur vollstationären oder stationsäquivalenten Wiederaufnahme, sowie ein Unterschied in der Anzahl der vollstationär/stationsäquivalent verbrachten Tage nach der Indexbehandlung besteht. Darüber hinaus sollen Gruppenunterschiede bezüglich der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen betrachtet werden. Dies schließt neben medizinischer Behandlung auch pflegerische und soziale Rehabilitationsmaßnahmen mit ein.
3. Auch Faktoren wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die berufliche Integration, das psychosoziale Funktionsniveau und die Recovery-Orientierung, sollen vergleichend zwischen den Behandlungsformen StäB und stationäre Regelbehandlung betrachtet werden.
4. Ziel ist es auch, etwaige Zusammenhänge von soziodemografischen und psychosozialen Faktoren, wie Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit und Hauptdiagnose, mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu untersuchen. Ferner sollen auch mögliche Zusammenhänge des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der Recovery-Orientierung mit den in 1. und 2. formulierten Fragen untersucht werden.

5. Als zweite große Fragestellung, sollen Vergleiche zwischen der Studienpopulation des ländlichen Zentrums Zwiefalten, mit der des städtischen Zentrums Reutlingen, analysiert werden. Hierbei soll die Inanspruchnahme von in den Sozialgesetzbüchern (SGB) IX, XI und XII beschriebenen Versorgungsleistungen überprüft werden. Dies betrifft somit Rehabilitationsmaßnahmen, Pflegeleistungen und Sozialhilfen.

Die H0-Hypothesen der genannten Ziele lauten wie folgt:

1. Es existiert kein Unterschied in der stationären Wiederaufnahmerate zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.
2. Es existiert kein Unterschied in der Dauer bis zur vollstationären und stationsäquivalenten Wiederaufnahme, sowie der Dauer der Wiederaufnahmen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Es besteht kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen.
3. Es existiert kein Gruppenunterschied bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der beruflichen Integration, sowie des psychosozialen Funktionsniveau.
4. Es bestehen keine Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und psychosozialen und sozio-demografischen Faktoren.
5. Es existieren keine Unterschiede in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aus den SGB IX, XI und XII, zwischen den Populationen der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten.

1.5.1 Exkurs: Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die Inanspruchnahme von psychiatrischen Versorgungsleistungen

Die COVID-19 Pandemie stellte eine enorme Belastung für viele Menschen auf der ganzen Welt dar. Besonders die Kontaktbeschränkungen, welche in den Jahren 2020 und 2021 bundesweit galten, stellten viele Menschen vor große Herausforderungen. Gerade psychisch Erkrankte stellten eine Gruppe dar, die durch die gegebenen Beschränkungen im öffentlichen und privaten Leben belastet wurden. In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Arbeiten, die sich mit dem Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit beschäftigen (Alamolhoda et al. 2022; Maio Nascimento et al. 2022; Salanti et al. 2022). Viele zeigen eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Proband*innen, besonders mit affektiven Störungen. (Vindegaard und Benros 2020; Asper et al. 2022; Cénat et al. 2022) Der erschwerte Zugang zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten aufgrund von COVID-Beschränkungen, wurde von einigen Autor*innen als negativ beeinflussender Faktor genannt. (Gautam et al. 2020; Fleischmann et al. 2021; Zangani et al. 2022) Auch unter den Kliniken die hierzulande StäB anbieten wurde die Fortführung der Behandlungen unter den erschwerten pandemischen Bedingungen diskutiert. Einige Kliniken reduzierten das Angebot, es bestand jedoch Konsens, dass StäB weiterhin angeboten werden soll (Längle et al. 2020). Es war somit abzusehen, dass die Pandemie Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von StäB-Leistungen haben wird. Auf dem Hintergrund dieser Erkenntnisse, wurden auch die Proband*innen der Studienpopulation in Zwiefalten, nach der Beeinflussung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Beeinträchtigungen des psychosozialen Lebens befragt. Die Fragen wurden im Rahmen des 12-Monats Follow-Up gestellt.

2 Material und Methoden

2.1 Ethikvotum

Für diese Arbeit, als Teil der AKtiV-Studie, wurde bei der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Brandenburg ein Ethikantrag gestellt. Für dieses Studienvorhaben liegt ein positives Votum der genannten Ethikkommission (Nr. 01VVSF19048, E-02-20200715) sowie eine Prüfung der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg (Aktenzeichen B-F-2020-135) vor. Die Projektbeschreibung der AKtiV-Studie ist im Anhang dieser Arbeit angefügt.

2.2 Studienpopulation und Vergleichsdaten

Die vorliegende Arbeit greift, als Teil der AKtiV-Studie auf die Studienpopulation des Studienzentrums Zwiefalten zurück (Anton unveröffentlicht). Insgesamt wurden $N = 44$ Proband*innen rekrutiert. In die Studienpopulation des Zentrum Reutlingen wurden $N = 50$ Proband*innen eingeschlossen. Alle Proband*innen die sich bereiterklärten an der AKtiV-Studie teilzunehmen wurden im persönlichen Gespräch über die Inhalte der Studie aufgeklärt. Anschließend wurde eine Einwilligungserklärung von den Proband*innen unterschrieben, sowie deren Kontaktdaten notiert.

2.2.1 Interventionsgruppe (IG)

In die Interventionsgruppe wurden $N = 22$ Patient*innen, welche neu in StäB aufgenommen, oder von der stationären Behandlung in die StäB verlegt wurden, eingeschlossen. Folgende Kriterien mussten erfüllt sein: Einwilligungsfähigkeit, ausreichende deutsche Sprachkenntnisse, Hauptdiagnose gemäß ICD-10 F0X bis F6X, fester Wohnsitz im Versorgungsgebiet des Studienzentrum und keine

Teilnahme an einer Interventionsstudie. Ausschlusskriterien für eine Studienteilnahme waren, eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung, ein Unterbringungsbeschluss, schwere organische Hirnerkrankungen mit kognitiven Defiziten, sowie Intelligenzminderung.

2.2.2 Kontrollgruppe (KG)

Die Kontrollgruppe besteht aus $N = 22$ regulär vollstationär Behandelten Proband*innen. Eingeschlossen wurden Patient*innen die die o.g. Kriterien ebenfalls erfüllten. Es wurde darüber hinaus auch darauf geachtet, dass die Kontrollproband*innen ebenfalls die allgemeinen StäB-Kriterien, wie Eignung des häuslichen Umfelds, Einwilligung von Angehörigen und fehlende Gefährdung von Kindeswohl, potenziell erfüllen. Aus allen infrage kommenden Patient*innen die stationär behandelt wurden, wurden diejenigen ausgewählt, die nach einem Propensity-Score-Matching Verfahren einer Interventionsproband*in zugeordnet werden konnten. Für das Propensity-Score-Matching wurden die Variablen, Alter, Geschlecht, ICD-10 F-Diagnose und die Anzahl an stationären Voraufenthalten in der gleichen psychiatrischen Klinik herangezogen.

2.2.3 Vergleichsdaten aus dem AKtiV-Studienzentrum Reutlingen

Für die 4. Fragestellung, welche in 1.5 formuliert wurde, werden Daten aus dem AKtiV-Studienzentrum Reutlingen herangezogen. Diese wurden analog, wie in Zwiefalten im Rahmen weiterer Dissertationsvorhaben der AKtiV-Studie erhoben. (Baisch unveröffentlicht; Stüker unveröffentlicht) Es handelt sich um die Daten aus den Befragungen von $N = 50$ Proband*innen, zu den beschriebenen drei Zeitpunkten, Baseline, 6-Monats Follow-Up und 12-Monats Follow-Up. Auch hier stellt sich die Studienpopulation aus einer Interventions- und einer Kontrollgruppe mit je 25 Proband*innen zusammen. Ein- und Ausschlusskriterien waren dieselben wie oben beschrieben. Zum 6-Monats Follow-Up kam es bei zwei

Proband*innen der IG zu einem Erhebungsausfall. Beim 12-Monats Follow-Up gab es erneut zwei Erhebungsausfälle aus je einer Gruppe.

2.3 Studiendesign und Studienaufbau

Der allgemeine Aufbau der AKtiV-Studie, in dessen Rahmen dieses Dissertationsvorhaben durchgeführt wurde, wird in Kapitel 1.3 beschrieben. Die detaillierte Studienbeschreibung, mit genauem Zeitplan, kann dem Anhang entnommen werden. Die quantitativen Befragungen der in die Studie eingeschlossenen Patient*innen am Zentrum in Zwiefalten, waren Teil des Modul A der Gesamtstudie.

2.3.1 Ablauf der Befragungen

Für den Befragungszeitraum der 6-Monats und 12-Monats-Follow-Up Befragungen wurde ein potenzieller Zeitraum von vier Wochen festgelegt. Hierbei wurde das Datum, welches exakt 182 Tage nach der Baseline Teil 1 Befragung lag, als optimales Datum für die erste Follow-Up Befragung festgelegt. Für die zweite Follow-Up Befragung wurde das optimale Datum 365 Tage nach der ersten Baseline-Befragung gewählt. Der Befragungszeitraum wurde dann um genau 14 Tage vor und nach diesen optimalen Terminen erweitert. Die Kontaktaufnahme mit den Proband*innen zur Terminvereinbarung für die Follow-Up Befragungen, begann in der Regel zwei bis vier Wochen vor Beginn des Befragungszeitraums telefonisch. War über diesen Weg eine Kontaktaufnahme nicht möglich, wurde diese über die Kontaktmöglichkeiten E-Mail und Postanschrift erweitert. Wurde ein Befragungstermin vereinbart, erfolgten die Befragungen bis auf wenige Ausnahmen im häuslichen Umfeld der Proband*innen. Bei wenigen Befragungen war dies nicht möglich, da die Proband*innen in stationärer Behandlung waren oder da aus unterschiedlichen Gründen nur eine telefonische Befragung der Proband*innen oder deren

Angehörigen möglich war. Dies betraf im 6-Monats Follow-Up eine Proband*in und im 12-Monats Follow Up fünf Proband*innen. Die Befragungen wurden standardisiert durchgeführt, und die Ergebnisse in den für die AKtiV-Studie erstellten Befragungsbögen (siehe Anhang) dokumentiert.

2.3.2 Verwendete Erhebungsinstrumente und Operationalisierung der Fragestellungen

Zur Operationalisierung der in Kapitel 1.5 genannten Fragestellungen, wurden verschiedene Erhebungsinstrumente verwendet. Hierfür wurden Fragebögen genutzt, welche bereits in der psychiatrischen Forschung implementiert und erprobt sind. Um die Fragebögen korrekt zu nutzen, erfolgte vor Beginn der Befragungen eine standardisierte Schulung der Befragenden, welche in allen AKtiV-Studienzentren einheitlich durchgeführt wurden. Im Rahmen von quartalsweise stattfindenden Konferenzen der Rater*innen aller AKtiV-Studienzentren, wurde die Schulung zu den Erhebungsinstrumenten kontinuierlich erweitert, sowie aufkommende Schwierigkeiten diskutiert und behoben. Auch die regionale Forschungsgruppe hat sich bei aufkommenden Fragen im Rahmen der Rekrutierung untereinander intensiv ausgetauscht und abgestimmt

2.3.2.1 CSSRI

Für die Erhebung von Daten zur Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen, der beruflichen Integration, sowie der Wohnsituation, wurde die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-D) nach Roick et al. verwendet. (Roick et al. 2001) Dieses Erhebungsinstrument stellt eine adaptierte Version des CSSRI-EU dar, welches ursprünglich in Großbritannien eingeführt wurde. (Chisholm et al. 2000) Der CSSRI wird schon seit vielen Jahren in der psychiatrischen Versorgungsforschung verwendet und hat sich als solides Instrument zur

Erfassung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im psychiatrischen Kontext gezeigt (Kilian et al. 2001; Puschner et al. 2012; Sutton et al. 2019). Neben den oben genannten Hauptkriterien, werden im CSSRI zusätzlich Daten zu der Inanspruchnahme von Leistungen der komplementären Versorgung und Pflege, sowie Polizei- und Justizkontakte erhoben. Darüber hinaus werden auch Informationen bezüglich des Einkommens und etwaiger finanzieller sozialer Unterstützung erfragt. Somit sind Informationen aus dem CSSRI-D für alle der in 1.5 formulierten Fragestellungen relevant.

2.3.2.2 HONOS-D

Als weiteres Erhebungsinstrument kam die deutsche Version des Health of the Nation Outcome Scales (HONOS-D) zur Anwendung. (Andreas et al. 2007) Auch für dieses Instrument, welches ursprünglich ebenfalls in Großbritannien eingeführt wurde (Wing et al. 1998) und sich dort bewährt hat (Pirkis et al. 2005), liegt eine große Anzahl an positiven Erfahrungsberichten vor. (Andreas et al. 2010; Theodoridou et al. 2011; Stulz et al. 2022). Der HONOS-D besteht aus insgesamt zwölf Items, über welche Probleme in vier übergeordneten Kategorien erfragt werden können. Diese sind neben Störungen des Verhaltens und Probleme im sozialen Umfeld, auch etwaige körperliche und kognitive Defizite, sowie der Leidensdruck durch andere psychische Symptome. Für jedes einzelne Item wird eine Punktzahl von 0-4 vergeben, wobei 0 gleichbedeutend mit „kein Problem“ in diesem Item ist und 4 ein „schweres bis sehr schweres Problem“ darstellt. Kann ein Item nicht bewertet werden, so wird dies mit der Zahl 9 kodiert. Die Probleme im HONOS-D werden somit ordinalskaliert erfasst. Für jedes Item wird immer das größte Problem der letzten sieben Tage vor dem Befragungszeitpunkt berücksichtigt. Mithilfe der im HONOS-D erfassten Informationen lassen sich nun Fragestellungen zum psychosozialen Funktionsniveau und zu der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beantworten.

Um die Angaben des HONOS-D für statistische Auswertungen nutzen zu können, wurden den Angaben, die für die einzelnen Items vergeben wurden folgende Werte zugeteilt:

kein Problem = 1

klinisch unbedeutendes Problem, ohne Handlungsbedarf = 2

leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden = 3

eher schweres Problem = 4

schweres bis sehr schweres Problem = 5

Diese Wertzuteilungen unterscheiden sich zu den im HONOS-D Bogen vorgegebenen Werten, da die Daten in dieser Zuteilung vom Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB) aufbereitet und zur Auswertung zur Verfügung gestellt wurden. Die Wertigkeit, je höher die angegebene Zahl, desto schwerer das Problem, bleibt jedoch erhalten. Probleme bedeuten hierbei eine Verringerung des psychosozialen Funktionsniveau. Anhand dieser Werte können nun Mittelwerte für die Gruppen berechnet werden, diese verglichen und für die statistische Signifikanztestung herangezogen werden. Für die Berechnung etwaiger Zusammenhänge des psychosozialen Funktionsniveau mit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen wurde darüber hinaus für jede*n Proband*in ein Gesamtmittelwert berechnet. Hierfür wurden die Ergebnisse aller Items addiert und durch die Anzahl der Items geteilt. Für den Gesamtscore gilt, je höher der Mittelwert, desto stärker ist die Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveau. Für diesen Gesamtscore wurde nun, mit der Anzahl an vollstationären, teilstationären und stationsäquivalenten Behandlungstagen verbunden, die Rangkorrelation nach Spearman berechnet. Hierfür wurden einmal der Gesamtscore zum Indexbefragungstermin mit den stationären Tagen bis zum 6-Monats-Follow-Up, sowie der Gesamtscore zum ersten Follow-Up Termin mit den Behandlungstagen bis zum zweiten Follow-Up korreliert

2.3.2.3 PSP

Die Personal and Social Performance Scale (PSP) wurde im Jahr 2000 von Morosini et al. eingeführt. (Morosini et al. 2000) Seither wird sie in vielen psychiatrischen Studien verwendet und gilt als valides Instrument zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveau. (Juckel et al. 2008; Schaub et al. 2011; Kim et al. 2012; Bozzatello et al. 2019; Tost et al. 2022) Es werden

die Rubriken sozial nützliche Aktivitäten, soziale Beziehungen, Selbstpflege, sowie störendes und aggressives Verhalten bewertet. Jeder Rubrik wird einer von sechs Werten von abwesend bis äußerst schwerwiegend zugeordnet. Anhand der Konstellation der Bewertungen wird ein Punkteintervall von 100-1 in 10-Punkte Abstufungen angegeben. Aus dem angegebenen Intervall wird von der Rater*in nun ein Gesamtwert festgelegt. Je nach Größe des Gesamtwertes, ist das psychosoziale Funktionsniveau stärker oder schwächer eingeschränkt. Dabei ist ein steigender PSP-Gesamtwert mit einer Verringerung des Defizits assoziiert. Auch beim PSP werden die letzten sieben Tage bis zum Befragungszeitpunkt betrachtet. Ähnlich zu dem HONOS-D lassen sich auch mit dem PSP Fragestellungen zum psychosozialen Funktionsniveau untersuchen. Hierfür wurden wie in 2.3.2.2 beschrieben, Mittelwerte aus den Items des PSP mit folgenden Werten berechnet.

Problem abwesend = 1

leichtes Problem = 2

offensichtliches Problem = 3

ausgeprägtes Problem = 4

schwerwiegendes Problem = 5

äußerst schwerwiegendes Problem = 6

Die Mittelwerte der Gruppen, können nun zur Darstellung von Gruppenunterschieden genutzt werden. Für den Gesamtscore gilt, je höher der Mittelwert, desto stärker ist die Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveau. Der Gesamtscore wurde, wie der HONOS-D Gesamtscore für Korrelationsberechnungen verwendet (vgl. 2.3.2.2).

2.3.2.4 EQ-5D-5L

Der Euro-Quality-of-Life-5-Dimension-5-Level Fragebogen, stellt ein international genutztes und validiertes Instrument zur Bewertung der Lebensqualität dar. (Herdman et al. 2011; Feng et al. 2021) Anhand fünf Dimensionen der Lebensqualität: Mobilität, Selbstversorgung, alltägliche Tätigkeiten, körperliche Beschwerden und Angst/Niedergeschlagenheit wird die Lebensqualität zum Zeitpunkt der Befragung eingeschätzt. Für jede Dimension gibt es fünf Level, die

ausgewählt werden können. Diese reichen von keine Probleme bis extreme Probleme. (vgl. Fragebogen im Anhang) Dem EQ-5D-5L Fragebogen liegt somit auch wieder eine Ordinalskalierung zugrunde. Neben den fünf Dimensionen der Lebensqualität wird zusätzlich noch mit dem EQ-5D-VAS die Gesundheit anhand einer visuellen Analogskala eingeschätzt. Es wird ein Wert zwischen 0 und 100 erfasst, wobei 0 die schlechteste und 100 die beste Gesundheit zum Zeitpunkt der Befragung darstellt. Um die im EQ-5D-5L erfassten Daten für die Auswertung zu nutzen, wurde folgende Wertigkeitszuteilung festgelegt:

kein Problem = 1

leichtes Problem = 2

mäßiges Problem = 3

großes Problem = 4

extremes Problem = 5

Es gilt somit, je höher der Zahlenwert ist, desto schwerwiegender das Problem des entsprechenden Items und damit ist eine größere Einschränkung der Lebensqualität in diesem Bereich. Anhand der Mittelwerte der Gruppen für die Items, lassen sich so Gruppenunterschiede in der Lebensqualität darstellen.

Für die Identifizierung eines möglichen Zusammenhangs der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen mit der Lebensqualität wurde wie auch für den HONOS-D ein Gesamtmittelwert des EQ-5D-5L für jede*n Proband*in berechnet und dieser wie in 2.3.2.2 beschrieben, für vergleichende Testungen genutzt.

2.3.2.5 RAS-G

Die Recovery Assessment Scale (RAS), welcher erstmals 1999 erwähnt wurde (Corrigan et al. 1999), und seither starke Anwendung in der Forschung findet, (Shanks et al. 2013) kann als ein Messinstrument für das Genesungspotential von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen gesehen werden. Die verwendete deutsche Version (RAS-G), wird ebenfalls seit einigen Jahren erfolgreich in der psychiatrischen Forschung eingesetzt. (Cavelti et al. 2017) Anhand von 14 Items, welche fünf Antwortmöglichkeiten besitzen (stimmt gar nicht, stimmt kaum, teils-teils, stimmt ziemlich, stimmt völlig), soll die Recovery-Orientierung der Patient*innen erfasst werden. Der RAS-G Fragebogen wird von

den Proband*innen selbstständig ausgefüllt. Den im RAS-G aufgeführten Items liegt eine Skalierung vom Likert-Typ zugrunde. Den Antwortmöglichkeiten wurden folgende Werte zugeteilt:

Stimmt gar nicht = 1

stimmt kaum = 2

teils teils = 3

stimmt ziemlich = 4

stimmt völlig = 5

Es können nun Mittelwerte für die einzelnen Items berechnet werden, um diese vergleichend zu betrachten. Je höher der Mittelwert ist, desto höher ist die Recovery-Orientierung der Gruppe zu bewerten. Wie auch für den HONOS-D und den EQ-5D-5L wurde zusätzlich ein Gesamtmittelwert berechnet, um diesen für Korrelationsanalysen zu verwenden.

2.3.2.6 Fragenset zur Beeinflussung der COVID-19 Pandemie auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Für die Datenerhebung dieses Teils der Arbeit, wurde, in Zusammenarbeit mit den Betreuern ein eigens zusammengestelltes Fragenset genutzt. Zuerst wurden die Proband*innen gefragt, ob es seit Beginn der COVID-19 Pandemie bei ihnen zu Einschränkungen in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen kam. So wurde gefragt, ob einmalig oder mehrfach Therapien nicht zur Verfügung standen. Hierunter fallen alle ambulanten, teilstationäre, stationsäquivalente und vollstationäre Behandlungsmaßnahmen, welche von medizinischem Fachpersonal angeboten werden. Anschließend wurde der Grund für die Verhinderung der Inanspruchnahme erfragt. Dies konnten sein: Leistungen standen aufgrund von COVID-Beschränkungen nicht zur Verfügung, Angst vor Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus, Leistungen wurden aufgrund gegebener Beschränkungen nicht in Anspruch genommen, COVID-Infektion der Patient*in oder des Behandelnden oder sonstige Gründe. Anschließend wurde erfragt, ob es Dinge gab, die die Proband*innen im Zusammenhang mit den COVID-Beschränkungen besonders belastet hatten, oder ihnen auch positive Dinge aufgefallen waren. Die Proband*innen der IG wurden zusätzlich gefragt, ob die Beschränkungen durch die COVID-Pandemie Einfluss auf die Auswahl der StäB als Behandlungsmaßnahme hatte.

2.4 Material und Methodik der statistischen Auswertung

Alle Module der AKtiV-Studie, und somit auch Modul A, für das diese Arbeit Ergebnisse generiert hat, werden über den gesamten Studienverlauf vom Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB) statistisch beraten und betreut. Das Datenmanagement für die Befragungen der Proband*innen am AKtiV-Studienzentrum Zwiefalten erfolgte in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden des KKSB. Die statistische Datenauswertung erfolgte mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 28 (IBM Corporation 2021). Für die Signifikanztestungen von Gruppenunterschieden wurden, sofern nichts anderes

angegeben, bei nominal skalierten Variablen der Chi-Quadrat Test nach Pearson verwendet (Hellbrück 2009). Für ordinal- oder rationalskalierten Variablen, erfolgte die Testung mittels des Mann-Whitney-U Test (MacFarland und Yates 2016). Für Berechnungen bei mehr als zwei Variablen wurde der Kruskal-Wallis Test verwendet (Patrick E. McKight und Julius Najab 2010). Als Signifikanzniveau wurde $p \leq 0,05$ gewählt. (Du Prel et al. 2009) Zur Berechnung von Variablenzusammenhängen wurden bei Rational- und Ordinalskalierung die Rangkorrelation nach Spearman verwendet (Lange und Bender 2007). Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Prozentzahlen auf ganze Zahlen gerundet.

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Auswertungen der Studienpopulation des AKtiV-Zentrums Zwiefalten

3.1.1 Verteilung der Diagnosegruppen

Die Hauptdiagnosen der Patient*innen wurden nach ICD-10 Klassifikation Kapitel V (F00 – F99) vergeben. Um die Auswertungen übersichtlicher zu gestalten, wurden die Hauptdiagnosen in vier Untergruppen aufgeteilt. Diese sind „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19)“, „schizophrene Störungen (F20-29)“, „affektive Störungen (F30-39)“ und sonstige psychische Erkrankungen. In der Interventionsgruppe wurden den Proband*innen insgesamt zehn verschiedene Diagnosen vergeben, wobei der Großteil der Proband*innen (50%, N = 11) an Erkrankungen aus dem Bereich der affektiven Störungen litt. Weitere 18% (N = 4) machten psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen aus. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lagen ebenfalls bei 18% der Proband*innen aus der Interventionsgruppe vor. Bei 14% (N = 3) der IG wurden andere Diagnosen vergeben. In der Kontrollgruppe lagen demgegenüber nur sieben verschiedene Diagnosen vor. Die Verteilung der Diagnosegruppen war jedoch identisch mit der der IG was auf das Propensity-Score Matching Verfahren zurückzuführen ist, wobei die Diagnose als Variable miteinbezogen wurde. Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Diagnosegruppen.

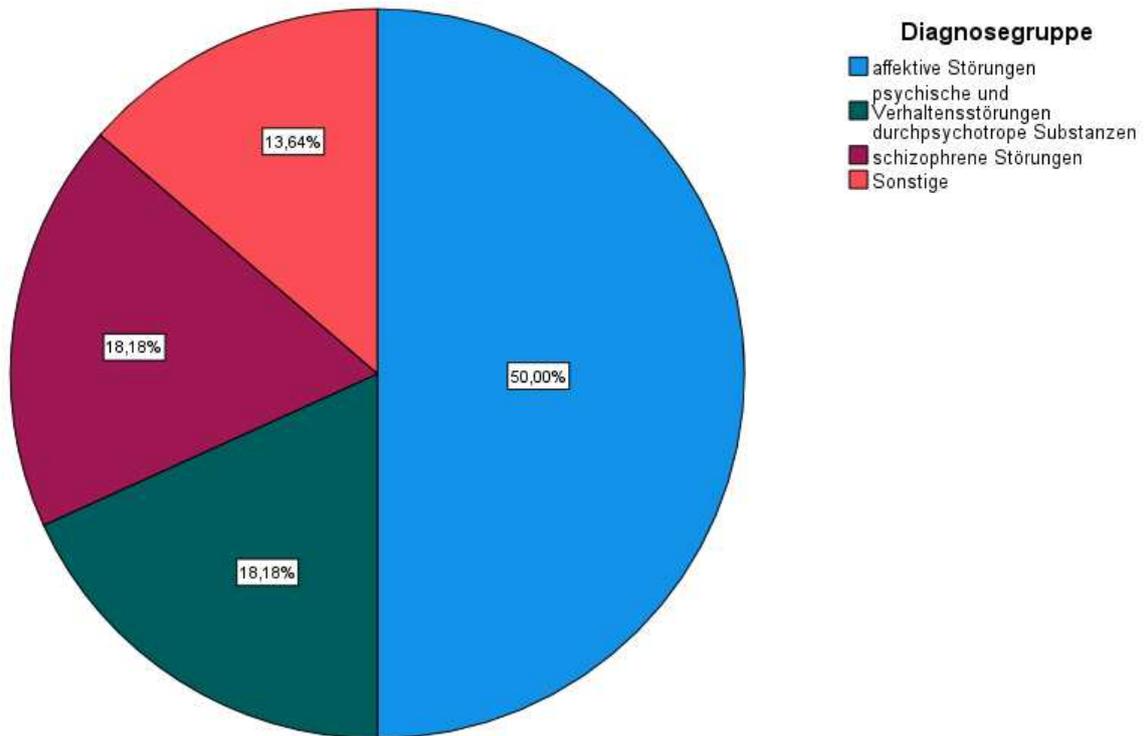


Abbildung 3: prozentuale Verteilung der Diagnosegruppen, identisch für IG und KG (N=44)

3.1.2 Soziodemographische Merkmale

Alter

Die Altersgruppenverteilung der Interventionsgruppe zeigte eine gleichmäßigere Verteilung als in der Kontrollgruppe. Dort gab es mehr jüngere (20-29 Jahre) und mehr ältere (60-69 Jahre) Proband*innen als in der Interventionsgruppe. (vgl. Abbildung 4 und Abbildung 5). Der Mann-Whitney-U Test zum Vergleich der ordinalskalierten Altersgruppenverteilung, zeigte keinen statistisch signifikanten Unterschied ($p = 0,506$).

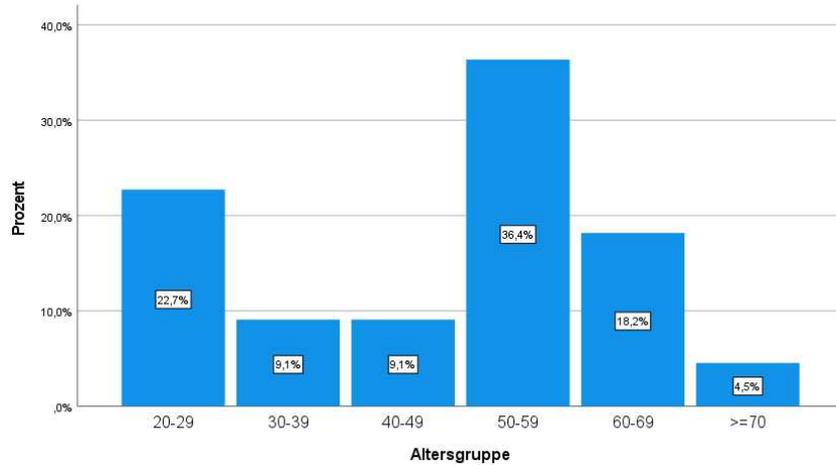


Abbildung 4: prozentuale Verteilung der Altersgruppen der KG (N=22)

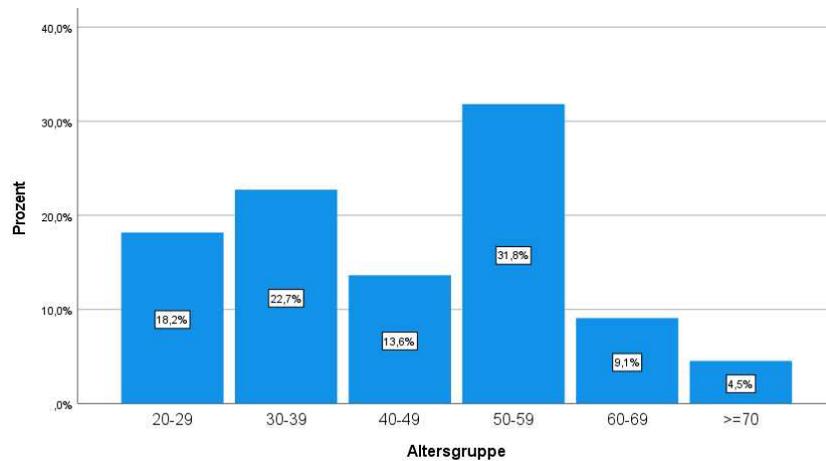


Abbildung 5: prozentuale Verteilung der Altersgruppen der IG (N=22)

Geschlecht

Bei der Geschlechterverteilung war die Interventionsgruppe ausgeglichen. Hier waren 50% (N = 11) der Proband*innen männlich und weiblich. In der Kontrollgruppe waren 59% der Proband*innen männlich (N = 13) und 41% weiblich (N = 9). Auch hier konnte, mithilfe des Chi-Quadrat-Tests kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen identifiziert werden ($p = 0,545$).

Schulbildung und Berufsausbildung

Auch der Vergleich der Schulbildung der beiden Gruppen zeigte keine großen Unterschiede. In der Interventionsgruppe hatten 72% (N = 16) der Proband*innen ein Haupt- oder Realschulabschluss, beziehungsweise einen gleichwertigen Schulabschluss. In der Kontrollgruppe traf dies auf 78% (N = 17) zu. Einen höheren Abschluss hatten in der Interventionsgruppe 23% (N = 5), in der Kontrollgruppe 18% (N = 4). Tabelle 3 zeigt die genaue Aufteilung der Schulabschlüsse.

Tabelle 3: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Schulbildungen der Studienpopulation (N=44), aufgrund der Rundung der Prozentwerte können diese in der Summe 100% übersteigen

		Schulbildung	N	%
KG (N=22)		kein Schulabschluss	1	5
		Volks- / Hauptschule	5	23
		Mittlere Reife / Realschule	12	55
		Fachhochschulreife	3	14
		Abitur	1	5
		Sonstiges	0	0
IG (N=22)		kein Schulabschluss	0	0
		Volks- / Hauptschule	8	36
		Mittlere Reife / Realschule	8	36
		Fachhochschulreife	4	18
		Abitur	1	5
		Sonstiges	1	5

Bei der Berufsausbildung zeigte sich in der Interventionsgruppe eine höhere Rate an Proband*innen ohne Ausbildung (27%, N = 6), als in der Kontrollgruppe (18%, N = 4). Gleichzeitig jedoch auch eine höhere Rate an Proband*innen mit abgeschlossenem Studium (9% N = 2), gegenüber der Kontrollgruppe, wo es keinen Probanden mit abgeschlossenem Studium gab. Die genaue Verteilung kann in Tabelle 4 eingesehen werden.

Tabelle 4: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Berufsausbildungen der Studienpopulation (N=44)

Berufsausbildung		N	%
KG (N=22)	keine Ausbildung	4	18
	Lehre	15	68
	Berufsfachschule	2	9
	Studium	0	0
	Sonstiges	1	5
IG (N=22)	keine Ausbildung	6	27
	Lehre	12	55
	Berufsfachschule	2	9
	Studium	2	9
	Sonstiges	0	0

Berufstätigkeit

Tabelle 5 zeigt die genaue Aufteilung der Beschäftigungsverhältnisse der Studienpopulation. Mehrfachnennungen wie arbeitslos und geringfügig beschäftigt, oder berufsunfähig und geschützte Arbeit waren möglich. Die Summe der Häufigkeiten, kann somit die Populationsgröße der Gruppe übersteigen. Auffällig bei der Berufstätigkeit zur Baseline war, dass der Anteil an voll Berufstätigen in der Kontrollgruppe mit 36% (N = 8) höher lag als in der Interventionsgruppe (14%, N = 3). Ansonsten waren die Gruppenunterschiede bezüglich der Berufstätigkeit nur gering. Dies gilt auch für die beiden Follow-Up Zeiträume.

Im 6-Monats Follow-Up gab es keine größeren Veränderungen in den Berufstätigkeiten der Studienpopulation. Hervorheben lässt sich, dass in der IG der Anteil an Arbeitslosen von 23% (N = 5) auf 10% (N = 2) im Vergleich zur Baseline Befragung, sank.

Zum 12-Monats Follow-Up gab es nur geringe Veränderungen der Berufstätigkeit. In der IG stieg die Anzahl der arbeitslosen Proband*innen auf N = 5 (24%).

Tabelle 5: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Berufstätigkeit der Studienpopulation, aufgrund von Mehrfachnennungen übersteigt die Gesamtanzahl die der Gesamtpopulation

Gruppe	Berufstätigkeit	Baseline KG N = 22; IG N = 22		6-Monats Follow-Up KG N = 19; IG N = 21		12-Monats Follow-Up KG N = 22; IG N = 21	
		N	%	N	%	N	%
KG	Selbständig/Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Vollzeit	8	36	6	32	6	27
	Selbständig/Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Teilzeit	3	14	3	16	3	14
	Geringfügige Beschäftigung	0	0	0	0	1	5
	Arbeitslos / Arbeitssuchend	3	14	3	16	4	18
	Erwerbs- oder Berufsunfähig	4	18	4	21	4	18
	Altersrente / Vorruhestand	1	5	1	5	1	5
	Ausbildung / Umschulung	3	14	1	5	1	5
	Hausfrau / Hausmann	0	0	0	0	0	0
	Geschützte Arbeit	1	5	0	0	0	0
	Sonstiges	1	5	1	5	3	14
IG	Selbständig/Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Vollzeit	3	14	4	19	4	19
	Selbständig/Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Teilzeit	2	9	1	5	0	0
	Geringfügige Beschäftigung	1	5	3	14	2	10
	Arbeitslos / Arbeitssuchend	5	23	2	10	5	24
	Erwerbs- oder Berufsunfähig	6	27	6	29	7	33
	Altersrente / Vorruhestand	3	14	3	14	3	14
	Ausbildung / Umschulung	2	9	1	5	1	5
	Hausfrau / Hausmann	1	5	0	0	0	0
	Geschützte Arbeit	1	5	1	5	3	14
	Sonstiges	0	0	3	14	0	0

Einkommenssituation

Sowohl bei den Angaben zur Haupteinkommensquelle als auch bei dem Bezug von Sozial- und Versicherungsleistungen, unterscheiden sich die Interventions- und die Kontrollgruppe nur in geringem Maße. In der IG bezogen jedoch nur 32% (N = 7) ihr Haupteinkommen aus ihrem Gehalt oder Arbeitslohn. In der KG waren dies 46% (N = 10). Dafür war der Anteil an Proband*innen, deren Haupteinkommen die Rente (Altersrente oder Erwerbsunfähigkeitsrente) war, größer als in der Kontrollgruppe (32% gegenüber 18%). Die vollständige Auflistung der Einkommensquellen ist in Tabelle 6 dargestellt. In der IG bezogen insgesamt acht Proband*innen monatlich Sozial- oder Versicherungsleistungen (36%). In der KG waren es sieben Proband*innen (32%). Weitere Angaben zu Sozial und Versicherungsleistungen, sowie der Höhe des monatlichen Gesamteinkommens zeigt Tabelle 7. Es ließ sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Einkommenssituation zwischen den Gruppen feststellen (vgl. Tabelle 7). In jeder Gruppe gab es je vier Proband*innen (18%) die keine Angaben zu der Höhe ihres monatlichen Gesamteinkommens machen wollten

Auch bei der Einkommenssituation gab es zum 6-Monats Follow- Up, im Vergleich mit den Baseline-Daten keine großen Veränderungen. Im Vergleich stieg hier in der IG der Anteil an Proband*innen, welche Sozial- oder Versicherungsleistungen erhielten, leicht auf 48% (N = 10) an. In der KG blieb dieser mit N = 7 gleich. Die Mittelwerte der monatlichen Unterstützungen sanken im Vergleich zur Baseline-Befragung jedoch deutlich. Das durchschnittliche monatliche Gesamteinkommen der KG sank ebenfalls. In der IG stieg das Gesamteinkommen. Die Spannweite erhöhte sich bezogen auf das monatliche Gesamteinkommen in der IG von 4500€ auf 5500€ und sank in der KG von 4600€ auf 2800€. Nur jeweils ein Proband*in pro Gruppe wollte keine Angaben zur Höhe des monatlichen Gesamteinkommens machen. Wie bei der Baseline-Befragung, konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt werden.

Zum zweiten Befragungszeitpunkt fiel in der KG auf, dass die Anzahl an Proband*innen, deren Haupteinkommen das Gehalt war, von acht auf vier halbiert wurde. Gleichzeitig stieg die Anzahl an Proband*innen mit

Sozialleistungen als Haupteinkommen auf sieben an. In der IG gab es eine ähnliche, jedoch nicht so ausgeprägte Veränderung. Die Anzahl der Proband*innen, welche Sozial- oder Versicherungsleistungen erhielten, stieg in der KG auf 12 (57%). In der IG zeigte sich hier keine Veränderung zum 6-Monats Follow-Up (N = 10, 48%). Der Mittelwert der Höhe der monatlichen Unterstützung, stieg in beiden Gruppen deutlich an. Bei der Höhe des Gesamteinkommens, gab es im Vergleich zum ersten Follow-Up in beiden Gruppen nur geringe Veränderungen. In der KG stieg das mittlere monatliche Gesamteinkommen leicht, in der IG sank es gering. Die Spannweiten blieben im Vergleich zum 6-Monats Follow-Up nahezu unverändert. Lediglich zwei Proband*innen der IG wollten keine Angaben zur Höhe des monatlichen Gesamteinkommens machen. Es ließen sich wie schon bei den beiden vorherigen Zeitpunkten erneut keine signifikanten Gruppenunterschiede feststellen (vgl. Tabelle 7)

Tabelle 6: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Haupteinkommen der Studienpopulation, aufgrund der Rundung der Prozentwerte können diese in der Summe 100% übersteigen

	Haupteinkommen	Baseline KG N = 22; IG N = 22		6-Monats Follow-Up KG N = 19; IG N = 21		12-Monats Follow-Up KG N = 21; IG N = 21	
		N	%	N	%	N	%
KG	Gehalt / Lohn	10	46	8	42	4	19
	Rente	4	18	4	21	3	14
	Sozialleistungen	3	14	2	11	7	33
	familiäre Unterstützung	1	5	0	0	1	5
	Sonstiges	4	18	5	26	6	29
IG	Gehalt / Lohn	7	32	6	29	4	19
	Rente	7	32	8	38	8	38
	Sozialleistungen	4	18	3	14	5	24
	familiäre Unterstützung	2	9	0	0	1	5
	Sonstiges	2	9	4	19	3	14

Tabelle 7: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. des Bezugs von Versicherungs- oder Sozialleistungen, sowie der Höhe der Leistungen und des monatlichen Gesamteinkommens
M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test

		Baseline (N=44)	6-Monats Follow- Up (N=40)	12-Monats Follow- Up (N=43)
KG	Bezug von Versicherungs- oder Sozialleistungen N [%]	7 [32]	7 [32]	12 [57]
	Höhe der Versicherungs- oder Sozialleistungen in € M [SD]	515,71 [337,58]	193,14 [150,78]	262,17 [373,18]
	Höhe des monatlichen Gesamteinkommen in € M [SD; Min:Max]	2038,75 [1497,56; 400:5000]	1344,41 [847,44; 200:3000]	1376,21 [719,56; 200:3000]
IG	Bezug von Versicherungs- oder Sozialleistungen N [%]	8 [36]	10 [48]	10 [48]
	Höhe der Versicherungs- oder Sozialleistungen in € M [SD]	517,14 [347,6]	350,10 [326,75]	437,90 [329,54]
	Höhe des monatlichen Gesamteinkommen in € M [SD; Min:Max]	1527,89 [1168,18; 200:4700]	1636,05 [1246,05; 450:6000]	1572,74 [1297,37; 440:6000]
Gruppen- unter- schiede	Bezug von Versicherungs- oder Sozialleistungen CQ	p = 0,835	p = 0,491	p = 0,537
	Höhe der Versicherungs- oder Sozialleistungen MWU	p = 0,655	p = 0,403	p = 0,203
	Höhe des monatlichen Gesamteinkommen MWU	p = 0,269	p = 0,322	p = 0,846

Wohnsituation

Baseline

Auch die Verteilung der Wohnformen war in den beiden Gruppen vergleichbar und nur geringe Unterschiede identifizierbar. Die genaue Verteilung kann in Tabelle 8 eingesehen werden. In beiden Gruppen lebten insgesamt 20 Proband*innen (90%) in einer privaten Wohnsituation. Bei der privaten Wohnsituation wurde zusätzlich die Anzahl an Personen erhoben, die mit den Proband*innen zusammenlebten. Hier fiel auf, dass in der KG doppelt so viele Proband*innen allein lebten (N = 12, 55%), als in der IG (N = 6, 27%). Auch bei der Anzahl an Proband*innen die mit Kindern zusammen leben zeigte sich ein

Unterschied. In der IG waren dies vier Proband*innen (18%), in der KG nur eine Proband*in (5%).

Die Wohnbedingungen der Studienpopulation veränderte sich nur gering zum 6-Monats Follow-Up. Der überwiegende Anteil lebte weiterhin in privaten Mietwohnungen oder einem Eigenheim (KG = 68%; IG = 81%). In der KG lebten weiterhin über die Hälfte der Proband*innen allein (N = 11, 58%). In der IG waren es 33% (N = 7). Die Anzahl der Proband*innen, welche mit Kindern zusammenlebten, veränderten sich in beiden Gruppen nicht.

Auch zwölf Monate nach der Indexbehandlung, gab es in beiden Gruppen nur geringe Änderungen, bezüglich der Wohnform der Proband*innen. Privat vermietete Wohnungen und Eigenheime waren auch hier die häufigsten Angaben (KG: 67%, IG: 76%). Der Anteil der Alleinlebenden in der KG stieg auf 14 (66,6%). In der IG gaben acht Proband*innen an, allein zu leben. Die Anzahl an Proband*innen, welche mit Kindern zusammen lebten änderte sich nicht.

Tabelle 8: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Wohnformen der Studienpopulation, aufgrund der Rundung der Prozentwerte übersteigen diese 100%

	Wohnform	Baseline KG N = 22; IG N = 22		6-Monats Follow-Up KG N = 19; IG N = 21		12-Monats Follow-Up KG N = 21; IG N = 21	
		N	%	N	%	N	%
KG	Eigentumswohnung oder eigenes Haus	7	32	6	32	7	33
	Mietwohnung / Miethaus von privatem Vermieter	11	50	7	16	7	33
	Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft	1	5	1	0	2	10
	Wohnung von Angehörigen	1	5	1	16	2	10
	Gemeinschaftswohnung ohne therapeutische Anliegen	1	5	3	5	2	10
	ambulant betreutes Wohnen (eigene Wohnung)	1	5	0	0	0	0
	Übernachtungseinrichtung mit 24h Betreuung / Heim	0	0	1	0	0	0
	Übernachtungseinrichtung mit weniger als 24h Betreuung	0	0	0	5	1	5
IG	Eigentumswohnung oder eigenes Haus	5	23	7	33	7	33
	Mietwohnung / Miethaus von privatem Vermieter	9	41	10	48	9	43
	Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft	2	9	1	5	2	10
	Wohnung von Angehörigen	4	18	1	5	0	0
	Gemeinschaftswohnung ohne therapeutische Anliegen	1	5	0	0	0	0
	ambulant betreutes Wohnen (eigene Wohnung)	1	5	0	0	0	0
	Übernachtungseinrichtung mit 24h Betreuung / Heim	0	0	2	10	2	10
	Übernachtungseinrichtung mit weniger als 24h Betreuung	0	0	0	0	1	5

3.1.3 Stationäre Voraufenthalte, Dauer und Abbruchraten der Indexbehandlung

Anzahl stationärer Voraufenthalte

In der Interventionsgruppe wiesen insgesamt neun Proband*innen (41%) schon stationäre Voraufenthalte auf, wovon fünf lediglich einmal in stationärer Behandlung waren. Im Durchschnitt waren es bei den neun Proband*innen 5,1 Voraufenthalte. In der Kontrollgruppe wiesen nur sieben der 22 Proband*innen (32%) einen oder mehrere stationäre Voraufenthalte auf. Im Mittel waren es in der KG 3,7 Voraufenthalte. Der Mann-Whitney-U Test zeigte keinen Gruppenunterschied bezüglich der Anzahl stationärer Voraufenthalte ($p = 0,325$). Abbildung 6 zeigt die genaue Verteilung der stationären Voraufenthalte.

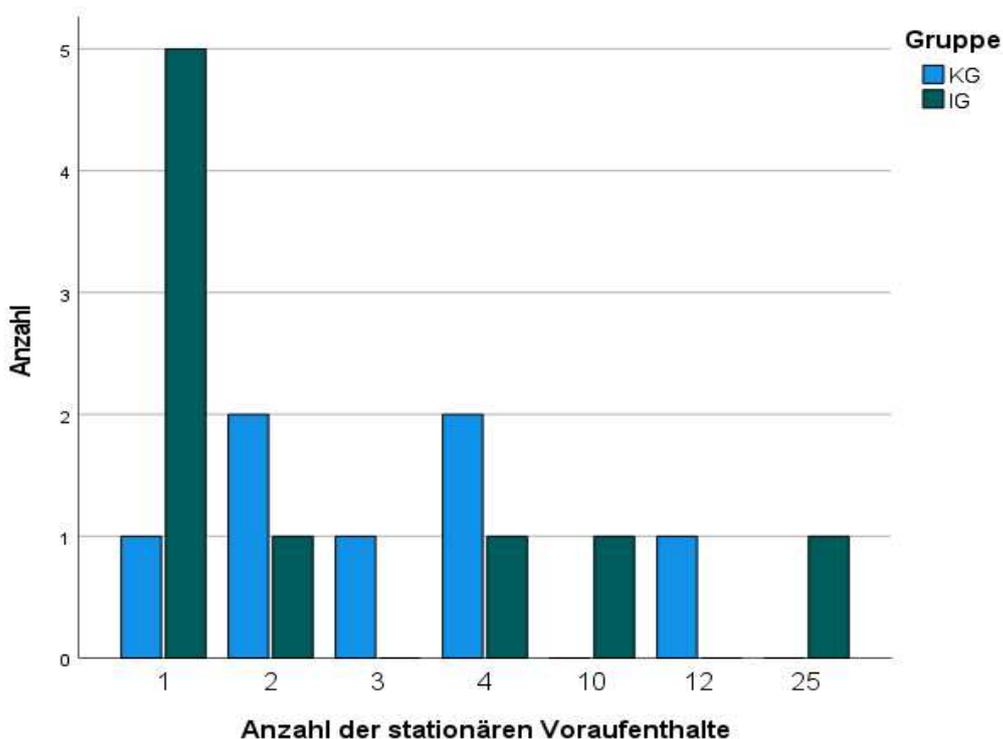


Abbildung 6: Anzahl stationärer Voraufenthalte der Studienpopulation (N=44)

Dauer der Indexbehandlung

Die Dauer der stationsäquivalenten Indexbehandlung der IG betrug im Mittel 38,95 Tage (SD = 15,52). Die kürzeste Dauer waren 16 Tage, die längste 70 Tage. Mittelwert der Dauer der stationären Indexbehandlung der KG war 29,18 Tage (SD = 16,38). Die minimale Aufenthaltsdauer waren 8 Tage, die maximale 71 Tage. Der Shapiro-Wilk Test zur Überprüfung, ob die Daten zur Dauer der Indexbehandlung normalverteilt sind, fiel nicht signifikant aus ($p = 0,101$). Damit liegt eine Normalverteilung der Dauer der Indexaufenthalte vor. Um zu überprüfen, ob sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Dauer des Indexaufenthaltes unterscheiden, wurde eine t-Testung vorgenommen. Dieser zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten der beiden Gruppen ($p = 0,049$). Die KG hatte somit einen signifikant kürzeren Indexaufenthalt als die IG.

Abbruchraten der Indexbehandlung

Bei zwei der 22 Proband*innen der Interventionsgruppe wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen. Dies entspricht 9% der Gruppe. Die Gründe für die Behandlungsabbrüche wurden nicht näher angegeben. Bei den Kontrollproband*innen brachen 14% ($N = 3$) die Behandlung vorzeitig ab. Gründe waren hier gravierende externe Umstände ($N = 2$) und auf Patientenwunsch ($N = 1$). Bei der Abbruchrate zeigt sich kein großer Unterschied zwischen den beiden Gruppen, der Chi-Quadrat Test zeigte keine statistische Signifikanz ($p = 0,635$).

3.1.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zwischen der IG und der KG eine relative Strukturgleichheit herrscht. Bezüglich den meisten untersuchten Punkten, wie Diagnoseverteilung, Soziodemografie, Berufstätigkeit oder Einkommenssituation, lassen sich keine signifikanten Unterschiede identifizieren. Lediglich bei der Dauer des Indexaufenthaltes wies die IG eine signifikant längere Behandlungsdauer auf als die KG.

3.2 Erhebungsausfälle im Verlauf des Follow-Up

Im 6-Monats Follow-Up kam es insgesamt bei vier Proband*innen (einen in der IG, drei in der KG) zu einem Erhebungsausfall. Dies entspricht einer Ausfallquote von 9%, welche somit unterhalb der in der AKtiV-Studie angestrebten Ausfallquote von 10% liegt. Die Gründe für die Ausfälle waren bei den Proband*innen der KG mangelnde Compliance (N = 2), sowie fehlgeschlagene Kontaktaufnahme (N = 1). In der IG war ein Todesfall Ursache des Erhebungsausfalls. Bei einer weiteren Proband*in der KG konnte die Befragung nur mittels Fremdeinschätzung erfolgen und war somit unvollständig. Daten zu Lebensqualität, Recovery-Orientierung und psychosozialem Funktionsniveau konnten nur eingeschränkt, bis gar nicht erhoben werden. Im 12-Monats Follow-Up konnte die Quote von vollständigen Erhebungsausfällen auf 2% (N = 1, Proband*in der IG) gesenkt werden. Dieser Erhebungsausfall entsprach dem Todesfall, welcher schon vor dem 6-Monats Follow-Up aufgetreten war. Bei drei weiteren Proband*innen der KG konnte wiederum nur eine unvollständige Erhebung durchgeführt werden. Dies betraf unter anderem zwei Proband*innen, bei denen die Befragung auch zum 6-Monats Follow-Up unvollständig war, sowie einem neuen Erhebungsausfall. Gründe für die unvollständigen Erhebungen waren mangelnde Compliance (N = 1), sowie gesundheitliche Einschränkungen der Proband*innen, bei denen eine Befragung nur über Fremdeinschätzung möglich war (N = 2). Es konnte jedoch bei allen Proband*innen das primäre Kriterium der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Versorgungsleistungen, erfasst werden. Bei den Befragungen über Fremdeinschätzung, konnten darüber hinaus auch weitere Daten erhoben werden. Dies führt dazu, dass der Umfang der erhobenen Daten je nach Befragung variieren kann. Daraus resultiert in einigen Analysen eine Veränderung der Stichprobengröße je nach Befragungszeitraum, was in den folgenden Kapiteln auffallen kann.

3.3 Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) der Inanspruchnahme von vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Versorgungsleistungen

3.3.1 Anzahl und Dauer der Inanspruchnahmen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der stationären und teilstationären Wiederaufnahmen im ein Jahres Follow-Up Zeitraum dargestellt. Zuerst erfolgt die Analyse der Anzahl und Dauer der stationären psychiatrischen Wiederaufnahmen. Hierbei werden sowohl die vollstationäre als auch die StäB, als äquivalente Behandlungsform berücksichtigt. Die Wiederaufnahmen beider Therapieformen werden darüber hinaus noch separat voneinander betrachtet. Anschließend werden die Ergebnisse der teilstationären psychiatrischen Wiederaufnahmen und der stationär somatischen Behandlungen beschrieben. Es werden insgesamt drei Zeiträume betrachtet. Der erste Zeitraum erstreckt sich vom Entlassungstag der Indexbehandlung bis zum 6-Monats Follow-Up. Der zweite Zeitraum besteht aus den sechs Monaten zwischen dem ersten und dem zweiten Follow-Up. Als drittes wird noch der gesamte 12-Monats-Follow-Up Zeitraum betrachtet

Anzahl der vollstationären und StäB Wiederaufnahmen (N = 43)

In der KG kam es sowohl zum ersten als auch zum zweiten Befragungszeitraum bei neun Proband*innen zu einer stationären Wiederaufnahme. In der IG war der Anteil zum ersten Befragungszeitraum um 19% (N = 4) größer als zum zweiten. Die Mittelwerte der Anzahl der Wiederaufnahmen, wurden einmal bezogen auf die Anzahl an Proband*innen die tatsächlich eine Wiederaufnahme aufwiesen berechnet. Eine zweite Berechnung erfolgte bezogen auf die Anzahl der gesamten Gruppe. Die durchschnittliche Anzahl an Wiederaufnahmen, lag zu allen Zeitpunkten in der IG höher als in der KG. Es ließen sich jedoch zu keinem

Zeitpunkt signifikante Gruppenunterschiede identifizieren. Tabelle 9 zeigt die vollständigen Ergebnisse der stationären Wiederaufnahmen.

*Tabelle 9: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Vollstationärer und stationsäquivalenter Wiederaufnahmen (summiert) der Studienpopulation (N=43) Die Mittelwerte der Anzahl der Wiederaufnahmen, wurden einmal bezogen auf die Anzahl an Proband*innen die tatsächlich eine Wiederaufnahme aufwiesen berechnet (Gruppenanteil). Eine zweite Berechnung erfolgte bezogen auf die Anzahl der gesamten Gruppe M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test*

		6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up	Gesamt Follow-Up
KG (N=22)	mindestens eine stationäre Wiederaufnahme N [%]	9 [41]	9 [41]	12 [55]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil M [SD]	1,56 [0,882]	2,0 [1,00]	2,67 [1,723]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gesamtgruppe M [SD]	0,64 [0,953]	0,82 [1,181]	1,45 [1,845]
IG (N=21)	mindestens eine stationäre Wiederaufnahme N [%]	10 [48]	6 [29]	11 [52]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil M [SD]	2,3 [2,541]	3,5 [3,507]	4,0 [5,273]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gesamtgruppe M [SD]	1,1 [2,071]	1,0 [2,387]	2,1 [4,253]
Gruppen- unter- schiede	mindestens eine stationäre Wiederaufnahme CQ	p = 0,658	p = 0,396	p = 0,887
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil MWU	p = 0,705	p = 0,620	p = 0,849
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gesamtpopulation MWU	p = 0,597	p = 0,483	p = 0,959

Dauer der vollstationären und StäB Wiederaufnahmen (N = 43)

Auch bei der durchschnittlichen Dauer der stationären Wiederaufnahmen, zeigte die IG zu allen Zeitpunkten einen höheren Mittelwert auf als die KG. Zum 12-Monats Follow- Up, war dieser Unterschied am ausgeprägtesten. Bezogen auf die Proband*innen die tatsächlich eine stationäre Wiederaufnahme vorwiesen, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Auf die Gesamtgruppe berechnet, verringerte sich dieser Unterschied jedoch wieder, die Signifikanzanalyse war hier negativ. Die ausführlichen Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. der Dauer der vollstationären und stationsäquivalenten Wiederaufnahmen (summiert) der Studienpopulation (N=43) Die Mittelwerte der Dauer der Wiederaufnahmen, wurden einmal bezogen auf die Anzahl an Proband*innen die tatsächlich eine Wiederaufnahme aufwiesen berechnet (Gruppenanteil). Eine zweite Berechnung erfolgte bezogen auf die Anzahl der gesamten Gruppe M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, MWU=Mann-Whitney-U-Test

		6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up	Gesamt Follow-Up
KG (N=22)	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil in Tagen M [SD]	29,33 [23,97]	33,11 [33,646]	46,92 [39,753]
	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gesamtgruppe in Tagen M [SD]	12,0 [20,901]	13,55 [26,538]	25,59 [37,41]
IG (N=21)	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil in Tagen M [SD]	31,1 [24,727]	68,17 [44,634]	65,18 [68,708]
	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gesamtgruppe in Tagen M [SD]	14,81 [22,99]	19,48 [38,649]	34,14 [58,933]
Gruppen- unter- schie- de	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil MWU	p = 0,870	p = 0,025	p = 0,735
	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gesamtpopulation MWU	p = 0,640	p = 0,786	p = 0,990

Anzahl der vollstationären psychiatrischen Wiederaufnahmen (N = 43)

Bezogen auf lediglich vollstationäre Wiederaufnahmen, kam es sechs Monate nach der Indexbehandlung in der IG, als auch in der KG bei acht Proband*innen zu mindestens einer vollstationären Wiederaufnahme. Hier ließ sich also kein Unterschied zwischen den Gruppen feststellen. Nach weiteren sechs Monaten der Indexbehandlung (12-Monats Follow-Up) kam es in der KG erneut bei acht Proband*innen (36%) zu mindestens einer vollstationären Wiederaufnahme. In der IG waren es lediglich vier Proband*innen (18%). Die Anzahl an Proband*innen mit vollstationärer Wiederaufnahme hatte sich somit im Vergleich zur KG deutlich reduziert. Dieser Gruppenunterschied war statistisch jedoch nicht signifikant ($p = 0,206$). Auch über den gesamten Befragungszeitraum von zwölf Monaten zeigte sich kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied bezüglich

der Variable, ob mindestens eine vollstationäre Behandlung stattgefunden hatte oder nicht ($p = 0,639$).

Die Anzahl an vollstationären Wiederaufnahmen nach sechs Monaten zeigte in der IG eine große Spannweite. Das Minimum war ein Aufenthalt, das Maximum acht Aufenthalte. In der KG war die Spannweite mit einem Minimum von einem und einem Maximum von drei Aufenthalten, geringer. Im Durchschnitt kamen die Proband*innen der IG, welche eine vollstationäre Wiederaufnahme aufwiesen, auf eine Anzahl von 2,5 und die der KG auf eine Anzahl von 1,5 vollstationären Wiederaufnahmen nach sechs Monaten. Innerhalb der nächsten sechs Monaten wiesen die Proband*innen der IG im Durchschnitt weitere 4,5 stationäre Wiederaufnahmen auf. Auch hier gab es wieder eine große Spannweite mit Minimum einer und Maximum zehn Wiederaufnahmen. In der KG lag der Mittelwert bei 2,13. Über den gesamten 12-Monats Follow-Up Zeitraum kam es bei den Proband*innen der IG, die mindestens eine vollstationäre Wiederaufnahme aufwiesen, im Mittel zu 4,22 vollstationären Wiederaufnahmen. In der KG lag die mittlere Anzahl bei 2,64. Tabelle 111 zeigt die Mittelwerte der vollstationären Wiederaufnahmen, auf die gesamten Gruppen bezogen, in der Übersicht. Für keinen Befragungszeitraum, sowohl für die Wiederaufnahmeraten als auch für die Anzahl der vollstationären Wiederaufnahmen, konnte ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied festgestellt werden (vgl. Tabelle 111).

Tabelle 11: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. vollstationärer Wiederaufnahmen der Studienpopulation (N=43) Die Mittelwerte der Anzahl der Wiederaufnahmen, wurden einmal bezogen auf die Anzahl an Proband*innen die tatsächlich eine Wiederaufnahme aufwiesen berechnet (Gruppenanteil). Eine zweite Berechnung erfolgte bezogen auf die Anzahl der gesamten Gruppe M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test

		6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up	Gesamt Follow-Up
KG (N=22)	mindestens eine stationäre Wiederaufnahme N [%]	8 [36]	8 [36]	11 [50]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil M [SD]	1,5 [0,756]	2,13 [0,991]	2,64 [1,69]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gesamtgruppe M [SD]	0,45 [0,858]	0,77 [1,193]	1,32 [1,783]
IG (N=21)	mindestens eine stationäre Wiederaufnahme N [%]	8 [38]	4 [19]	9 [43]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil M [SD]	2,5 [2,449]	4,5 [4,041]	4,22 [5,54]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gesamtgruppe M [SD]	0,95 [1,91]	0,86 [2,393]	1,81 [4,106]
Gruppen- unter- schiede	mindestens eine stationäre Wiederaufnahme CQ	p = 0,907	p = 0,206	p = 0,639
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil MWU	p = 0,484	p = 0,375	p = 0,969
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen Gesamtpopulation MWU	p = 0,429	p = 0,282	p = 0,671

Dauer der vollstationären psychiatrischen Wiederaufnahmen (N = 43)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der stationären Wiederaufnahmen zeigt Tabelle 12. Auffällig ist, dass im Zeitraum zwischen dem 6- und dem 12-Monats Follow-Up die durchschnittliche Dauer in der IG, bezogen auf die Proband*innen, welche tatsächlich ein oder mehrere Aufenthalte aufwiesen, deutlich größer ist als die der KG. Dies ist auch über den Gesamtzeitraum beobachtbar. Der Unterschied fällt dort jedoch geringer aus. Es zeigt sich über keinen der erfassten Zeiträume ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied bezüglich der Dauer der stationären Wiederaufnahmen (vgl. Tabelle 122).

Tabelle 12: Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. der Dauer der vollstationären Wiederaufnahmen der Studienpopulation (N=43) Die Mittelwerte der Dauer der Wiederaufnahmen, wurden einmal bezogen auf die Anzahl an Proband*innen die tatsächlich eine Wiederaufnahme aufwies berechnet (Gruppenanteil). Eine zweite Berechnung erfolgte bezogen auf die Anzahl der gesamten Gruppe (M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, MWU=Mann-Whitney-U-Test)

		6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up	Gesamt Follow-Up
KG (N=22)	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil in Tagen M [SD]	25,75 [24,875]	35,13 [35,187]	44,36 [43,334]
	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gesamtgruppe in Tagen M [SD]	9,36 [19,157]	12,77 [26,68]	22,18 [37,546]
IG (N=21)	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil in Tagen M [SD]	29,88 [23,745]	86 [45,519]	64,78 [72,909]
	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gesamtgruppe in Tagen M [SD]	11,38 [20,454]	16,38 [38,836]	27,76 [56,615]
Gruppen- unter- schie- de	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gruppenanteil MWU	p = 0,721	p = 0,089	p = 0,676
	Dauer stationärer Wiederaufnahmen Gesamtpopulation MWU	p = 0,823	p = 0,357	p = 0,772

Anzahl und Dauer der stationsäquivalenten Wiederaufnahmen (N = 43)

Über den gesamten Befragungszeitraum nahm ein Proband*in der KG (5%) und vier Proband*innen der IG (19%) eine stationsäquivalente Behandlung in Anspruch. Ein weiterer Proband*in der KG (5%), sowie der IG (5%) nahmen zwei stationsäquivalente Behandlungen in Anspruch. Der Mittelwert der Anzahl der Inanspruchnahmen von StäB lag bei den Proband*innen der KG bei 1,5, in der IG bei 1,2. Die Dauer der StäB lag bei den Proband*innen der KG im Mittel bei 37,5 Tagen und damit höher als in der IG. Hier war die durchschnittliche Behandlungsdauer 26,8 Tage. Dieser Gruppenunterschied war jedoch statistisch nicht signifikant (p = 0,439).

Anzahl und Dauer stationärer somatischer Behandlungen (N = 43)

Über den gesamten Follow-Up Zeitraum waren in der KG sechs Proband*innen in stationärer somatischer Behandlung (27%). In der IG war es lediglich eine Proband*in (5%). Der Gruppenunterschied, nach dem Chi-Quadrat-Test ist nicht signifikant ($p = 0,056$). Der Mittelwert der Anzahl der stationären Behandlung war bei den betroffenen Proband*innen der KG 1,17. Die Proband*in der IG wies zwei stationäre Behandlungen auf. Auch hier liegt nach dem Mann-Whitney-U Test kein signifikanter Gruppenunterschied vor ($p = 0,114$). Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Proband*innen mit somatischer Behandlung, war in der KG 6,5 Tage, in der IG 42 Tage. Der Signifikanztest fiel negativ aus ($p = 0,120$).

Anzahl und Dauer teilstationärer Behandlung (N = 43)

In dem Zeitraum bis zwölf Monate nach der Indexbehandlung, kam es bei zwei Proband*innen der KG (9%) und ein Proband*in der IG (5%) zu einer teilstationären Behandlung. Eine weitere Proband*in der KG (5%) nahm zwei teilstationären Behandlungen in Anspruch. In der IG betrug die Dauer 40 Tage. In der KG betrug die mittlere Behandlungsdauer der drei Proband*innen 30,33 (SD = 11,015) Tage. Es zeigte sich somit keine ausfälligen Gruppenunterschiede, bezüglich der Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen.

3.3.2 Dauer bis zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach der Indexbehandlung

Vollstationäre psychiatrische Behandlung (N = 43)

Über den ein Jahres Follow-Up Zeitraum kam es in der KG zu 29 vollstationären Wiederaufnahmen. Im Mittel dauerte es 23,48 Wochen (SD = 16,913) bis es zu einer Wiederaufnahme kam. In der IG lag die Dauer bis zur Wiederaufnahme, der 38 vollstationären Wiederaufnahmen, bei durchschnittlich 20,18 Wochen (SD = 12,762). Der Gruppenunterschied war nicht signifikant ($p = 0,421$). Eine genaue Verteilung der Zeitspannen bis zur Wiederaufnahme zeigt Abbildung 7. Um eine bessere Übersicht zu gewährleisten wird die Dauer bis zur Wiederaufnahme in Monaten dargestellt. Die Wiederaufnahmen weisen in den beiden Gruppen eine unterschiedliche Verteilung auf. Während in der IG die meisten Wiederaufnahmen im Zeitraum von zwei bis acht Monaten stattfanden (71,05%), waren dies in der KG im selben Zeitraum lediglich 48,28%. In der KG kam es dahingegen häufiger am Anfang und Ende des Befragungszeitraums zur Inanspruchnahme von vollstationären Behandlungen.

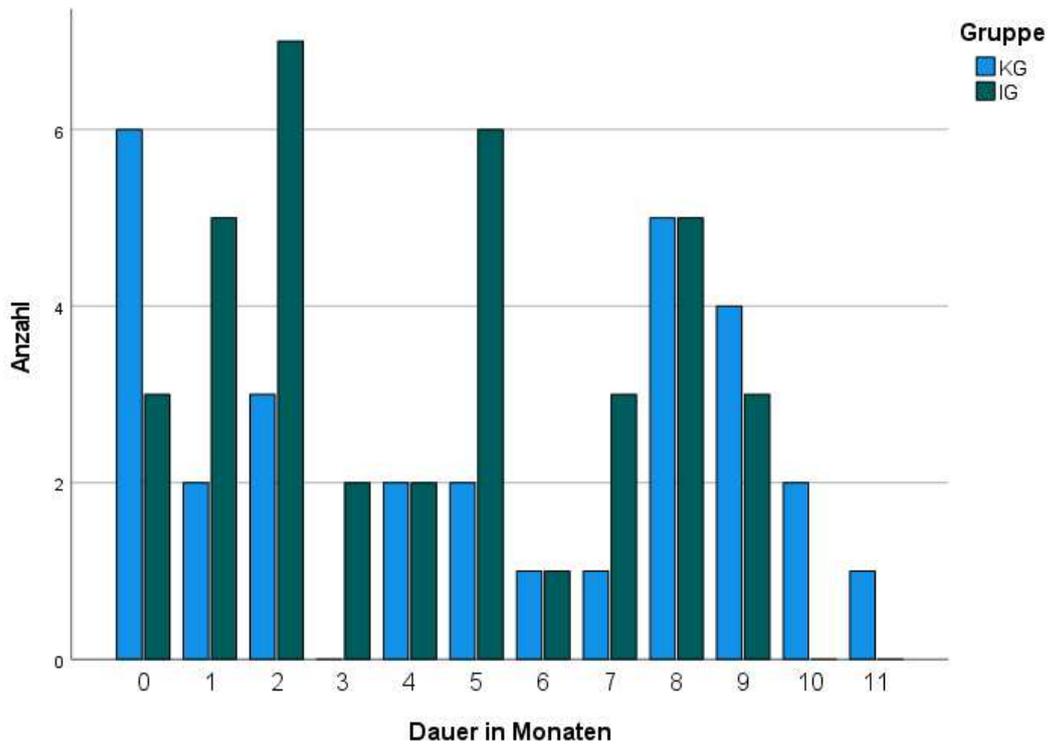


Abbildung 7: Häufigkeiten der Dauer bis zur vollstationären Wiederaufnahme im ein Jahres Follow-Up (N=67)

3.3.2.1 Stationsäquivalente Behandlung

Bei den drei stationsäquivalenten Behandlungen, die in der KG in Anspruch genommen wurden, lag die mittlere Dauer bis zur Behandlung bei 15,33 Wochen. In der IG lag der Mittelwert der sechs Inanspruchnahmen bei 15,83 Wochen. Auch hier lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen feststellen ($p = 0,796$). In Abbildung 8 lässt sich die genaue Verteilung einsehen.

3.3.2.2 Teilstationäre psychiatrische Behandlung

In der KG lag die mittlere Dauer bis zur teilstationären Behandlung bei den vier Inanspruchnahmen bei 21,5 Wochen. In der IG waren es bei einer Behandlung 7 Wochen bis zur Inanspruchnahme. Die genaue Verteilung zeigt Abbildung 9. Zwischen den Gruppen zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($p = 0,480$).

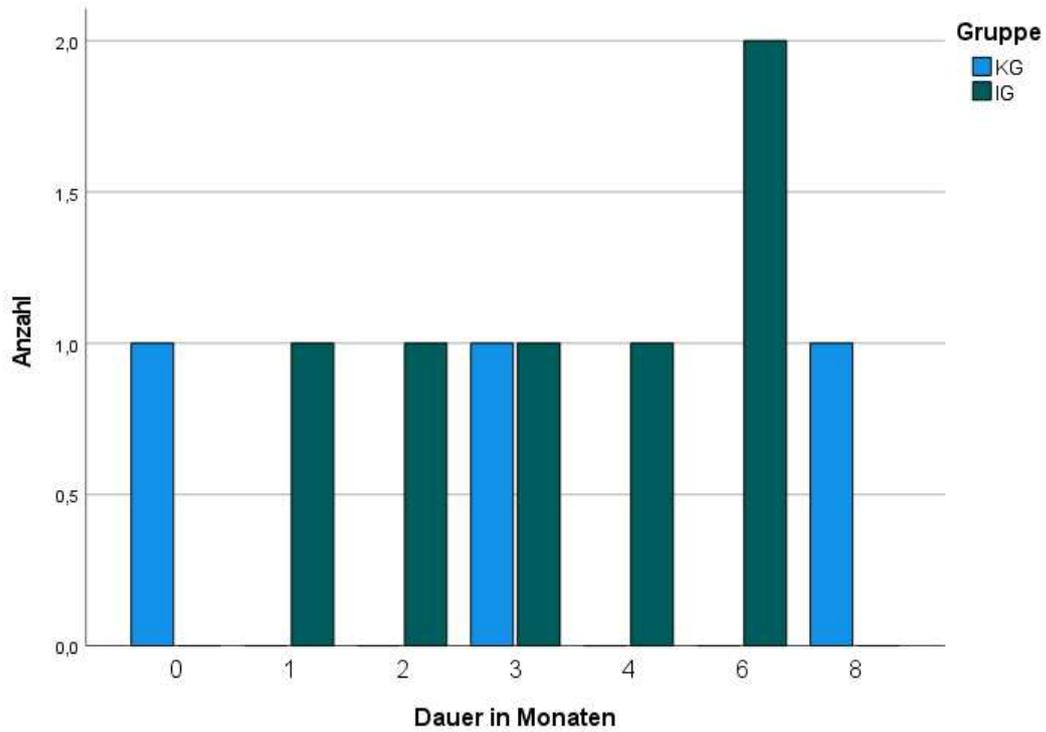


Abbildung 8: Häufigkeiten der Dauer bis zur StäB-Wiederaufnahme im ein Jahres Follow-Up (N=9)

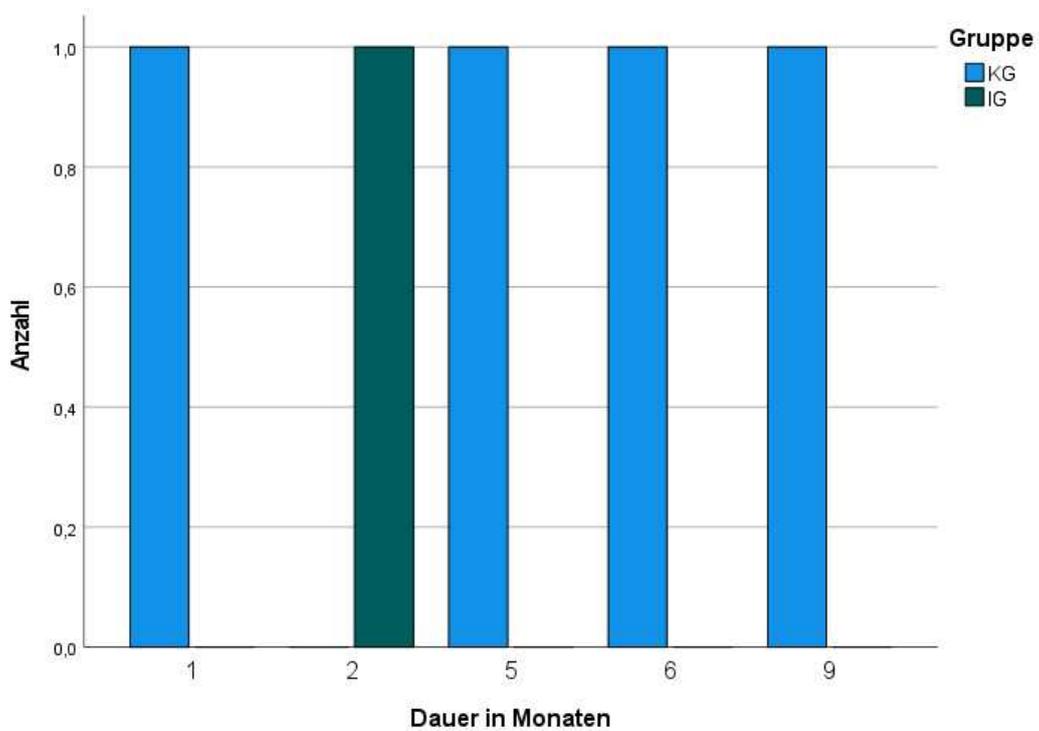


Abbildung 9: Häufigkeiten der Dauer bis zur teilstationären Wiederaufnahme im ein Jahres Follow-Up (N=5)

3.3.3 Zusammenfassung

Tabelle 13 fasst die wichtigsten Ergebnisse der stationären und teilstationären Wiederaufnahmen der beiden Gruppe zusammen.

Tabelle 13: Auflistung der zentralen Ergebnisse der Analyse der stationären Wiederaufnahmen der KG und der IG; M=Mittelwert

		KG	IG
vollstationär	Anzahl Proband*innen mit stationären Wiederaufnahmen [%]	11 [50]	9 [43]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen [M]	1,32	1,81
	Dauer stationärer Wiederaufnahmen in Tagen [M]	22,18	27,76
	Dauer bis zu den stationären Wiederaufnahmen in Wochen [M]	23,48	20,18
StäB	Anzahl Proband*innen mit stationären Wiederaufnahmen [%]	2 [9]	5 [24]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen [M]	0,14	0,29
	Dauer stationärer Wiederaufnahmen in Tagen [M]	3,41	6,38
	Dauer bis zur stationärer Wiederaufnahmen in Wochen [M]	15,33	15,83
teilstationär	Anzahl Proband*innen mit stationären Wiederaufnahmen [%]	3 [14]	1 [5]
	Anzahl stationärer Wiederaufnahmen [M]	0,18	0,1
	Dauer stationärer Wiederaufnahmen in Tagen [M]	4,14	1,91
	Dauer bis zur stationären Wiederaufnahmen in Wochen [M]	4,14	1,91

3.4 Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen

Die Proband*innen wurden zu den Zeitpunkten 6- und 12-Monate nach der Indexbehandlung über die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer und pflegerischer Leistungen befragt. Hierbei wurden alle Leistungen der drei Monate vor dem Befragungstermin erfasst. Dies entspricht somit etwa dem Zeitraum vier bis sechs und zehn bis zwölf Monate nach der Indexbehandlung. Aufgrund von Erhebungsausfällen beträgt die Stichprobengröße für die folgenden Untersuchungen, welche sich auf den Zeitpunkt der 6-Monats Follow-Up Befragung beziehen, nur $N = 40$ ($N_{KG} = 19$, $N_{IG} = 21$). Für den Zeitpunkt der 12-Monats Follow-Up Befragung beträgt die Stichprobengröße $N = 43$ ($N_{KG} = 22$, $N_{IG} = 21$). Die aufgeführten Mittelwerte für die Anzahl und die durchschnittliche Dauer der Kontakte, wurden immer für den Gruppenanteil derer Proband*innen, welche tatsächlich die genannte Leistung in Anspruch nahmen, berechnet. Um etwaige statistisch signifikante Gruppenunterschiede aufzeigen zu können, wurden für die rational skalierten Variablen „Anzahl der Kontakte“ und „durchschnittliche Dauer der Kontakte“ Mann-Whitney-U Testungen durchgeführt. Für den Gruppenunterschied der Variable „mindestens ein ambulanter Kontakt“ wurde der Chi-Quadrat-Test berechnet.

3.4.1 Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen

3.4.1.1 Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen

Tabelle 14 zeigt die Ergebnisse der Inanspruchnahmen ambulanter psychiatrischer Behandlung. In der KG stieg der Anteil der Proband*innen, welche die genannte Leistung in Anspruch nahmen, vom ersten zum zweiten Befragungszeitpunkt etwas an, während er in der IG gleichblieb. Auch die Anzahl an Kontakten stieg in der KG in dem genannten Zeitraum. Vom ersten zum zweiten Befragungszeitpunkt sank die Dauer der Kontakte in beiden Gruppen im Mittel leicht, wobei sie in der KG immer gering höher war. Ansonsten zeigten sich keine deutlichen Gruppenunterschiede.

Tabelle 14: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Kontakte zu niedergelassenen Psychiater*innen M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test

		6-Monats Follow-Up KG (N=19) IG (N=21)	12-Monats Follow-Up KG (N=22) IG (N=21)
KG	mindestens ein Kontakt N [%]	6 [32]	9 [41]
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M [SD]	1,5	3,6
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	40 [16,733]	32 [11,211]
IG	mindestens ein Kontakt N [%]	5 [24]	5 [24]
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M [SD]	3,6	3,6
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	33 [24,648]	29 [19,494]
Gruppen- unterschiede	mindestens ein Kontakt CQ	p = 0,583	p = 0,232
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,317	p = 0,574
	Dauer Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,344	p = 0,487

3.4.1.2 Leistungen bei niedergelassenen psychologischen

Psychotherapeut*innen

Bei der Inanspruchnahme psychologisch psychotherapeutischer Kontakte zeigte sich im ersten Befragungszeitraum ein signifikanter Gruppenunterschied. Die Proband*innen der KG hatten eine deutlich höhere Anzahl an Kontakten zu psychologischen Psychotherapeut*innen. Zum 12-Monats Follow-Up Zeitraum änderte sich dies. Die Proband*innen der IG, welche die genannte Leistung in Anspruch nahmen, hatten nun durchschnittlich mehr Kontakte als die der KG. Der Gruppenunterschied war hier jedoch nicht mehr statistisch signifikant. In der Dauer der Kontakte zeigten die Proband*innen der IG zu beiden Zeiträumen ein leicht höheren Mittelwert als die der KG. Die vollständigen Ergebnisse zeigt Tabelle 15.

Tabelle 15: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Kontakte zu niedergelassenen psychologischen Psychotherapeut*innen. Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben. M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test

		6-Monats Follow-Up KG (N=19) IG (N=21)	12-Monats Follow-Up KG (N=22) IG (N=21)
KG	mindestens ein Kontakt N [%]	4 [21]	5 [23]
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M	7,0	7,2
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	46 [2,5]	41 [10,247]
IG	mindestens ein Kontakt N [%]	4 [19]	3 [14]
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M	1,8	9,7
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	49 [14,361]	52 [7,638]
Gruppen- unterschiede	mindestens ein Kontakt CQ	p = 0,583	p = 0,477
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,020	p = 0,761
	Dauer Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,642	p = 0,216

3.4.1.3 Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Zum Zeitpunkt des 6-Monats Follow-Up, hatten mehr als doppelt so viele Proband*innen der IG angegeben Kontakt zu einer PIA gehabt zu haben, als in der KG (N = 8 gegenüber N = 3). Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte, sowie die Dauer war in der IG ebenfalls deutlich höher als in der KG. Für die durchschnittliche Dauer der Kontakte, war der Gruppenunterschied statistisch signifikant. Zum zweiten Befragungszeitraum verdoppelte sich nun die Anzahl an Proband*innen der KG, welche PIA-Angebote in Anspruch nahmen auf N = 6. Gleichzeitig stieg die durchschnittliche Dauer der Kontakte, als auch die Anzahl der Kontakte in der Gruppe deutlich an. In der IG gab es zum ersten

Befragungszeitraum nur geringe Unterschiede. Die vollständigen Ergebnisse der Inanspruchnahme von PIA-Leistungen zeigt Tabelle 16.

Tabelle 16: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Kontakte zu einer PIA. Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test

		6-Monats Follow-Up		12-Monats Follow-Up	
		KG (N=19)	IG (N=21)	KG (N=22)	IG (N=21)
KG	mindestens ein Kontakt N [%]	3 [16]		6 [27]	
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M [SD]	2,0		4,3	
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	18 [10,41]		50 [7,75]	
IG	mindestens ein Kontakt N [%]	8 [38]		7 [33]	
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M [SD]	3,1		3,7	
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	52 [17,72]		41 [19,73]	
Gruppen- unterschiede	mindestens ein Kontakt CQ	p = 0,115		p = 0,665	
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,290		p = 0,941	
	Dauer Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,034		p = 0,545	

3.4.2 Ambulante ärztliche Leistungen

3.4.2.1 Hausärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen unterschieden sich die beiden Gruppen zu beiden Befragungszeiträumen kaum. Lediglich die durchschnittliche Dauer der Kontakte war in der KG beide Male höher als die der IG. Zum 12-Monats Follow-Up war dieser Unterschied auch statistisch signifikant (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Hausärzt*innen Kontakte. Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test

		6-Monats Follow-Up KG (N=19) IG (N=21)	12-Monats Follow-Up KG (N=22) IG (N=21)
KG	mindestens ein Kontakt N [%]	15 [79]	15 [68]
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M	3,0	2,1
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	14 [8,9]	15 [9,1]
IG	mindestens ein Kontakt N [%]	16 [76]	17 [81]
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M	2,3	2,1
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	12 [4,4]	10 [3,1]
Gruppen- unterschiede	mindestens ein Kontakt CQ	p = 0,835	p = 0,337
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,918	p = 0,560
	Dauer Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,711	p = 0,015

3.4.2.2 Sonstige fachärztliche Leistungen

Auch bei der Inanspruchnahme sonstiger fachärztlicher Leistungen gab es nur wenige Gruppenunterschiede. Es fiel auf, dass die durchschnittliche Dauer der Kontakte in der KG, zu beiden Befragungszeiträumen höher war als die der IG. Bei beiden Gruppen gab es zusätzlich eine Verringerung der durchschnittlichen Dauer der Kontakte vom ersten zum zweiten Befragungszeitraum. Dieser war in der KG stärker ausgeprägt als in der IG. Die genauen Daten zeigt Tabelle 18.

Tabelle 18: Häufigkeiten, Mittelwerte und Signifikanztestungen bzgl. Fachärzt*innen Kontakte
M=Mittelwert, SD=Standardabweichung CQ=Chi-Quadrat-Test, MWU=Mann-Whitney-U-Test

		6-Monats Follow-Up KG (N=19) IG (N=21)	12-Monats Follow-Up KG (N=22) IG (N=21)
KG	mindestens ein Kontakt N [%]	7 [37]	8 [36]
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M	2,3	2,1
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	36 [50,56]	18 [5,3]
IG	mindestens ein Kontakt N [%]	7 [33]	5 [24]
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil M	2,3	2,2
	Dauer Kontakte Gruppenanteil M [SD]	26 [16,69]	16 [2,2]
Gruppen- unterschiede	mindestens ein Kontakt CQ	p = 0,816	p = 0,370
	Anzahl Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,893	p = 0,811
	Dauer Kontakte Gruppenanteil MWU	p = 0,742	p = 0,471

3.4.3 Sonstige medizinische und pflegerische Leistungen

Im ersten Befragungszeitraum gaben fünf Proband*innen der KG (26%) und neun Proband*innen der IG (43%) an, sonstige medizinische oder pflegerische Leistungen in Anspruch genommen zu haben. Im zweiten Befragungszeitraum erhöhte sich der Anteil in der KG auf 36% (N = 8), wobei er sich in der IG verringerte (29%, N = 6). Über den gesamten Follow-Up Zeitraum, nahmen somit 13 Proband*innen der KG insgesamt 17 Leistungen in Anspruch. In der IG entfielen insgesamt 18 Leistungen auf 15 Proband*innen. In der KG waren die häufigsten Inanspruchnahmen, Leistungen von sozialpsychiatrischen Diensten, Selbsthilfegruppen und Ergotherapeut*innen. In der IG war es neben dem sozialpsychiatrischen Dienst und der Ergotherapie, die Physiotherapie. Eine detaillierte Auflistung der Leistungen zeigt Tabelle 19. Es fällt auf, dass in der IG mehr ergo- und physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen

wurden als in der KG. Dort wurden hingegen auch Leistungen von Selbsthilfegruppen genutzt, welche in der IG nicht vorkamen. Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte, bezogen auf alle in Tabelle 19 gezeigten Leistungen der KG, lag in dieser Gruppe bei 10,5 Kontakten. In der IG betrug der Durchschnitt 12,9 Kontakte. Die durchschnittliche Dauer der Kontakte betrug in der KG im Mittel 67 Minuten (SD = 31,52). Der Mittelwert der IG war 54 Minuten (SD = 21,13). Hier zeigten sich somit Unterschiede zwischen den Gruppen, welche jedoch statistisch nicht signifikant waren ($p = 0,482$ und $p = 0,285$).

Tabelle 19: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten der Inanspruchnahme sonstiger medizinischer und pflegerischer Leistungen über den ein Jahres Follow-Up Zeitraum. Aufgrund der Rundung der Prozentwerte übersteigen die Gesamtwerte 100%.

		Anzahl	%
KG (N=13)	Sozialpsychiatrischer Dienst	4	24
	Ergotherapie	3	18
	Onlineberatung	1	6
	Pflegedienst	1	6
	Selbsthilfegruppe	3	18
	Betreuung durch Angehörige	2	12
	ambulante Suchthilfe	1	6
	Seelsorge	1	6
	Ernährungsberatung	1	6
	Gesamt	17	102
IG (N=15)	Sozialpsychiatrischer Dienst	5	28
	Ergotherapie	6	33
	Onlineberatung	1	6
	Pflegedienst	1	6
	Physiotherapie	3	17
	Gymnastik	1	6
	Heilpraktiker*in	1	6
	Gesamt	18	102

3.4.4 Zusammenfassung

Bezüglich der Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Versorgungsleistungen, wiesen die beiden Gruppen keine größeren Unterschiede auf. Auffällig ist lediglich eine größere Nutzung von Angeboten der PIA in der IG. Die KG wies eine gering stärkere Inanspruchnahme von psychologisch psychotherapeutischen Leistungen auf. Bei ärztlichen und sonstigen ambulanten Leistungen ließen sich ebenfalls keine größeren Gruppenunterschiede identifizieren.

3.5 Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) von psychosozialen Faktoren zwischen Beginn der Behandlung und dem Follow-Up Zeitraum

3.5.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Tabelle 20 zeigt die berechneten Mittelwerte für beide Gruppen zu den drei Erhebungszeitpunkten, sowie die Ergebnisse der Signifikanztestungen vorhandener Gruppenunterschiede. Zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung wiesen die Proband*innen der IG für alle Items einen höheren Mittelwert auf. Sie zeigten somit im Mittel eine größere Einschränkung der Lebensqualität als die Proband*innen der KG (vgl. auch Abbildung 10). Für die Items „Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten“ und „Schmerzen/körperliche Beschwerden“ war dieser Unterschied statistisch signifikant (vgl. Tabelle 20). Die eigene Gesundheit am Tag der Baseline-Befragung anhand einer visuellen Analogskala (VAS), schätzten jedoch die Proband*innen der IG im Mittel höher ein als die der KG. Auch in den beiden folgenden Befragungen lagen die Mittelwerte der IG bei allen Items, außer „Probleme für sich selbst zu sorgen“ über denen der KG. Die Einschätzung der Gesundheit anhand der VAS stieg im Verlauf bei der KG jedoch stärker an als in der IG. Zu den beiden Follow-Up Zeitpunkten wiesen somit die Proband*innen der KG eine höhere eigene Einschätzung der Gesundheit auf. Über den ein-Jahres Verlauf betrachtet, ist dieser Unterschied in der KG statistisch signifikant (vgl. Tabelle 21). In der IG zeigte sich ein Jahr nach der Baseline-Befragung in allen Items eine Verringerung der Mittelwerte und somit eine Verbesserung der Lebensqualität. Bei dem Item „Probleme mit alltäglichen Tätigkeiten“ war dieser Unterschied statistisch signifikant (vgl. Tabelle 21). Für die KG ließ sich eine Verbesserung der Lebensqualität, mit Ausnahme der Items „Schmerzen/ körperliche Beschwerden“ und „Angst/ Niedergeschlagenheit“, ebenfalls beobachten.

Tabelle 20: Mittelwerte des EQ-5D-5L, sowie Signifikanzwerte der Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Mann-Whitney-U-Test, Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben, M=Mittelwert GU=Gruppenunterschied

Item	Baseline KG N = 22; IG N = 22			6-Monats Follow-Up KG N = 18; IG N = 21			12-Monats Follow-Up KG N = 19; IG N = 21		
	KG (M)	IG (M)	GU	KG (M)	IG (M)	GU	KG (M)	IG (M)	GU
Probleme der Beweglichkeit / Mobilität	1,55	1,95	p = 0,247	1,36	1,71	p = 0,313	1,47	1,71	p = 0,432
Probleme für sich selbst zu sorgen	1,27	1,55	p = 0,184	1,61	1,57	p = 0,589	1,11	1,52	p = 0,227
Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten	2,00	2,77	p = 0,034	2,00	2,29	p = 0,498	1,68	1,95	p = 0,709
Schmerzen / körperliche Beschwerden	1,91	2,68	p = 0,040	2,00	2,43	p = 0,305	2,16	2,57	p = 0,307
Angst / Niedergeschlagenheit	2,68	2,73	p = 0,951	2,61	2,81	p = 0,572	2,74	2,43	p = 0,364
heutige Gesundheit anhand der VAS	49,91	51,73	p = 0,841	58,89	51,90	p = 0,455	68,11	61,81	p = 0,454

Tabelle 21: Signifikanzwerte, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test für Gruppenunterschiede, der Mittelwerte des EQ-5D-5 zwischen Baseline-Befragung (N=44) und ein Jahres Follow-Up (N=40). Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben

Item	KG	IG
Probleme der Beweglichkeit / Mobilität	$p = 0,247$	$p = 0,420$
Probleme für sich selbst zu sorgen	$p = 0,696$	$p = 0,655$
Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten	$p = 0,301$	$p = 0,024$
Schmerzen / körperliche Beschwerden	$p = 0,433$	$p = 0,774$
Angst / Niedergeschlagenheit	$p = 0,818$	$p = 0,346$
heutige Gesundheit anhand der VAS	$p = 0,007$	$p = 0,168$

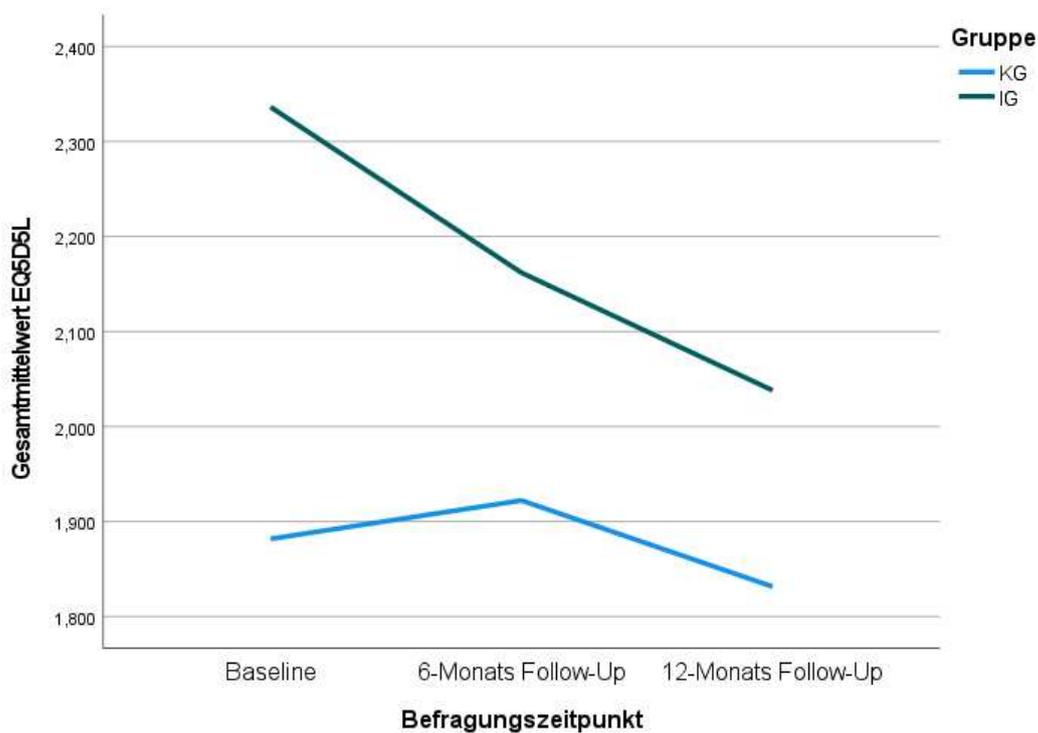


Abbildung 10: Gesamtmittelwerte des EQ-5D-5L der KG und IG zu den drei Befragungszeitpunkten. Ein höherer Mittelwert ist mit einer stärkeren Einschränkung der Lebensqualität assoziiert.

3.5.2 Psychosoziales Funktionsniveau

Die Auswertungen des HONOS-D sind in Tabelle 22 dargestellt. Zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung wies die IG in sieben der zwölf Items ein höherer Mittelwert, und damit eine stärkere Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus auf als die KG. In keinem der zwölf Items zeigte sich jedoch ein signifikanter Gruppenunterschied (vgl. Tabelle 22). Sechs Monate nach der Baseline-Befragung wies nun die KG in sieben Items einen höheren Mittelwert auf als die IG. Die Gewichtung der Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveau verlagerte sich nun leicht auf die Seite der KG. Auch hier war jedoch kein Gruppenunterschied statistisch signifikant. Nach weiteren sechs Monaten, zeigte sich keine Veränderung dahingehend, dass die KG weiterhin in sieben der zwölf Items ein höheren Mittelwert, als die IG aufwies. Für das Item „Probleme in Beziehungen“ zeigte die IG sogar eine statistisch signifikant geringere Einschränkung des Funktionsniveaus als die KG. Beim Vergleich der Items innerhalb der Gruppen über den ein-Jahres Follow- Up Zeitraum, zeigte sich in beiden Gruppen für alle Items bis auf „andere psychische und verhaltensbezogenen Probleme“ eine Verringerung der Mittelwerte und damit eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveau. Für einige Items waren diese Unterschiede statistisch signifikant. Diese sind in Tabelle 23 hervorgehoben.

Bei der Auswertung der Mittelwerte des PSP konnten keine deutlichen Gruppenunterschiede festgestellt werden. Tabelle 24 zeigt die ausführlichen Ergebnisse. Während der Gesamtscore zum Zeitpunkt der Baselinebefragung im Mittel in der KG höher war, steigerte er sich im Follow-Up in der IG stärker, sodass ein Jahr nach der Indexbehandlung der PSP-Gesamtscore im Mittel in der IG höher war als in der KG. Für beide Gruppen war die Steigerung des PSP-Gesamtscore über den ein Jahres Zeitraum statistisch signifikant (vgl. Tabelle 24). Beim Vergleich der Mittelwerte innerhalb der Gruppen über den gesamten Follow-Up Zeitraum, fiel für alle Items eine Verringerung dieser auf. Beide Gruppen zeigten somit eine Verbesserung des psychosozialen

Funktionsniveaus. Für die IG waren diese Unterschiede bei allen Items statistisch signifikant. In der KG lediglich für das Item „Selbstpflege“ (vgl. Tabelle 25).

Die Abbildung 11 und Abbildung 12 stellen den Verlauf des psychosozialen Funktionsniveaus grafisch dar.

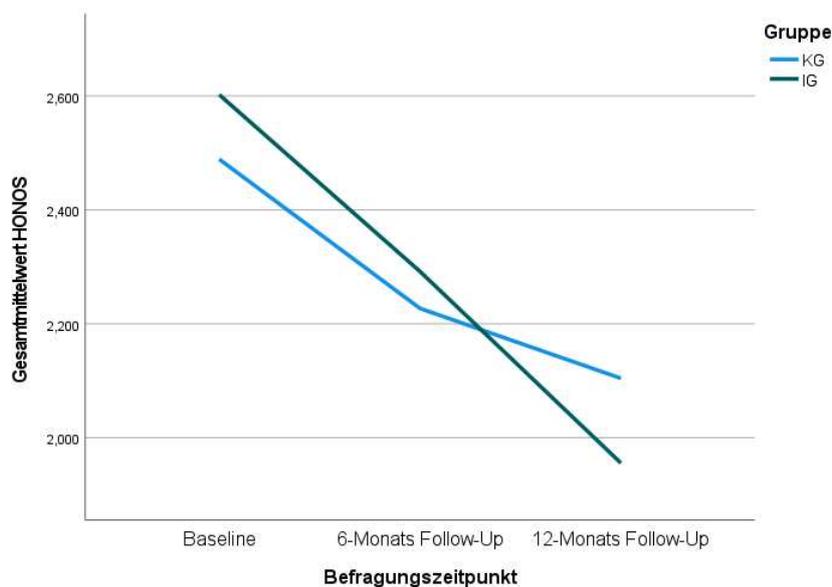


Abbildung 11: Gesamtmittelwerte des HONOS der KG und IG zu den drei Befragungszeitpunkten. Ein höherer Mittelwert ist mit einer stärkeren Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus assoziiert

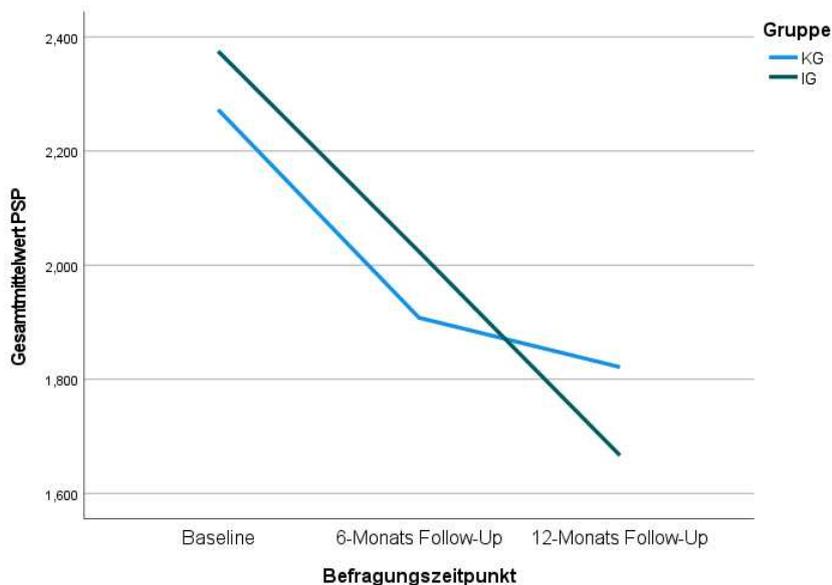


Abbildung 12: Gesamtmittelwerte des PSP der KG und IG zu den drei Befragungszeitpunkten. Ein höherer Mittelwert ist mit einer stärkeren Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus assoziiert

Tabelle 22: Mittelwerte des HONOS-D, sowie Signifikanzwerte der Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Mann-Whitney-U-Test, Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben, M=Mittelwert GU=Gruppenunterschied

Item	Baseline			6-Monats Follow-Up			12-Monats Follow-Up		
	KG (M)	IG (M)	GU	KG (M)	IG (M)	GU	KG (M)	IG (M)	GU
Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	2,32	2,32	p = 0,876	1,26	1,52	p = 0,270	1,33	1,19	p = 0,429
Absichtliche Selbstverletzung	1,73	1,50	p = 0,281	1,42	1,24	p = 0,708	1,38	1,14	p = 0,173
Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	1,59	1,91	p = 0,268	2,05	1,86	p = 0,748	1,57	1,71	p = 0,821
Kognitive Probleme	3,00	3,18	p = 0,553	2,11	2,52	p = 0,073	1,81	1,67	p = 0,507
Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	2,64	3,00	p = 0,273	2,26	2,76	p = 0,376	2,43	2,90	p = 0,310
Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	1,27	1,55	p = 0,780	1,33	1,19	p = 0,707	1,00	1,05	p = 0,329
Gedrückte Stimmung	3,59	3,73	p = 0,600	3,47	3,43	p = 0,810	3,43	2,76	p = 0,058
Anderer psychische und verhaltensbezogene Probleme	2,45	2,77	p = 0,456	3,65	3,37	p = 0,397	3,32	3,05	p = 0,312
Probleme in Beziehungen	2,91	2,68	p = 0,661	2,39	2,33	p = 0,791	2,50	1,76	p = 0,033
Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	3,27	3,27	p = 0,696	2,53	2,76	p = 0,573	2,38	2,48	p = 0,896
Probleme durch Wohnbedingungen	2,19	2,09	p = 0,730	1,53	2,00	p = 0,215	1,38	1,67	p = 0,528
Probleme durch Bedingungen in Beruf und Alltag	2,91	3,23	p = 0,263	2,84	2,67	p = 0,592	2,45	2,21	p = 0,452

Tabelle 23: Signifikanzwerte, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test für Gruppenunterschiede, der Mittelwerte des HONOS-D zwischen Baseline-Befragung (N=44) und ein Jahres Follow-Up (Stichprobengröße variiert aufgrund von Erhebungsausfällen für einzelne Items). Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben

Item	KG	IG
Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	p = 0,004	p < 0,001
Absichtliche Selbstverletzung	p = 0,207	p = 0,183
Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	p = 0,714	p = 0,423
Kognitive Probleme	p < 0,001	p < 0,001
Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	p = 0,494	p = 0,728
Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	p = 0,048	p = 0,149
Gedrückte Stimmung	p = 0,600	p = 0,004
Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	p = 0,075	p = 0,565
Probleme in Beziehungen	p = 0,246	p = 0,016
Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	p = 0,016	p = 0,022
Probleme durch Wohnbedingungen	p = 0,012	p = 0,188
Probleme durch Bedingungen in Beruf und Alltag	p = 0,130	p = 0,007

Tabelle 24: Mittelwerte des PSP, sowie Signifikanzwerte der Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Mann-Whitney-U-Test, Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert GU=Gruppenunterschied

Item	Baseline KG N = 22; IG N = 22			6-Monats Follow-Up KG N = 19; IG N = 21			12-Monats Follow-Up KG N = 21; IG N = 21		
	KG (M)	IG (M)	GU	KG (M)	IG (M)	GU	KG (M)	IG (M)	GU
Sozial nützliche Aktivitäten	2,73	3,45	p = 0,062	2,84	2,76	p = 0,716	2,62	2,52	p = 0,694
Persönliche und soziale Beziehungen	2,68	2,73	p = 0,961	2,11	2,29	p = 0,540	2,14	1,62	p = 0,058
Selbstpflege	2,23	2,05	p = 0,507	1,58	1,81	p = 0,754	1,38	1,48	p = 0,833
Störendes und aggressives Verhalten	1,45	1,27	p = 0,420	1,11	1,24	p = 0,276	1,14	1,05	p = 0,299
Gesamtscore	57,23	52,09	p = 0,347	64,16	64,05	p = 0,735	65,24	66,38	p = 0,696

Tabelle 25: Signifikanzwerte, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test für Gruppenunterschiede, der Mittelwerte des PSP zwischen Baseline-Befragung (N=44) und ein Jahres Follow-Up (N=42). Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben

Item	KG	IG
Sozial nützliche Aktivitäten	p = 0,782	p = 0,021
Persönliche und soziale Beziehungen	p = 0,136	p = 0,006
Selbstpflege	p = 0,003	p = 0,022
Störendes und aggressives Verhalten	p = 0,085	p = 0,048
Gesamtscore	p = 0,020	p = 0,002

3.5.3 Recovery Orientierung

Tabelle 26 zeigt die Mittelwerte der 14 Items des RAS-G, sowie die Gruppenunterschiede. Zur Baselinebefragung zeigte die KG bei neun der 14 Items höhere Mittelwerte als die IG. Die Gruppenunterschiede waren jedoch bei fast allen Items nur gering. Lediglich für das Item „jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer“, wies die KG signifikant höhere Werte auf. Bei den beiden weiteren Befragungen ließen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen der KG und der IG feststellen. Bei der Betrachtung des Vergleichs der Werte der Baseline Befragung mit denen nach dem 12-Monats Follow-Up, zeigten sich innerhalb der Gruppen bei einigen Items deutliche Verbesserungen (vgl. Tabelle 27 und Abbildung 13). In der KG erhöhten sich die Mittelwerte für 13 der 14 Items, worauf sich insgesamt auf eine Verbesserung der Recovery-Orientierung schließen lässt. In der IG trat eine Erhöhung der Mittelwerte in 12 Items auf. Bei drei dieser Items war der Unterschied statistisch signifikant.

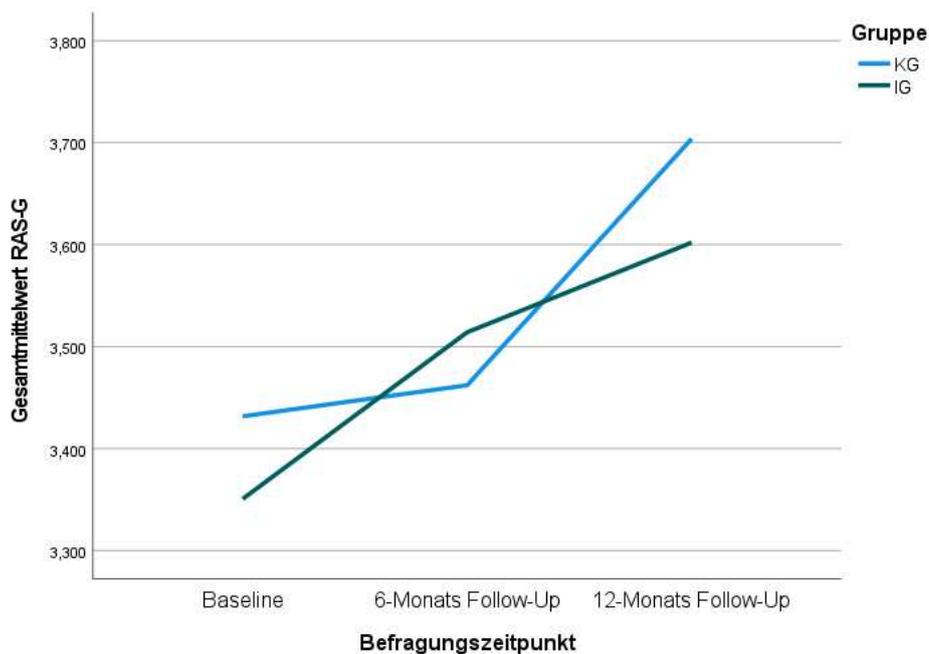


Abbildung 13: Gesamtmittelwerte des RAS-G der KG und IG zu den drei Befragungszeitpunkten. Ein höherer Mittelwert ist mit einer höheren Recovery-Orientierung assoziiert

Tabelle 26: Mittelwerte des RAS-G, sowie Signifikanzwerte der Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Mann-Whitney-U-Test, Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert GU=Gruppenunterschied

Item	Baseline			6-Monats Follow-Up			12-Monats Follow-Up		
	KG (M)	IG (M)	GU	KG (M)	IG (M)	GU	KG (M)	IG (M)	GU
Ich habe den Wunsch erfolgreich zu sein	3,73	4,09	p = 0,233	3,28	3,57	p = 0,476	3,84	3,29	p = 0,190
Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	3,86	3,68	p = 0,889	3,61	3,48	p = 0,838	3,89	3,81	p = 0,954
Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	3,33	2,86	p = 0,131	3,50	3,14	p = 0,591	3,74	3,24	p = 0,408
Ich sehe Sinn im Leben	3,36	3,14	p = 0,547	3,28	3,57	p = 0,529	3,39	3,43	p = 0,861
Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	2,64	2,50	p = 0,717	3,33	2,90	p = 0,204	3,26	2,90	p = 0,331
Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	3,09	2,77	p = 0,454	3,39	2,95	p = 0,333	3,32	3,05	p = 0,483
Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	3,23	3,00	p = 0,596	3,22	3,24	p = 1,000	3,79	3,14	p = 0,255
Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	2,82	2,64	p = 0,588	2,72	2,62	p = 0,783	3,11	3,00	p = 0,792
Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	2,91	2,23	p = 0,024	2,67	2,81	p = 0,840	3,26	3,10	p = 0,742
Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	3,55	3,77	p = 0,469	3,72	3,95	p = 0,645	4,00	4,38	p = 0,163
Ich bin bereit um Hilfe zu bitten	3,68	4,09	p = 0,253	4,00	4,24	p = 0,421	3,79	4,24	p = 0,218
Ich bitte um Hilfe wenn ich sie benötige	3,64	3,86	p = 0,447	3,83	4,10	p = 0,551	3,89	4,19	p = 0,359
Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	4,50	4,14	p = 0,248	4,06	4,40	p = 0,379	4,21	4,57	p = 0,439
Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich	4,09	4,14	p = 0,980	3,89	4,20	p = 0,876	4,32	4,10	p = 0,244

Tabelle 27: Signifikanzwerte, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test für Gruppenunterschiede, der Mittelwerte des RAS-G zwischen Baseline-Befragung (N=44) und ein Jahres Follow-Up. Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben

Item	KG	IG
Ich habe den Wunsch erfolgreich zu sein	p = 0,674	p = 0,044
Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	p = 0,733	p = 0,720
Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	p = 0,196	p = 0,268
Ich sehe Sinn im Leben	p = 1,000	p = 0,469
Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	p = 0,021	p = 0,269
Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	p = 0,433	p = 0,467
Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	p = 0,194	p = 0,682
Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	p = 0,339	p = 0,389
Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	p = 0,214	p = 0,024
Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	p = 0,187	p = 0,016
Ich bin bereit um Hilfe zu bitten	p = 0,744	p = 0,631
Ich bitte um Hilfe wenn ich sie benötige	p = 0,461	p = 0,355
Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	p = 0,503	p = 0,174
Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich	p = 0,528	p = 0,645

3.5.4 Zusammenfassung

Die IG zeigte zur Baselinebefragung eine gering höhere Einschränkung der Lebensqualität und des psychosozialen Funktionsniveaus als die KG. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant. Im Verlauf des Follow-Up zeigten sich keine größeren Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Nach dem ein Jahres Follow-Up Zeitraum wiesen beide Gruppen deutliche Verbesserungen der Lebensqualität und des psychosozialen Funktionsniveaus auf. Hier war die Verbesserung in einigen Items auch statistisch signifikant. Bezüglich der Recovery-Orientierung zeigte sich bei beiden Gruppen eine Verbesserung ein Jahr nach der Baseline-Befragung. Signifikante Unterschiede zwischen der IG und der KG ließen sich nicht identifizieren.

3.6 Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) bezüglich der Zusammenhänge der Inanspruchnahme von vollstationären, teilstationären und stationsäquivalenten Versorgungsleistungen mit verschiedenen Wirkfaktoren zwischen Behandlungsbeginn und dem Follow-Up Zeitraum

3.6.1 Dauer der Indexbehandlung

Die Korrelationsanalyse der Dauer der Indexbehandlung mit der Anzahl an vollstationärer Behandlungstage im ein Jahres Follow-Up, ergab für die IG eine moderate negative Korrelation ($r = -0,446$), welche statistisch signifikant war ($p = 0,043$). Für die KG konnte dieser Zusammenhang nicht festgestellt werden ($r = 0,033$, $p = 0,885$). Das weist darauf hin, dass je länger der Indexaufenthalt der Proband*innen der IG war, desto geringer war die Anzahl der vollstationären Behandlungstage im ein Jahres Follow-Up. Bezüglich des Zusammenhangs der Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen konnten nur schwache Korrelationen identifiziert werden, welche auch nicht signifikant waren (KG: $r = -0,209$, $p = 0,350$; IG: $r = -0,185$, $p = 0,423$). Im Fall der Inanspruchnahme einer StäB fand sich kein Zusammenhang mit der Dauer des Indexaufenthaltes (KG: $r = 0,041$, $p = 0,857$; IG: $r = 0,027$, $p = 0,909$).

3.6.2 Soziodemografische Faktoren

Alter

In keiner der beiden Gruppen, konnte eine deutliche Korrelation der Altersgruppen mit der Anzahl der vollstationären Behandlungstage im ein Jahres Follow-Up Zeitraum aufgezeigt werden (KG: $r = 0,119$ IG: $r = 0,028$). Für die Tage in teilstationärer Behandlung zeigte sich für die KG eine geringe negative Korrelation ($r = -0,302$). In der IG war kein Zusammenhang zwischen der Altersgruppe und der teilstationären Behandlungstage festzustellen ($r = -0,038$).

Bei der Verknüpfung der StäB-Behandlungstage mit den Altersgruppen zeigten sich in den Gruppen konträre Ergebnisse. Die KG wies eine geringe negative Korrelation auf ($r = -0,290$), während sich für die IG eine geringe positive Korrelation aufzeigen lies ($r = 0,301$). Keine der berechneten Korrelationen war statistisch signifikant.

Geschlecht

Vergleicht man die stationären Behandlungstage im ein Jahres Follow-Up Zeitraum bezogen auf das Geschlecht, fällt auf, dass die männlichen Probanden in beiden Gruppen im Mittel mehr Behandlungstage aufweisen als die weiblichen Probandinnen. Die einzige Ausnahme bilden hier die StäB-Tage bei der KG, bei der die weiblichen Probandinnen durchschnittlich mehr Behandlungstage aufwiesen. Keiner der Gruppenunterschiede, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test, war jedoch statistisch signifikant. Tabelle 28 zeigt die genauen Ergebnisse dieser Untersuchung.

*Tabelle 28: Vergleich der Mittelwerte der Anzahl an stationären Behandlungstagen nach Geschlecht der Proband*innen. Berechnung der Gruppenunterschiede mit dem Mann-Whitney-U-Test; M=Mittelwert SD=Standardabweichung*

		weiblich	männlich	Gruppenunterschiede
KG (N=22)	Anzahl vollstationärer Behandlungstage M [SD]	15,67 [26,177]	26,69 [44,229]	p = 0,643
	Anzahl teilstationärer Behandlungstage M [SD]	2,56 [7,667]	5,23 [13,286]	p = 0,695
	Anzahl StäB-Tage M [SD]	8,33 [17,861]	0,0	p = 0,082
IG (N=21)	Anzahl vollstationärer Behandlungstage M [SD]	16,64 [46,369]	40,00 [66,455]	p = 0,128
	Anzahl teilstationärer Behandlungstage M [SD]	0,0	4,00 [12,649]	p = 0,294
	Anzahl StäB-Tage M [SD]	4,55 [9,512]	8,40 [20,062]	p = 0,851

Hauptdiagnose

Zur Untersuchung des Zusammenhangs der Hauptdiagnose mit den stationären Behandlungstagen, wurden die Gruppen erneut in vier Untergruppen aufgeteilt (vgl. 0). Da nun mehr als zwei Gruppen miteinander verglichen werden, wurde zur Berechnung etwaiger Gruppenunterschiede der Kruskal-Wallis-Test durchgeführt. Die Verteilung der Behandlungstage, aufgeteilt nach Hauptdiagnosegruppen zeigte innerhalb der beiden Studiengruppen eine große Varianz. Tabelle 29 zeigt die detaillierten Ergebnisse. Am auffälligsten war der Unterschied in der Anzahl der vollstationären Behandlungstage bei den Proband*innen der IG, bezogen auf die verschiedenen Diagnosegruppen. Hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied der Anzahl der Behandlungstage innerhalb der Diagnosegruppen. Ebenfalls fiel auf, dass bis auf eine Ausnahme, die Proband*innen mit einer Diagnose aus dem Bereich der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ in beiden Gruppen die meisten Behandlungstage im ein Jahres Follow-Up aufwiesen.

Tabelle 29: Vergleich der Mittelwerte der Anzahl an stationären Behandlungstagen nach Diagnosegruppen der Proband*innen. Berechnung der Gruppenunterschiede mit dem Kruskal-Wallis-Test; Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$ sind hervorgehoben M=Mittelwert SD=Standardabweichung

Gruppe		affektive Störungen	psychische Störungen durch psychotrope Substanzen	schizophrene Störungen	Sonstige Erkrankungen	Gruppenunterschiede
KG (N=22)	Anzahl vollstationärer Behandlungstage M [SD]	21,64 [37,082]	54,25 [55,157]	5,75 [11,500]	3,33 [5,774]	p = 0,349
	Anzahl teilstationärer Behandlungstage M [SD]	2,09 [6,935]	10,75 [21,500]	0,0	8,33 [14,434]	p = 0,495
	Anzahl StäB-Tage M [SD]	2,18 [7,236]	0,0	0,0	17,00 [29,445]	p = 0,383
IG (N=21)	Anzahl vollstationärer Behandlungstage M [SD]	1,45 [2,841]	117,33 [80,414]	44,25 [74,558]	12,67 [21,939]	p = 0,033
	Anzahl teilstationärer Behandlungstage M [SD]	0,0	13,33 [23,094]	0,0	0,0	p = 0,112
	Anzahl StäB-Tage M [SD]	9,64 [19,795]	7,33 [12,702]	1,50 [3,000]	0,0	p = 0,755

3.6.3 Berufliche Integration

Um den Zusammenhang der beruflichen Integration mit der Inanspruchnahme von vollstationären Versorgungsleistungen zu untersuchen, wurde jede Gruppe (KG und IG) in zwei Untergruppen aufgeteilt. Proband*innen, welche ein Beschäftigungsverhältnis hatten, und jene die keiner Arbeit nachgingen (arbeitslos/ arbeitssuchend, erwerbs- oder berufsunfähig und Altersrente/Vorruhestand). Diese Untergruppen wurden nun hinsichtlich der in stationärer Behandlung befindlichen Tage nach der Indexbehandlung verglichen. Wobei das Beschäftigungsverhältnis zur Baseline-Befragung mit den stationären Behandlungstagen bis zum 6-Monats Follow-Up, und die Beschäftigung zum 6-Monats Follow-Up mit den Behandlungstagen bis zum 12-Monats Follow-Up verknüpft untersucht wurden.

Zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung, gingen in der KG 68% der befragten Proband*innen (N = 15) einer Arbeit nach, wovon 40% (N = 6) in vollstationärer Behandlung waren. Sieben Proband*innen hatten keine Arbeit (32%). Hiervon waren nur zwei Proband*innen (29%) in vollstationärer Behandlung gewesen. Der Mann-Whitney-U Test zeigte für die KG keinen Unterschied in der Anzahl an vollstationären Behandlungstagen zwischen den Gruppen „Arbeit“ und „keine Arbeit“ ($p = 0,870$). In der IG gingen zur Baseline-Befragung elf Proband*innen (50%) einer Arbeit nach. Ebenfalls elf Proband*innen hatten keine Arbeit. Zwei der Proband*innen (18%), welche ein Beschäftigungsverhältnis hatten, hatten in den sechs Monaten nach der Indexbehandlung mindestens eine vollstationäre Wiederaufnahme. In der Gruppe der Proband*innen ohne Arbeit, waren es sechs (55%). Auch bei der IG ließ sich kein Gruppenunterschied feststellen ($p = 0,227$). Nach sechs Monaten Follow-Up, verringerte sich die Anzahl der Proband*innen der KG, welche einer Arbeit nachgingen auf 14 (64%). Davon hatten lediglich vier mindestens einen vollstationären Aufenthalt (29%) in den folgenden sechs Monaten. Acht Proband*innen hatten keine Arbeit (36%), wovon vier (50%) mindestens eine vollstationäre Therapie in den folgenden sechs Monaten in Anspruch genommen hatten. Es zeigte sich erneut kein signifikanter

Gruppenunterschied ($p = 0,384$). Die Anzahl an Proband*innen in der IG, welche zum zweiten Befragungszeitpunkt einer Arbeit nachgingen lag bei 12 (55%), wovon nur zwei Proband*innen (17%) vollstationäre Versorgungsleistungen in den folgenden sechs Monaten in Anspruch genommen hatten. 10 Proband*innen hatten keine Arbeit (45%). Hiervon waren zwei Proband*innen (20%) zwischen dem ersten und dem zweiten Follow-Up in vollstationärer Behandlung. Es konnte kein Gruppenunterschiede identifiziert werden ($p = 0,758$). Eine teilstationäre Behandlung, hatten in dem 12-Monats Follow-Up Zeitraum in der KG, drei Proband*innen in Anspruch genommen (14%), wovon alle zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung einer Arbeit nachgingen. In der IG hatte ein Proband*in (5%), welcher zur Baseline-Befragung keiner Arbeit nachging eine teilstationäre Behandlung. Für die Inanspruchnahme von StäB wurden folgende Ergebnisse festgestellt: in der KG hatten zwei Proband*innen (9%) eine StäB, welche beide einer Arbeit nachgingen. In der IG gab es vier Proband*innen (19%) mit einer StäB-Inanspruchnahme, wovon zwei einer Arbeit nachgingen und zwei nicht.

3.6.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Tabelle 30 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsanalysen wie in 2.3.2.4 beschrieben. Für die KG ließ sich bei der Korrelation des EQ-5D-5L-Gesamtscore mit den vollstationären Tagen zum zweiten Zeitraum, eine geringe positive Korrelation berechnen. Eine stärkere Einschränkung der Lebensqualität korrelierte also mit einer höheren Anzahl an vollstationären Behandlungstagen. Für die IG konnte dieser Zusammenhang nicht identifiziert werden. Hier gab es zum ersten Zeitraum eine geringe negative Korrelation. Für die teilstationären und StäB-Behandlungstage konnten keine größeren Korrelationen festgestellt werden. Alle berechneten Korrelationskoeffizienten wiesen keine statistische Signifikanz auf.

Tabelle 30: Korrelationen des EQ-5D-5L-Gesamtmittelwert mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, aufgrund von Erhebungsausfällen variiert die Populationsgröße je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt, r =Korrelationskoeffizient

Korrelation des EQ-5D-5L-Gesamtscore	KG		IG	
	6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up	6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up
Anzahl vollstationärer Behandlungstage	$r = 0,000$	$r = 0,347$	$r = -0,187$	$r = 0,002$
Anzahl teilstationärer Behandlungstage	$r = -0,094$	$r = -0,024$	$r = 0,225$	$r = -0,168$
Anzahl StäB-Tage	$r = -0,137$	$r = 0,252$	$r = 0,023$	$r = 0,098$

3.6.5 Psychosoziales Funktionsniveau

Tabelle 31 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen der Behandlungstage mit dem HONOS-D Gesamtwert. In der KG konnte für den Vergleich des psychosozialen Funktionsniveaus mit den vollstationären Tagen bis zum ersten Follow-Up Termin nur eine geringe positive Korrelation berechnet werden. Für die IG konnte kein Zusammenhang identifiziert werden. Ähnlich verhielt es sich für Verknüpfung des HONOS-D Gesamtscore mit den vollstationären Tagen bis zum 12-Monats Follow-Up. Für die KG errechnete sich ein moderater positiver Zusammenhang, welcher jedoch nicht signifikant war. Für die Proband*innen der IG konnte erneut keine Korrelation festgestellt werden. Bei der Berechnung des Zusammenhangs des psychosozialen Funktionsniveaus auf die Anzahl der teilstationären Behandlungstage ergaben sich andere Ergebnisse. Sowohl für die IG als auch für die KG zeigte sich zu je einem Zeitraum eine geringe negative Korrelation, was konträr zu den Ergebnissen zum Zusammenhang mit den vollstationären Behandlungstagen steht. Für die Korrelation mit der Anzahl der StäB-Tage zeigten sich für beide Gruppen lediglich zum zweiten Follow-Up Zeitraum ein geringer Zusammenhang. Keine der berechneten Korrelationen des psychosozialen Funktionsniveaus mit der Anzahl an Behandlungstagen waren statistisch signifikant.

Tabelle 31: Korrelationen des HONOS-D-Gesamtmittelwert mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, aufgrund von Erhebungsausfällen variiert die Populationsgröße je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt, r =Korrelationskoeffizient

	KG		IG	
Korrelation des HONOS-D Gesamtscore	6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up	6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up
Anzahl vollstationärer Behandlungstage	$r = 0,161$	$r = 0,360$	$r = -0,033$	$r = -0,003$
Anzahl teilstationärer Behandlungstage	$r = -0,173$	$r = 0,001$	$r = -0,093$	$r = -0,111$
Anzahl StäB-Tage	$r = 0,063$	$r = 0,284$	$r = -0,072$	$r = 0,132$

Bei der Verknüpfung des PSP-Gesamtscore mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen nach der Baseline-Befragung und dem 6-Monats Follow-Up, ergaben sich keine eindeutigen Ergebnisse (vgl. Tabelle 32). In der KG ergaben sich zum zweiten Befragungszeitraum geringe negative Korrelationen zwischen dem PSP-Gesamtscore, sowie der Anzahl der vollstationären und der StäB-Behandlungstage. Die Korrelationen der IG fielen zum Teil widersprüchlich aus. Bei den teilstationären Behandlungstagen gab es zu beiden Vergleichszeiträumen eine geringe positive Korrelation. Bei den StäB-Tagen lag zum ersten Zeitraum eine geringe positive, zum zweiten Zeitraum eine geringe negative Korrelation mit dem PSP-Gesamtscore vor. Wie auch bei den Korrelationen der HONOS-Gesamtwerte, war keine der errechneten Korrelationen statistisch signifikant.

Tabelle 32: Korrelationen des PSP-Gesamtmittelwert mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, aufgrund von Erhebungsausfällen variiert die Populationsgröße je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt, r =Korrelationskoeffizient

Korrelation des PSP-Gesamtscore	KG		IG	
	6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up	6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up
Anzahl vollstationärer Behandlungstage	$r = -0,069$	$r = -0,356$	$r = 0,062$	$r = -0,066$
Anzahl teilstationärer Behandlungstage	$r = 0,129$	$r = 0,101$	$r = 0,333$	$r = 0,148$
Anzahl StäB-Tage	$r = 0,040$	$r = -0,254$	$r = 0,252$	$r = -0,203$

3.6.6 Recovery-Orientierung

Auch für die Untersuchung eines möglichen Zusammenhangs der Recovery-Orientierung mit der Anzahl stationärer Behandlungstage, wurden wie in den beiden Kapiteln zuvor, Korrelationen berechnet. Tabelle 33 zeigt die Ergebnisse. In der KG konnte für den RAS-G Gesamtscore und die Anzahl an vollstationären Behandlungstagen eine geringe negative Korrelation berechnet werden. Eine höhere Recovery-Orientierung korrelierte somit mit einer geringeren Anzahl an vollstationären Behandlungstagen. In der IG war dieser Zusammenhang geringer. Für die Anzahl an teilstationären Behandlungstagen, zeigte sich in der KG hingegen eine geringe positive Korrelation. Dies war in der IG zum zweiten Follow-Up Zeitraum ähnlich, jedoch geringer ausgeprägt. Auch die Anzahl an StäB-Tagen zeigte keinen größeren Zusammenhang zum RAS-G Gesamtscore. Keine der berechneten Korrelationen wies eine statistische Signifikanz auf.

Tabelle 33: Korrelationen des RAS-G-Gesamtmittelwert mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, aufgrund von Erhebungsausfällen variiert die Populationsgröße je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt, r =Korrelationskoeffizient

Korrelation des RAS-G-Gesamtscore	KG		IG	
	6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up	6-Monats Follow-Up	12-Monats Follow-Up
Anzahl vollstationärer Behandlungstage	$r = -0,201$	$r = -0,371$	$r = -0,143$	$r = 0,026$
Anzahl teilstationärer Behandlungstage	$r = 0,328$	$r = 0,053$	$r = 0,000$	$r = 0,241$
Anzahl StäB-Tage	$r = 0,207$	$r = 0,099$	$r = 0,074$	$r = -0,106$

3.6.7 Zusammenfassung

Bei der Verknüpfung der Anzahl der Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen mit verschiedenen Wirkfaktoren konnten nur wenige signifikante Zusammenhänge identifiziert werden. Es konnte für die IG ein moderater signifikanter Zusammenhang der Dauer des Indexaufenthaltes mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen im Follow-Up berechnet werden, was darauf hinweist, dass ein längerer Indexaufenthalt mit einer geringeren Anzahl an stationären Behandlungstagen in Verbindung steht. Für soziodemografische Faktoren konnten keine Zusammenhänge identifiziert werden. Lediglich bei der Untersuchung der Behandlungstage nach Diagnosegruppen, zeigte sich in der IG eine signifikante ungleiche Verteilung, woraus sich schließen lässt, dass eine Beeinflussung der Inanspruchnahme durch die Diagnose möglich ist. Für die Lebensqualität, das psychosoziale Funktionsniveau und die Recovery-Orientierung ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen identifizieren.

3.7 Vergleich der Studienpopulationen der Standorte Zwiefalten und Reutlingen

Neben der Untersuchung von Gruppenunterschieden innerhalb der Studienpopulation des AKtiV-Studienzentrum Zwiefalten, sollen nun Vergleiche mit der Population des AKtiV-Studienzentrum Reutlingen beschrieben werden. Die Erhebung der Daten der Studienpopulation aus Reutlingen, sowie deren genaue Beschreibung und Auswertung wurden in einem weiteren Dissertationsvorhaben bearbeitet (Baisch unveröffentlicht).

3.7.1 Versorgungsleistungen nach SGB IX, XI, XII

Im SGB IX sind Leistungen für die gesundheitliche Rehabilitation und der Teilhabe von Menschen mit Behinderung geregelt. Im Rahmen der Befragungen für die AKtiV-Studie, wurden über den CSSRI-D Fragebogen Leistungen wie stationäre und ambulante Rehabilitation, sowie betreutes Wohnen oder Arbeiten erfragt. Leistungen der Pflegeversicherungen, geregelt im SGB XI, wie Unterbringung in Pflegeheimen oder die Nutzung von ambulanten Pflegeangeboten, wurden ebenfalls über den CSSRI-D erfasst. Auch Teile der im SGB XII beschriebenen Sozialhilfen können über Angaben im CSSRI-D ausgewertet werden.

In Reutlingen nahmen fünf Proband*innen der IG (20%) im Laufe des ein Jahres Follow-Up eine stationäre psychiatrische Rehabilitation in Anspruch, welche im Mittel 83,4 Tage dauerte. In Zwiefalten kam es nur bei einer Proband*in der KG (5%) zu einer psychiatrischen Rehabilitation mit 13 Tagen. Eine stationäre somatische Rehabilitation nahm ein Proband*in der IG aus Zwiefalten mit 10 Tagen in Anspruch. In der Studienpopulation in Reutlingen gab es keine dieser Inanspruchnahmen. Auch gaben in beiden Populationen keine Proband*innen an, Leistungen einer ambulanten Rehabilitation genutzt zu haben. Bei den Häufigkeiten der Inanspruchnahme von betreuten Wohnformen und

Nutzung von stationären Pflegeheimen, gab es zwischen den Populationen der beiden AKtiV-Studienzentren geringe Unterschiede. Die Tabelle 34 zeigt die Häufigkeiten der Nutzung zu den drei Befragungszeitpunkten. Auffällig war, dass zu allen drei Erhebungszeitpunkten mehr Proband*innen aus Reutlingen betreutes Wohnen in Anspruch nahmen. Auch die Nutzung von Pflegeheimen, war bei den Proband*innen aus Reutlingen geringfügig höher als aus Zwiefalten. Aus der Studienpopulation von Zwiefalten belegten insgesamt mehr Proband*innen einen geschützten Arbeitsplatz, als aus der Reutlinger Population. Die Anzahl an erwerbs- oder berufsunfähigen Proband*innen, war jedoch in der Reutlinger Population zu allen drei Erhebungszeitpunkten größer. Die Tabelle 35 zeigt die genauen Ergebnisse der Beschäftigungsverhältnisse.

Um Leistungen des SGB XII zu vergleichen, wurden Daten aus dem CSSRI-D bezüglich des Bezugs von Sozial- und Versicherungsleistungen, sowie der Herkunft des Haupteinkommens herangezogen. Bei beiden Datensätzen sind jedoch auch Leistungen von Kranken- oder Rentenkassen enthalten, welche nicht im SGB XII geregelt sind. Auch bei den Inanspruchnahmen dieser Leistungen, zeigte die Studienpopulation aus Reutlingen, mit wenigen Ausnahmen einen höheren Anteil an Nutzer*innen, sowie durchgehend höhere Summen an monatlicher Unterstützung. Vor allem in den beiden Follow-Up Befragungen, lagen diese deutlich über den durchschnittlichen Höhen der monatlichen Unterstützung der Proband*innen aus Zwiefalten. Die vollständigen Ergebnisse sind in der Tabelle 36 dargestellt.

Tabelle 34: Vergleich der Wohnformen der Proband*innen der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten, aufgrund von Erhebungsausfällen variieren die Populationsgrößen je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt

Wohnform		Baseline		6-Monats Follow-Up		12-Monats Follow-Up	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Zwiefalten	betreutes Wohnen N [%]	1 [5]	1 [5]	0,0	0,0	1 [5]	1 [5]
	Pflegeheim N [%]	0,0	0,0	2 [10]	1 [5]	2 [10]	0,0
	Andere N [%]	21 [95]	21 [95]	19 [90]	18 [95]	18 [85]	20 [95]
Reutlingen	betreutes Wohnen N [%]	1 [4]	2 [8]	3 [13]	2 [8]	2 [8]	3 [13]
	Pflegeheim N [%]	1 [4]	2 [8]	1 [4]	2 [8]	0,0	4 [17]
	Andere N [%]	23 [92]	21 [84]	19 [83]	21 [84]	22 [92]	17 [70]

Tabelle 35: Vergleich der Beschäftigungsverhältnisse der Proband*innen der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten, aufgrund von Erhebungsausfällen variieren die Populationsgrößen je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt, WfbM=Werkstatt für behinderte Menschen

Beschäftigung		Baseline		6-Monats Follow-Up		12-Monats Follow-Up	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Zwiefalten	geschützte Arbeit (WfbM) N [%]	1 [5]	1 [5]	1 [5]	0,0	3 [14]	0,0
	Erwerbs- oder Berufsunfähig N [%]	6 [27]	3 [14]	6 [29]	4 [21]	3 [14]	4 [19]
	Andere N [%]	15 [68]	18 [81]	14 [66]	15 [79]	15 [72]	17 [81]
Reutlingen	geschützte Arbeit (WfbM) N [%]	0	1 [4]	0,0	1 [4]	0,0	1 [4]
	Erwerbs- oder Berufsunfähig N [%]	13 [52]	6 [24]	12 [52]	6 [24]	12 [50]	8 [33]
	Andere N [%]	12 [48]	18 [72]	11 [48]	18 [72]	12 [50]	15 [63]

Tabelle 36: Vergleich des Bezugs von Sozialleistungen der Proband*innen der AKtiV-Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten, aufgrund von Erhebungsausfällen variieren die Populationsgrößen je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt

Sozialleistungen		Baseline		6-Monats Follow-Up		12-Monats Follow-Up	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Zwiefalten	Erhalt von Sozial- oder Versicherungsleistungen N [%]	13 [60]	10 [46]	15 [71]	10 [47]	15 [71]	13 [62]
	Durchschnittliche Höhe der monatlichen Unterstützung in €	517	516	350	193	437	262
	Sozialleistungen als Haupteinkommen N [%]	4 [18]	3 [14]	3 [14]	2 [10]	5 [24]	7 [33]
	Erwerbsunfähigkeits-Rente als Haupteinkommen N [%]	4 [18]	3 [14]	5 [24]	3 [16]	5 [24]	2 [10]
	Gesamtpopulation	22	22	21	19	21	21
Reutlingen	Erhalt von Sozial- oder Versicherungsleistungen N [%]	16 [64]	18 [72]	21 [91]	18 [72]	22 [91]	18 [75]
	Durchschnittliche Höhe der monatlichen Unterstützung in €	521	821	723	654	721	695
	Sozialleistungen als Haupteinkommen N [%]	6 [24]	6 [24]	5 [22]	6 [24]	7 [29]	4 [17]
	Erwerbsunfähigkeits-Rente als Haupteinkommen N [%]	7 [28]	3 [12]	8 [35]	5 [20]	9 [38]	7 [29]
	Gesamtpopulation N	25	25	23	25	24	24

3.8 Beeinflussung der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen und der psychischen Lebensqualität durch Beschränkungen aufgrund der COVID-19 Pandemie

Insgesamt wurden N = 39 Proband*innen befragt, davon 21 aus der IG und 18 aus der KG.

Behinderung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

In der IG gaben 24% (N = 5) an, dass es im Laufe der Pandemie zu Behinderungen der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen kam. Hiervon war lediglich eine Proband*in mehrfach betroffen. In der KG waren es 50% (N = 9) der Befragten, wovon ein Drittel (N = 3) mehrfach betroffen war.

Insgesamt wurden also etwas mehr als ein Drittel der Befragten (N = 14, 36%) durch die Beschränkungen der COVID-Pandemie an der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen gehindert.

Als häufigster Grund der Behinderung wurde eine COVID-Infektion genannt (N = 8, 57%), gefolgt davon, dass die Leistungen aufgrund der Beschränkungen nicht zur Verfügung standen (N = 4, 29%). Je einmal wurden fehlende Testmöglichkeiten und Behandlungsverweigerung aufgrund des fehlenden Impfschutzes der Proband*in angegeben.

Besondere Belastungen

Bei der Frage, was sich als besondere Belastung während der COVID-Pandemie und den dabei herrschenden Beschränkungen gezeigt hat, konnten die Proband*innen mehrere Punkte angeben. 26 Proband*innen (entspricht 67% der befragten Proband*innen) gaben insgesamt 34 verschiedene Auswirkungen an, die sie besonders belasteten. Als häufigstes wurden die Kontaktbeschränkungen zu anderen Personen genannt, gefolgt von den Einschränkungen des öffentlichen Lebens und der Freizeitaktivitäten. Gleichhäufig wurde auch die nicht immer verständliche Politik während der Pandemie und die daraus resultierenden

Beschränkungen als besonders belastend angegeben. Auch die häufig geltende Maskenpflicht wurde mehrfach genannt. Die vollständigen Angaben zu den besonderen Belastungen kann in Tabelle 37 eingesehen werden.

*Tabelle 37: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten von besonderen Belastungen durch Einschränkungen durch die COVID-19 Pandemie, da nicht alle Proband*innen Angaben hierzu machten unterscheidet sich die Gesamtzahl von der Populationsgröße (N=39)*

Art der Belastung	Anzahl	%
Kontaktbeschränkungen	10	29
Maskenpflicht	4	11
Einschränkungen des öffentlichen Lebens	6	18
häufige negative Nachrichten	1	3
verwirrende Politik und Beschränkungen	6	18
Einschränkungen für Ungeimpfte / "Impfdruck"	3	9
Therapie nur telefonisch / online	2	6
Angst vor Infektion	2	6
Gesamt	34	100

Positive Effekte

Lediglich zwölf Proband*innen (31%) gaben an positive Effekte durch die COVID-Beschränkungen bemerkt zu haben. Die Rücksichtnahme der Bevölkerung in der Öffentlichkeit, sowie mehr Zeit für Familie und Freunde wurden hier mehrfach genannt. Die vollständigen Angaben sind in Tabelle 38 abgebildet.

*Tabelle 38: Anzahl und prozentuale Häufigkeiten von positiven Effekten durch Einschränkungen durch die COVID-19 Pandemie, da nicht alle Proband*innen Angaben hierzu machten unterscheidet sich die Gesamtzahl von der Populationsgröße (N=39)*

Positiver Effekt	Anzahl	%
Rücksichtnahme in der Öffentlichkeit	4	33
mehr Zeit für Familie / Freunde	3	25
weniger soziale Interaktionen	2	17
Sicherheit durch Tragen einer Maske	2	17
mehr Onlineangebote	1	8
Gesamt	12	100

Beeinflussung der Entscheidung für StäB

Von den 21 befragten Proband*innen, welche die stationsäquivalente Behandlung erhielten, gab niemand an, dass die zu dem Zeitpunkt des Therapiebeginns geltenden COVID-Beschränkungen Einfluss auf die Wahl von StäB als Therapieform hatten.

4 Diskussion

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der Datenauswertung der Studienpopulation des AKtiV-Zentrum Zwiefalten, ausgewertet und im Vergleich zur bestehenden Literatur zum Hometreatment kritisch diskutiert werden. Hierfür sei im Vorfeld darauf hingewiesen, dass es aufgrund des erst kurzen Bestehens der StäB nur wenige vergleichbare Studien gibt, die sich ebenfalls mit der Evaluation der StäB auseinandergesetzt haben. Es werden also vor allem, Arbeiten zu anderen aufsuchenden Behandlungsmodellen vergleichend betrachtet. Diese weisen jedoch eine gewisse Heterogenität in Bezug auf eingeschlossene Patient*innengruppen, Akuität der Behandlungsindikation, Behandlungsdauer, sowie Intensität der Behandlung auf. Ein direkter Vergleich mit den von den Proband*innen der StäB gewonnenen Daten, ist somit immer nur begrenzt möglich. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden.

4.1 Auswertungen der deskriptiven Statistik der Studienpopulation

4.1.1 *Verteilung der Diagnosegruppen*

Die Gruppen der vergebenen Aufnahmediagnosen, waren sowohl in der IG als auch in der KG gleich verteilt, was auf das Propensity-Score Matching zurückzuführen ist, welches eine Vergleichbarkeit der Gruppen bei fehlender Randomisierung ermöglichen soll. Der größte Anteil der vergebenen Diagnosen, ist dem Bereich der affektiven Störungen (50%) zuzuordnen. Die anderen Gruppen „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, „Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis“ und sonstige Diagnosen, kamen annähernd in gleichen Anteilen vor. Im Vergleich mit anderen Studien zum Hometreatment, fällt ein geringerer Anteil an Patient*innen mit schizophrenen

oder psychotischen Störungen auf (Munz et al. 2011; Nordén et al. 2012; Nugter et al. 2016; Weinmann et al. 2019; Holzke et al. 2020; Boyens et al. 2021; Weinmann et al. 2021). Ein hoher Anteil an affektiven Störungen zeigte sich dagegen auch in anderen Publikationen (Bechdolf et al. 2011; Stulz et al. 2020; Boyens et al. 2021; Weinmann et al. 2021; Schwarz et al. 2022). Im Vergleich mit den Anteilen der stationären Patient*innen bundesweit, zeigte sich in der Studienpopulation ein höherer Anteil an affektiven Störungen (50% gegenüber 24%), sowie ein geringerer Anteil an Suchterkrankungen (18% gegenüber 35%) (Statistisches Bundesamt 2017). Gründe für diese Diagnoseverteilung mit Schwerpunkt auf affektive Störungen, könnte die Aufnahmestruktur und eine gewisse gewachsene Schwerpunktsetzung des StäB Teams in Zwiefalten sein. Denkbar ist ebenfalls eine Häufung depressiver Patient*innen unter den Personen, für die aufgrund familiärer Einbindung (Kinder, zu pflegende Angehörige) nur eine StäB in Frage kam, eine stationäre Behandlung dagegen vermieden worden wäre. Raschmann et al. beschrieben ebenfalls eine StäB-Studienpopulation aus Zwiefalten mit Patient*innen mit überwiegend affektiven Erkrankungen (Raschmann et al. 2022).

4.1.2 Soziodemographische Merkmale

Alter

Auch in der Altersverteilung gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Die Interventionsgruppe zeigte eine homogenere Verteilung der Altersgruppen, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass StäB eine Behandlungsalternative für jüngere als auch für ältere Patient*innen darstellt. Dies deckt sich auch mit Aussagen anderer Untersuchungen zu StäB und Hometreatment (Klug et al. 2010; Assion und Hecker 2020; Boege et al. 2020; Spannhorst et al. 2020; Briel et al. 2022).

Geschlecht

In der KG gab es mehr männliche Probanden als weibliche Probandinnen. Diese Verteilung deckt sich mit der Geschlechterverteilung der stationär behandelten psychiatrischen Patient*innen bundesweit (Statistisches Bundesamt 2017). Die IG zeigte eine gleichmäßige Geschlechterverteilung, was im Kontrast zu einigen anderen Hometreatment-Studien steht, in denen meistens mehr weibliche Patientinnen eingeschlossen wurden (Bechdorf et al. 2011; Kilian et al. 2016; Mötteli et al. 2018; Weinmann et al. 2019; Neumann et al. 2021; Weinmann et al. 2021; Stulz et al. 2022).

Schul- und Berufsausbildung

Wie in den Merkmalen zuvor, zeigten sich auch bei der Schulbildung der Proband*innen keine großen Unterschiede zwischen IG und KG. Die Verteilung der Berufsausbildung zeigte in der IG eine leichte Divergenz zwischen höherem Ausbildungsgrad und fehlender Ausbildung, welche in der KG nicht beobachtet wurde. Beide Gruppen wiesen allerdings den größten Anteil an Proband*innen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung und damit ebenfalls eine ähnliche Gruppencharakteristik auf. Bezüglich der Anteile an Proband*innen mit allgemeiner Hochschulreife oder abgeschlossenem Studium, reiht sich die beschriebene Population in die Hometreatment Studienlandschaft ein, in denen zum Teil höhere (Mötteli et al. 2018; Weinmann et al. 2021; Soldini et al. 2022), als auch niedrigere Anteile (Stulz et al. 2020) beschrieben wurden.

Berufstätigkeit

Zur Baseline-Befragung zeigte die KG ein höheren Anteil an Beschäftigten als die IG. Dies steht im Kontrast zu einigen anderen Hometreatment Studien, welche keine größeren Unterschiede bei den Beschäftigungsverhältnissen zwischen der IG und KG zeigten (Johnson et al. 2005b; Bechdorf et al. 2011; Boege et al. 2014; Mötteli et al. 2018; Stulz et al. 2020; Soldini et al. 2022). Andere Publikationen beschrieben sogar ein höheren Anteil an Beschäftigten in

der IG (Lambert et al. 2017; Mueller-Stierlin et al. 2017; Weinmann et al. 2019; Weinmann et al. 2021; Stulz et al. 2022). Im Verlauf zeigten sich dann keine größeren Veränderungen. Lediglich der Anteil an Arbeitslosen in der IG schwankte zwischen den Follow-Up Befragungen. Zu bemerken ist hier, dass aufgrund von Erhebungsausfällen, vor allem in der KG, etwaige Veränderungen abgeschwächt dargestellt sein könnte.

Einkommenssituation

Auch bei der Einkommenssituation zeigten sich keine großen Unterschiede zwischen den Gruppen. Die KG wies ein größeren Anteil an Proband*innen auf, welche ihr Haupteinkommen über ihren Lohn bezogen, als die IG. Dies lässt sich mit dem höheren Anteil an berufstätigen Proband*innen der KG vereinbaren. Bei dem Bezug von Sozial- oder Versicherungsleistungen, erhöhten sich die Anteile der Proband*innen, welche Leistungen bezogen von der Baseline zum 12-Monats Follow-Up in der KG stärker als in der IG. Es konnte jedoch zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die teils deutlichen Veränderungen der Höhe der durchschnittlichen Einkommen der KG von der Baseline-Befragung und des 6-Monats Follow-Up, sind vermutlich teilweise auf die Veränderung der Spannweite zurückzuführen. Während bei der Baseline-Befragung das minimale Einkommen bei 400€, und das maximale bei 5000€ lag, verringerten sich bei der 6-Monats Follow-Up beide Werte auf minimal 200€ und maximal 3000€. Hinzu kommen auch hier erneut Veränderungen, vermutlich durch fehlende Daten, aufgrund der Erhebungsausfälle. Gleiches gilt ebenfalls für die Veränderungen der Höhe, der bezogenen Sozial- oder Versicherungsleistungen in beiden Gruppen. Bezüglich der Einkommenssituation der Proband*innen in Studien zum Hometreatment, fanden sich bisher lediglich vergleichenden Daten aus zwei Arbeiten (Mueller-Stierlin et al. 2017; Weinmann et al. 2021), welche ein höheren Anteil an Proband*innen der KG, die Sozialleistungen erhielten feststellten. Dies konnte mit den vorliegenden Daten nicht gezeigt werden.

Wohnsituation

Die Wohnsituationen der Proband*innen war in beiden Gruppen ähnlich verteilt. Auffällig war lediglich, dass in der KG deutlich mehr Proband*innen allein lebten als in der IG (55% gegenüber 27%). Dies wurde in anderen Studien ebenfalls beobachtet (Klug et al. 2010; Mueller-Stierlin et al. 2017; Soldini et al. 2022). Weitere Publikationen zeigten jedoch gegensätzliche Ergebnisse (Johnson et al. 2005b; Munz et al. 2011; Weinmann et al. 2019; Stulz et al. 2020; Weinmann et al. 2021; Stulz et al. 2022). Der Anteil an Proband*innen, welche mit Kindern zusammen lebten war dahingegen in der IG größer (18% gegenüber 5%). Im Verlauf des zwölfmonatigen Follow-Up, gab es bezüglich der Wohnsituationen keine größeren Veränderungen.

4.1.3 Anzahl stationärer Voraufenthalte, Dauer und Abbruchraten der Indexbehandlung

Stationäre Voraufenthalte

Die IG wies einen höheren Anteil an Proband*innen auf, welche mindestens einmal stationär vorbehandelt waren, sowie eine gering höhere Anzahl an Voraufenthalten im Vergleich mit den Proband*innen der KG. Dieser Gruppenunterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Die durchschnittliche Anzahl an Voraufenthalten (5,1, bei Proband*innen der IG und 3,7 bei denen der KG) deckt sich mit den Ergebnissen anderer Hometreatment Studien (Mueller-Stierlin et al. 2017; Mötteli et al. 2018; Stulz et al. 2020; Stulz et al. 2022). Einige andere Autor*innen, berichten allerdings von größeren Anteilen an Proband*innen mit stationären Voraufenthalten in beiden Gruppen (Johnson et al. 2005b; Lambert et al. 2017; Weinmann et al. 2019; Weinmann et al. 2021; Stulz et al. 2022).

Dauer der Indexbehandlung

Bei der Untersuchung der Dauer der Indexaufenthalte, wiesen die Proband*innen der KG eine signifikant höhere Dauer auf als die IG (39 Tage gegenüber 29 Tage im Mittel). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit weiteren Hometreatment Studien (Munz et al. 2011; Mötteli et al. 2018) und könnte darauf hinweisen, dass für StäB, respektive Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, im Mittel längere Behandlungszeiten benötigt werden, um ein zufriedenstellendes und nachhaltiges Behandlungsergebnis zu erzielen. Eine alternative Deutung wäre, dass bei der noch relativ jungen Behandlungsform die Therapeut*innen eher eine „Sicherheitsphase“ gegen Ende der Behandlung einplanen, um die Behandlungserfolge nicht durch zu frühe Beendigung der Behandlung zu gefährden. Dies könnte sich mit zunehmender Erfahrung verändern. Auch seitens der Patient*innen, welche vollstationär behandelt wurden, ist der Wunsch nach Entlassung aus der Klinik nachvollziehbar und gegebenenfalls stärker ausgeprägt als der Wunsch nach Beendigung der aufsuchenden Behandlung zu Hause.

Abbruchraten

Die Abbruchraten der Indexbehandlung lagen bei beiden Gruppen um die 10% (IG=9%, KG=14%), was mit anderen Studienergebnissen vergleichbar ist (Bechdorf et al. 2011; Schöttle et al. 2018; Weinmann et al. 2019; Schwarz et al. 2020). Gleichzeitig waren die Abbruchraten höher als in einigen anderen Untersuchungen beschrieben (Lambert et al. 2015; Nugter et al. 2016; Muskens et al. 2019). Hierbei handelt es sich allerdings nicht um Studien bezüglich einer Krisenintervention zu Hause, sondern eine weniger intensiv aufsuchende Behandlung als StäB. Die Ergebnisse sind somit nur begrenzt vergleichbar.

4.2 Erhebungsausfälle

Der Anteil an Erhebungsausfällen, lag wie in 3.2 beschrieben zu beiden Follow-Up Zeitpunkten unterhalb der für die AKtiV-Studie festgelegten 10%-Grenze. Mit einem Anteil von 9% zum 6-Monats Follow-Up, war die Rate niedriger als 60% der anderen Studienzentren. Zum 12-Monats Follow-Up lag der Anteil an Erhebungsausfällen (2%) deutlich unterhalb der Ausfallrate der anderen Studienzentren. Es zeigte sich somit eine sehr zufriedenstellende Durchführung der Follow-Up Befragungen, mit wenigen Erhebungsausfällen, auch im Vergleich zu anderen Hometreatment Studien (Kästner et al. 2015; Mueller-Stierlin et al. 2017). Dennoch bleibt eine mögliche Beeinflussung der Ergebnisse durch die Erhebungsausfälle nicht ausgeschlossen, und muss bei deren Interpretation berücksichtigt werden. Zu bemerken ist auch, dass es in dem gesamten Follow-Up Zeitraum, nur bei einem Probanden zu einem schwerwiegenden unerwünschten Ereignis kam (in diesem Fall das Versterben des Probanden). Dieses Ereignis war jedoch nicht mit der psychiatrischen Erkrankung oder der Therapie assoziiert. Die Ergebnisse der AKtiV-Studienpopulation Zwiefalten, können also dahingehend interpretiert werden, dass die Sicherheit der behandelten Proband*innen, durch die Intervention nicht gefährdet wurde und die Rate an schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen sehr gering war.

4.3 Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen

4.3.1 Anzahl und Dauer der Inanspruchnahmen

Anzahl stationärer Inanspruchnahmen

Vergleicht man die Anzahl der vollstationären Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres nach der Indexbehandlung, so lassen sich zu keinem Befragungszeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen der IG und der KG feststellen. Die IG wies mit durchschnittlich 2,1 Wiederaufnahmen über den gesamten Follow-Up Zeitraum, eine gering höhere Anzahl auf als die KG mit 1,45 Aufnahmen. Zu bemerken ist hierbei, dass die IG eine deutlich größere Spannweite in der Anzahl der Wiederaufnahmen aufweist. So gab es in der IG ein Maximum von bis zu zehn Wiederaufnahmen, in der KG waren vier Wiederaufnahmen die höchste Anzahl. Es ist also zu bemerken, dass wenige Proband*innen der IG die durchschnittliche Anzahl innerhalb der Gruppe stärker anhoben als Proband*innen der KG. Die Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass die StäB, was die vollstationären Wiederaufnahmen im ein Jahres Follow-Up betrifft, der herkömmlichen vollstationären Behandlung zumindest nicht unterlegen scheint. Die H_0 -Hypothese, dass kein Unterschied in der stationären Wiederaufnahmerate zwischen der IG und der KG besteht, bleibt damit bestehen. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen vieler anderer Hometreatment Studien (Johnson et al. 2005b; Bechdolf et al. 2011; Boege et al. 2014; Mötteli et al. 2018; Stulz et al. 2020; Weinmann et al. 2021; Soldini et al. 2022). Andere Autor*innen beschrieben sogar eine Überlegenheit aufsuchender Behandlungskonzepte, bezüglich der stationären Wiederaufnahmerate, im Vergleich mit einer vollstationären Behandlung (Johnson et al. 2005b; Klug et al. 2010; Weinmann et al. 2019; Neumann et al. 2021). Diese Ergebnisse können die vorliegenden Daten nicht bestätigen. Allerdings handelt es sich um die, in diesen Studien angewendeten aufsuchenden Verfahren nicht um StäB, sondern um eine

Behandlungsform für weniger akut erkrankte Patient*innen. Die Vergleichbarkeit ist somit eingeschränkt.

Im gesamten Follow-Up Zeitraum kam es in beiden Gruppen nur zu vereinzelten teilstationären und stationsäquivalenten Wiederaufnahmen. Eine Interpretation dieser Ergebnisse ist aufgrund der geringen Anzahl an Fällen schwierig. Mögliche Gründe für die geringe Inanspruchnahme, könnte das geringere Angebot an teilstationären Behandlungsmöglichkeiten im ländlichen Gebiet um Zwiefalten sein. Hier soll auf die Arbeit von Baisch verwiesen sein, in der unter anderem die teilstationären Inanspruchnahmen der AKtiV-Studienpopulationen von Zwiefalten mit der von Reutlingen verglichen wird (Baisch unveröffentlicht). Festzuhalten bleibt, dass auch bei der Inanspruchnahme von teilstationären und stationsäquivalenten Leistungen keine signifikanten Unterschiede zwischen der IG und der KG festgestellt werden konnten. Der Vergleich der Inanspruchnahme somatischer stationärer Leistungen, zeigte in der KG eine größere Anzahl an Aufnahmen (27% gegenüber 5% in der IG), mit jedoch kürzeren Behandlungsdauern (6,5 Tage im Mittel gegenüber 42 Tage bei der IG). Die Signifikanztests fielen hier jedoch auch wieder negativ aus, was vermutlich auf die geringe Anzahl an Fällen zurückzuführen ist. Für die Inanspruchnahmen von psychiatrischer teilstationärer und stationsäquivalenter, sowie somatisch stationärer Behandlungen, konnten keine vergleichenden Daten aus anderen Studien identifiziert werden. Hier werden in der AKtiV-Gesamtstudie die Vergleiche mit den anderen Studienzentren gegebenenfalls neue Erkenntnisse bringen.

Dauer der stationären Wiederaufnahmen

Auch bei der Dauer der vollstationären Wiederaufnahmen konnten, auf den Gesamt-Follow-Up Zeitraum betrachtet, keine signifikanten Unterschiede zwischen der IG und der KG festgestellt werden. Die H_0 -Hypothese wird auch hier nicht verworfen. Dies stützt somit weiter die These, dass die StäB bezüglich der stationären Wiederaufnahmen der herkömmlichen vollstationären Behandlung nicht unterlegen ist. Es muss jedoch bemerkt werden, dass die Mittelwerte der Anzahl der stationären Behandlungstagen, zu beiden Befragungszeiträumen in

der IG höher waren als in der KG. Auch hier wirkte sich vermutlich eine größere Spannweite der Behandlungstage auf die Mittelwerte aus, wodurch einige wenige Proband*innen für die Mehrzahl der Behandlungstage verantwortlich waren. Die Ergebnisse bezüglich der Dauer der stationären Wiederaufnahmen, sind denen vergleichbarer Studien ähnlich (Bechdorf et al. 2011; Mötteli et al. 2018; Mötteli et al. 2018; Stulz et al. 2020; Weinmann et al. 2021; Soldini et al. 2022).

Dauer bis zur stationären Wiederaufnahme

Im Durchschnitt vergingen bei den Proband*innen der IG im Mittel 23 Wochen, bis es zu einer vollstationären Wiederaufnahme kam. In der KG waren es 20 Wochen. Die Gruppen unterschieden sich auch bei dieser Variable nicht signifikant voneinander. Es zeigte sich somit kein Hinweis darauf, dass StäB die Dauer bis zur nächsten Akutbehandlung anders beeinflusst als die herkömmliche vollstationäre Behandlung. Die in Kapitel 1.5 formulierte H_0 -Hypothese wird hier ebenfalls beibehalten.

4.4 Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen

Die KG wiesen zu beiden Erhebungszeitpunkten einen höheren Anteil an Patient*innen auf, welche Kontakt zu niedergelassenen Psychiater*innen hatten. Auch die durchschnittliche Dauer der Kontakte, war in der KG größer als in der IG. Keiner dieser Unterschiede war jedoch statistisch signifikant. Bezüglich der Kontakte zu niedergelassenen psychologischen Psychotherapeut*innen, zeigten die Proband*innen der KG, welche diese Leistung in Anspruch nahmen, eine signifikant höhere Anzahl an Kontakten zum ersten Befragungszeitraum auf. Die durchschnittliche Dauer der Kontakte war jedoch bei den Proband*innen der IG, welche diese Leistung in Anspruch nahmen, länger als die Kontakte der KG. Auch hier werden die Ergebnisse möglicherweise durch Erhebungsausfälle im ersten Befragungszeitpunkt beeinflusst. Bei den Kontakten zu einer PIA wiesen die IG eine höhere Anzahl an Proband*innen auf, welche diese Leistung in

Anspruch nahmen. Auch die Dauer war bei den Proband*innen der IG zum ersten Befragungszeitpunkt signifikant länger als bei den Proband*innen der KG. Eine mögliche Erklärung wäre hier, dass einige Proband*innen der IG schon vor der Indexbehandlung durch eine PIA betreut wurden, und durch diese vermittelt in die StäB aufgenommen wurden (Briel et al. 2022; Gottlob et al. 2022). Dieser Gruppenunterschied konnte zum zweiten Befragungszeitpunkt allerdings nicht mehr aufgezeigt werden. Generell zeigte sich bei der AKtiV-Studienpopulation ein relativ großer Anteil an Patient*innen in ambulanter psychiatrischer Weiterbehandlung nach der Indexbehandlung (zwischen 24-41%). Dies fällt auf, wenn man bedenkt, dass frühere Untersuchungen ein deutlich geringeren Anteil an stationär behandelten Patient*innen feststellten, die trotz der Empfehlung für eine psychiatrische Weiterbehandlung keinen solchen Kontakt aufnahmen (Uhlmann et al. 2017). Ebenso zeigten Zahlen der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, dass der Anteil an Patient*innen in ambulanter psychiatrischer Behandlung, welche nach einer stationären Behandlung zugewiesen wurden, ebenfalls deutlich geringer ist, als der Anteil der Proband*innen, die über andere Zuweiser*innen Kontakt zu niedergelassenen Psychotherapeut*innen erhielten (Walendzik et al. 2010). Eine mögliche Erklärung, für diesen erhöhten Anteil an Nutzer*innen, konnte eine hohe Krankheitsschwere der Proband*innen sein, welche eine ambulante Weiterbehandlung notwendig machte, oder ein erhöhten Anteil an Proband*innen, die schon vor der Indexbehandlung in psychotherapeutischer Betreuung waren. Auch wird in der Klinik in Zwiefalten der Vermittlung in weitere Behandlungsangebote eine hohe Aufmerksamkeit gewidmet.

Bei hausärztlichen und anderen fachärztlichen Kontakten, unterschieden sich die beiden Gruppen ebenfalls nur gering voneinander. Lediglich in der durchschnittlichen Dauer der hausärztlichen Kontakte zeigten die Proband*innen der KG eine signifikant längere Dauer von fünf Minuten pro Kontakt. Betrachtet man andere ambulante medizinische und pflegerische Leistungen, so wiesen zum ersten Befragungszeitpunkt die IG mehr Kontakte als die KG auf. Zum zweiten Befragungszeitpunkt änderte sich dieses Verhältnis jedoch. Zu bemerken ist, dass die Proband*innen der IG vermehrt auch medizinische

Leistungen, wie Ergo- und Physiotherapie in Anspruch nahmen, was in der KG deutlich weniger vorkam. Dies lässt sich womöglich mit dem höheren Grad an körperlichen Erkrankungen der Proband*innen der IG erklären, der mit einem höheren Bedarf an medizinischer Betreuung einhergeht (vgl.3.5.1). Ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied, konnte bei der Anzahl und der Dauer der nichtärztlichen ambulanten Leistungen, jedoch nicht festgestellt werden. Die H₀-Hypothese wird somit auch hier beibehalten.

Vergleichende Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen aus anderen Hometreatment-Studien, konnten nicht identifiziert werden. Eine kritische Einordnung der Ergebnisse im Rahmen der aktuellen Literatur, bleibt somit aus. Auch hier sind aus der zwischen den Zentren vergleichenden Auswertung der Daten der AKtiV-Studie weitere Hinweise zu erwarten.

4.5 Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) von psychosozialen Faktoren

4.5.1 Gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Bei der Selbsteinschätzung der Lebensqualität durch die Proband*innen mithilfe des EQ-5D-5L, wies die IG zu Beginn der Indexbehandlung bei allen Dimensionen eine größere Einschränkung auf als die KG. Bei zwei Items war dieser Unterschied sogar statistisch signifikant. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Proband*innen der IG eine stärkere Einschränkung ihrer Lebensqualität durch psychische und etwaigen körperliche Erkrankungen erfuhren. Konträr dazu stehen jedoch die Ergebnisse der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit, am Befragungstag zu Beginn der Indexbehandlung. Hier wies die IG einen höheren Mittelwert und damit eine bessere Einschätzung der Gesundheit auf. Dieser Unterschied im Vergleich mit der KG, war allerdings nur sehr gering. Im Verlauf des Follow-Up, kam es darüber hinaus auch zu einer stärkeren Steigerung der Selbsteinschätzung der Gesundheit bei den Proband*innen der KG als bei denen der IG. Dies führte dazu, dass die KG zu

beiden Follow-Up Zeitpunkten eine höhere Einschätzung der Gesundheit anhand der VAS aufwies als die IG. Bei beiden Gruppen ließ sich eine Steigerung der Mittelwerte der VAS von Beginn der Indexbehandlung, bis zum Ende des 12-Monats Follow-Up identifizieren, wobei sie bei der KG auch statistisch signifikant war. Die Steigerung der Selbsteinschätzung der Gesundheit, könnte als Erfolg der psychiatrischen Behandlung interpretiert werden, welche bei beiden Gruppen nachhaltig über ein Jahr anhielt. Beide Behandlungsoptionen waren also, bezüglich der Verbesserung der Selbsteinschätzung der Gesundheit, vergleichbar. Auch bei der Beurteilung der Lebensqualität anhand der fünf Dimensionen des EQ-5D-5L, zeigte sich bei beiden Gruppen eine Steigerung der Lebensqualität von Beginn der Indexbehandlung bis zum Ende des ein Jahres Follow-Up. In der IG traf dies auf alle fünf erfassten Dimensionen zu, bei „Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten“, war die Steigerung sogar statistisch signifikant. Bei den Proband*innen der KG, zeigte sich die Steigerung bei drei der fünf Dimensionen. Es bleibt also festzuhalten, dass die Proband*innen beider Gruppen eine Verbesserung der Lebensqualität erfuhren. Inwieweit diese Steigerung Erfolg der Indexbehandlung ist, lässt sich nur schwer sagen. Gerade für die Verbesserung von Dimensionen wie körperliche Beschwerden aufgrund einer somatischen Erkrankung, ist ein direkter Zusammenhang mit einer psychiatrischen Behandlung nur schwer herzustellen. Bezüglich der Verbesserung der Lebensqualität, scheint die StäB erneut der vollstationären Behandlung nicht unterlegen zu sein. Diese Ergebnisse lassen sich gut in die Ergebnisse anderer Studien integrieren, welche ebenfalls Steigerungen der Lebensqualität der Patient*innen nach Hometreatment feststellten (Johnson et al. 2005a; Klug et al. 2010; Lambert et al. 2010; Schöttle et al. 2014; Lambert et al. 2015; Nugter et al. 2016; Sakellaridou et al. 2018; Schöttle et al. 2018). Ferner kamen auch vergleichende Studien (Hometreatment vs. vollstationär) zu dem Ergebnis, dass Hometreatment der stationären Behandlung bezüglich der Verbesserung der Lebensqualität, nicht unterlegen (Johnson et al. 2005b; Howard et al. 2010; Boege et al. 2014), sondern sogar leicht überlegen ist (Klug et al. 2010; Lambert et al. 2010).

4.5.2 Psychosoziales Funktionsniveau

Ähnlich wie bei der Einschränkung der Lebensqualität, zeigte die IG auch bei dem psychosozialen Funktionsniveau, im Durchschnitt eine stärkere Einschränkung. In sieben der zwölf Items des HONOS-D, wies die IG zu Beginn der Indexbehandlung einen höheren Mittelwert auf. Für keines der zwölf Items, konnte jedoch ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied berechnet werden. Im Verlauf des Follow-Up Zeitraums, zeigte die IG jedoch eine stärkere Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (vgl. Abbildung 11 und Abbildung 12). Zum zweiten Follow-Up Termin, wies die KG in sieben der zwölf HONOS-Items, einen höheren Mittelwert auf. Der Vergleich der Mittelwerte innerhalb der Gruppen zwischen Baseline und zweiter Follow-Up Befragung, zeigte bei der IG bei sechs, in der KG bei fünf Items eine signifikante Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveau. Die Ergebnisse des PSP bestätigen diese Ergebnisse. Hier zeigte die IG in allen vier Items, sowie dem Gesamtscore eine signifikante Verbesserung, zwischen dem Beginn der Indexbehandlung und dem 12-Monats Follow-Up. Die KG wies ebenfalls in allen Items eine Verbesserung auf, signifikant war diese jedoch nur bei zwei Items. Auch wenn die Signifikanztestung im direkten Vergleich der IG, mit der KG lediglich in einem Item ein Unterschied identifizierte, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die StäB das psychosoziale Funktionsniveau etwas stärker verbessern könnte als eine vollstationäre Behandlung. Zumindest lässt sich hier auch wieder keine Unterlegenheit der StäB festhalten. Mehrere Studien zu StäB und vergleichbaren aufsuchenden Behandlungsmodellen, bestätigen die vorliegenden Ergebnisse. (Johnson et al. 2005a; Munz et al. 2011; Munz et al. 2011; Boege et al. 2014; Mueller-Stierlin et al. 2017; Mötteli et al. 2018; Stulz et al. 2020; Soldini et al. 2022; Soldini et al. 2022). Studienergebnisse, die bezüglich der Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveau, eine Überlegenheit des Hometreatment gegenüber der vollstationären Behandlung aufzeigten (Klug et al. 2010; Kästner et al. 2015; Kilian et al. 2016), konnten nicht repliziert werden.

4.5.3 Recovery Orientierung

Auch bei dem Vergleich der Recovery-Orientierung, zeigten sich zu keinem Befragungszeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen der IG und der KG. Es fiel lediglich auf, dass die Proband*innen der KG zu Beginn der Indexbehandlung bei neun der 14 Items des RAS-G, höhere Mittelwerte, und damit eine höhere Recovery-Orientierung aufwiesen. Dies lässt sich mit den Ergebnissen der Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau, sowie der Lebensqualität verbinden, da hier die IG leicht höhere Einschränkungen aufwies. Die stärkere Krankheitsschwere der IG, könnte sich hier in einer geringeren Recovery-Orientierung widerspiegeln. Gleichzeitig zeigte die IG, als auch die KG eine Erhöhung der Mittelwerte in fast allen Items, und damit eine Verbesserung der Recovery-Orientierung. Dies passt zu der Verbesserung der Lebensqualität und des psychosozialen Funktionsniveaus im Laufe des Follow-Up, was bei beiden Gruppen beobachtet wurde. Eine kritische Einordnung der Ergebnisse zur Recovery-Orientierung, bleibt aufgrund des Fehlens von vergleichbaren Studienergebnissen schwierig.

4.6 Vergleich der Zusammenhänge der Inanspruchnahmen vollstationärer Behandlung mit verschiedenen Wirkfaktoren

4.6.1 Dauer der Indexbehandlung

Bei der Korrelation der Dauer der Indexbehandlung mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, konnte lediglich für die IG ein Zusammenhang festgestellt werden. Je länger die StäB-Behandlung dauerte, desto geringer war die Anzahl der vollstationären Behandlungstage im ein Jahres Follow-Up Zeitraum. Diese berechnete moderate Korrelation, stellt allerdings keine Kausalität dar. Dennoch kann vermutet werden, dass eine längere StäB-Behandlung zu weniger stationären Behandlungstagen führen könnte als eine kürzere. Während die Dauer der stationären Behandlung, nicht direkt mit einem besseren Therapieergebnis assoziiert sein muss (Herrmann und Huber 2013), könnte sie sich dennoch positiv auf die Anzahl der stationären Behandlungstage im Verlauf auswirken. Das Review von Owusu et. al. identifizierte einige Studien, in welchen eine kürzere stationäre Behandlungsdauer mit einer höheren Rate an stationären Wiederaufnahmen assoziiert war (Owusu et al. 2022). Ein Vergleich mit Patient*innen, welche mit Hometreatment behandelt wurden, liegt allerdings nicht vor, wodurch eine Bestätigung der Hypothese durch andere Studien nicht möglich ist.

4.6.2 Soziodemografische Faktoren

Alter und Geschlecht

Bezüglich der Verbindung der Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen mit dem Alter, ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge aufzeigen. Während das Alter keinen größeren Einfluss auf den Therapieerfolg haben muss (Fliege et al. 2002; Beutel et al. 2005), kann darüber hinaus mit den vorliegenden Daten keine Aussage zum Einfluss des

Alters auf die Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen gemacht werden. Einige Autor*innen beschreiben einen Einfluss des Alters auf die stationäre Wiederaufnahme nach stationärer Indexbehandlung, wobei hierbei in den meisten Publikationen, jüngeres Alter mit einem höheren Risiko für eine Wiederaufnahme assoziiert ist (Zilber et al. 2011; Rieke et al. 2016; Rosen et al. 2016; Boskailo et al. 2017; Shadmi et al. 2018; Joyce et al. 2019). Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass jüngere Patient*innen noch am Anfang ihrer Erkrankung stehen und eine erfolgreiche Therapie beziehungsweise Stabilisierung der Erkrankung nicht erfolgt ist. Junge Patient*innen, die eine geringere Verbesserung der Erkrankung nach der Therapie erreichen, wie es beispielsweise Lambert et. al. beschreiben (Lambert et al. 2017), könnten so eine erhöhte Wiederaufnahmerate aufweisen.

Bei der Untersuchung des Einflusses des Geschlechts, wurde festgestellt, dass die männlichen Probanden in beiden Gruppen eine höhere Anzahl an vollstationären Wiederaufnahmen und Behandlungstagen aufwiesen. Dieser Unterschied war statistisch jedoch nicht signifikant. In vergleichenden Studien, wurden ebenfalls Unterschiede in der stationären Wiederaufnahmerate zwischen männlichen und weiblichen Patient*innen beschrieben. Es liegen Ergebnisse vor, die eine höhere Wiederaufnahmerate bei Frauen (Sánchez Pedraza et al. 2012; Joyce et al. 2019), aber auch bei Männern (Hamilton et al. 2016; Shadmi et al. 2018) zeigen. Im Kontrast dazu beschreiben einige Publikationen auch kein Unterschied bezüglich des Geschlechts (Prince et al. 2008; Perlman et al. 2015; Wong 2015; Rieke et al. 2016; Boskailo et al. 2017; Barker et al. 2018).

Hometreatment Studien, die eine kritische Einordnung der vorliegenden Ergebnisse zum Einfluss des Alters oder des Geschlechts, auf die stationäre Wiederaufnahmerate oder Behandlungstage möglich machen würden, konnten nicht identifiziert werden.

Hauptdiagnose

Die Anzahl an vollstationären Behandlungstagen im 12-Monats Follow-Up, aufgeteilt nach Hauptdiagnosen der Proband*innen, zeigte eine große Varianz. Sowohl in der KG als auch in der IG, wies die Gruppe mit psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen, die meisten stationären Behandlungstage auf. In der KG, hatten die Patient*innen mit affektiven Störungen die zweitmeisten Behandlungstage, in der IG Patient*innen mit schizophrenen Störungen. In der IG fiel der Signifikanztest zur Überprüfung eines Zusammenhangs der Anzahl der Behandlungstage mit der Hauptdiagnose positiv aus. Die Diagnose scheint also ein Einfluss auf die Anzahl der Behandlungstage zu haben. Es muss allerdings auch hier wieder auf die große Spannweite der Behandlungstage innerhalb der IG hingewiesen werden. Da ein großer Anteil an Behandlungstagen, auf einen geringen Anteil der Proband*innen entfällt, wird der Effekt dieses Zusammenhangs abgeschwächt. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die beiden genannten Diagnosegruppen, mit den meisten stationären Behandlungstagen im Follow-Up, gleichzeitig auch den größten Anteil der Populationsgröße ausmachen. Dadurch ist die Wahrscheinlichkeit auch den größten Anteil an Behandlungstagen einzunehmen, erhöht. Auch für den hier untersuchten Effekt, liegen keine vergleichenden Ergebnisse aus Studien die Hometreatment mit der stationären Behandlung verglichen, vor. Studien zu Wiederaufnahmeraten stationär behandelte psychiatrischer Patient*innen, lassen keinen eindeutigen Schluss zu, dass die Hauptdiagnose einen Einfluss auf die stationäre Wiederaufnahmerate hat. Perlmann et. al. beschreiben eine erhöhte Aufnahme bei Patient*innen mit psychotischen oder Suchterkrankungen (Perlman et al. 2015). Bei Prince et. al. hatten die Patient*innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, sowie affektiven Störungen die meisten Wiederaufnahmen (Prince et al. 2008), bei Sánchez Pedraza et. al. waren es ebenfalls Patient*innen mit einer Suchterkrankung (Sánchez Pedraza et al. 2012). Es bedarf somit weiterer genauerer Untersuchungen zu Beantwortung dieser Fragestellung.

Zusammenfassend, lässt sich bis auf eine Beeinflussung der stationären Behandlungstage im Follow-Up, in der IG durch die Hauptdiagnose, keine

weiteren Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen und soziodemographischen Faktoren feststellen. Die H_0 -Hypothese wird somit beibehalten.

4.6.3 Berufliche Integration

Bei der Betrachtung eines möglichen Einflusses des Beschäftigungsverhältnisses auf die Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen, konnte in keiner Gruppe ein signifikanter Unterschied zwischen den Proband*innen, die einer Arbeit nachgingen, und jenen die keiner Arbeit nachgingen festgestellt werden. In der KG war der Anteil an Patient*innen mit Beschäftigungsverhältnis, welche eine stationäre Wiederaufnahme hatten, leicht höher als die ohne Beschäftigungsverhältnis. In der IG war das Verhältnis andersherum, jedoch auch nur mit geringem Unterschied. Bezüglich der Inanspruchnahme teilstationärer und stationsäquivalenter Leistungen, fiel in der KG auf, dass alle Proband*innen einer Arbeit nachgingen. In der IG war es gleichmäßiger verteilt. Allerdings sind diese Ergebnisse aufgrund der geringen Anzahl an Fällen, eingeschränkt. Ein signifikantes Ergebnis lässt sich auch hieraus nicht ableiten. Diese Ergebnisse verwundern, da ein Beschäftigungsverhältnis mit besserem psychosozialen Funktionsniveau und geringerer Krankheitsschwere assoziiert ist (Rueda et al. 2012; Rössler et al. 2019; Gühne et al. 2022), und man daher auch eine geringere Wiederaufnahmerate bei den arbeitenden Proband*innen erwarten könnte. Dies wurde auch von einigen Autor*innen beschrieben (Luciano et al. 2014; Jäckel et al. 2017; Russinova et al. 2018), kann mit den vorliegenden Daten allerdings nicht bestätigt werden.

Vergleichende Daten aus Hometreatment Studien, liegen nur in sehr geringer Zahl vor. Glover et. al. beschrieben einen Rückgang stationärer Wiederaufnahmen von älteren Proband*innen mit einem Beschäftigungsverhältnis, nach der Einführung eines CRT (Glover et al. 2006). Ein Vergleich mit Proband*innen ohne Beschäftigungsverhältnis fehlt jedoch,

womit die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen dieser Arbeit eingeschränkt bleibt.

4.6.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Korrelation der Lebensqualität mit den stationären Behandlungstagen im Follow-Up, zeigten nur schwache Zusammenhänge, die nicht eindeutig waren. In der KG ließ sich zur ersten Hälfte des Follow-Up, eine geringe positive Korrelation feststellen. Dies bedeutet eine höhere Anzahl an Behandlungstagen bei stärker eingeschränkter Lebensqualität. Bei der IG zeigte sich eine geringe negative Korrelation. Diese Ergebnisse, spiegeln nicht die Ergebnisse anderer Studien wieder, welche eine Verringerung der stationären Wiederaufnahme bei steigender Lebensqualität beobachteten (Cuyún Carter et al. 2011; Chang et al. 2013; Shadmi et al. 2018). Gleichzeitig bleibt eine hohe Lebensqualität bei psychisch Erkrankten Menschen, als Prädiktor für eine geringere Wiederaufnahmerate nicht unumstritten, da nicht alle Studienergebnisse dies bestätigen können (Postrado und Lehman 1995; Brissos et al. 2011). Eine Ursache hierfür, könnte die Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Lebensqualität und der Symptomschwere, sowie der Reduktion des Funktionsniveaus sein, die eher zu einer Wiederaufnahme führen als die reine Verringerung der Lebensqualität.

4.6.5 Psychosoziales Funktionsniveau

Bei der Verknüpfung des psychosozialen Funktionsniveaus, mit der Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen, zeigte sich lediglich in der KG geringe bis moderate Korrelationen. Hier war eine erhöhte Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus, mit einer erhöhten Anzahl an stationären Behandlungstagen im Follow-Up assoziiert. Diese Korrelation war jedoch statistisch nicht signifikant. Aus den vorliegenden Daten kann somit, außer dass

sich die IG und KG bezüglich dieser Untersuchung nicht signifikant voneinander unterscheiden, keine valide Aussage getroffen werden. Im Kontrast hierzu, zeigten andere Untersuchungen, dass eine geringere Einschränkung des Funktionsniveau bei psychisch Erkrankten Menschen, mit einer geringeren Rate an stationären Wiederaufnahmen assoziiert sein kann (Odes et al. 2011; Hamilton et al. 2016; Shadmi et al. 2018).

4.6.6 Recovery-Orientierung

Die Ergebnisse der Korrelation der Recovery-Orientierung mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen, ergab einen geringen Zusammenhang, der in der KG etwas größer war als in der IG. Demnach war eine höhere Recovery-Orientierung mit einer geringeren Anzahl an stationären Behandlungstagen im Follow-Up assoziiert. Dieses Ergebnis überrascht nicht, da eine hohe Recovery-Orientierung mit einer Verbesserung der Behandlungszufriedenheit und der Selbstständigkeit der Patient*innen verknüpfbar ist (Barrett et al. 2010). Dies kann dann, mit einer Verbesserung des Behandlungserfolges und damit einer Verringerung der Inanspruchnahme stationärer Leistungen verbunden sein. Die Ergebnisse waren jedoch statistisch nicht signifikant. Auch muss eine kritische Einordnung der Ergebnisse aufgrund des Fehlens vergleichbarer Studien ausbleiben.

4.6.7 Zusammenfassung

Die dargestellten Ergebnisse bezüglich eines möglichen Zusammenhangs der Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistung mit verschiedenen Wirkfaktoren, zeigen keine deutlichen Hinweise darauf, dass ein Zusammenhang besteht. Auch lassen sich keine eindeutigen Unterschiede zwischen der IG und der KG in Bezug auf diese Fragestellung identifizieren. Die H_0 -Hypothese wird

somit beibehalten. Eine kritische Diskussion der Ergebnisse, bleibt aufgrund der teils geringen Anzahl an vergleichbaren Studien in der Literatur schwierig.

4.7 Vergleich der Studienpopulationen der Standorte Zwiefalten und Reutlingen bezüglich der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach SGB IX, XI und XII

Bezüglich der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen (SGB IX), wies die Studienpopulation aus Reutlingen einen größeren Anteil an Nutzer*innen auf. Auch die durchschnittliche Behandlungsdauer war bei den Proband*innen aus Reutlingen größer. Hier ist ein fundierter Vergleich allerdings schwierig, da nur ein Proband aus Zwiefalten eine solche Leistung in Anspruch nahm. Es lässt sich also kein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Studienpopulationen, hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem SGB IX, feststellen.

Bei dem Vergleich der Wohnformen, welches Leistungen aus SGB IX und XI wie betreutes Wohnen oder Unterbringung in Fachpflegeheimen beinhaltet, wies die Population aus Reutlingen ein höheren Anteil an Nutzer*innen auf. Grund hierfür könnten die Unterschiede in der Versorgungsstruktur der Regionen der beiden AKtiV-Studienzentren sein (vgl. Kapitel 1.4). Die Stadt Reutlingen, weist ein deutlich umfangreicheres Angebot an betreutem Wohnen und Pflegeheimen auf als der ländliche Raum des Landkreises. Aufgrund der insgesamt kleinen Anzahl an Nutzer*innen in beiden Populationen, bleibt ein Vergleich jedoch letztendlich schwierig.

Der Vergleich der Beschäftigungsverhältnisse, zeigte bei der Population aus Reutlingen einen höheren Anteil an Proband*innen die Erwerbs- oder berufsunfähig waren, und damit Leistungen des SGB XII (Sozialhilfe) in Anspruch nahmen. Die Anzahl an Proband*innen die einer geschützten Arbeit nachgingen (SGB IX) war, wenn auch gering, in der Zwiefalter Population größer. Dies könnte Ausdruck der unterschiedlichen Lebensverhältnisse sein, da in städtischen Gebieten vermehrt psychisch Erkrankte leben als in ländlichen Gebieten (Peen

et al. 2007; Peen et al. 2010), wodurch im Verlauf mehr Erkrankte erwerbs- oder berufsunfähig werden. Der erhöhte Anteil an erwerbs- oder berufsunfähigen Proband*innen in der Reutlinger Population, spiegelt sich auch im Anteil derjenigen die Sozial- oder Versicherungsleistungen (u.a. SGB XII) erhielten, wider. Hier war die Anzahl an Proband*innen, als auch die durchschnittliche Höhe der monatlichen Bezüge in der Reutlinger Population höher als in der aus Zwiefalten. Hier gilt es jedoch zu beachten, dass bei den Ergebnissen zum Erhalt von Sozialleistungen nicht nur Sozialhilfe im Sinne des SGB XII enthalten sind, sondern auch andere Sozial- und Versicherungsleistungen aufgrund anderer Gesetzgebung. Die Datenerhebung unterschied hier nicht weiter nach Herkunft der erhaltenen Leistungen. Eine eindeutige Interpretation dieser Ergebnisse ist somit nur schwer möglich, respektiv mit anderen Forschungsergebnissen vergleichbar. Es zeichnet sich dennoch ab, dass die Reutlinger Population mit wenigen Ausnahmen, einen höheren Anteil an Nutzer*innen von Leistungen der SGB XI und XII aufweist als die Zwiefalter Population. Statistische Signifikanz, die diese Aussage untermauern würde, konnte jedoch nicht generiert werden, weshalb auch hier die in Kapitel 1.5 formulierte H_0 -Hypothese beibehalten wird.

4.8 Beeinflussung der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen und der psychischen Lebensqualität durch Beschränkungen aufgrund der COVID-19 Pandemie

Die vorliegenden Daten zur Beeinflussung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch die COVID-19 Pandemie, wurden anhand eines selbst erstellten nicht standardisierten Fragenset erhoben. Dieses ist nicht primär für die Nutzung in der medizinischen Forschung entwickelt und auch nicht durch deren Anwendung in der Forschung überprüft worden. Er dient der klinisch-empirischen Sammlung subjektiver Einschätzungen. Die Ergebnisse stellen somit keine wissenschaftlich fundierten Daten dar und können daher auch nur schwierig mit anderen Studienergebnisse verglichen werden, um relevante Aussagen daraus ableiten zu können. Ziel ist es vielmehr, auf die Akuität und

Relevanz dieser Thematik hinzuweisen, weshalb diese Untersuchungen auch im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurden.

Insgesamt gaben 36% der befragten Proband*innen an, durch Einschränkungen durch die Beschränkungen der COVID-19 Pandemie, an der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gehindert worden zu sein. In den meisten Fällen (57%) war eine COVID-19 Infektion die Ursache. Aber auch Leistungen, die aufgrund der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie gar nicht zur Verfügung standen, und damit strukturelle Ursachen der Behinderung der Inanspruchnahme darstellen, wurden als Grund angegeben (29%). Eine geringe Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung durch die Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19 Pandemie, lässt sich somit auch bei der AKtiV-Studienpopulation Zwiefalten nicht gänzlich ausschließen. Hinzu kommen einige belastende Faktoren durch die Pandemie, wie Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht, Einschränkungen des öffentlichen Lebens und nicht immer verständliche Regelungen der Beschränkungen, die von 67% der Befragten angegeben wurden. Diese stellten eine zusätzliche Belastung für die psychisch Erkrankten Menschen dar. Nur 31% der Befragten, konnte positive Effekte aus den Beschränkungen ableiten. Die Belastung bleibt also hier im Vordergrund. Auch für die StäB stellte die COVID-19 Pandemie eine Herausforderung dar, konnte jedoch mit ein paar Anpassungen erfolgreich weitergeführt werden (Längle et al. 2020; Jahn et al. 2022). Auch bei den befragten Proband*innen aus Zwiefalten, gab niemand an, dass die Wahl für eine StäB durch die Pandemie beeinflusst wurde. Eine zufriedenstellende Weiterführung des Behandlungskonzeptes innerhalb der Pandemie war also auch hier möglich.

4.9 Schlussfolgerungen

Die Auswertung der Follow-Up Daten der IG, sowie der KG der AKtiV-Studienpopulation Zwiefalten, konnten im Allgemeinen keine größeren Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigen. Bezüglich der soziodemografischen Aspekte waren sich die Gruppen sehr ähnlich, was auf ein erfolgreiches Propensity-Matching zurückzuführen ist. Lediglich die Dauer der Indexbehandlung, war in der IG signifikant länger als in der KG. Inwiefern dieses Ergebnis kongruent zu denen anderer StäB-Kliniken ist, und ob ein möglicher Einfluss auf die ökonomische Effizienz der StäB im Vergleich zur stationären Behandlung besteht, könnten die Ergebnisse der AKtiV-Gesamtstudie zeigen. Die Analyse von gesundheitsbezogenen Faktoren wie Lebensqualität und Funktionsniveau zeigte, dass die Proband*innen der IG einen leicht höheren Grad an Einschränkung aufwiesen. Eine gering erhöhte Krankheitsschwere bei den Proband*innen der IG liegt somit nahe. Die genannten Unterschiede wiesen allerdings keine statistische Signifikanz auf. Eine wissenschaftlich fundierte Aussage, kann somit nicht getroffen werden. Auch bei dem Vergleich der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen, welchem einer der Hauptfragen dieser Arbeit zugrunde liegt, konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der IG und der KG gezeigt werden, sowohl was Anzahl, Dauer und Laufzeit bis zur ersten erneuten Inanspruchnahme betrifft. Die Auswertung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, ergab Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Leistungen von psychologischen Psychotherapeut*innen, hier wies die KG eine höhere Nutzung auf. Bei Leistungen von PIAs, war die Inanspruchnahme bei Proband*innen der IG höher. Aufgrund nur geringer Fallzahlen ist die Aussagekraft dieser Ergebnisse jedoch eingeschränkt.

Bei der Betrachtung der Verbindung der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen mit unterschiedlichen Versorgungsleistungen, konnte für die IG ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Indexbehandlung und der Anzahl an stationären Behandlungstagen im Follow-Up gezeigt werden. Eine längere StäB, war mit einer geringeren Anzahl an stationären Behandlungstagen assoziiert. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass eine ausführliche StäB

nachhaltige Therapieergebnisse generieren kann. Für die anderen untersuchten Wirkfaktoren konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme stationärer Leistungen nachgewiesen werden.

Der Vergleich der AKtiV-Studienpopulationen aus Reutlingen und Zwiefalten hinsichtlich der Inanspruchnahme von in SGB IX, XI und XII geregelten Leistungen, konnte keine signifikanten Unterschiede aufzeigen. Es kann jedoch angedeutet werden, dass die Proband*innen aus Reutlingen eine gering höheren Grad an Nutzung der genannten Leistungen aufweist. Dies könnte durch Unterschiede im Patient*innenklientel der beiden AKtiV-Studienzentren, sowie Unterschiede in der Versorgungsstruktur erklärt werden.

Des Weiteren konnte durch die Befragung der Proband*innen gezeigt werden, dass es auch in der ländlichen Region Zwiefalten, zu leichten Einschränkungen der medizinischen Versorgung durch Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19 Pandemie kam. Eine erfolgreiche und sichere Weiterbehandlung der Patient*innen, war jedoch weiterhin gegeben. Eine genauere und validere Untersuchung dieser Thematik ist jedoch wünschenswert.

Limitationen dieser Arbeit waren vor allem die geringe Anzahl an Proband*innen, wodurch die Generierung statistischer Signifikanz erschwert wurde. Um valide Aussagen über Gruppenunterschiede treffen zu können, welche auf einer soliden Datengrundlage beruhen, hätte die Gruppengröße der IG, sowie der KG deutlich größer sein müssen. Eine Fallzahlberechnung, die dieser Forderung nachkommt, wurde für die AKtiV-Studie mit allen beteiligten Zentren durchgeführt, war jedoch für das einzelne Zentrum Zwiefalten aufgrund der begrenzten Kapazitäten nicht möglich.

Aufgrund der kleinen Gruppengrößen gab es bei einigen untersuchten Punkten nur vereinzelt Proband*innen, die eine Leistung in Anspruch genommen hatten, was die Auswertung erschwerte. Darüber hinaus kann die Beeinflussung durch die (wenigen) Erhebungsausfälle im Follow-Up nur schwer eingeschätzt werden. Ferner konnten zu einigen Ergebnissen nur wenige bis keine vergleichenden Studien identifiziert werden, um eine kritische Einordnung der Ergebnisse zu ermöglichen. Viele Hypothesen, wie der Zusammenhang der Inanspruchnahme

von stationären Versorgungsleistungen mit verschiedene Wirkfaktoren, vor allem bei Patient*innen im Hometreatment, sind noch nicht ausreichend erforscht und zeigen eine Notwendigkeit für weitere klinische Studien auf

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse dieser Arbeit keine solide Datengrundlage bieten, um eine der in Kapitel 1.5 formulierten H_0 -Hypothesen zu verwerfen. Daraus kann abgeleitet werden, dass die StäB hinsichtlich der in dieser Arbeit untersuchten Aspekte, der vollstationären Standardbehandlung nicht unterlegen ist. Sie stellt damit eine gute und sichere Alternative zur stationären Versorgung dar und kann als gleichwertige Behandlungsoption die Versorgungsangebote für psychisch erkrankte Menschen erfolgreich erweitern.

5 Zusammenfassung

Nationale aufsuchende Modellvorhaben und internationale Hometreatment Verfahren, sind schon viele Jahre in der psychiatrischen Versorgungslandschaft etabliert und erzielen gute Behandlungsergebnisse. Die StäB stellt hierbei ein neues und vielversprechendes aufsuchendes Behandlungskonzept in Deutschland dar. Die vom gemeinsamen Bundesausschuss geförderten AKtiV-Studie, ist die erste große quasiexperimentelle Kohortenstudie, welche die Effektivität der StäB untersucht. Hierbei wurde eine Interventionsgruppe (IG) mit einer vollstationär behandelten Kontrollgruppe (KG) gematcht und über ein Jahr beobachtet. Im Rahmen dieser multizentrischen Studie mit zehn Studienzentren, untersucht die vorliegende Arbeit die Auswertungen der Follow-Up Befragungen der Studienpopulation des AKtiV-Studienzentrums Zwiefalten (N = 44). Zentrale Fragestellungen waren, ob sich ein Gruppenunterschied hinsichtlich der stationären Wiederaufnahmerate, sowie der Lebensqualität und des psychosozialen Funktionsniveau im ein Jahres Follow-Up Zeitraum zeigt. Darüber hinaus sollen etwaige Zusammenhänge zwischen der stationären Wiederaufnahme und soziodemografischen Faktoren, sowie Lebensqualität und psychosozialem Funktionsniveau betrachtet werden. Eine weitere Hypothese, die untersucht wird, ist, ob es Unterschiede zwischen der Studienpopulation des ländlichen Zentrums Zweifalten und des städtischen Studienzentrums Reutlingen (N = 50), bezüglich der Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Sozialleistungen gibt. Hierfür wurden Daten aus Patientenbefragungen, mit etablierten Erhebungsinstrumenten, zu drei Zeitpunkten (Baseline, 6-Monats Follow-Up, 12-Monats Follow-Up) analysiert.

Die deskriptiven Ergebnisse, zeigten eine Strukturgleichheit zwischen der IG und der KG, bezüglich Soziodemografie und Diagnoseverteilung. Die IG wies eine längere Indexbehandlung auf. Bezüglich der stationären Wiederaufnahmerate zeigte sich kein Gruppenunterschied. Auch der Vergleich der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen zeigte keine signifikanten Gruppenunterschiede. Bei der Betrachtung der Lebensqualität, des

psychosozialen Funktionsniveaus und der Recovery-Orientierung, zeigten beide Gruppen eine Verringerung der Einschränkungen, im Verlauf des nächsten Jahres. Signifikante Unterschiede zwischen der IG und der KG, konnten nicht identifiziert werden. Bei der Betrachtung der Zusammenhänge der stationären Wiederaufnahmerate mit unterschiedlichen Wirkfaktoren, fiel lediglich in der IG eine moderate negative Korrelation der Dauer der Indexbehandlung mit der Anzahl an stationären Behandlungstagen im Follow-Up auf. Der Vergleich der Studienzentren Zwiefalten und Reutlingen zeigte eine gering höhere Nutzung der Rehabilitations- und Sozialleistungen bei der Population des städtischen Zentrums Reutlingen, jedoch ohne statistische Signifikanz.

Die Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass die StäB der vollstationären Behandlung hinsichtlich der untersuchten Fragestellungen gleichwertig zu sein scheint. Aufgrund der geringen Populationsgröße sind die Ergebnisse jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig. Dennoch stehen sie im Einklang mit den Ergebnissen vieler anderer vergleichenden Studien zu Hometreatment und StäB. Die stationsäquivalente Behandlung, kann auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse, als solide Alternative zur vollstationären Behandlung und damit als wichtige Erweiterung der psychiatrische Akutbehandlung angesehen werden.

6 Literaturverzeichnis

- (2017). Rahmenvereinbarung DKG. Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin.
- (2018). Eckpunkte zur stationsäquivalenten Behandlung (StäB). *Psychiatrische Praxis* 45 (8), 443–446. <https://doi.org/10.1055/a-0750-1314>.
- AG-StäB des DGPPN Referats Gemeindepsychiatrie (2022). Implementierungsübersicht zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB). (abgerufen am 01.12.2022).
- Alamolhoda, Seideh Hanieh/Zare, Elham/Atena, HakimZadeh/Zalpour, Asma/Vakili, Fatemeh/Razie, Mohammadi Chermahini/Ebadifard, Reyhane/Masoumi, Masoumeh/Niayesh, Khaleghi/Malihe, Nasiri (2022). Adolescent mental health during covid-19 pandemics: a systematic review. *International journal of adolescent medicine and health*. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2022-0058>.
- Andreas, Sylke/Harfst, Timo/Dirmaier, Jörg/Kawski, Stephan/Koch, Uwe/Schulz, Holger (2007). A Psychometric evaluation of the German version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': on the feasibility and reliability of clinician-performed measurements of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology* 40 (2), 116–125. <https://doi.org/10.1159/000098492>.
- Andreas, Sylke/Harfst, Timo/Rabung, Sven/Mestel, Robert/Schauenburg, Henning/Hausberg, Maria/Kawski, Stephan/Koch, Uwe/Schulz, Holger (2010). 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. <https://doi.org/10.1002/mpr.305>.
- Anton, Lena (unveröffentlicht). AKtiV Studie - Pilotuntersuchung zu StäB im ländlichen Raum. Dissertation. Universität Tübingen.
- Asper, Michaela/Osika, Walter/Dalman, Christina/Pöllänen, Elin/Simonsson, Otto/Flodin, Pär/Sidorchuk, Anna/Marchetti, Laura/Awil, Fatima/Castro, Rosa/Niemi, Maria E. (2022). Effects of the COVID-19 pandemic and previous pandemics, epidemics and economic crises on mental health: systematic review. *BJPsych open* 8 (6), e181. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.587>.
- Assion, Hans-Jörg/Hecker, Helen (2020). Durchführung und Umsetzung von StäB in einer Großklinik. *Nervenheilkunde* 39 (11), 720–724. <https://doi.org/10.1055/a-1198-1649>.
- Baisch, Tobias (unveröffentlicht). Evaluation der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) am Studienzentrum in Reutlingen im Rahmen der AKtiV-Studie des Innovationsfonds. Katamnestische

Untersuchung im Patient*innengruppenvergleich. Dissertation. Universität Tübingen.

- Barker, Lucy Church/Gruneir, Andrea/Fung, Kinwah/Herrmann, Nathan/Kurdyak, Paul/Lin, Elizabeth/Rochon, Paula A./Seitz, Dallas/Taylor, Valerie H./Vigod, Simone N. (2018). Predicting psychiatric readmission: sex-specific models to predict 30-day readmission following acute psychiatric hospitalization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 53 (2), 139–149. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1450-5>.
- Barrett, Blake/Young, M. Scott/Teague, Gregory B./Winarski, James T./Moore, Kathleen A./Ochshorn, Ezra (2010). Recovery orientation of treatment, consumer empowerment, and satisfaction with services: a mediational model. *Psychiatric rehabilitation journal* 34 (2), 153–156. <https://doi.org/10.2975/34.2.2010.153.156>.
- Baum, Fabian/Schoffer, Olaf/Neumann, Anne/Seifert, Martin/Kliemt, Roman/March, Stefanie/Swart, Enno/Häckl, Dennis/Pfennig, Andrea/Schmitt, Jochen (2019). Effectiveness of cross-sectoral treatment models for patients with mental disorders - meta-analysis of 13 controlled studies from Germany.
- Baumgardt, Johanna/Schwarz, Julian/Peter, Sebastian von/Holzke, Martin/Längle, Gerhard/Brieger, Peter/Kilian, Reinhold/Timm, Jürgen/Heinze, Martin/Weinmann, Stefan/Bechdorf, Andreas (2020). Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV). *Nervenheilkunde* 39 (11), 739–745. <https://doi.org/10.1055/a-1213-8999>.
- Bechdorf, A./Skutta, M./Horn, A. (2011). Psychiatrische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett-Klinische Wirksamkeit von "Home Treatment" am Beispiel der "Integrativen Psychiatrischen Behandlung (IPB)" am Alexianer-Krankenhaus Krefeld. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 79 (1), 26–31. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245595>.
- Bechdorf, Andreas/Bühling-Schindowski, Felix/Nikolaidis, Konstantinos/Kleinschmidt, Martin/Weinmann, Stefan/Baumgardt, Johanna (2022). Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit. *Der Nervenarzt* 93 (5), 488–498. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01143-8>.
- Berhe, T./Puschner, B./Kilian, R./Becker, T. (2005). "Home treatment" für psychische Erkrankungen. Begriffsklärung und Wirksamkeit. *Der Nervenarzt* 76 (7), 822-8, 830-1. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1865-6>.
- Beutel, Manfred E./Hoeflich, Anke/Kurth, Regina/Brosig, Burkhard/Gieler, Uwe/Leweke, Frank/Milch, Wolfgang E./Reimer, Christian (2005). Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie -- Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 51 (2), 145–162. <https://doi.org/10.13109/zptm.2005.51.2.145>.
- Boege, Isabel/Copus, Nicole/Schepker, Renate (2014). Behandelt zu Hause Gesund werden. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und*

Psychotherapie 42 (1), 27–37. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000267>.

- Boege, Isabel/Schepker, Renate/Grupp, Dieter/Fegert, Jörg M. (2020). Kinder- und jugendpsychiatrische stationsäquivalente Behandlung (StäB): Therapieoption – für alle oder für wenige? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 48 (5), 348–357. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000711>.
- Boskailo, Esad/Malkoc, Aldin/McCurry, Dustin B./Venter, Jacob/Drachman, David/Ramos, Gilbert M. (2017). Assessment of inpatient psychiatric readmission risk among patients discharged on an antipsychotic polypharmacy regimen: A retrospective cohort study. *Acta medica academica* 46 (2), 133–144. <https://doi.org/10.5644/ama2006-124.198>.
- Boyens, Josefine/Hamann, Johannes/Ketisch, Eva/Brieger, Peter (2021). Vom Reißbrett in die Praxis – Wie funktioniert stationsäquivalente Behandlung in München? *Psychiatrische Praxis* 48 (5), 269–272. <https://doi.org/10.1055/a-1276-6637>.
- Bozzatello, Paola/Bellino, Silvio/Mancini, Irene/Sandei, Luisa/Zanalda, Enrico/Rocca, Paola (2019). Effects on Satisfaction and Service Engagement of Paliperidone Palmitate Compared with Oral Paliperidone in Patients with Schizophrenia: An Open Label Randomized Controlled Trial. *Clinical drug investigation* 39 (2), 169–178. <https://doi.org/10.1007/s40261-018-0734-1>.
- Briel, Denis/Schulz, Maike/Schaper, Oliver/Reimer, Jens (2022). Die aufsuchende Behandlung „Bremen ambulant vor Ort (BravO)“. *Psychiatrische Praxis* 49 (8), 436–439. <https://doi.org/10.1055/a-1889-1416>.
- Brissos, Sofia/Dias, Vasco Videira/Balanzá-Martinez, Vicent/Carita, Ana Isabel/Figueira, Maria Luísa (2011). Symptomatic remission in schizophrenia patients: relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance. *Schizophrenia research* 129 (2-3), 133–136. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.04.001>.
- Catty, J./Burns, T./Knapp, M./Watt, H./Wright, C./Henderson, J./Healey, A. (2002). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological medicine* 32 (3), 383–401. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005299>.
- Cavelti, M./Wirtz, M./Corrigan, P./Vauth, R. (2017). Recovery assessment scale: Examining the factor structure of the German version (RAS-G) in people with schizophrenia spectrum disorders. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 41, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.10.006>.
- Cénat, Jude Mary/Farahi, Seyed Mohammad Mahdi Moshirian/Dalexis, Rose Darly/Darius, Wina Paul/Bekarkhanechi, Farid Mansoub/Poisson, Hannah/Broussard, Cathy/Ukwu, Gloria/Auguste, Emmanuelle/Nguyen, Duy Dat/Sehabi, Ghizlène/Furyk, Sarah Elizabeth/Gedeon, Andi Phaelle/Onesi, Olivia/El Aouame, Aya Mesbahi/Khodabocus, Samiyah Noor/Shah, Muhammad S./Labelle, Patrick R. (2022). The global evolution

- of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of affective disorders* 315, 70–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.011>.
- Chang, Li-Ren/Lin, Yu-Hsuan/Chang, Hung-Chieh Wu/Chen, Ying-Zai/Huang, Wei-Lieh/Liu, Chih-Min/Liu, Chen-Chung/Hwu, Hai-Gwo (2013). Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi* 112 (4), 208–215. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.01.018>.
- Chisholm, D./Knapp, M. R./Knudsen, H. C./Amaddeo, F./Gaité, L./van Wijngaarden, B. (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory--European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. The British journal of psychiatry. Supplement* (39), s28-33. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.39.s28>.
- Corrigan, P. W./Giffort, D./Rashid, F./Leary, M./Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community mental health journal* 35 (3), 231–239. <https://doi.org/10.1023/A:1018741302682>.
- Cuyún Carter, Gebra B./Milton, Denái R./Ascher-Svanum, Haya/Faries, Douglas E. (2011). Sustained favorable long-term outcome in the treatment of schizophrenia: a 3-year prospective observational study. *BMC psychiatry* 11, 143. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-143>.
- Deister, Arno/Michels, Rolf (2022). Vom Modell zur Regionalen Regelversorgung. *Psychiatrische Praxis* 49 (5), 237–247. <https://doi.org/10.1055/a-1492-1564>.
- Deutscher Bundestag (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Expert report on psychiatry)–Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie-Enquete)." BT-Drucksache 7: 4200.
- Du Prel, Jean-Baptist/Hommel, Gerhard/Röhrig, Bernd/Blettner, Maria (2009). Confidence interval or p-value?: part 4 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Arzteblatt international* 106 (19), 335–339. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0335>.
- Feng, You-Shan/Kohlmann, Thomas/Janssen, Mathieu F./Buchholz, Ines (2021). Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 30 (3), 647–673. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02688-y>.
- Fleischmann, Eva/Dalkner, Nina/Fellendorf, Frederike T./Reininghaus, Eva Z. (2021). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on individuals with serious mental disorders: A systematic review of the literature. *World journal of psychiatry* 11 (12), 1387–1406. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1387>.
- Fliege, Herbert/Rose, Matthias/Bronner, Ekkehard/Klapp, Burghard F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer

- Therapie. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 52 (2), 47–55. <https://doi.org/10.1055/s-2002-20184>.
- Frasch, Karel (2018). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – Ein großer Schritt in die richtige Richtung – Kontra. Psychiatrische Praxis 45 (03), 123–124. <https://doi.org/10.1055/a-0589-2947>.
- Gautam, Mohan/Thakrar, Anjali/Akinyemi, Esther/Mahr, Greg (2020). Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19. SN comprehensive clinical medicine 2 (7), 865–870. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00348-3>.
- GKV-Spitzenverband (Hg.) (2021). Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V. Online verfügbar unter https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_Psych_StaeB_Bericht_23.12.2021.pdf (abgerufen am 12.10.2022).
- Glover, Gyles/Arts, Gerda/Babu, Kannan Suresh (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 189, 441–445. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020362>.
- Gottlob, Melanie/Holzke, Martin/Raschmann, Svenja/Bechdorf, Andreas/Borbé, Raoul/Brieger, Peter/Driessen, Martin/Hortner, Hannes/Weinmann, Stefan/Längle, Gerhard (2022). Stationsäquivalente Behandlung – Wie geht das? Umsetzungsstrategien aus acht psychiatrischen Fachkliniken und -abteilungen in Deutschland. Psychiatrische Praxis 49 (4), 188–197. <https://doi.org/10.1055/a-1406-7141>.
- Gühne, U./Luppa, M./König, H-H/Riedel-Heller, S. G. (2014). Kollaborative und aufsuchende Ansätze in der Behandlung depressiver alter Menschen : Ein Literaturüberblick. Der Nervenarzt 85 (11), 1363–1371. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4089-4>.
- Gühne, Uta/Pabst, Alexander/Kösters, Markus/Hasan, Alkomiet/Falkai, Peter/Kilian, Reinhold/Allgöwer, Andreas/Ajayi, Klemens/Baumgärtner, Jessica/Brieger, Peter/Frasch, Karel/Heres, Stephan/Jäger, Markus/Küthmann, Andreas/Putzhammer, Albert/Schneeweiß, Bertram/Schwarz, Michael/Becker, Thomas/Breilmann, Johanna/Riedel-Heller, Steffi G. (2022). Predictors of competitive employment in individuals with severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study in Germany. Journal of occupational medicine and toxicology (London, England) 17 (1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12995-022-00345-3>.
- Hamilton, Jane E./Passos, Ives C./Azevedo Cardoso, Taiane de/Jansen, Karen/Allen, Melissa/Begley, Charles E./Soares, Jair C./Kapczinski, Flavio (2016). Predictors of psychiatric readmission among patients with bipolar disorder at an academic safety-net hospital. The Australian and New

- Zealand journal of psychiatry 50 (6), 584–593.
<https://doi.org/10.1177/0004867415605171>.
- Hauth, Iris (2017). Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach §115d SGB V – ein erster Schritt zu Behandlungsformen im häuslichen Umfeld. *Psychiatrische Praxis* 44 (06), 309–312. <https://doi.org/10.1055/s-0043-114172>.
- Hellbrück, Reiner (2009). Chi-Quadrat Tests. In: *Angewandte Statistik mit R*. Springer, 91–106.
- Hepp, Urs/Stulz, Niklaus (2017). Home Treatment: Von der Forschung zur klinischen Umsetzung. *Psychiatrische Praxis* 44 (7), 371–373.
<https://doi.org/10.1055/s-0043-117369>.
- Herdman, M./Gudex, C./Lloyd, A./Janssen, Mf/Kind, P./Parkin, D./Bonsel, G./Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 20 (10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>.
- Herrmann, Anna Sophie/Huber, Dorothea (2013). Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 59 (3), 273–289.
<https://doi.org/10.13109/zptm.2013.59.3.273>.
- Herzog, Thomas/Kähler, B./Fehrensens, Jan/Pajdics, Gabor/Broocks, Andreas/Höppner-Buchmann, Jacqueline/Stengler, Katarina (2021). StäB - besonders geeignet für die Gerontopsychiatrie? *DNP - Der Neurologe & Psychiater* 22 (6), 44–52. <https://doi.org/10.1007/s15202-021-4767-6>.
- Holzke, Martin/Gottlob, Melanie/Längle, Gerhard (2020). Stationsäquivalente Behandlung. *Psychiatrische Pflege* 5 (3), 11–16.
<https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000298>.
- Howard, L./Flach, C./Leese, M./Byford, S./Killaspy, H./Cole, L./Lawlor, C./Betts, J./Sharac, J./Cutting, P./McNicholas, S./Johnson, S. (2010). Effectiveness and cost-effectiveness of admissions to women's crisis houses compared with traditional psychiatric wards: pilot patient-preference randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry. Supplement* 53, s32-40.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081083>.
- IBM Corporation (2021). Propel research and analysis with a comprehensive statistical software solution. Online verfügbar unter <https://www.ibm.com/downloads/cas/ERYRD6G5> (abgerufen am 07.12.2022).
- Jäckel, Dorothea/Kupper, Zeno/Glauser, Sibylle/Mueser, Kim T./Hoffmann, Holger (2017). Effects of Sustained Competitive Employment on Psychiatric Hospitalizations and Quality of Life. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 68 (6), 603–609.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600083>.

- Jahn, Ina/Meixensberger, Carla/Herzog, Thomas/Stengler, Katarina (2022). Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung für Patienten mit schweren Zwangserkrankungen in Zeiten von COVID-19 – ein Fallbericht. *Psychiatrische Praxis* 49 (2), 107–110. <https://doi.org/10.1055/a-1630-4373>.
- Johnson, Sonia/Nolan, Fiona/Hoult, John/White, Ian R./Bebbington, Paul/Sandor, Andrew/McKenzie, Nigel/Patel, Sejal N./Pilling, Stephen (2005a). Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 187, 68–75. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.68>.
- Johnson, Sonia/Nolan, Fiona/Pilling, Stephen/Sandor, Andrew/Hoult, John/McKenzie, Nigel/White, Ian R./Thompson, Marie/Bebbington, Paul (2005b). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ (Clinical research ed.)* 331 (7517), 599. <https://doi.org/10.1136/bmj.38519.678148.8F>.
- Joyce, Victoria W./King, Christopher D./Nash, Carol C./Lebois, Lauren A. M./Ressler, Kerry J./Buonopane, Ralph J. (2019). Predicting Psychiatric Rehospitalization in Adolescents. *Administration and policy in mental health* 46 (6), 807–820. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00982-7>.
- Juckel, Georg/Schaub, Daniela/Fuchs, Nina/Naumann, Ute/Uhl, Idun/Witthaus, Henning/Hargarter, Ludger/Bierhoff, Hans-Werner/Brüne, Martin (2008). Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia research* 104 (1-3), 287–293. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.037>.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hrsg.) (2022). Online verfügbar unter <https://www.arztsuche-bw.de/>.
- Kästner, D./Büchtemann, D./Warnke, I./Radisch, J./Baumgardt, J./Giersberg, S./Kopke, K./Moock, J./Kawohl, W./Rössler, W. (2015). Clinical and functional outcome of assertive outreach for patients with schizophrenic disorder: Results of a quasi-experimental controlled trial. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 30 (6), 736–742. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.003>.
- Kilian, R./Roick, C./Bernert, S./Matschinger, H./Mory, C./Becker, T./Angermeyer, M. C. (2001). Instrumente zur gesundheitsökonomischen Evaluation psychiatrischer Versorgungssysteme: Methodische Grundlagen der europäischen Standardisierung und der deutschsprachigen Adaptation. *Psychiatrische Praxis* 28 Suppl 2, S74-8. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17788>.
- Kilian, Reinhold/Becker, Thomas/Frasch, Karel (2016). Effectiveness and cost-effectiveness of home treatment compared with inpatient care for patients with acute mental disorders in a rural catchment area in Germany. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 22 (2), 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2016.01.005>.
- Kim, Sung-Wan/Yoon, Jin-Sang/Kim, Yong Sik/Ahn, Yong-Min/Kim, Chul-Eung/Go, Hyo-Jin/Chee, Ik-Seung/Jung, Sung-Won/Chung, Young-

- Chul/Kim, Young-Don/Joe, Soohyun/Lee, Jonghun/Kwon, Young-Joon/Yoon, Bo-Hyun/Jae, Young-Myo (2012). The effect of paliperidone extended release on subjective well-being and responses in patients with schizophrenia. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry* 38 (2), 228–235. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.04.004>.
- Klug, Günter/Hermann, Gerhard/Fuchs-Nieder, Brigitte/Panzer, Manuela/Haider-Stipacek, Andrea/Zapotoczky, Hans Georg/Priebe, Stefan (2010). Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 197 (6), 463–467. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083121>.
- Knorr, Roman/Huter, Jérôme/Dittmeyer, Viola/Hinderer, Eva (2021). Zwei Jahre stationsäquivalente Behandlung: Ein Werkstattbericht. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 89 (1-02), 12–22. <https://doi.org/10.1055/a-1183-4140>.
- Lambert, M./Schöttle, D./Ruppelt, F./Rohenkohl, A./Sengutta, M./Luedecke, D./Nawara, L. A./Galling, B./Falk, A-L/Wittmann, L./Niehaus, V./Sarikaya, G./Rietschel, L./Gagern, C./Schulte-Markwort, M./Unger, H-P/Ott, S./Romer, G./Daubmann, A./Wegscheider, K./Correll, C. U./Schimmelmann, B. G./Wiedemann, K./Bock, T./Gallinat, J./Karow, A. (2017). Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 136 (2), 188–200. <https://doi.org/10.1111/acps.12762>.
- Lambert, Martin/Bock, Thomas/Schöttle, Daniel/Golks, Dietmar/Meister, Klara/Rietschel, Liz/Bussopulos, Alexandra/Frieling, Marietta/Schödlbauer, Michael/Burlon, Marc/Huber, Christian G./Ohm, Gunda/Pakrasi, Manoshi/Chirazi-Stark, Michael Sadre/Naber, Dieter/Schimmelmann, Benno G. (2010). Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *The Journal of clinical psychiatry* 71 (10), 1313–1323. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05113yel>.
- Lambert, Martin/Schöttle, D./Ruppelt, F./Lüdecke, D./Sarikaya, G./Schulte-Markwort, M./Gallinat, J./Karow, A. (2015). Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen : 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (4-5), 408–419. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2123-8>.
- Lange, S./Bender, R. (2007). Lineare Regression und Korrelation. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946) 132 Suppl 1, e9-11. <https://doi.org/10.1055/s-2007-959028>.
- Längle, Gerhard (2018). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – Ein großer Schritt in die richtige Richtung – Pro. *Psychiatrische Praxis* 45 (03), 122–123. <https://doi.org/10.1055/a-0589-2785>.

- Längle, Gerhard/Holzke, Martin/Gottlob, Melanie (2018). Psychisch Kranke zu Hause versorgen. Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung. Stuttgart, Kohlhammer Verlag.
- Längle, Gerhard/Raschmann, Svenja/Holzke, Martin (2020). Stationsäquivalente Behandlung. *Nervenheilkunde* 39 (11), 704–712. <https://doi.org/10.1055/a-1199-7577>.
- Langsley, Donald G./Machotka, Pavel/Flohmenhaft, Kalman (1971). Avoiding Mental Hospital Admission: A Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry* 127 (10), 1391–1394. <https://doi.org/10.1176/ajp.127.10.1391>.
- Luciano, Alison/Bond, Gary R./Drake, Robert E. (2014). Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenia research* 159 (2-3), 312–321. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.09.010>.
- MacFarland, Thomas W./Yates, Jan M. (2016). Mann–Whitney U Test. In: Thomas W. MacFarland/Jan M. Yates (Hg.). *Introduction to Nonparametric Statistics for the Biological Sciences Using R*. Cham, Springer International Publishing, 103–132.
- Maio Nascimento, Marcelo de/Da Silva Neto, Heculano Ribeiro/Fátima Carreira Moreira Padovez, Roberta de/Neves, Victor Ribeiro (2022). Impacts of Social Isolation on the Physical and Mental Health of Older Adults During Quarantine: A Systematic Review. *Clinical gerontologist*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2141166>.
- Ministerium für Soziales und Integration (Hg.) (2020). *Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg*. Stuttgart. Online verfügbar unter https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Wegweiser_Psychiatrie_2020.pdf (abgerufen am 12.10.2022).
- Morosini, P. L./Magliano, L./Brambilla, L./Ugolini, S./Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101 (4), 323–329. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x>.
- Mötteli, Sonja/Schori, Dominik/Schmidt, Helen/Seifritz, Erich/Jäger, Matthias (2018). Utilization and Effectiveness of Home Treatment for People With Acute Severe Mental Illness: A Propensity-Score Matching Analysis of 19 Months of Observation. *Frontiers in psychiatry* 9, 495. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00495>.
- Mueller-Stierlin, Annabel Sandra/Helmbrecht, Marina Julia/Herder, Katrin/Prinz, Stefanie/Rosenfeld, Nadine/Walendzik, Julia/Holzmann, Marco/Dinc, Uemmueguelsuem/Schützwohl, Matthias/Becker, Thomas/Kilian, Reinhold (2017). Does one size really fit all? The effectiveness of a non-diagnosis-specific integrated mental health care program in Germany in a prospective, parallel-group controlled multi-centre trial. *BMC psychiatry* 17 (1), 283. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1441-9>.
- Munz, Isolde/Ott, Miriam/Jahn, Henriette/Rauscher, Annett/Jäger, Markus/Kilian, Reinhold/Frasch, Karel (2011). Vergleich stationär-

psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung ("Home Treatment"). *Psychiatrische Praxis* 38 (3), 123–128. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248591>.

- Murphy, Suzanne M./Irving, Claire B./Adams, Clive E./Waqar, Muhammad (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015 (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>.
- Muskens, Jet B./Herpers, Pierre C. M./Hilderink, Caroline/van Deurzen, Patricia A. M./Buitelaar, Jan K./Staal, Wouter G. (2019). Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC psychiatry* 19 (1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2407-x>.
- Neumann, Anne/Baum, Fabian/Seifert, Martin/Schoffer, Olaf/Kliemt, Roman/March, Stefanie/Häckl, Dennis/Swart, Enno/Pfennig, Andrea/Schmitt, Jochen (2021). Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (§ 64b SGB V). *Psychiatrische Praxis* 48 (3), 127–134. <https://doi.org/10.1055/a-1274-3731>.
- NICE (2014). NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management – Updated edition 2014 [National Clinical Guideline Number 178]. Online verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG178> (abgerufen am 10.10.2022).
- Nordén, Tommy/Malm, Ulf/Norlander, Torsten (2012). Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH* 8, 144–151. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010144>.
- Nugter, M. Annet/Engelsbel, Fabiana/Bähler, Michiel/Keet, René/van Veldhuizen, Remmers (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community mental health journal* 52 (8), 898–907. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>.
- Odes, Hodayah/Katz, Nachum/Noter, Ester/Shamir, Yosefa/Weizman, Abraham/Valevski, Avi (2011). Level of function at discharge as a predictor of readmission among inpatients with schizophrenia. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* 65 (3), 314–319. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001362>.
- Owusu, Ernest/Oluwasina, Folajinmi/Nkire, Nnamdi/Lawal, Mobolaji A./Agyapong, Vincent I. O. (2022). Readmission of Patients to Acute Psychiatric Hospitals: Influential Factors and Interventions to Reduce Psychiatric Readmission Rates. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 10 (9). <https://doi.org/10.3390/healthcare10091808>.
- Pasmanick, B./Scarpitti, F. R./Lefton, M./Dinitz, S./Wernert, J. J./McPheeters, H. (1964). Home vs. Hospital Care for Schizophrenics. *JAMA* 187, 177–181. <https://doi.org/10.1001/jama.1964.03060160005001>.

- Patrick E. McKight/Julius Najab (2010). Kruskal-Wallis Test. In: The Corsini Encyclopedia of Psychology. John Wiley & Sons, Ltd, 1.
- Peen, J./Schoevers, R. A./Beekman, A. T./Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 121 (2), 84–93. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01438.x>.
- Peen, Jaap/Dekker, Jack/Schoevers, Robert A./Have, Margreet ten/Graaf, Ron de/Beekman, Aartjan T. (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 42 (12), 984–989. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0256-2>.
- Perlman, Christopher M./Hirdes, John P./Vigod, Simone (2015). Psychiatric Rehospitalization: Development of a Person-Level Indicator for Care Planning and Quality Assurance. *The primary care companion for CNS disorders* 17 (4). <https://doi.org/10.4088/PCC.15m01784>.
- Peter, Sebastian von/Schwarz, Julian/Bechdorf, Andreas/Birker, Thomas/Deister, Arno/Ignatyev, Yuriy/Bois, Anna Schulz-Du/Heinze, Martin/Timm, Jürgen (2021). Analyse von Implementierungsmerkmalen psychiatrischer Modellvorhaben (nach §64b SGB V) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 83 (1), 33–39. <https://doi.org/10.1055/a-0945-9851>.
- Pirkis, Jane E./Burgess, Philip M./Kirk, Pia K./Dodson, Sarity/Coombs, Tim J./Williamson, Michelle K. (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health and quality of life outcomes* 3, 76. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-76>.
- Postrado, L. T./Lehman, A. F. (1995). Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 46 (11), 1161–1165. <https://doi.org/10.1176/ps.46.11.1161>.
- Prince, Jonathan D./Akincigil, Ayse/Kalay, Ece/Walkup, James T./Hoover, Donald R./Lucas, Judith/Bowblis, John/Crystal, Stephen (2008). Psychiatric rehospitalization among elderly persons in the United States. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 59 (9), 1038–1045. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.9.1038>.
- Puschner, Bernd/Baumgartner, Ildiko/Loos, Sabine/Völker, Kathleen A./Ramacher, Meike/Sohla, Katja/Grempler, Julia/Becker, Thomas/Kilian, Reinhold (2012). Kosteneffektivität bedarfsorientierter Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung. *Psychiatrische Praxis* 39 (8), 381–387. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327188>.
- Raschmann, Svenja/Götz, Eva/Hirscheck, Denis/Längle, Gerhard (2022). StäB – Wie bewerten Patientinnen und Patienten die neue Behandlungsform? *Psychiatrische Praxis* 49 (1), 46–50. <https://doi.org/10.1055/a-1393-1163>.

- Rieke, Katherine/McGeary, Corey/Schmid, Kendra K./Watanabe-Galloway, Shinobu (2016). Risk Factors for Inpatient Psychiatric Readmission: Are There Gender Differences? *Community mental health journal* 52 (6), 675–682. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9921-1>.
- Roick, C./Kilian, R./Matschinger, H./Bernert, S./Mory, C./Angermeyer, M. C. (2001). Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory - Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. *Psychiatrische Praxis* 28 Suppl 2, S84-90. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17790>.
- Rosen, Brooke H./Kung, Simon/Lapid, Maria I. (2016). Effect of Age on Psychiatric Rehospitalization Rates After Electroconvulsive Therapy for Patients With Depression. *The journal of ECT* 32 (2), 93–98. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000271>.
- ROSENBAUM, PAUL R./RUBIN, DONALD B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 70 (1), 41–55. <https://doi.org/10.1093/biomet/70.1.41>.
- Rössler, Wulf/Ujeyl, Mariam/Kawohl, Wolfram/Nordt, Carlos/Lasalvia, Antonio/Haker, Helene/Hengartner, Michael P. (2019). Predictors of Employment for People With Mental Illness: Results of a Multicenter Randomized Trial on the Effectiveness of Placement Budgets for Supported Employment. *Frontiers in psychiatry* 10, 518. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00518>.
- Rueda, Sergio/Chambers, Lori/Wilson, Mike/Mustard, Cameron/Rourke, Sean B./Bayoumi, Ahmed/Raboud, Janet/Lavis, John (2012). Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. *American journal of public health* 102 (3), 541–556. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300401>.
- Russinova, Zlatka/Bloch, Philippe/Wewiorski, Nancy/Shappell, Heather/Rogers, E. Sally (2018). Predictors of Sustained Employment Among Individuals With Serious Mental Illness: Findings From a 5-Year Naturalistic Longitudinal Study. *The Journal of nervous and mental disease* 206 (9), 669–679. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000876>.
- Sakellaridou, E./Chrysanthou, C./Nienaber, A. (2018). „HT – Behandlung zu Hause“ in Lengerich (Westfalen) – ein Modellprojekt gemeindenaher, psychiatrischer Versorgung. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 80 (12), 1095–1098. <https://doi.org/10.1055/s-0042-113604>.
- Salanti, Georgia/Peter, Natalie/Tonia, Thomy/Holloway, Alexander/White, Ian R./Darwish, Leila/Low, Nicola/Egger, Matthias/Haas, Andreas D./Fazel, Seena/Kessler, Ronald C./Herrman, Helen/Kieling, Christian/Quervain, Dominique J. F. de/Vigod, Simone N./Patel, Vikram/Li, Tianjing/Cuijpers, Pim/Cipriani, Andrea/Furukawa, Toshi A./Leucht, Stefan (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic and Associated Control Measures on the Mental Health of the General Population : A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis. *Annals of internal medicine*. <https://doi.org/10.7326/M22-1507>.

- Sánchez Pedraza, Ricardo/Jaramillo, Luis Eduardo/Herazo, María Isabel (2012). Factores asociados a rehospitalización temprana en psiquiatría. *Biomédica* 33 (2). <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i2.705>.
- Schaub, Daniela/Brüne, Martin/Jaspen, Elisabeth/Pajonk, Frank-Gerald/Bierhoff, Hans-Werner/Juckel, Georg (2011). The illness and everyday living: close interplay of psychopathological syndromes and psychosocial functioning in chronic schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 261 (2), 85–93. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0122-1>.
- Schöttle, Daniel/Schimmelmann, Benno G./Karow, Anne/Ruppelt, Friederike/Sauerbier, Anne-Lena/Bussopulos, Alexandra/Frieling, Marietta/Golks, Dietmar/Kerstan, Andrea/Nika, Evangelia/Schödlbauer, Michael/Daubmann, Anne/Wegscheider, Karl/Lange, Matthias/Ohm, Gunda/Lange, Benjamin/Meigel-Schleiff, Christina/Naber, Dieter/Wiedemann, Klaus/Bock, Thomas/Lambert, Martin (2014). Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *The Journal of clinical psychiatry* 75 (12), 1371–1379. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08817>.
- Schöttle, Daniel/Schimmelmann, Benno G./Ruppelt, Friederike/Bussopulos, Alexandra/Frieling, Marietta/Nika, Evangelia/Nawara, Luise Antonia/Golks, Dietmar/Kerstan, Andrea/Lange, Matthias/Schödlbauer, Michael/Daubmann, Anne/Wegscheider, Karl/Rohenkohl, Anja/Sarikaya, Gizem/Sengutta, Mary/Luedecke, Daniel/Wittmann, Linus/Ohm, Gunda/Meigel-Schleiff, Christina/Gallinat, Jürgen/Wiedemann, Klaus/Bock, Thomas/Karow, Anne/Lambert, Martin (2018). Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. *PloS one* 13 (2), e0192929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192929>.
- Schwarz, Julian/Hemmerling, Jan/Kabisch, Nadja/Galbusera, Laura/Heinze, Martin/Peter, Sebastian von/Wolff, Jan (2022). Equal access to outreach mental health care? Exploring how the place of residence influences the use of intensive home treatment in a rural catchment area in Germany. *BMC psychiatry* 22 (1), 826. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04477-y>.
- Schwarz, Julian/Zeipert, Manfred/Ignatyev, Yuriy/Indefrey, Sonja/Rehr, Burkhard/Timm, Jürgen/Heinze, Martin/Peter, Sebastian von (2020). Implementierungsstand und Erfahrungen der Stakeholder mit der Zuhause-Behandlung in psychiatrischen Modellvorhaben (nach §64b SGB V) – Eine Mixed-Methods Untersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 70 (2), 65–71. <https://doi.org/10.1055/a-0942-2163>.
- Shadmi, Efrat/Gelkopf, Marc/Garber-Epstein, Paula/Baloush-Kleinman, Vered/Doudai, Ronit/Roe, David (2018). Routine patient reported outcomes as predictors of psychiatric rehospitalization. *Schizophrenia research* 192, 119–123. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.049>.

- Shanks, Vicki/Williams, Julie/Leamy, Mary/Bird, Victoria J./Le Boutillier, Clair/Slade, Mike (2013). Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 64 (10), 974–980. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012>.
- Soldini, Emiliano/Alippi, Maddalena/Zufferey, Maria Caiata/Lisi, Angela/Lucchini, Mario/Albanese, Emiliano/Colombo, Raffaella Ada/Rossa, Simona/Bolla, Emilio/Mellacqua, Zefiro Benedetto/Larghi, Giuseppina/Cordasco, Severino/Kawohl, Wolfram/Crivelli, Luca/Traber, Rafael (2022). Effectiveness of crisis resolution home treatment for the management of acute psychiatric crises in Southern Switzerland: a natural experiment based on geography. *BMC psychiatry* 22 (1), 405. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04020-z>.
- Spannhorst, S./Weller, S./Thomas, C. (2020). Stationsäquivalente Behandlung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53 (8), 713–720. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01823-1>.
- Statistisches Bundesamt (2017). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in. Fachserie 12 Reihe 6.2.1 2017. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/diagnosedaten-krankenhaus-2120621167004.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 24.01.2023).
- Stein, L. I./Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry* 37 (4), 392–397. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>.
- Stüker, Caroline-Franziska (unveröffentlicht). AKtiV-Studie – Pilotuntersuchung im städtischen Milieu. Dissertation. Universität Tübingen.
- Stulz, Niklaus/Wyder, Lea/Grosse Holtforth, Martin/Hepp, Urs (2022). Is Home Treatment for Everyone? Characteristics of Patients Receiving Intensive Mental Health Care at Home. *Community mental health journal* 58 (2), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00814-9>.
- Stulz, Niklaus/Wyder, Lea/Maeck, Lienhard/Hilpert, Matthias/Lerzer, Helmut/Zander, Eduard/Kawohl, Wolfram/Grosse Holtforth, Martin/Schnyder, Ulrich/Hepp, Urs (2020). Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 216 (6), 323–330. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.31>.
- Sutton, Rebecca/Lawrence, Kate/Zabel, Elisabeth/French, Paul (2019). Recovery College influences upon service users: a Recovery Academy exploration of employment and service use. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 14 (3), 141–148. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-06-2018-0038>.
- Theodoridou, A./Jaeger, M./Ketteler, D./Kawohl, W./Lauber, C./Hoff, P./Rössler, W. (2011). The concurrent validity and sensitivity of change of the German version of the health of the nation outcome scales in a psychiatric inpatient

setting. *Psychopathology* 44 (6), 391–397.
<https://doi.org/10.1159/000325172>.

- Tost, Meritxell/González-Rodríguez, Alex/Aguayo, Raquel/Álvarez, Aida/Montalvo, Itziar/Barbero, Juan David/Gabernet, Rosa/Izquierdo, Eduard/Merodio, Igor/Monreal, José Antonio/Palao, Diego/Labad, Javier (2022). Switching from risperidone to paliperidone palmitate in schizophrenia: Changes in social functioning and cognitive performance. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry* 120, 110619. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2022.110619>.
- Uhlmann, C./Flammer, E./Piffner, C./Grempler, J./Längle, G./Eschweiler, G-W/SpieBl, H./Steinert, T. (2017). Psychotherapieempfehlungen in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung : Ergebnisse der PAKT-Studie Teil I. *Der Nervenarzt* 88 (3), 268–274. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0107-z>.
- Vindegard, Nina/Benros, Michael Eriksen (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity* 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.
- Walendzik, Anke/Rabe-Menssen, Cornelia/Lux, Gerald/Wasem, Jürgen/Jahn, Rebecca (2010). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Universität Duisburg Essen. Online verfügbar unter https://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/pdf/110216_studie_dptv.pdf (abgerufen am 30.01.2023).
- Weinmann, Stefan/Spiegel, Jennifer/Baumgardt, Johanna/Bühling-Schindowski, Felix/Pfeiffer, Jan/Kleinschmidt, Martin/Bechdorf, Andreas (2021). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) im Vergleich mit vollstationärer Behandlung: 12-Monats-Follow-up einer gematchten Kohortenstudie. *Psychiatrische Praxis*. <https://doi.org/10.1055/a-1615-8763>.
- Weinmann, Stefan/Wiedmann, Simon/Breidert, Tilo/Bohe, Matthias/Pfeiffer, Jan/Rosenberger, Eva/Bechdorf, Andreas (2019). Klinische Wirksamkeit von „FlexiTeam“ (Home Treatment und intensivierete ambulante Behandlung) – Vergleich einer Behandlung in einem Modellprojekt nach § 64b in Berlin mit der stationären Behandlung. *Psychiatrische Praxis* 46 (5), 249–255. <https://doi.org/10.1055/a-0881-1124>.
- Wing, J. K./Beever, A. S./Curtis, R. H./Park, S. B./Hadden, S./Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 172, 11–18. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.11>.
- Wong, Chun Yin Terry (2015). Predictors of psychiatric rehospitalization among elderly patients. *F1000Research* 4, 926. <https://doi.org/10.12688/f1000research.7135.1>.
- Zangani, Caroline/Ostinelli, Edoardo G./Smith, Katharine A./Hong, James S. W./Macdonald, Orla/Reen, Gurpreet/Reid, Katherine/Vincent, Charles/Sheriff, Rebecca/Harrison, Paul J./Hawton, Keith/Pitman, Alexandra/Bale, Rob/Fazel, Seena/Geddes, John R./Cipriani, Andrea

(2022). Mental health services, tele-mental health, and COVID-19: a systematic review of the worldwide picture (Preprint).

ZfP Südwürttemberg (2022). Standorte und Netzwerk des ZfP Südwürttemberg.

Online verfügbar unter

http://intranet.zfpdom.zfp/web/0/intra/?act=art&act2=show&art_id=dc_2009_12_08_4223b4b93fcf25991d&abteilung=dc_2022_03_22_42e1734ba7dcb363aa&suchwort=Netzwerk und

http://intranet.zfpdom.zfp/web/0/intra/index.php?art_id=dc_2010_01_20_a465e6e7fcdf598278 (abgerufen am 05.12.2022).

Zilber, Nelly/Hornik-Lurie, Tzipi/Lerner, Yaacov (2011). Predictors of early psychiatric rehospitalization: a national case register study. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 48 (1), 49–53.

7 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Klinik für Psychiatrie Zwiefalten am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg unter Betreuung von Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte durch Herr Prof. Dr. Gerhard Längle in Zusammenarbeit mit Herr Univ. Prof. Dr. Sebastian von Peter. Es erfolgte eine gemeinsame Planung und Durchführung der Dissertation, sowie der Dissertation von Herrn Tobias Baisch, in der die gleiche Methodik angewendet wurde, in Zusammenarbeit mit Herr Prof. Dr. Gerhard Längle und Herr Prof. Dr. Gerhard Eschweiler.

Die Rekrutierung, sowie die Erhebung der Baseline-Daten der Proband*innen des AKtiV-Studienzentrums Zwiefalten erfolgte durch Frau Lena Anton, die des AKtiV-Studienzentrums Reutlingen durch Frau Carolin Stüker im Rahmen weiterer Dissertationsvorhaben. Die Durchführung der Follow-Up Befragungen der Proband*innen des AKtiV-Studienzentrums Zwiefalten erfolgte durch mich, die des AKtiV-Studienzentrums Reutlingen durch Herrn Tobias Baisch. Die erhobenen Daten, welche vom KKSB gesammelt und zur Analyse bereitgestellt wurden, wurden anschließend für den Vergleichenden Teil zwischen den Standorten wechselseitig genutzt.

Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung durch Prof. Dr. Gerhard Längle und Svenja Raschmann, eigenständig durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbständig nach Anleitung durch Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 29.02.2024

Jonathan Geiselhart

8 Anhang

- AKtiV-Studienbeschreibung
- Fragebogen 6-Monats Follow-Up

Der Fragebogen des 6-Monats Follow-Up ist mit dem des 12-Monat Follow-Up identisch.

1 Synopse (max. 1 Seite)

Allgemeine Informationen zum Projekt	
(Gesamt)Projektleitung bzw. Konsortialführung/Antragsteller	Sebastian von Peter, Univ. Prof. Dr. med., MPhil, Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Brandenburg, Immanuel Klinik Rüdersdorf, sebastian.vonpeter@mhb-fontane.de.
Beteiligte Einrichtungen/ Konsortialpartner	<p>Prof. Dr. Sebastian von Peter, Dr. Julian Schwarz, Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Immanuel Klinik Rüdersdorf, Medizinische Hochschule Brandenburg: Antragsteller/Konsortialführung; Qualitative Evaluation bei Patienten und Angehörigen (Modul B); Studienzentrum</p> <p>Dr. Dr. Stefan Weinmann, Prof. Dr. Andreas Bechdorf, Dr. Johanna Baumgardt, Vivantes Klinikum am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Akademische Lehrkrankenhäuser Charité – Universitätsmedizin Berlin: Wissenschaftliche Projektleitung, Quantitative Evaluation bei Patienten (Modul A), Studienzentrum</p> <p>Prof. Dr. Gerhard Längle, Martin Holzke, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zwiefalten: Routinedatenanalyse und quantitative sowie qualitative Prozessevaluation der StäB-Behandlung (Modul C1); Studienzentrum</p> <p>Prof. Dr. Peter Brieger, Isar-Amper Klinikum München Ost: Routinedatenanalyse und quantitative sowie qualitative Prozessevaluation (Modul C2); Studienzentrum</p> <p>Prof. Dr. Reinhold Kilian, Universität Ulm: Gesundheitsökonomische Evaluation (Modul D)</p> <p>Prof. Dr. Jürgen Timm, Kompetenzzentrum für Klinische Studien, Universität Bremen: Biometrie (Modul E)</p>
Projekttitel/Akronym	A ufsuchende K risenbehandlung mit t eambasierter und i ntegrierter V ersorgung (AKtiV-Studie): Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB nach §115d SGB V) – eine Proof-of-Concept-Studie
Themenfeld	Psychische Erkrankungen, Home Treatment, stationsäquivalente Behandlung
Forschungsfeld/ Erkrankung/ Zielpopulation	Forschung zur Wirksamkeit, zur Implementierung und zu den Kosten der aufsuchenden teambasierten Behandlung bei Menschen in schweren psychiatrischen Krisen durch ein multiprofessionelles Team als Alternative zum stationären Aufenthalt
Projektziele, Hypothese	Evaluation von Implementierung, Prozessen, klinischen und gesundheitsökonomischen Wirkungen stationsäquivalenter aufsuchender Behandlung (= StäB) im Vergleich zur stationären Regelversorgung mit in einem Mixed-Methods-Design unter Nutzung quantitativer und qualitativer Methoden. Prüfung der Eignung des Behandlungsmodells für unterschiedliche Zielgruppen (Diagnose, Erkrankungsschwere), Versorgungssettings (kleine vs. große Kliniken, Kliniken vs. Abteilungen) und Versorgungsregionen (Nord-Süd, Ost-West, Stadt-Land); Erarbeitung von Empfehlungen zu Verbesserung der Rahmenbedingungen für StäB. Primärhypothese: Im 12-Monatszeitraum ist die stationäre Wiederaufnahmerate nach StäB-Behandlung signifikant geringer als nach vollstationärer Behandlung .
Studiendesign und Methodik	Explorative, naturalistische, multizentrische quasi-experimentelle, Mixed Methods-Kohortenstudie mit Vorher-Nachher-Messung (stationsäquivalente vs. stationäre Behandlung) in 10 StäB praktizierenden Zentren unterschiedlicher Regionen. Propensity-Score-Matching. Prospektive Befragung (Primärdatenerhebung), qualitative Erhebungen im Rahmen eines partizipativen Forschungsansatzes und Nutzung von Klinik-Routinedaten.
Intervention/Maßnahme/ Untersuchungsgegenstand	Intervention: Stationsäquivalente aufsuchende Behandlung nach §115d SGB V bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch multiprofessionelle Teams beteiligter Kliniken mit täglichen Patientenkontakten im sozialen Umfeld. Vergleichsintervention: Stationäre Routinebehandlung
Studienpopulation und Stichprobengröße	Erwachsene (>=18J), welche die StäB-Kriterien erfüllen: Psychiatrische stationär behandlungsbedürftige Krise; fehlende Kindswohlfährdung und Zustimmung aller Erwachsener im Haushalt. Stichprobengröße: N=400 (= ca. 40 pro Studienzentrum): Je N=200 Patienten in StäB- und in Kontrollgruppe
Region des Projekts	Berlin (versch. Bezirke), Brandenburg, Reutlingen, Tübingen, Süd-Württemberg (Zwiefalten, Ravensburg), Großraum München, Pfalz
Datenbasis	Quantitative und qualitative Primärdaten aus Patienten- und Teambefragungen mittels Interview und standardisierten Fragebögen. Routinedaten der Kliniken (nach § 301 SGB V)
Datenanalyse	Deskriptive und schließende Statistik (Gruppenvergleiche; adjustierte und nicht-adjustierte Mehrebenen-Analysen). Qualitative Inhaltsanalyse.
Beantragte Förderdauer	36 Monate
Beantragte Fördermittel	X Mio. EURO

2 Antragsteller

2.1 Verantwortliche Personen/Beteiligte

Name	Institution	Telefon, Fax, E-Mail	Verantwortlichkeit/Rolle
Sebastian v. Peter Julian Schwarz	Medizinische Hochschule Brandenburg, Klinikum Rüdersdorf	Sebastian.vonPeter@mhb-fontane.de Julian.Schwarz@mhb-fontane.de Tel: 033638-83501 Fax: 033638- 83502	Antragsteller/Konsortialführung, qualitative Outcome-Evaluation (Modul B)
Stefan Weinmann Andreas Bechdorf Johanna Baumgardt	Vivantes Klinikum Am Urban /Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Berlin	Stefan.weinmann@vivantes.de Andreas.bechdorf@vivantes.de johanna.baumgardt@vivantes.de Tel: 030-130226001 Fax: 030-130226005	Wissenschaftliche Projektleitung, quantitative Evaluation (Modul A)
Gerhard Längle Martin Holzke	Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg; PP.rt	Gerhard.Laengle@ZfP-Zentrum.de Martin.Holzke@ZfP-Zentrum.de Tel: 07373 - 10-3833 Fax: 07583 - 33-1780	Routinedatenanalyse, quantitative und qualitative Prozessevaluation (Modul C1)
Peter Brieger	kbo-Isar-Amper Klinikum München	Peter.Brieger@kbo.de Tel: 089 - 4562-3203 Fax: 089 - 4562-3199	Einfluss des Zugangsweges (Direktaufnahme vs. Verlegung) auf den StäB-Verlauf (Modul C2)
Reinhold Kilian	Uni Ulm	reinhold.kilian@bkh-guenzburg.de Tel: 08221 96-29201 Tel: 08221 96-28172	Gesundheitsökonomie (Modul D)
Jürgen Timm	Universität Bremen	timm@uni-bremen.de Tel: 0421 218-63791	Biometrie (Modul E)

2.2 Erklärung:

Diese Projektskizze wurde bei keinem anderen Förderer eingereicht.

3 Projektziele

Übergeordnetes Ziel der beantragten Studie ist die Untersuchung der Implementierung, der Behandlungsprozesse, der klinischen Wirksamkeit und der Kosten stationsäquivalenter Behandlung (StäB) nach §115d SGB V im Vergleich zur konventionellen stationären Behandlung aus Sicht von Patienten, Angehörigen und Behandlern. Unter Nutzung innovativer und gemischter Methoden der Versorgungsforschung sowie unter Inanspruchnahme komplementärer Datenquellen soll unter Einbeziehung relevanter Interessensgruppen und Perspektiven eine belastbare, breit akzeptierte Evidenzbasis für die Weiterentwicklung aufsuchender, teambasierter psychiatrischer Behandlungsformen im häuslichen Umfeld als Alternative zum stationären Aufenthalt geschaffen werden. Das Projektziel ist in Teilziele untergliedert, die in einzelnen Modulen (A-D) bearbeitet werden. In den Modulen kommen Methoden der Outcome-, Prozess- und Implementierungsforschung sowie der gesundheitsökonomischen Evaluation zur Anwendung.

Primäre Forschungsfrage (Outcome-Forschung): Gibt es im 12-Monats-Zeitraum Unterschiede in der vollstationär-psychiatrischen Wiederaufnahmerate zwischen stationsäquivalent und vollstationär behandelten Patienten? Die **primäre Hypothese** ist, dass Patienten, die im Rahmen der AKtiV-Studie mittels StäB behandelt wurden, 12 Monate nach Studieneinschluss eine signifikant um 25% geringere stationär-psychiatrische Wiederaufnahmerate haben, als Patienten, die im Untersuchungszeitraum konventionell stationär behandelt wurden. Die Wiederaufnahmerate stellt zwar einen unvollkommenen Indikator der Behandlungsqualität in der Psychiatrie dar (Durbin u.a. 2007), kann aber durchaus als Hinweis auf eine erfolgreiche Akutbehandlung, auf Recovery (Wiedergesundung) und Bedarfsdeckung im gemeindepsychiatrischen Umfeld gelten (Byrne u.a. 2010; Olfson u.a. 1999). Außerdem wurde dieser Outcome-Parameter in den meisten internationalen Studien zum Home Treatment verwendet (DGPPN 2019) und wird in der vorliegenden Studie durch die kombinierte Wiederaufnahmerate (voll-/teilstationär+StäB) und andere Ergebnisparameter ergänzt. Im Rahmen der **Outcome-Forschung** werden des Weiteren folgende sekundäre Forschungsfragen beantwortet: Sinken die Gesamtzahl stationär verbrachter Tage, die Behandlungsabbrüche und steigen die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das psychosoziale Funktionsniveau, die berufliche Integration, die Recovery-Orientierung und die Behandlungszufriedenheit im 6- und 12-Monatszeitraum im Vergleich zu stationärer Behandlung? Als qualitative Outcomes werden das subjektive Erleben der Betroffenen inklusive Angehöriger und der von ihnen wahrgenommene Nutzen durch StäB untersucht. Im Rahmen einer **gesundheitsökonomischen Evaluation** werden direkte und indirekte Kosten der beiden Behandlungsformen gegenübergestellt sowie eine Kostennutzwertanalyse durchgeführt. Im Rahmen der **Prozessforschung** wird analysiert, welche Zielgruppe am meisten von StäB profitiert, welche Wirkfaktoren mit erfolgreichen Behandlungsprozessen verbunden sind, und ob und wann eine Aufnahme direkt oder aus der stationären Behandlung heraus erfolgen sollte. Aufgrund der geringen Erfahrungen mit aufsuchender Behandlung in Deutschland ist v.a. die Frage der Zielgruppe für diese Form des Home Treatment hinsichtlich Diagnose, Krankheitsschwere und psychosozialer Situation noch nicht geklärt. Die Entwicklung, Organisation und Zufriedenheit der Behandler Teams sowie deren Auswirkung auf das Zielkriterium und die Auswirkungen auf das regionale Versorgungssystem (Systemeffekte) werden im Rahmen der **Implementierungsforschung** untersucht. Somit ist diese Untersuchung keine *efficacy*-Studie, sondern eine *Proof-of-Concept*-Studie.

4 Beitrag zur Verbesserung der Versorgung

4.1. Relevanz (nur themenoffen)

Psychische Erkrankungen weisen steigende Inzidenz- und Prävalenzraten auf und haben komplexe, häufig chronisch-rezidivierende Verläufe. Damit verbundene stationäre Aufenthalte mit längeren Abwesenheiten von zuhause führen nicht selten zu Einschränkungen der sozialen Teilhabe der Betroffenen sowie zu hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten (Wittchen et al. 2011). Besonders für die

bedarfsgerechte Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stößt die traditionelle Aufteilung in ambulante, tagesklinische und stationäre Versorgung häufig an Grenzen, u.a. da viele Menschen auch in akuten Krisen nicht stationär behandelt werden wollen. So ist bspw. eine Behandlung außerhalb der Klinik mit weniger Stigmatisierung verbunden. Die Behandlung solcher Krisen alleine durch den niedergelassenen Arzt übersteigt jedoch meist dessen Kapazitäten, so dass die Entscheidung zur Aufnahme in die Klinik oft auch mangels intensiver aufsuchender Alternativen erfolgen muss. Gefordert wird daher seit Langem eine stärkere Vernetzung, die Überwindung sektorenübergreifender Grenzen, mehr aufsuchende Behandlungsformen sowie höhere Flexibilität in der Versorgung (Bühning, 2017; Roick et al., 2005). Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) im Jahr 2018 die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als neue Krankenhausleistung für psychisch Kranke eingeführt (§ 115d SGB V). Diese ist definiert als Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten, die durch mobile, ärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlungsteams erbracht wird (GKV, 2017). Diese neue Behandlungsform wird dem Home Treatment (HT) zugeordnet und entspricht der vollstationären Behandlung hinsichtlich Inhalte, Flexibilität und Komplexität. Damit erfüllt der Gesetzgeber die Forderungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, die auf der Basis umfassender Evidenz-Bewertung aufsuchende Versorgungsgansätze während akuter Krisen empfiehlt (DGPPN, 2019). Gemäß dieser Leitlinie sind Effekte des HT vor allem hinsichtlich einer Reduktion der stationären Wiederaufnahmerate, der Verbesserung der Behandlungszufriedenheit der und der Reduktion von Behandlungsabbrüchen im Vergleich zur Routinebehandlung nachgewiesen (DGPPN 2019). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Gutachten zum Abbau von Fehlversorgung und Verbesserung bedarfsgerechter Steuerung in der Psychiatrie den Aufbau neuer, intensiv-ambulanter und multimodaler Angebote im ambulanten Sektor und verweist darauf, diesen Ausbau an die Entwicklung und die Ergebnisse der Evaluation der stationsäquivalenten Behandlung zu knüpfen (SVG, 2018).

StäB wird bundesweit an 25 Kliniken angeboten (Stand 8/2019), einige werden 2019 noch damit beginnen. Für das Jahr 2020 und folgende planen eine Vielzahl der rund 400 Fachkrankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie der Universitätskliniken, diesen Behandlungsbaustein einzuführen. Mittelfristig kann nach vielfältiger Expertenmeinung (SVR 2018) und ersten patientenbasierten Erhebungen (Längle, Holzke u. Gottlob, 2019, vgl. Kap. 4.3) ein Umfang von 10-15 % aller stationären Behandlungen als stationsäquivalente Behandlung in der Wohnung der Patienten durchgeführt werden. Dies entspricht laut Aussagen verschiedener Daten zur Krankenhausstatistik aus dem Jahr 2017 rund 100- 150.000 Patienten in Deutschland pro Jahr (siehe u.a. Statistisches Bundesamt, 2019). Wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zur Wirksamkeit und bestmöglichen Durchführung dieser Behandlungsform sind deshalb von enormer praktischer Relevanz.

4.2 Verbesserung der Versorgung

Die Ergebnisse einer StäB-Evaluation im Rahmen der AKtiV-Studie werden zu einer Verbesserung der Patientenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen, indem sie darlegen (1) welche Wirkfaktoren StäB hat und wie diese Erkenntnisse für eine effektivere Implementierung und Ausgestaltung dieser Behandlungsform genutzt werden können; (2) in welchen Möglichkeiten und Grenzen das stationersetzende und -verkürzende Potential von StäB realisiert werden kann und wie das Modell bzgl. Teamzusammensetzung, Behandlungs- und Kooperationsprozesse ausgestaltet sein muss, um stationäre (Wieder-)Aufnahmen zu reduzieren; (3) welche soziodemographischen, klinischen und versorgungsspezifischen Indikatoren für eine Wirksamkeit dieser Behandlungsform vorliegen bzw. welche Patientengruppen besonders von StäB profitieren, so dass diese Behandlungsform zukünftig eine höhere Zielgruppenspezifität und Patientenorientierung aufweist; (4) welche Faktoren für die Einführung von StäB förderlich und welche hinderlich sind; (5) welche mittel- und langfristig relevanten gesamtgesellschaftlichen Kosteneinsparungen sich ergeben, falls Krankheitsverläufe und insbesondere die Teilhabe an der Gesellschaft positiv beeinflusst werden können; und (6) welche Effekte die StäB-Einführung auf die Akteure in den jeweiligen Versorgungsregionen hat, inwiefern bspw. eine systematische Kooperation mit Akteuren des gemeindepsychiatrischen Umfeldes erfolgt und sinnvoll ist.

4.3 Innovationsgehalt des Projekts

Ergebnisse internationaler Studien zum HT können nur bedingt auf StäB übertragen werden, da StäB eine Sonderform des HT darstellt. StäB ist eine klar definierte Leistung, die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen tägliche Besuche im sozialen Umfeld der Betroffenen incl. fachärztlicher Visiten zuhause erlauben. Somit hat StäB nicht primär – wie die sektorenübergreifende Versorgung – die Vermeidung (1) der Abgabe von Versorgungsverantwortung an den Sektorengrenzen, (2) das Risiko von Informationsverlust und damit die Schnittstellenproblematik sowie (3) die oft fehlende personellen Kontinuität in der Versorgung zum Ziel. Neben der vollständig aufsuchenden Vorgehensweise hat das Modell mit täglichen Visiten eine sehr hohe Betreuungsintensität, wodurch es sich vom Assertive Community Treatment unterscheidet, das für Menschen mit schweren chronischen psychischen auf längere Zeit angelegt ist. Internationale randomisierte Studien stammen ausschließlich aus Ländern, deren jeweilige Gesundheitssysteme sich von dem deutschen erheblich unterscheiden. Da Wirksamkeitsnachweise zudem stark von den jeweiligen Vergleichsinterventionen abhängen, müssen bestehende Ergebnisse zur Effektivität und Kosteneffizienz ambulanter Behandlungsmodelle außerdem an spezifische Versorgungswirklichkeiten angepasst werden (Weinmann u.a. 2012). Speziell für StäB gibt es – auch auf Grund der Tatsache, dass diese Behandlungsform erst seit Anfang 2018 als regulär vergütete Krankenhausleistung eingeführt wurde – zwar unterschiedliche Erfahrungen aus

Erprobungsprojekten sowie einige Umsetzungshinweise (Längle, Holzke u. Gottlob 2018; Längle u.a. 2018), bis dato jedoch keine naturalistische, multizentrische quasi-experimentelle Kohortenstudie mit Vorher-Nachher-Messung.

Da Kliniken aus unterschiedlichen Versorgungssettings an der geplanten Studie teilnehmen, können verschiedene Umsetzungs- und Anpassungsmöglichkeiten von StäB evaluiert werden, wodurch sich die Übertragbarkeit der Ergebnisse erhöht. Durch die Erhebung von Routinedaten einerseits sowie Primärdaten und eine prospektive Verlaufsuntersuchung andererseits basiert die Erhebung auf einer umfassenden Datenbasis. Eine weitere Besonderheit der Studie ist die Zusammenführung klinischer mit gesundheitsökonomischen Daten, durch die eine Beurteilung der gesamtgesellschaftlichen Kosten möglich wird. Da bislang nur wenige Untersuchungen zur gesundheitsökonomischen Bewertung der psychiatrischen Akutbehandlung im häuslichen Umfeld vorliegen (Kilian u.a. 2016; McCrone u.a. 2009; NICE, 2014; Paton u.a. 2016), ist die primärdatenbasierte Evaluierung von StäB aus volkswirtschaftlicher Perspektive eine weitere Innovation des beantragten Projekts (Icks u.a. 2010). Des Weiteren soll die Evaluation des qualitativen Moduls u.a. unter Einbezug von Peer-Forschern erfolgen, also Forschenden, die selbst über Psychiatrie-Erfahrungen verfügen, womit Forderungen nach mehr Patientenorientierung und mehr Beteiligung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen an der Entwicklung von Interventionen und deren Evaluation entsprochen wird. In diesem Zusammenhang haben partizipative Forschungsansätze viele Vorzüge, da sie sowohl die Praxisnähe und Relevanz von Forschungsvorhaben und therapeutischen Angeboten steigern (Cargo 2008; von Peter 2017) als auch die Rekrutierung erleichtern (Wright 2013). Schließlich entspricht das Mixed-Methods-Studiendesign der Studie dem aktuellem Standard empirischer Sozialforschung und ermöglicht, sowohl hypothetisch vorab definierte, quantifizierbare Faktoren als auch hypothesengenerierende, qualitative Aspekte zu erfassen und im Sinne der Triangulation zusammenzuführen (Flick, 2011). Durch die Parallelisierung von Outcome, Prozess- und Implementierungsforschung werden zudem unterschiedliche Facetten von StäB analysiert, so dass eine umfassende Beurteilung dieses innovativen Versorgungsangebots möglich ist.

5 Qualifikation und Vorerfahrung der Antragsteller

Die Antragsteller sind im Rahmen der Studie „Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie – eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie“ (PsychCare) maßgeblich beteiligt an der Evaluierung von psychiatrischen sektorenübergreifenden Modellprojekten mit aufsuchender Behandlung nach §64b SGB V, die noch nicht zur Regelversorgung gehören. PsychCare wird durch den Innovationsfonds gefördert und hat sowohl wesentliche methodische als auch inhaltliche Vorarbeit für diese Studie geleistet. **Univ.-Prof. Dr. med. Sebastian von Peter, MPhil (SvP)** ist Oberarzt an der Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Immanuel Klinik Rüdersdorf und leitet dort das StäB-Team. Er hat 2017 an der Charité habilitiert und besetzt seit 2019 eine W2 Professur für psychiatrische Versorgungsforschung

an der Medizinischen Hochschule Brandenburg. SvP ist Mitantragsteller und übernimmt Leitungsfunktion in diversen vom Innovationsfonds geförderten Projekten (ZWEIT, PsychCare, CHIMPS). Schwerpunkte seiner Arbeit liegen auf qualitativen und partizipativen Forschungsansätzen sowie auf der Untersuchung innovativer psychiatrischer Versorgungsmodelle. SvP ist Co-Leiter der Fachgruppe Seelische Gesundheit des „Deutschen Netzwerkes für Versorgungsforschung“ und ein Sprecher des „Netzwerkes für Partizipative Gesundheitsforschung“. Er ist an verschiedenen Universitäten als Gastdozent tätig. **Dr. med. Dr. P.H. Dipl.-Volksw. Stefan Weinmann** (SW) ist Oberarzt am Vivantes Klinikum Am Urban, Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité-Universitätsmedizin Berlin und leitet u.a. zwei Teams mit aufsuchender Behandlung. Er ist Dozent und habilitiert an den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel. SW verfügt über langjährige Erfahrungen in der psychiatrischen Versorgungsforschung, in der Erstellung und Umsetzung von Behandlungsleitlinien, in der Psychopharmakotherapie und der evidenz-basierten Psychiatrie. Gemeinsam mit Thomas Becker und Steffi Riedel-Heller war er federführend in der Erstellung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN sowie deren Aktualisierung 2019. **Prof. Dr. Gerhard Längle** (GL) ist Geschäftsführer der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen (PP.rt) sowie Leiter des Zentralbereiches Medizin der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie. Er ist apl.-Professor an der Universität Tübingen, hat Erfahrung mit der Leitung von Multi-Center-Studien im „Kompetenznetz Schizophrenie“ (BMBF, 1997-2002), der ELAN-Studie (Industrieförderung, 2004-2008), verschiedenen BMG-Projekten (Sucht im Alter, 2010-13), der Landesstiftung Baden-Württemberg (2008-2015) und BMBF-Projekten (PflegeCoDe, 2015-18). Er war psychiatrischer Berater der DKG in den Verhandlungen des Bundesrahmenvertrages „Stationsäquivalente Behandlung“ 2017, Autor des 1. StäB-Handbuches, verantwortlich für die bundesweit 1. StäB-Pflegesatzabschlüsse (PP.rt, ZfP Südwürttemberg) sowie an verschiedenen S3-Leitlinien beteiligt. **Prof. Dr. med. Peter Brieger** (PB) ist Ärztlicher Direktor des kbo-Isar-Amper-Klinikums München und apl.-Professor an der LMU München. Zurückliegende Forschungsprojekte umfassen u.a. „Berufliche Rehabilitation“ (BMBF, Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften), „Psychiatrische Unterbringungen im Vergleich verschiedener Bundesländer“ (BMBF, Forschungsnetz Psychische Gesundheit zusammen mit Prof. Dr. Kilian) sowie aktuell im vom Innovationsfond geförderten „Projekt Return-to-Work-Experten in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen – eine Proof-of-Concept-Studie (RETURN)“. Im Rahmen der S3-Leitlinie „Bipolare Störungen“ von DGPPN und DGBS leitet er die Arbeitsgruppe „Versorgung und Versorgungssystem“ und ist als Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke e.V. am „Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen des BMG“ beteiligt. **Prof. Dr. rer. soc. Reinhold Kilian** (RK) ist Leiter der Sektion Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg. RK verfügt über langjährige Erfahrungen in der Konzeption und Leitung von Studien in der psychiatrischen Versorgungsforschung. Schwerpunkte seiner Arbeit bilden insbesondere die

Evaluation und die gesundheitsökonomische Bewertung von Behandlungsansätzen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. RK ist aktuell Konsortialpartner in drei Projekten des Innovationsfonds. **Prof. Dr. Dr.h.c. Jürgen Timm** (JT) ist Projektleiter im Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen. Als Biometriker hat er an über 125 Studien mitgewirkt und u.a. Studien zur integrierten Versorgung, zur Behandlungszufriedenheit und zu Aggression psychiatrischer Patienten betreut. Ein Schwerpunkt der Arbeit von JT ist die Planung und Auswertung psychiatrischer Studien, bspw. als Sponsor und Biometriker in der BMBF-Studie NeSSy zur Behandlung von Schizophrenie. Er hat 2001 das KKSBB gegründet und verfügt über diverse Erfahrungen im Wissenschaftsmanagement.

6 Wissenschaftliches und methodisches Vorgehen: Projektdurchführung

6.1. Studiendesign und Studienaufbau: Das vorliegende Projekt ist eine Proof-of-Concept-Studie, in der die stationsäquivalente Behandlung (StäB) nach §115d SGB V im Vergleich zur konventionellen stationären Behandlung bzgl. klinischer Wirkungen sowie subjektiver und versorgungsbezogener Aspekte überprüft wird. Das Studiendesign wurde auf Basis von Standards guter klinischer Praxis und aktueller Empfehlungen zur Implementierungsforschung (Proctor u.a. 2011; Richards u.a. 2015) sowie zum Reporting naturalistischer Studien (Benchimol u.a. 2015) entwickelt. Basis des Datenschutzkonzepts sind die europäische Datenschutz-Grundverordnung und das Bundesdatenschutzgesetz. Das Studiendesign ist eine explorative, naturalistische, multizentrische quasi-experimentelle Kohortenstudie mit Vorher-Nachher-Messung. Das evidenzbasierte Modell des Home Treatment wird in der Spezialform StäB im deutschen Kontext in einer Vielfalt von Versorgungsregionen untersucht, wobei verschiedene Implementierungsarten beschrieben und bzgl. der beobachteten Wirkungen aus verschiedenen Perspektiven (Klinikpersonal, Patienten, Angehörige) bewertet werden. Eine direkte Randomisierung von Patienten ist erschwert, da StäB als Alternative zur vollstationären Behandlung ein Angebot für stationär behandlungsbedürftige Patienten darstellt, welches diese generell ablehnen können. Bei Vorliegen wichtiger Gründe, bspw. Kinderbetreuung, könnten Patienten zudem in einen Zwiespalt geraten, wenn sie in die stationäre Behandlungsgruppe randomisiert würden und nicht zu Hause behandelt werden könnten. Andererseits gibt es Patienten, die nicht zu Hause behandelt werden wollen oder können, obwohl sie die StäB-Aufnahmekriterien erfüllen. Diese Faktoren erschweren eine randomisierte Zuteilung sowie eine jederzeitige Aufnahme in die StäB-Behandlung ebenso wie die an vielen Kliniken geringe Verfügbarkeit von StäB Behandlungsplätzen (oft nur ca. 5-10 Plätze pro Klinik). Entsprechend wird eine quasi-experimentelle Kohortenstudie mit Propensity-Score-gematchten Studienteilnehmern durchgeführt.

Insgesamt nehmen zehn StäB-praktizierende Kliniken aus unterschiedlichen Regionen an der Studie teil. Die im Nordosten liegenden Kliniken (Immanuel Klinikum Rüdersdorf, Berlin-Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin-Vivantes Klinikum Neukölln und Berlin-Psychiatrische Klinik der Charité, Mitte) werden von der **Projektleitung Nord-Ost** (Vivantes Klinikum Am Urban) betreut und sind

bereits in einem StäB-Kooperationsnetzwerk verbunden. Die südwestlich liegenden Kliniken (Klinikum Zwiefalten, Klinikum Ravensburg, Klinik Reutlingen, Isar-Amper Klinikum München Ost, Universitätsklinik Tübingen, Pfalzlinik Klingenmünster) werden von der **Projektleitung Süd-West** (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Zwiefalten) betreut und kooperieren ebenfalls bereits. In diesen zehn Studienzentren werden über einen Rekrutierungszeitraum von 12 Monaten alle Patienten, die regulär ins StäB aufgenommen werden und die Einschlusskriterien erfüllen, um Teilnahme gebeten. Bei vorliegender Zustimmung werden die Patienten innerhalb einer Woche befragt. Es wird für jeden in StäB aufgenommenen Patienten ein Propensity-Score-gematchter Patient in derselben Klinik rekrutiert. Nach Einschluss erfolgt eine prospektive Befragung aller Patienten zu drei Zeitpunkten: Baseline=eine Woche nach Aufnahme, 1. Follow-up=6 Monate nach Aufnahme, 2. Follow-up=12 Monate nach Aufnahme. Als Aufnahmezeitpunkt wird die Aufnahme in StäB bzw. die Kontrollgruppe gesetzt. Außerdem werden im Rahmen eines partizipativen Forschungsansatzes Fokusgruppen- und Experteninterviews mit einer Stichprobe von StäB-Patienten sowie deren Angehörige durchgeführt. Über Teambefragungen und Auswertungen von Routinedaten erfolgt eine Evaluation der StäB-Prozesse und Implementierungsbedingungen. Für alle Patienten werden Routinedaten der einzelnen Kliniken nach §301 ausgewertet. Bei vorliegender Zustimmung der Patienten erfolgt eine individuelle Verknüpfung von Befragungsdaten zur Inanspruchnahme mit den verfügbaren Routinedaten für gesundheitsökonomische Analysen.

6.2. Einschlusskriterien für Studienteilnehmer: Es werden alle Patienten in die Studie eingeschlossen, die 18 Jahre oder älter sind und folgende Kriterien für eine stationsäquivalente Behandlung erfüllen: Relevante psychiatrische Krise mit vorliegender psychiatrischer Diagnose F0X, F1X, F2X, F3X, F4X, F5X oder F6X, fehlende akute Eigen- oder Fremdgefährdung, welche eine stationäre Aufnahme erforderlich machen würde, fester Wohnsitz im Versorgungsbereich der jeweiligen Klinik. Patienten mit Unterbringungsbeschluss nach den jeweiligen Landesgesetzen können nicht eingeschlossen werden. Für Patienten, die ins StäB eingeschlossen werden, müssen zusätzlich vorliegen: Eignung des sozialen und/oder Wohn-Umfeldes, fehlende Kindeswohlgefährdung, Zustimmung aller Erwachsenen, die in der Wohnung des Patienten wohnen. Ausschlusskriterien sind schwere organische Hirnerkrankungen mit kognitiven Defiziten, Intelligenzminderung und/oder fehlende Einwilligungsfähigkeit bei Studieneinschluss.

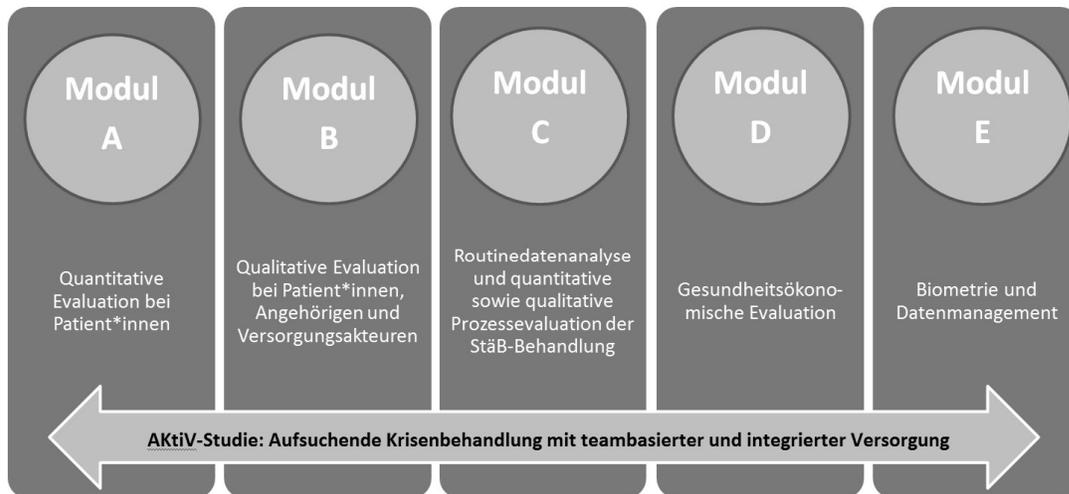
6.3. Intervention: Die Intervention in der Interventionsgruppe (IG) erfolgt im Rahmen der Leistungsbeschreibung nach §115d SGB V, der Bundesrahmenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner und der in den OPS niedergelegten Regularien: Patienten werden über unterschiedliche Wege (telefonischer Kontakt, Zuweisung durch Ärzte oder gemeindepsychiatrische Träger, sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste, Stationen, Rettungsstellen, etc.) aufgenommen. Nach Prüfung der StäB-Einschlusskriterien (s. 6.3.) wird eine Bedarfserhebung durch das multiprofessionelle StäB-Team durchgeführt. Hierauf aufbauend wird ein Behandlungsplan erarbeitet, der auch auf Gesprächen mit Patienten, Angehörigen, Betreuern und/oder anderen Personen im sozialen Umfeld basiert und Auslöser der aktuellen Krise, Vorgeschichte, frühere Behandlungen, die aktuelle Bedarfslage

sowie persönliche Präferenzen berücksichtigt. Der Behandlungsplan enthält Behandlungsziele, die vom Patienten mit Unterstützung des StäB-Teams erreicht werden sollen, sowie die dazu bereitgestellten Hilfen (Medikamente, Gespräche, Kontakte zu anderen Menschen, Beschäftigungen, etc.). Zusätzlich zum Behandlungsplan wird für jede Woche ein Therapie- und Medikamentenplan erstellt. Der Patient wohnt weiterhin in seinem sozialen Umfeld und erhält jeden Tag mindestens einen persönlichen Kontakt in Form eines Hausbesuchs oder eines Besuchs in der Klinik. Mindestens sechs Kontakte pro Woche werden außerhalb der Klinik realisiert. Die Gespräche/Behandlungsmaßnahmen finden in der Wohnung des Patienten, in der Klinik oder einem anderen Ort statt, an dem der Patient sich wohl fühlt. Einmal pro Woche findet eine fachärztliche Visite statt, in der die bisherige Zielerreichung der Behandlung eingeschätzt, Therapien inklusive Medikamente und ihre Dosierungen reflektiert sowie die weitere Dauer und Art der Behandlung festgelegt werden. Jeder Patient wird mindestens einmal pro Woche in einer Teambesprechung ausführlich besprochen. Die pharmakologische sowie die psychotherapeutische bzw. psychosoziale Versorgung werden nach den Standards der jeweiligen Kliniken durchgeführt. Das Entlassmanagement erfolgt analog den stationären Aufenthalten. Weitere Vorgaben hinsichtlich Teamzusammensetzung, beteiligten Professionen, Prozessen, etc. werden für die Studienzentren nicht gemacht, um die Varianz in der Umsetzung von StäB untersuchen zu können. Die Intervention in der Kontrollgruppe (KG) besteht aus der vollstationären Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

6.4. Fallzahl: Basis der Fallzahlberechnung für den primären Studienendpunkt (Wiederaufnahmerate 12 Monate nach Entlassung) sind internationale Studien, die in das aktuelle Cochrane Review *Crisis intervention for people with severe mental illnesses* (Murphy u.a. 2012) einbezogen wurden. Hierfür wurde die mittlere Wiederaufnahmerate aus den Publikationen von Hoult et al. (1983), Fenton et al. (1998) und Johnson et al. (2005) nach den jeweiligen Kollektivgrößen gewichtet mit rund 72% (KG) zu 42% (IG) geschätzt. Zur Absicherung gegen mögliche Probleme bei der Übertragung dieser Zahlen wurde die etwas pessimistischere Annahme von 45% für die IG zu 70% für die KG zugrunde gelegt. Diese Annahme steht in Übereinstimmung mit der aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, die eine Reduktion der stationären Wiederaufnahmerate um 25% im 12-Monatszeitraum postuliert (DGPPN, 2019). Bei einem alpha-Fehler von 5% und einer Power von 80% würden im zweiseitigen Test (Chi-Quadrat-Test) gemäß der Fallzahlberechnung mit dem Programm nQuery Advisor 7.0. insgesamt 136 Patienten in der Gesamtkohorte (IG=68, KG=68) benötigt, um einen solchen Unterschied zeigen zu können. Geht man auf Basis von Erfahrungen in ähnlichen Studien von einer Dropout-Rate von 30% aus, werden ca. 200 Patienten benötigt. Schätzt man die Non-Responder-Rate konservativ mit 50%, müssten insgesamt ca. **400 Patienten** bzgl. einer Studienteilnahme angesprochen werden. **Machbarkeit der Rekrutierung der angestrebten Fallzahl:** Unter Annahme einer durchschnittlichen Dauer einer stationäquivalenter Behandlung von 23,5 Tagen (Spannweite=19–37) und einer durchschnittlichen Anzahl von 6,5 StäB-Plätzen (Spannweite:6–7) in jeder der zehn teilnehmenden Studienzentren ergibt sich, dass pro Jahr maximal 84 StäB-Patienten in jedem Studienzentrum oder 847 für die

Studie insgesamt rekrutiert werden könnten. Die Rekrutierung der gleichen Zahl von Kontrollpatienten ist angesichts der Kapazitäten der zehn Zentren unproblematisch, so dass für die Studie potentiell 1695 Patienten angefragt werden könnten. Damit ist die Rekrutierung der benötigten Anzahl von 400 Patienten gesichert.

6.5. Datenerhebung und –auswertung: Das Projekt ist in Module gegliedert, die unterschiedliche Themen und Fragestellungen bearbeiten:



Modul A - Quantitative Evaluation bei Patienten (Outcome-Forschung)

Ausgangslage und Zielsetzung des Moduls A

Wie zuvor bereits dargelegt, liegen aus Deutschland bis dato keine verallgemeinerbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse über patientenbezogene Effekte von StäB gegenüber der stationären Regelversorgung in psychiatrischen Akutversorgung vor. In Modul A soll deshalb untersucht werden, ob StäB der stationären Regelversorgung (TAU) bzgl. unterschiedlicher klinischer und subjektiver Outcome-Parameter überlegen ist. Diese wurden basierend auf der Auswertung verschiedener international umgesetzter Hometreatment-Modelle, welche hinsichtlich ihrer Effekte im Rahmen einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld evaluiert wurden, ausgewählt (siehe Tab. 1.)

Tabelle 1: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf unterschiedliche Zielparameter.

	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie NICE 2014	Metaanalyse Cochrane Review Murphy 2015
<i>Krankheitsassoziierte Merkmale</i>		
↓ Sterbefälle		~
↓ Symptomschwere		++ ¹
↑ Allgemeinzustand		~
↑ soziale Funktionen		~
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>		
↓ stationäre Wiederaufnahmeraten (ohne initiale Aufnahme)	++	++ ¹
↓ stationäre Behandlungszeiten		++ ¹
↓ Behandlungsabbrüche		++
<i>Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion</i>		
↑ Beschäftigungssituation		~
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten		~
↓ Wohnungslosigkeit		~
<i>Zufriedenheit und erlebte Belastungen</i>		
↓ erlebte Belastungen, Angehörige		++
↑ Behandlungszufriedenheit, Patienten	++ ¹	++ ¹
↑ Behandlungszufriedenheit, Angehörige		++ ¹
↑ Lebensqualität		~
<i>Kosteneffektivität</i>		
↑ Kosteneffektivität		++ ¹

++: signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe
 ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen
 ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung
¹: basiert auf Ergebnissen aus einer RCT

Quelle: (DGPPN, 2019)

Wie in Tabelle 1 ersichtlich, zeigten sowohl die Metaanalyse der NICE-Linie Schizophrenie als auch die Metaanalyse des Cochrane Interview einen signifikanten Vorteil der aufsuchenden Akutbehandlung hinsichtlich der stationären Wiederaufnahmerate und der Behandlungszufriedenheit. Letzgenannte Quelle zeigt zudem signifikante positive Effekte bzgl. Symptomschwere und Behandlungskontinuität an. Weitere Aspekte, bei denen eine Überlegenheit des StäB gegenüber der stationären Routinebehandlung erwartet wird, sind Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit, Recovery-Orientierung sowie die Bewertung und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten (siehe auch „Gesundheitsökonomische Evaluation – Modul D“).

Forschungsfragen: Gibt es im 6- und 12-Monatszeitraum zwischen stationsäquivalent und vollstationär behandelten Patienten Unterschiede hinsichtlich Wiederaufnahmerate, stationär verbrachter Tage, Behandlungsabbruchrate, direkten und indirekten Kosten (siehe auch Modul D), gesundheitsbezogener Lebensqualität, psychosozialem Funktionsniveau, beruflicher Integration, Recovery und Behandlungszufriedenheit?

Hypothesen:

1. StäB-Patienten zeigen 12 Monate nach Studieneinschluss eine signifikant um mindestens 25% geringere stationär-psychiatrische Wiederaufnahmerate im Vergleich zu TAU-Patienten.
2. StäB-Patienten zeigen 6- bzw. 12 Monate nach Studieneinschluss eine signifikant niedrigere Gesamtzahl stationär verbrachter Tagen, niedrigere Behandlungsabbruchrate, niedrigere direkte und indirekte Kosten sowie signifikant höhere Werte bzgl. gesundheitsbezogener Lebensqualität, psychosozialem Funktionsniveau, beruflicher Integration, Recovery-Orientierung und Behandlungszufriedenheit im Vergleich zu TAU-Patienten.

Methodik, Zielgrößenvariablen und eingesetzte Fragebögen [Zeitpunkt]:

In der geplanten quantitativen Erhebung werden ausschließlich standardisierte und validierte Fragebögen wie folgt verwendet:

Indikator	Instrument	Erhebungszeitpunkt
Stationär-psychiatrische Wiederaufnahme	Routinedaten und deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) nach Chisholm et al. (2000) in der deutschen Übersetzung (CSSRI-D) nach Roick et al. (2001)	Baseline 6 Monate 12 Monate
Behandlungskontinuität	CSSRI-D	12 Monate
Lebensqualität	gesundheitsbezogene Lebensqualität mit der deutschen Übersetzung des Short-Form-Health Survey (SF 12) (Wirtz et al. 2018)	Baseline 6 Monate 12 Monate
Behandlungszufriedenheit	Fragebogen zur Zufriedenheit mit der stationären Versorgung (ZUF 8) von Schmidt et al. (1989) nach dem Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) von Attkisson & Zwick (1982)	Baseline 6 Monate 12 Monate
Soziales Funktionsniveau	Verlauf und Schweregrad psychiatrischer Symptomatik im stationären Setting mit dem Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (Fankhauser, Hochstrasser, Sievers, & Soyka, 2017), Personal and Social Performance Scale PSP (Morosini 2000)	Baseline 6 Monate 12 Monate
Arbeitsfähigkeit	Behandlungstage, berufliche Integration, Arbeitsunfähigkeit CSSRI-D mit zusätzlichem Item	6 Monate 12 Monate
Recovery-Orientierung	Recovery Assessment Scale (RAS) (Corrigan et al., 1999) in der deutschen Übersetzung (RAS-G) nach Cavelti et al. (2017)	Baseline 6 Monate 12 Monate
Bewertung und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	CSSRI-D, EQ5D-5L (Leidl & Reitmeir, 2017)	Baseline 6 Monate 12 Monate

Die Zuweisung zur StäB oder zur stationären Regelversorgung erfolgt klinikintern nach üblichen gesetzlichen Anforderungen in den einzelnen Studienzentren. Alle Patienten, welche die StäB-Kriterien erfüllen, werden bzgl. der Studie aufgeklärt und bzgl. einer Studienteilnahme angefragt. Sowohl Screening als auch Aufklärung, Studieneinschluss und Befragung erfolgen durch geschultes wissenschaftliches Personal, welches nicht in das Versorgungsgeschehen involviert ist. Für jeden eingeschlossenen StäB-Studienteilnehmer wird mittels Propensity Score (PS) – Matching ein optimaler „Kontrollpatient“ ermittelt (Berechnung des PS-Match siehe Modul E).

Die oben aufgelisteten Fragebögen kommen direkt nach Studieneinschluss (innerhalb der ersten 7 Tage nach Aufnahme in das jeweilige Behandlungssetting) und dann jeweils 6 und 12 Monate nach Baseline-Erhebung zur Anwendung. Die Baseline-Befragung erfolgt im sozialen Umfeld des Patienten (StäB) oder in der Klinik (TAU). Für die Follow-Up-Befragungen werden die Studienteilnehmer

telefonisch kontaktiert und im häuslichen Umfeld oder in der Klinik befragt. Bei Bedarf werden Angehörige bzw. Betreuer miteinbezogen. Um die Non-Responder-Rate zu verringern und für Fragen der Studienteilnehmer zur Verfügung zu stehen, finden alle Befragungen persönlich statt. Um die Drop-Out-Rate zu verringern, wird den Studienteilnehmern nach Abschluss der 12-Monats-Follow-up-Erhebung eine Aufwandsentschädigung von 25 € gezahlt.

Die Auswertung des quantitativen Studienteils erfolgt in enger Zusammenarbeit mit Modul E (Biometrie). Zunächst werden explorativ Gruppenunterschiede mittels parametrischer bzw. non-parametrischer Tests untersucht. Für die Interpretation der Auswertung werden Referenzwerte an deutschen oder vergleichbaren Populationen verwendet. Es werden mittels deskriptiver und schließender statistischer Verfahren Gruppenvergleiche zwischen absoluten Werten zu den Zeitpunkten 6 und 12 Monate unter Kontrolle der Baseline-Werte gerechnet. Zudem erfolgen Gruppenvergleiche zwischen bestimmten Subpopulationen, bspw. Diagnosegruppen, Stadt-Land, Arbeitsplatz, Chronizität der Erkrankung, Behandlungsart. Eine differenzierte Beschreibung der Auswertung gibt Modul E (S.16).

Finanzierung

- Personalstellen¹ = **259.976,12 €**
 - 1 x Nachwuchswissenschaftler (Post-Doc) E 14 für 20 % der regulären Wochenarbeitszeit über 36 Monate: Als wissenschaftliche Leitung des Konsortiums und Projektleitung Nord-Ost ist für das Modul A u. E. eine Post-Doc-Stelle über den gesamten Projektzeitraum notwendig und angemessen. Die entsprechende Person wird bspw. hauptverantwortlich für den Aufbau einer Koordinationsstruktur für die quantitative Erhebungen über alle Studienzentren hinweg, alle wissenschaftsbezogenen Fragestellungen und die Zusammenführung der Ergebnisse aller Module sein.
 - Kostenkalkulation: 6.700,00 € /Monat bei 100 % → 1.340 € / Monat bei 20 %
x 36 Monate = **48.240,00 €**
 - 1 x Wissenschaftlicher Mitarbeiter (Prä-Doc) E 13 für 80 % der regulären Wochenarbeitszeit über 36 Monate: Ein wissenschaftlicher Mitarbeiter ist über den gesamten Studienverlauf hinweg notwendig, um die wissenschaftliche Leitung zu unterstützen sowie die quantitative Erhebung von Modul A in allen Studienzentren zu organisieren, durchzuführen, deren Daten zu analysieren sowie deren Ergebnisse zu disseminieren. Konkret zählen hierzu bspw. das Verfassen eines Ethikantrags, die Vorbereitung der Studienmaterialien und Forschungsinstrumente, die Vorbereitung und Durchführung der Patientenrekrutierung, die Durchführung der Baseline- und Follow-Up-Erhebungen in allen Studienzentren, die Analyse der Ergebnisse sowie die Erstellung von

¹ Kostenkalkulation gemäß gemittelten Personalsätzen des Innovationsfonds für die Jahre 2020-2022

wissenschaftlicher Publikationen und Informationsmaterialien für die Öffentlichkeitsarbeit und die Versorgungspraxis. Im Rahmen der Nachwuchsförderung ist vorgesehen, dass der Inhaber dieser Stelle eine Dissertationsschrift zum Projektthema verfasst.

- **Kostenkalkulation:** 6.316,17 € / Monat bei 100 % → 5.053 € / Monat bei 80 %
x 36 Monate = **181.905,70 €**
 - 1 x Wissenschaftlicher Mitarbeiter (Prä-Doc) E 13 für 25 % der regulären Wochenarbeitszeit über die ersten 10 Monate (Studienmonat 1 bis 10): Da zu Beginn des Projekts sehr viele Aufgaben anfallen, die maßgeblich mit der Initiierung der Studie zu tun haben, wird für die ersten neun Monate ein weiterer wissenschaftlicher Mitarbeiter mit geringem Stundenumfang benötigt. Dieser soll v.a. den hauptamtlichen wissenschaftlichen Mitarbeiter und die Initiierung der quantitativen Erhebung von Modul A unterstützen. Konkret zählen hierzu bspw. eines Verfassen des Ethikantrags, die Vorbereitung der Studienmaterialien und Forschungsinstrumente inkl. deren Pre-Testung und die Vorbereitung der Patientenrekrutierung.
 - **Kostenkalkulation:** 6.316,17 € / Monat bei 100 % → 5.053 € / Monat bei 25 %
x 10 Monate = **15.790,43 €**
 - 1 x Studentische Hilfskraft für 7 ½ h / Woche über 36 Monate: Zur administrativen und organisatorischen Unterstützung der oben genannten wissenschaftlichen Mitarbeiter wird eine studentische Hilfskraft über den gesamten Projektzeitraum benötigt
 - **Kostenkalkulation:** 13 € / h x 7,5 h / Woche x 4 Wochen → 390 € / Monat x 36 Monate = **14.040,00 €**
- **Sachausgaben**
 - **Reise-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten = 14.595,00 €**
 - **Projekttreffen:** Es wird insgesamt drei jeweils halbtägige Projekttreffen mit je 2-3 Mitarbeitern jedes Moduls geben, um Beginn, Verlauf und Abschluss des Projekts zu besprechen. Hierbei ist es wichtig, dass das Konsortium sich persönlich trifft, da ...
 - 1. Projekttreffen (Berlin): Keine Kosten, da alle Mitarbeiter ortsansässig
 - 2. Projekttreffen (Ulm): (250 € Reisekosten (DB, 2. Klasse, pauschal) + 70 € Übernachtung (1 Nacht inkl. Frühstück, pauschal) + 15 € (Tagegeld)) x 3 Personen = **1.095 €**
 - 3. Projekttreffen (Berlin): Keine Kosten, da alle Mitarbeiter ortsansässig

- **Tagungsteilnahme:** Über den gesamten Projektverlauf werden insgesamt neun Tagungsteilnahmen angestrebt (= durchschnittlich 3 Tagungsteilnahmen pro Person): (250 € Reisekosten (DB, 2. Klasse, pauschal) + 70 € Übernachtung (1 Nacht inkl. Frühstück, pauschal) + 15 € Tagegeld + 400 € Tagungsteilnahmegebühr (pauschal)) x 9 = **6.885 €**
- **Reisetätigkeiten im Rahmen der quantitativen Erhebungen:** Der hauptamtliche wissenschaftliche Mitarbeiter wird zu jeder Erhebung in jedes Studienzentrum fahren. Hieraus ergeben sich bei 3 Erhebungen und 10 Studienzentren insgesamt 30 Fahrten. Da 3 Studienzentren (Berlin-Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin-Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin-Psychiatrische Klinik der Charité, Mitte) innerhalb Berlins liegen, werden für diese keine zusätzlichen Fahrkosten kalkuliert. Folglich verbleiben 21 Fahrten, für die pauschal folgende Kosten veranschlagt werden: (250 € Reisekosten (DB, 2. Klasse, pauschal) + 70 € Übernachtung (1 Nacht inkl. Frühstück, pauschal) + 15 € Tagegeld) 21 = **6.615 €**
- **Aufwandsentschädigung für Studienteilnehmer: 10.000 €**
 - Da die Studienteilnahme zeitlich aufwendig für die teilnehmenden Personen ist, möchten wir ihnen eine kleine Entschädigung in Höhe von 25 € hierfür zahlen. Der Betrag wird nach Beendigung des 12-Monats-Follow-Ups ausgezahlt. Die hierfür veranschlagte Summe berechnet sich wie folgt: 25 € x 400 Studienteilnehmer = **10.000 €**
- **Infrastrukturpauschale: 51.995,22 €**
 - Die Infrastrukturpauschale des Vivantes Klinikum Am Urban konnte auf 20 % der Personalkosten reduziert werden, so dass bei oben angegebenen Personalkosten von ein zu entrichtender Betrag von **259.976,12 €** entsteht.

Modul B – Qualitative Prozess- und Outcome-Evaluation der Stakeholder

Modul B1: Partizipativ-kollaborative Evaluation der Erfahrungen von Nutzer*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden mit StäB

In diesem Modul werden ausschließlich hypothesengenerierende bzw. qualitative Methoden verwendet, um die Erfahrungen der Stakeholder mit StäB zu untersuchen und herauszufinden, was für eine gute psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld förder- oder hinderlich ist.

Forschungsfragen:

1. Wie erleben Nutzer*innen, Angehörige und Mitarbeitende StäB?

2. Welche Merkmale (Art des Umgangs und der Kommunikation, Haltung der Mitarbeiter*innen, Art des Angebots, etc.) der Zuhause-Behandlung werden aus Sicht von Nutzer*innen als hilfreich bzw. hinderlich eingeschätzt?

3. Was sind spezifische Wirk- und Störfaktoren von StäB?

Antworten auf diese und andere Fragen sollen helfen, kontextabhängige Wirk- und Störvariablen herauszuarbeiten (Kontextualisierung quantitativer Daten bei großer Heterogenität in der Umsetzung von StäB). Auf Grundlage der erhobenen Daten soll ein Logik- und Wirkmodell (de Silva, 2014) zu StäB aus Sicht von Nutzer*innen und Angehörigen entwickelt werden, um systematisch Wissenslücken zu identifizieren und die Implementierung zu erleichtern (Blettner 2018). Ziel ist dabei, die erlebte Qualität der StäB Angebote zu differenzieren und dokumentieren.

Methodik und Datenquellen:

Ein partizipativ-kollaborativer Forschungsansatz ist den Forschungsfragen angemessen (von Peter 2017), da Erfahrungen insbesondere von Nutzer*innen und Angehörigen mit StäB aus lebensweltlichen Perspektiven heraus dargestellt werden sollen, ohne dies durch den „klinischen Blick“ der Forschenden zu stark zu verändern. Unter *partizipativ-kollaborativ* wird die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Forscher*innen *mit* und *ohne* Erfahrungsexpertise als Nutzer*in und/oder Angehörige in der Psychiatrie verstanden. Dieser Forschungsansatz wurde bereits im vom IF geförderten Projekt PsychCare erfolgreich umgesetzt und soll sicherzustellen, dass der Forschungsprozess vorrangig an den Forschungsinteressen von Nutzer*innen und Angehörigen orientiert ist.

Um alltägliche Praktiken in der Umsetzung von StäB möglichst unverzerrt abzubilden, wird das Mitgehen als Methode („Go Along“, Kusenbach 2008) eingesetzt. Dieser aus dem Repertoire der ethnographischen Feldforschung stammende Ansatz erlaubt es, die Praxis von StäB und deren Erleben durch die Nutzer*innen und Angehörigen unter lebensweltlichen Bedingungen teilnehmend zu untersuchen. Innerhalb der Laufzeit sind in drei Regionen jeweils sechs, also insgesamt 18 Go Alongs geplant. Die genaue Anzahl hängt von der Sättigung der erhobenen Daten ab.

Darüber hinaus kommen sowohl Fokusgruppen (FG), Experteninterviews (EI) als auch Forschungstagebücher (FT) zum Einsatz: FG werden sowohl dialogisch (Nutzer*innen, Angehörige und Mitarbeitende) als auch nur durch eine dieser beiden Gruppen besetzt. Das Sampling erfolgt strukturiert, entlang eines Stichprobenplans (Patton, 2015). Die FG werden aufgezeichnet, transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse dekodiert (Mayring, 2015). Insgesamt sind über alle untersuchten Einrichtungen hinweg 10-15 FG geplant. Die genaue Anzahl hängt von der Datensättigung des erhobenen Materials ab. Die Ergebnisse werden mit den Ergebnissen der quantitativen Zugänge integriert.

EI werden mit Nutzer*innen und Angehörigen geführt, die über eine spezifische, praxiswirksame Expertise mit StäB verfügen (bspw. Nutzer*innen, die schon lange, oft oder intensiv behandelt wurden), aber auch mit Mitarbeitenden. Die Interviewführung erfolgt leitfadengestützt mit ausreichen-

dem Raum für eigene Relevanzsetzungen; sie werden transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Insgesamt sind über alle untersuchten Einrichtungen hinweg 15 EI geplant. Die genaue Anzahl hängt von der Datensättigung des erhobenen Materials ab.

FT erlauben eine kleinteilige Beschreibung von Alltagssituationen. Sie setzen eine „ethnographische Haltung“ voraus (d.h. sich bewusst aus dem „Alltag“ zurückziehen und den Platz eines „Unbeteiligten“ einnehmen) und werden sowohl bei Nutzer*innen, Angehörigen als auch Mitarbeitenden eingesetzt. Auch hier kommt ein Stichprobenplan zum Einsatz. Die FT werden über sechs Monate hinweg durch die Probanden geführt und auch mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Insgesamt sind über alle untersuchten Einrichtungen hinweg die Analyse von 20 FT geplant. Die genaue Anzahl hängt von der Datensättigung des erhobenen Materials ab.

Modul B2: Erweiterte Stakeholderanalyse zur Relevanz des sektorübergreifenden Aspektes in StäB

Sowohl das PsychVVG als auch StäB wurden vorrangig eingeführt, um die sektorenübergreifende Versorgung und damit die Zusammenarbeit der Kliniken mit dem übrigen Versorgungssystem zu stärken. Das Teilmodul B2 untersucht, inwiefern der Aspekt der sektoren- und rechtskreisübergreifenden Durchgängigkeit von StäB umgesetzt ist und welche Möglichkeiten für dessen Weiterentwicklung bestehen. Wie in Modul B1 kommen hypothesengenerierende, qualitative Methoden zum Einsatz. Als erweiterte Stakeholder werden Akteure verstanden, die sowohl innerhalb als auch außerhalb der Studienkliniken an der Behandlung und Unterstützung von Nutzer*innen beteiligt sind. Darüber hinaus werden relevante Akteure aus Politik und Selbstverwaltung der Versorgungsregionen sowie auf Landes- und Bundesebene einbezogen, um die Potentiale zur Weiterentwicklung des sektorübergreifenden Aspektes zu erfassen.

Forschungsfragen:

1. Welche Effekte hat die Einführung von StäB auf regionale Versorgungssysteme? Inwiefern wird an den Studienzentren StäB sektorübergreifend angeboten?
2. Unter welchen Bedingungen kann sektorenübergreifende Kooperation in StäB gelingen? Was sind begünstigende und hemmende Faktoren?
3. Welche Möglichkeiten werden zur Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Ausrichtung von StäB gesehen? Inwiefern spielen hierbei bspw. alternative Vergütungsmodelle (Regionalbudget bzw. Modellvorhaben nach §64b SGB V) eine Rolle?

Methodik und Datenquellen:

Es kommen etablierte Methoden aus der qualitativen Gesundheitsforschung zum Einsatz, u.a. Experteninterviews (EI), Fokus- (FG) und Diskussionsgruppen (DG). Der Forschungsprozess gliedert sich in dreischrittiges Vorgehen und folgt Ansätzen aus der qualitativen Netzwerkanalyse (Hollstein und Straus, 2006):

Schritt I: Unter Einbeziehung von Akteuren des lokalen Netzwerkes werden die o.g. Forschungsfragen untersucht. Hierzu werden EI und FG mit Mitarbeitenden aus den Studienzentren als auch dem ambulanten System geführt und aufgezeichnet und transkribiert. Es erfolgt eine zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse zur Identifizierung des *status quo* des sektorübergreifenden Aspektes in StäB. Insgesamt sind 20 EI und 8 FG geplant. Die genaue Anzahl hängt von der Sättigung der Daten ab. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgt in mindestens 5 Regionen nach einem Schneeballprinzip (Patton, 2015).

Schritt II: Mit Hilfe einer Literaturrecherche werden Informationen über internationale Ansätze zur Stärkung sektorenübergreifender Kooperation in ländlichen und städtischen Einzugsgebieten zusammengetragen und ausgewertet. Hierunter werden Versorgungsmodelle und -ansätze mit Relevanz für aufsuchende Behandlungsformen und mit Übertragbarkeit auf das Deutsche Gesundheitssystem ausgewählt.

Schritt III: In DG und unter Berücksichtigung von Stakeholdern aus Versorgungspraxis (Mitarbeitende der Studienzentren, Akteure des ambulanten Versorgungssystems), Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung wird die bisherige Implementierung des sektorenübergreifenden Aspektes in StäB in Hinblick auf seine Weiterentwicklungspotentiale untersucht. Es werden die Ergebnisse der Schritte I + II einbezogen um möglichst praxistaugliche Lösungsansätze und Empfehlungen zur Stärkung der sektorübergreifenden Behandlung i.R. von StäB auf klinik- als auch gesundheitssystemischer Ebene abzuleiten.

Modul C - Routinedatenanalyse und quantitative sowie qualitative Prozessevaluation der StäB-Behandlung (Prozess- und Implementierungsforschung)

Modul C1: Zentrumsübergreifende Evaluation der Implementierungs- und Behandlungsprozesse

Ausgangslage und Zielsetzung des Moduls C1:

Kenntnisse über die konkrete Durchführung von StäB in den einzelnen Kliniken werden seit 2019 in der Arbeitsgruppe StäB des Referates Gemeindepsychiatrie der DGPPN unter Leitung der für das Modul C1 verantwortlichen Personen (G. Längle, M. Holzke, R. Borbé) gebündelt und zusammengeführt. Dies erfolgt im Rahmen regelmäßiger bundesweiter Tagungen, Arbeitstreffen und bundesweiter Erhebungen mit Hilfe der Klinikverbände sowie zahlreiche einzelne Beratungskontakten. Eine Kompletterhebung zur Umsetzung von StäB und anderen aufsuchenden Behandlungsformen (z.B. Modelle nach § 64b oder §140 SGB V) wird im Herbst 2019 durch diese Arbeitsgruppe der DGPPN in Verbindung mit der DGSP im vierten Quartal 2019 durchgeführt.

Derzeit gibt es keinen „Goldstandard“ für die Durchführung von StäB. Es gibt weder erfahrungsgestützte Praxisleitlinien noch wissenschaftlich basierte S2- oder S3-Leitlinien. Die Erkenntnisse aus anderen Ländern, wie sie z.B. in der überarbeiteten S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schwe-

ren psychischen Erkrankungen (Kapitel Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung) niedergelegt sind, geben nur wenig Anweisungen für die Implementierung aufsuchender teambasierter psychiatrischer Akutbehandlung, da bisherige Studien zur Wirksamkeit in völlig anderen Gesundheitssystemen durchgeführt wurden (Längle, Holzke u. Gottlob, 2019, vgl. Kap. 3.2).

Die einzige verbindliche Basis für die Durchführung von StäB - Regelungen und Vereinbarungen zu Inhalten der Behandlung, zur Zusammensetzung des Behandlungsteams, zur Organisationsstruktur der Teams, zu räumlichen Rahmenbedingungen und zur Dokumentation - liegt in Form des Gesetzes (PsychVVG, Drucksache 18/9528 und 18/10289 Deutscher Bundestag 2018)), der Rahmenvereinbarung zwischen Deutscher Krankenhaus-Gesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband (DKG u.a. 2017), der Umsetzungsempfehlungen der DGK (Erstveröffentlichung auf der Homepage der DKG 19.12.2017) und der OPS-Definitionen vor (DIMDI 2018; Längle, Holzke u. Gottlob, 2019, vgl. Kap. 2).

Daraus resultierend ist die Heterogenität der StäB-Konzepte und der realen Umsetzung im Behandlungsalltag enorm. Die inhaltlichen Konzepte sind z.T. den stationären angeglichen, wobei schon der weitgehende Verzicht auf Gruppenbehandlung hier eine starke Modifikation erfordert. Einzelne Kliniken behandeln nur ausgewählte Diagnosegruppen, manche haben regionalisierte oder fachbereichsspezifisch arbeitende Teams. Die Teamzusammensetzung nach Berufsgruppen variiert breit und auch die Behandlungsintensität, was die Zahl der täglichen Kontakte und die Dauer des täglichen Patientenkontaktes angeht, unterscheidet sich beträchtlich.

Vor diesem Hintergrund ist es dringend notwendig, Aufbau, Zusammensetzung und Organisation der Behandlungsteams und der Behandlungsprozesse zu untersuchen. Diesem Schwerpunkt innerhalb der AKtiV-Studie widmet sich Modul C in seinen verschiedenen Facetten. Die gewonnenen Daten können dann mit den im Modul A erhobenen quantitativen Daten und den in Modul B erhobenen qualitativen Daten zur Wirksamkeit verknüpft werden, um dort Wirkfaktoren herausarbeiten und ein Wirkungsmodell entwickeln zu können.

Die zehn Studienzentren bilden die bestehende Heterogenität der StäB-Modelle in Deutschland weitgehend ab, da sowohl städtische als auch ländliche Versorgungsregionen, Fachkliniken, Abteilungspsychiatrien und Universitätskliniken, Kliniken mit spezialisiert oder regionalisiert arbeitenden, diagnosespezifischen oder -übergreifenden Teams einbezogen sind. Damit ist die Basis für die Untersuchung von unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen und unterschiedlichen Behandlungs- und Implementierungsmodellen vorhanden, welche im Rahmen des allgemeinen Vergleichs der Wirksamkeit zwischen stationärer und stationsäquivalenter Behandlung und möglicher zentrumsspezifischer Wirksamkeitsunterschiede erfolgt.

Modul C1 konzentriert sich dabei auf den Vergleich von Aufbau, Struktur, Organisation und Leistungen der StäB-Teams in den einzelnen Kliniken und die erreichte Patientengruppe. Diese werden mit Modellen aus der Literatur zu Home Treatment verglichen und zu möglichen Wirkfaktoren zusam-

mengefasst. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, Unterschiede im Behandlungsergebnis, die sich aus Modul A ergeben (Aufnahmeraten, Dauer stationärer verbrachter Tage, Kontakt zum Hilfesystem, Behandlungskosten, Behandlungszufriedenheit und andere in der Nachbeobachtung erhobene Variablen) auf individueller Ebene und Zentrumsebene mit Besonderheiten der StäB-Implementierung und ausgewählter Behandlungsprozessvariablen zu verknüpfen.

In diesem Modul wird auch ein Routinedatensatz zur kontinuierlichen Evaluierung von StäB-Behandlungsmodellen für die spätere Routineversorgung erarbeitet.

Hypothesen

1. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Organisationsstruktur der Behandlungsteams und der den Patient*innen zukommenden Behandlung (Kontaktfrequenz und –dauer, Dauer insgesamt der Behandlung)
2. Die Durchführung von StäB im Rahmen eines stationsintegrierten Teams gegenüber einem losgelösten/autonomen StäB-Team ist mit einer stärkeren Reduktion der stationären Wiederaufnahmerate und der stationär verbrachten Tage verbunden (Verknüpfung von Struktur- und Routinedaten mit Primärdaten zur Wirksamkeit auf Zentrumsebene).
3. Die Arbeitszufriedenheit in den StäB-Teams, korreliert studienzentrumspezifisch mit der Behandlungszufriedenheit bei Patienten und Angehörigen
4. Aspekte der individuellen Behandlung (Anzahl und Dauer von Patientenkontakten – auch durch unterschiedliche Professionen -, Dauer der Behandlung insgesamt, Bewertung der Teamprozesse durch das Personal und die Mitarbeiterzufriedenheit), zeigen eine stärkere Korrelation zur stationären Wiederaufnahmerate als Ergebnisparameter als Patientenvariablen (Diagnose, Alter, Geschlecht usw.).
5. Zentrumseffekte bezüglich der Wirkungen (stationäre Wiederaufnahmerate und Gesamtzahl stationär verbrachter Tage) können eher durch Unterschiede in den Behandlungsprozessen in den verschiedenen Zentren als durch deren unterschiedlichen Case-Mix (Diagnose, Alter, Dauer der Erkrankung) erklärt werden
6. Instabile Verläufe während der Indexbehandlung sind negative Prädiktoren für die Ambulantisierung und das stationäre Wiederaufnahmerisiko.

Daten

Es werden (1) Routinedaten der beteiligten Zentren (Strukturdaten), (2) Routinedaten der Behandlungsprozesse im StäB, (3) zusätzlich erhobene Primärdaten zur Implementierung, zu Behandlungsprozessen und zur klinischen Vorgeschichte und Soziodemographie der behandelten Patienten (4) eigens bei den Behandlungsteams erhobene qualitative und quantitative Primärdaten verwendet.

In Bezug auf die Behandlungsprozesse werden patientenbezogen die Routinedaten des § 301-Datensatzes verwendet, ergänzt um die Behandlungsdaten anhand der OPS-Kodierungen. Die Daten nach § 301 SGBV enthalten die zur Abrechnung relevanten Leistungs- und Patientendaten, die den

Kostenträgern zur Verfügung gestellt werden. Sie werden vielfach für den Leistungsvergleich zwischen Kliniken verwendet und bieten auch im StäB-Vergleich zusätzliche Anhaltspunkte. Zu den an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten nach § 301 SGB V zählen Patienten- und Versicherten-daten, der Ort der Leistungserbringung, allgemeine Aufnahmedaten sowie auch Aufnahme-diagnosen, Fachabteilungs- und Verlaufsdiagnosen, Therapiezeiten nach einzelnen Berufsgruppen (OPS-Kodierung) und schließlich auch Entlassdaten (Entlassgrund, Entlassdiagnosen, etc.). Ergänzend zu den § 301-er Daten werden aus den KIS der Kliniken die Informationen zu direkter Vorbehandlung, Aufnahme und Entlassung, Kriseninterventionen, Verlegung von StäB in stationäre Behandlung und umgekehrt, Unterbrechung und Abbruch der Behandlung erhoben.

Diese Routinedaten werden ergänzt durch spezifische patientenbezogene Daten zum psychosozialen Hintergrund zur Behandlungsgeschichte, Chronizität der Erkrankung u.a. die sich zum einen an den Basisdokumentationen der einzelnen Zentren, zum anderen an relevanten Parametern im Kontext des Moduls C2 orientieren. Beide Erhebungsinstrumente werden im 1. Studienjahr der Studie in Expertenkonferenzen endabgestimmt.

Ergänzend zu den Strukturdaten der Behandlung, den Leistungsdaten der StäB und den patientenbezogenen Variablen werden die Mitarbeitenden der StäB-Teams im Rahmen des qualitativen Studienteils detailliert zu den (Implementierungs-) Prozessen befragt, außerdem wird die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden quantitativ erfasst. Die notwendige Rekrutierung geeigneter Mitarbeitender und die Etablierung eines stabilen Teams mit möglichst geringer Fluktuation insbesondere in der Aufbauphase sind zentrale Herausforderungen bei der Einführung einer neuen Behandlung in einer Klinik. Bei ohnehin sich anhaltend schwierig gestaltender Personalgewinnung im Krankenhaus ist deshalb die Kenntnis über die Bewertung der Arbeitsbedingungen durch die Mitarbeitenden von zentraler Bedeutung.

Die endgültige Ausarbeitung der Erhebungsinstrumente erfolgt im Rahmen der Studiengruppe unter Einbindung aller Rekrutierungszentren und der externen Experten im 1. Studienjahr. Die für alle Module gleichermaßen notwendige Erhebung der Strukturdaten der StäB-Behandlung in den Studienzentren erfolgt im Rahmen des Moduls C1.

Ergänzend werden die exakten Behandlungsdaten der einzelnen Patienten durch genaue Analyse der bei Entlassung abgerechneten OPS-Ziffern erfasst. Im Gegensatz zur stationären Behandlung wird durch die OPS-Ziffern der weit überwiegende Anteil des Leistungsgeschehens differenziert nach einzelnen Berufsgruppen erfasst und kann so gut als Basis für den Vergleich der am Patienten erbrachten Leistung dienen und mit den Outcome-Daten verknüpft werden. Der exakten Beschreibung der Patientengruppe dienen die in allen Zentren gleichermaßen für die Module A und B erhobenen Daten. Spezifisch für das Modul C werden ergänzende Informationen zum Aufnahme- und Entlassgeschehen, zur geplanten Weiterbehandlung und zum bisherigen Behandlungsverlauf mit einem ausgewählten Satz von Items erhoben (vgl. z.B. Basisdokumentation des ZiP Süd-Württemberg, 2019).

Ein Abgleich zwischen dem berufsgruppenspezifischen Leistungsgeschehen, der Teamstruktur (Anzahl und Dauer der Kontakte der verschiedenen Berufsgruppen, Gruppenteilnahme, Inhalte der Kontakte) und den Patientendaten ermöglicht die Überprüfung des Einflusses von Teamzusammensetzung und -organisation auf die den Patienten zur Verfügung gestellte Behandlung und auf das Behandlungsergebnis.

Während im Modul A unter anderem Lebensqualität und die Zufriedenheit der Patienten anhand gut etablierter Fragebögen erhoben wird, ergänzt dies Modul C1 für die Mitarbeitenden. Zusätzlich zur quantitativ erhobenen Mitarbeiterzufriedenheit in den Teams finden qualitative Erhebungen statt. Die Befragung der Behandlungsteams in Fokusgruppen ermöglicht durch den ergänzenden qualitativen Forschungszugang die Einbindung der nicht primär quantitativ erfassbaren Daten zu den relevanten Effekten der Teambildung, Teamkohäsion, der inhaltlich-therapeutischen Ausrichtung und der daraus resultierenden Behandlungsstruktur für die Patienten.

Modul C2 : Einfluss des Zugangsweges

Ausgangslage

Es gibt zwei Zugangswege in StäB: Patienten*innen können direkt „von außen“ in StäB aufgenommen werden (= Direktaufnahme) oder sie können „ausleitend“ im Anschluss nach einer vollstationären Behandlung zu deren Verkürzung in StäB übernommen werden (= ausleitende Behandlung). Beide Zugangswege in StäB haben sich bislang in Deutschland etabliert. Es ist aber bisher weder bekannt, wie häufig dies jeweils der Fall ist, noch welche Erfahrungen damit gemacht werden. Das Modul C2 untersucht dies weitergehend. Dahinter steht die Hypothese, dass es für jeden der beiden Zugangswege Indikationen gibt, sich diese Indikationen aber unterscheiden. Dabei müssen sowohl patientenindividuelle Daten wie auch solche des Versorgungssystems berücksichtigt werden – so mag beispielsweise die Elternschaft einer Patientin ein Grund sein, von Anfang in die StäB aufgenommen zu werden, während konflikthafte häusliche Verhältnisse ein Grund sein können, zunächst eine vollstationäre Behandlung zu wählen.

Hypothesen

1. Wenn StäB direkt bzw. sofort anstelle von stationärer Behandlung zum Einsatz kommt, ist die Wirksamkeit besonders ausgeprägt. Patienten, die über diesen Zugangsweg behandelt werden, unterscheiden sich von Patienten, die „ausleitend“ nach stationärer Behandlung behandelt werden, signifikant bezüglich Krankheitsschwere, Behandlungsverlauf und Behandlungszufriedenheit.
2. Zuweisungsverhalten wird durch verschiedene Faktoren erklärt. Einer ist die Organisationsform: Findet die Aufnahmesteuerung über eine zentrale Aufnahmeabteilung statt, ist die Zahl an tat-

sächlichen Akutbehandlungen (stationersetzend) höher im Vergleich zu anderen Zugangsweisen. Weitere Faktoren sind die häusliche Situation, die Krankheitsschwere, Aspekte wie Eigen- und Fremdgefährdung sowie komorbide Sucht- und somatische Erkrankungen.

3. Es gibt differentielle Indikationen, für welche Patienten Direktaufnahmen sinnvoll sind und für welche die Ausleitung der Behandlung indiziert ist.

Um diese Hypothesen zu untersuchen, werden Patientencharakteristika (z.B. Alter, Geschlecht, Diagnosen, Funktionsniveau/Krankheitsschwere, Struktur des sozialen Netzes, Familienstand, Ressourcen, psychiatrische Vorbehandlungen) und Behandlungsprozesse (z.B. Team-organisation, Kontaktfrequenzen unterschiedlicher Professionen, Behandlungsabbrüche) in Abhängigkeit von der Art der Zuweisung untersucht.

Methodik und Datenquellen

Die Fragestellung soll mono- und multizentrisch bearbeitet werden. In einer multizentrischen Untersuchung soll in allen Studienzentren verglichen werden, wie sich Patienten, die direkt in die Akutbehandlung aufgenommen werden, von solchen unterscheiden, die als Verlegung behandelt werden. Dabei richtet sich die Betrachtung zum einen auf patientenindividuelle Daten zum Zeitpunkt der Aufnahme in StäB (Diagnose, Alter, Geschlecht, Vorgeschichte, Krankheitsschwere), aber auch auf Prozessdaten (Behandlungsverläufe, Abbrüche, Zu- und Weiterverweisungen). Zwischen den Zentren wird quantitativ verglichen, wie häufig die jeweiligen Zugangswege gewählt werden. Parallel werden qualitative Daten zu lokalen Versorgungsbesonderheiten erfasst. Daraus sollen Hypothesen zum Zuweisungsverhalten generiert werden. Es wird zudem erfasst, wie und auf welche Weise die Zuweisung erfolgt ist. Diese Fragestellung wird in enger Zusammenarbeit mit dem Projekt C1 bearbeitet.

Monozentrisch wird am Standort München überprüft, welche spezifischen Unterschiede zwischen Akutaufnahmen und in StäB verlegten Patienten bestehen. Hier ist der Vorteil, dass insgesamt mindestens 140 Patienten einzuschließen sein werden. Davon sind nach bisheriger Erfahrung ca. 55 % zentral über die Zentrale Aufnahme in StäB zugewiesen, während 45% als Verlegung von den Stationen kommen. Durch den monozentrischen Vergleich beider Patientengruppen wird der Effekt interferierender Variablen, z.B. Besonderheiten des Versorgungssystems und der Organisation des StäB Teams, minimiert. Zudem ist es monozentrisch besser möglich, differenzierte Daten zu erheben, Angehörige und das StäB Team zu untersuchen wie auch qualitative Methoden anzuwenden.

Unter Nutzung quantitativer und qualitativer Daten, die in Modul A, B und C1 erhoben werden, werden ein Vergleich und eine Analyse von Direktaufnahmen in StäB im Vergleich zu Verlegungen von Station vorgenommen. Auf diese Weise sollen bessere Erkenntnisse zur Indikationsstellung für StäB und eine Verbesserung der Prozess- und evtl. Ergebnisqualität gewonnen werden.

Dazu wird die chefarztliche geleitete StäB Abteilung des kbo-Isar-Amper-Klinikums München genutzt: Seit Oktober 2018 besteht dort mit einem konstanten Behandlungsteam die momentan mutmaßlich größte StäB-Abteilung in Deutschland. Bei über 20 Behandlungsplätzen werden diese zu etwa 55% direkt belegt („Direktaufnahmen“). Die oben genannten Hypothesen sollen dabei wie folgt bearbeitet werden, wobei 1) den Projektphasen 2) und 3), die parallel laufen, vorgeschaltet ist:

- 1) **Identifikation von potenziellen Einflussfaktoren, die zu Direktaufnahmen bzw. ausleitenden Aufnahmen führen:** Anhand von bis zum Projektbeginn 100 konsekutiv abgeschlossenen StäB-Fällen soll mittels Aktenstudium extrahiert werden, welche Konstellationen (z.B. Diagnosen, Alter, Geschlecht, Vorbehandlungen, Aufnahmeindikationen) zu Direktaufnahmen und welche zu ausleitenden Aufnahmen führten. Daraus wird ein Variablenset erarbeitet, das dem prospektiven Teil der Studie unterlegt wird und das als potenzielle Indikatoren geeignet ist, Akut- und ausleitende StäB zu differenzieren.
- 2) **Integration dieser unter 1) erarbeiteten Variablen ins Projekt C1 (multizentrisch):** Die so identifizierten Variablen sollen auf wenige Kernvariablen reduziert werden, die mit einer unaufwändigen Basisdokumentation in allen Studienzentren erfasst werden und nicht Teil des „301er Datensatzes“ sind. Zugleich wird jeder Fall in den Studienzentren so kodiert, dass erkenntlich ist, ob es sich um eine Direkt- oder ausleitende Aufnahme handelt. Dadurch werden die gewonnen Variablen an einem großen N geprüft und zentral ausgewertet.
- 3) **Monozentrische Prüfung der unter 1) erarbeiteten Variablen:** Im Zentrum München werden die Variablen, die unter 1) identifiziert wurden, differenziert untersucht. Dazu werden 140 konsekutiv aufgenommene StäB Patienten dahingehend verglichen, ob es sich um Direkt- oder ausleitende Aufnahmen handelte. Ergänzt werden diese empirischen Variablen durch qualitative Interviews im Studienzentrum München. Neben den Patienten werden auch deren Angehörige in die Untersuchung einbezogen. Schließlich soll auch das Behandlungsteam dahingehend untersucht werden, welche Erfahrungen es mit den jeweiligen Behandlungsformen macht.

Modul D – Gesundheitsökonomische Evaluation (Outcome-Evaluation)

Forschungsstand

Es liegen nur wenige Untersuchungen zur gesundheitsökonomischen Bewertung der psychiatrischen Akutbehandlung bzw. Krisenintervention im häuslichen Umfeld vor (Kilian, Becker, & Frasch, 2016; McCrone, Johnson, Nolan et al., 2009; McCrone, Johnson, Nolan et al., 2009; NICE, 2014; Paton et al., 2016). Insgesamt 2 Studien aus Großbritannien zeigen eine Reduktion der Behandlungskosten in Folge der Reduzierung stationärer Aufenthalte (McCrone, Johnson, Nolan et al., 2009; McCrone, Johnson, Nolan et al., 2009), die bislang einzige Studie aus Deutschland zeigt, dass

eine psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf der Basis des Günzburger Modells (Widmann et al., 2016) im Vergleich zur stationären Akutbehandlung trotz längerer Behandlungsdauer mit geringeren Kosten verbunden ist (Kilian et al., 2016). Wegen methodischer Einschränkungen und der Abweichungen des Günzburger Modells von der geplanten stationsäquivalenten Behandlung (STÄB) sind die Ergebnisse dieser Studie jedoch nicht direkt auf die STÄB übertragbar.

Ziele

Ziel des geplanten Teilprojektes ist die primärdatenbasierte gesundheitsökonomische Bewertung der StäB-Behandlung im Vergleich zur stationären psychiatrischen Akutbehandlung („treatment as usual“ - TAU) aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive (Icks et al., 2010).

Methode

Es wird eine primärdatenbasierte Kostennutzwertanalyse (CUA) aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive nach der Nettonutzenmethode durchgeführt (Drummond, O'Brien, Stoddart, & Torrance, 1997; Glick, 2010; Salize & Kilian, 2010). Ziel der Analyse ist die Schätzung der notwendigen maximalen Zahlungsbereitschaft (MWTP) für den Gewinn eines Lebensjahres in vollständiger Gesundheit (QALY) durch StäB im Vergleich zu TAU). Grundlage der CUA aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive ist die vollständige Erfassung der direkten und indirekten Krankheitskosten sowie die Messung der subjektiven Lebensqualität der Untersuchungsteilnehmer mit einem präferenzbasierten Messverfahren (Bernert et al., 2009; Brooks, Rabin, & Charro, 2003). Wegen der unterschiedlichen Kostenträger der Leistungen zur psychiatrischen Versorgung auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung (SGB) ist eine vollständige Erfassung des volkswirtschaftlichen Ressourcenverbrauchs nur über die direkte Befragung der Patienten möglich (Beecham & Knapp, 2001; Salize & Kilian, 2010). Zu diesem Zweck wird die deutschsprachige Version des Client Socio-Demographic Service Receipt Inventory (CSSRI) zur SGB-übergreifenden Erfassung der Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Gesundheitsleistungen als Grundlage der Schätzung der direkten Krankheitskosten verwendet (Chisholm et al., 2000; Roick et al., 2001). Die Ermittlung der Krankheitskosten erfolgt durch die Multiplikation der erfassten Leistungseinheiten mit den jeweiligen Kosten dieser Leistungseinheiten (Bock et al., 2015; Grupp, König, & Konnopka, 2017; Salize & Kilian, 2010). Publierte Daten zu Einheitskosten im deutschen Gesundheitswesen (Bock et al., 2015; Grupp et al., 2017) werden zu diesem Zweck bei Bedarf durch eigene Recherchen aktualisiert. Die präferenzbasierte Messung der subjektiven Lebensqualität als Basis für die QALY-Schätzung erfolgt mit dem EQ5D-5L (Buchholz, Janssen, Kohlmann, & Feng, 2018; Janssen et al., 2013; Leidl & Reitmeir, 2017) auf der Basis der aktuellen Normwerte für die deutsche Allgemeinbevölkerung (Leidl & Reitmeir, 2017). Da wegen der fehlenden Randomisierung der Untersuchungsteilnehmer eine statistische Adjustierung der Kostennutzwertrelationen notwendig ist, erfolgt die Schätzung mittels Nettonutzen-Regressionsmodellen (Hoch, Briggs, & Willan, 2002; Icks et al., 2010; Salize & Kilian, 2010;

Willan & Briggs, 2006; Willan, Briggs, & Hoch, 2004) und einer Propensity-Score-Adjustierung (Austin, 2011; Kilian et al., 2016; Kilian et al., 2018). Bei diesem Verfahren erfolgt zunächst die Berechnung individueller Nettonutzenwerte (NMB) über die Formel:

$$\text{NMB}_i = \text{QALY}_i \cdot \lambda - C_i$$

wobei:

QALY_i = quality adjusted life years der Person i,

λ = Schwellenwert für die maximale Zahlungsbereitschaft

C_i = direkte Krankheitskosten der Person i.

Der NMB_i repräsentiert den individuellen monetären Nettonutzen der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen der Person i unter der Annahme einer maximalen Zahlungsbereitschaft λ für den Gewinn eines zusätzlichen Lebensjahrs in vollständiger Gesundheit (QALY). Im Unterschied zur inkrementellen Kosten-Nutzwertrelation (ICUR) handelt es sich bei dem NMB um individuelle Messwerte mit einer parametrischen stochastischen Verteilung, die eine statistische Analyse mittels multivariater Regressionsmodelle und damit eine Adjustierung für konfundierende Variablen zur Kontrolle des Selektionsbias ... (Hoch et al., 2002; Salize & Kilian, 2010). Die Generierung der Propensity-Score für die Bias-Kontrolle erfolgt mittels der Schätzung der konditionalen Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten zur Interventionsgruppe (StäB), auf Basis eines logistischen Regressionsmodells mit der Untersuchungsgruppenzugehörigkeit als abhängiger Variable und potenziell bias-relevanter klinischer und soziodemografischer Merkmale als unabhängigen Variablen (Austin, 2011). Propensity-Scores repräsentieren die individuellen Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten zur Interventionsgruppe unter Berücksichtigung individueller Ausprägungen bias-relevanter Merkmale und ermöglichen deshalb die statistische Adjustierung von Gruppenunterschieden für die Gesamtheit der einbezogenen Merkmale. Propensity-Scores können sowohl für matching-basierte als auch für regressions-basierte Methoden der Bias-Kontrolle verwendet werden (Austin, 2011). Da matching-basierte Methoden der Bias-Kontrolle sehr hohe Fallzahlen für die Auswahl von Matching-Partnern voraussetzen, eignen sich diese nicht für Untersuchungen mit einer begrenzten Verfügbarkeit von Untersuchungspersonen (Austin, 2011). Für die geplante Untersuchung wird deshalb das Verfahren der regressionsbasierten Bias-Kontrolle verwendet. Aufgrund der zu erwartenden Abweichungen der Verteilungen der Nettonutzenwerte erfolgt die Schätzung der stochastischen Unsicherheit mittels non-parametrischem Bootstrapping (Willan & Briggs, 2006). Auf der Grundlage der aktuellen Diskussion zur Wahl von Schwellenwerte für die maximale Zahlungsbereitschaft (Marseille, Larson, Kazi, Kahn, & Rosen, 2015; Woods, Revill, Sculpher, & Claxton, 2016) werden für die Nettonutzenregressionen Schwellenwerte von 0, 25.000, 50.000, 75.000 und 100.000 € zugrunde gelegt. Eine weitere Differenzierung der Schwellenwerte ist dabei jederzeit möglich.

Modul E - Biometrie und Datenmanagement

Das biometrische Modul begleitet alle Module über die gesamte Laufzeit des Projekts. Die Vorschriften der GCP-Verordnung, der ICH-Guidelines, des Datenschutzes und die qualitätssichernden Standard Operating Procedures (SOP) des KKSB werden dabei umgesetzt.

AP1: Erstellung eines Datenschutzkonzepts; AP2: Datenbankeinrichtung, Datenmanagementplan:

Es wird ein Datenmanagementplan erstellt, der technische Details der Erhebung, Verteilung bzw. Übergabe von Daten, Speicherung und Bereitstellung zur Auswertung in Übereinstimmung mit dem Datenschutzkonzept enthält. Eine Datenbank für die Studie wird eingerichtet; AP3: Propensity Score Matching: Für jedes Zentrum wird eine logistische Regressionsanalyse zur Ermittlung des jeweiligen Propensity Scores (PS) für stationsersetzende und für stationsverkürzende Behandlung auf der Basis von Daten aus dem Vorjahr berechnet, die bei Aufnahme eines Patienten erfasst werden. Jedem neuen StäB Fall wird ein Patient mit optimaler PS-Übereinstimmung im gleichen Zeitintervall zugeordnet (PS-Match); AP4: Statistischer Analyseplan (SAP): Vor Abschluss der Datenerhebung wird ein statistischer Analyseplan erstellt, der im Einzelnen klärt mit welchen statistischen Methoden und welchen Daten die Forschungsfragen und Hypothesen der einzelnen Module der Studie bearbeitet werden sollen. Transformationen und Imputationen werden (sofern vorgesehen) definiert. Die primäre Fragestellung soll deduktiv beantwortet werden. Als Signifikanzniveau wird 5% (zweiseitige Tests) angewendet. Sekundäre deduktive Tests werden hierarchisch geordnet. Multiples Testen auf gleicher Hierarchiestufe wird durch eine Bonferroni-Holm Prozedur berücksichtigt. Tertiäre Fragestellungen werden nur explorativ oder deskriptiv bearbeitet. Methodisch sind multivariate Verfahren unter Berücksichtigung der jeweiligen Baseline-Daten und wichtiger Kovariablen vorgesehen. Ordinale und binäre Variable werden mit verallgemeinerter logistischer Regression, Zeitangaben mit Kaplan Meier Schätzungen und COX Regressionen ausgewertet. Die geplante Verzahnung mit den qualitativen Ergebnissen wird im SAP prozessual beschrieben; AP5: Statistische Auswertung, Reporting: Die statistische Auswertung folgt dem SAP, die Berechnungen mit dem Programmsystem SAS. Die Ergebnisse werden als statistischer Bericht an das jeweilige Modul gesendet. Abschlussberichterstattung und folgenden Publikationen werden mit statistischen Berechnungen unterstützt; AP6: Qualitätssicherung: Plausibilitätsscheck Query-Verwaltung, Überprüfung der Korrektheit von Übertragung, statistischen Programmen, Ergebnissen und Berichten.

7 Risikofaktoren

Die **Studienzentren** wurden bereits zum Zeitpunkt der Antragsstellung ausgewählt, um Störungen bei der Datenerhebung zu vermeiden. Ein mögliches Risiko ist die Heterogenität der beteiligten Studienzentren. In der Analyse fällt diese nur bedingt ins Gewicht, da IG und KG innerhalb der Kliniken gebildet und nicht überregional verglichen werden. Zudem kann diese Heterogenität angesichts der geplanten Prozessevaluation als Mehrwert interpretiert werden, weil sie Erkenntnisse für die Varianz

an Anwendungsmöglichkeiten von StäB liefern kann. Die **Rekrutierung der Patienten** in den Kliniken erfolgt konsekutiv. Die Non-Responder-Rate wurde mit 50% hoch angesetzt, um eventuelle Rekrutierungsprobleme auszugleichen. Die für die Rekrutierung verantwortlichen Mitarbeitenden in den Studienzentren werden für diese Forschungsaufgabe freigestellt; sie werden umfangreich geschult und regelmäßig monitort. Die maximale Förderzeit von drei Jahren lässt kein längeres **Follow-Up** als 12 Monate zu; für einen ersten Einblick in die Prozesse und eine explorative Outcome-Evaluation reicht dieser Zeitraum aus. Das **Datenmanagement** und die **Biometrie**, sowie die **gesundheitsökonomischen Fragestellungen** werden von ausgewiesenen Experten bearbeitet, die bereits über mehrere Jahre in vergleichbaren Projekten mit der Konsortialführung zusammengearbeitet haben. Darüber hinaus sind zwischen den beteiligten Studienzentren in den letzten Jahren Netzwerke des regelmäßigen Austauschs und Datentransfers entstanden, einerseits im Rahmen von Vorstudien zur Versorgung n. §64b SGB V (PsychCare), andererseits zum Erfahrungsaustausch mit StäB und dessen Vorläuferformen (z.B. Home-Treatment i.R. der IV §140a SGB V).

8 Verwertungspotenzial

Wie unter 4.2 beschrieben, wird allem voran eine Verbesserung klinischer und psychosozialer Outcomes sowie der Versorgungsqualität für Menschen in akuten psychischen Krisen erwartet. Zudem wird das Projekt Erkenntnisse darüber liefern, wie sich StäB im deutschen Versorgungssystem implementieren lässt. Insbesondere wird es die Frage beantworten, wie sich die aufsuchende, teambasierte Krisenbehandlung durch eine Klinik patientenorientiert, bedarfsgerecht – auch unter Einbeziehung der Angehörigenperspektive – ausgestalten lässt. Des Weiteren stellt das Projekt die erste Multi-Center-Studie zur Machbarkeit von StäB dar. Durch die Prozess- und Outcome-Evaluation werden Ergebnisse geschaffen, die sich auf alltägliche Versorgungssituationen übertragen lassen. Die Untersuchung von Zugangswegen zu StäB, die Abbildung von prototypischen Behandlungsverläufen und der Vergleich der Teamorganisationen untereinander wird Erkenntnisse generieren, die Kliniken, die bisher kein StäB anbieten, bei der Einführung dieser Behandlungsform unterstützt werden. Zugleich sind die Ergebnisse für die Qualitätsentwicklung bzw. die Entwicklung erster Behandlungsricht- und Leitlinien für aufsuchende Behandlungsansätze essentiell. Der partizipative Zuschnitt im Modul B verbessert dabei die Praxisrelevanz und die Dissemination der gewonnenen Erkenntnisse. Die Studienergebnisse liefern eine Grundlage, um gesundheitspolitische Akteure über den Weiterentwicklungsbedarf von StäB zu informieren. Dies ist von hoher Relevanz, da die Machbarkeit von StäB – entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen – bisher nicht nachgewiesen ist. Damit StäB effizient flächendeckend in der Versorgung umgesetzt werden kann und eventuell notwendige Überarbeitungen durch den Gesetzgeber sachgerecht vorgenommen werden können, sind die Ergebnisse des beantragten Projektes notwendig.

9 Ethische/rechtliche Gesichtspunkte

Die Studie wird im Einklang mit der Declaration of Helsinki, der Guten Epidemiologischen Praxis (GEP), dem Memorandum zur Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis (DFG), dem CONS-

ORT Statement und dem Leitfaden des Medical Research Council (MRC) durchgeführt. Der Studienplan wird vor Studienbeginn den zuständigen Ethikkommissionen vorgelegt. Die Studienteilnehmer werden ausführlich und umfassend persönlich über die Studie informiert. Der Studieneinschluss setzt die Einwilligung bzw. bei gesetzlich Betreuten das Einverständnis der Betroffenen und die Einwilligung der Betreuer voraus. Die im Rahmen der Studie erhobenen vertraulichen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Sozialgesetzbuches (SGB). Das Evaluationskonzept wird dem bundes- sowie den beteiligten Landesdatenschutzbeauftragten und den Datenschützern der Dateneigner und ggf. der allgemeinen Aufsichtsbehörde vorgelegt. Die in den Einrichtungen erhobenen qualitativen Daten enthalten nur noch das Pseudonym der Befragten, sowie ein Kürzel für die Einrichtung, ein Rückbezug auf einzelne Personen ist nicht möglich. Auch sonst werden bei der qualitativen Datenerhebung keine personenbezogenen Daten erhoben oder verarbeitet.

10 Finanzierungsplan

10.1	Personalausgaben	€
10.1	Summe Personalausgaben	

10.2	Sachausgaben	€
10.2.1	Aufträge an Dritte	
10.2.2	Reisen	
10.2.3	Sonstige Sachausgaben	
10.2.4	Infrastrukturpauschale (bis zu 25 % der Personalausgaben, siehe 10.1)	
10.2	Summe Sachausgaben	

10.3	Investitionen (Einzelpreis > 410 € netto)	€
10.3	Summe Investitionen	

10.4	Gesamtausgaben des Projekts	€
10.4.1	Summe der Personalausgaben	
10.4.2	Summe der Sachausgaben	
10.4.3	Summe der Investitionen	
10.4	Gesamtsumme der Ausgaben des Projekts	

11 Unterschriften

Ort, Datum *Unterschrift*
 Name in Druckbuchstaben
(Gesamt-)Projektleitung/Konsortialführung

Ort, Datum *Unterschrift*
 Name in Druckbuchstaben
Verantwortliche Person für die Methodik

12 Referenzen (max. 1 Seite)

- Attkisson, C. C., & Zwick, R.** (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233-237. **Austin, P. C.** (2011). An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. *Multivariate Behav Res.*, 46(3), 399-424. Retrieved from PM:21818162
- Beecham, J., & Knapp, M.** (2001). Costing psychiatric interventions. In G. Thornicroft (Ed.), *Measuring mental health needs* (pp. 200-224). London: Gaskell.
- Benchamol, E. I., Smeeth, L., Guttman, A., u.a.** RECORD Working Committee. (2015). The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) statement. *PLoS medicine* 12, e1001885. **Bernert, S., Fernández, A., Haro, u.a.** (2009). Comparison of different valuation methods for population health status measured by the EQ-5D in three European countries. *Value in Health : the Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 12, 750-758. **Blettner M, Dierks ML, Donner-Banzhoff N, u.a.** (2018). Überlegungen des Expertenbeirates zu Anträgen im Rahmen des Innovationsfonds. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen*, 13 42-48. **Bock, J.-O., Brettschneider, C., Seidl, H., Bowles, D., Holle, R., Greiner, W., & König, H. H.** (2015). Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation [Calculation of standardised unit costs from a societal perspective for health economic evaluation]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 77(1), 53-61. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1374621>
- Brooks, R., Rabin, R., & Charro, F. de.** (2003). The measurement and valuation of health status using EQ-5D. A European perspective. Evidence from the EuroQol BIO MED Research program. New York: Springer. **BT-Drucksache 18/9528** vom 05.09.2016 - Deutscher Bundestag (2016a). Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 2018a. Im Internet: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809528.pdf> (Stand: 03.05.2018). **BT-Drucksache 18/10289** vom 09.11.2016 - Deutscher Bundestag (2016b). Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) 2018b. Im Internet: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/102/1810289.pdf> (Stand: 03.05.2018). **Buchholz, I., Janssen, M. F., Kohlmann, T., u.a.** (2018). A Systematic Review of Studies Comparing the Measurement Properties of the Three-Level and Five-Level Versions of the EQ-5D. *Pharmacoeconomics*, 36, 645-661. **Bühning, P.** (2017). Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung: Neues Element zur Flexibilisierung. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(46), A-2132 / B-1795 / C-1753.
- Byrne SL, Hooke GR, Page AC.** Readmission: a useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care. *J Affect Dis-ord.* 2010 Oct;126(1-2):206-13. Epub 2010 Mar 23. **Cargo, M.** (2008). The Value and Challenges of Participatory Research: Strengthening Its Practice. *Annu Rev Public Health* (29): 325-50.
- Cavelti M, Wirtz M, Corrigan P, Vauth R.** Recovery assessment scale: Examining the factor structure of the German version (RAS-G) in people with schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry* 2017;41: 60-67. **Chisholm D, Knapp M, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaité L, van Wijngaarden B, & the EPSILON Study Group** (2000). EPSILON Study Group: Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory – European Version: development of an instrument for international research. *British Journal of Psychiatry*; 177 (Suppl. 39): 28-S33. **Corrigan PW, Gifford D, Rashid F, u.a.** Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health J* 1999;35(3):231-9. **De Silva MJ, Breuer E, Lee L, Asher L, u.a.** Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials* 2014; 15: 267. **Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung.** 2017. Vereinbarung zur Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V. Im Internet: https://www.dkgev.de/media/file/58271.Vereinbarung_stationsaequivalente_Behandlung_Anlage.pdf (Stand: 12.06.2018). **Deutsche Krankenhausgesellschaft** (2017). Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung der Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V sowie ergänzende Informationen. Im Internet: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.8_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.2_Stationsaequivalente_psychiatrische_Behandlung/Umsetzungshinweise_stationsaequivalente_Behandlung.pdf (Stand: 21.08.2019). **DIMDI** (2018). OPS Version 2018. Im Internet: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2019/> (Stand: 21.08.2019). **DGPPN** (2018). Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) vom 19.06.2018. **DGPPN.** (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer. **Drummond, M. F., O'Brien, B., Stoddart, G. L., u.a.** (1997). Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press. **Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M.** Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *J. Behav. Health Serv. Res.*, 34 (2007): 137-150. **Fankhauser, S., Hochstrasser, B., Sievers, M., u.a.** (2017). [Assessing Change of Depressive Symptoms and Severity of Depression in an Inpatient Setting : Performance of the HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 67(9-10), 391-400. **Fenton WS, Mosher LR, Herrell, u.a.** (1998). Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155(4):516-22. **Flick, U.** (2011). *Triangulation. Eine Einführung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. **Frasch K.** Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – ein großer Schritt in die richtige Richtung. *Debatte – Kontra. Psychiatrische Praxis*

2018; 45 (03): 123-124. **GKV** (2017). Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung. Im Internet verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/stationsaequiv_psych_behandlung/st_aequ_beh.jsp; Zugriff zuletzt am 21.01.2019 um 10.26 Uhr MEZ. **Glick**, H. A. (2010). Economic evaluation in clinical trials (Reprinted.). Handbooks in Health Economic Evaluation Series. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press. **Grupp**, H., König, H.-H., & Konnopka, A. (2017). Kostensätze zur monetären Bewertung von Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen [Calculation of Standardised Unit Costs for the Economic Evaluation of Mental Disorders]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 79(1), 48–57. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555950> **Hoch**, J. S., Briggs, A. H., & Willan, R. (2002). Something old, something new, something borrowed, something blue: a framework for the marriage of health economics and cost-effectiveness analysis. Health Econ, 11, 415–430. **Hoult** J, Reynolds I, Charbonneau Powis M, u.a. (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 17:160–7. **Icks**, A., Chernyak, N., Bestehorn, K., u.a. (2010). [Methods of health economic evaluation for health services research]. Gesundheitswesen, 72, 917–933. **Janssen**, M. F., Pickard, A. S., Golicki, D., u.a. (2013). Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. Quality of Life Research : an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 22, 1717–1727. **Johnson** S, Nolan F, Pilling S, u.a. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: The North Islington crisis study. BMJ.; 331(7517):599–602. **Kilian** R, Becker T, & Frasch K. (2016). Effectiveness and cost-effectiveness of home treatment compared with inpatient care for patients with acute mental disorders in a rural catchment area in Germany. Neurology, Psychiatry and Brain Research, 81–86. **Kilian**, R., Frasch, K., Steinert, T., Schepp, W., Weiser, P., Jaeger, S., . . . Becker, T. (2018). Cost-effectiveness of psychotropic polypharmacy in routine schizophrenia care. Results of the ELAN prospective observational trial. Neurology, Psychiatry and Brain Research, 30, 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2018.05.004> **Längle** G (2018) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – ein großer Schritt in die richtige Richtung. Debatte – Pro. Psychiatrische Praxis 2018; 45 (03): 122-123. **Längle** G, Holzke M, Gottlob M (2019) Psychisch Kranke zuhause versorgen. Handbuch der stationsäquivalenten Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer. **Leidl**, R., & Reitmeir, P. (2017). An Experience-Based Value Set for the EQ-5D-5L in Germany. Value in Health : the Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 20, 1150–1156. **Marseille**, E., Larson, B., Kazi, D. S., Kahn, J. G., & Rosen, S. (2015). Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: Alternative approaches. Bulletin of the World Health Organization, 93(2), 118–124. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.138206> **Mayring**, P. (2015) Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz. **McCrone**, P., Johnson, S., Nolan, F., u.a. (2009). Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. Epidemiol.Psichiatri.Soc., 18, 54–58. **McCrone**, P., Johnson, S., Nolan, F., Sandor, A., Hoult, J., Pilling, S., . . . McKenzie, N. (2009). Impact of a crisis resolution team on service costs in the UK. Psychiatr Bull. **Morosini**, P.L. (2000) Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 323-329. **Murphy**, S., Irving, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev(5), Cd001087. **NICE**. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. **Olfson** M, Mechanic D, Boyer C, Hansell S, Walkup J, Weiden P. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. 1999;187(12):721–729. **Paton**, F., Wright, K., Ayre, N., Dare, C., u.a. (2016). Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. Health Technology Assessment (Winchester, England), 20, 1–162. **Patton** MQ. Qualitative Research and Evaluation Methods. 4th Edition. Revised. Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd., 2015. **Proctor** E, Silmere H, Raghavan R et al. (2011) Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health. 2011; 38:65-76. **Richards**, D. A. & Hallberg, I. R. (2015). Complex interventions in health: an overview of research methods. Routledge. **Rifkin**, S. (2014): Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Healt Policy Plan (29): 98-106. **Roick** C, Kilian R, Matschinger H, u.a. Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. Psychiatr Prax 2001; 28, Sonder-heft 2: 84-90. **Roick**, C., Deister, A., Zeichner, D., u.a. (2005). [The regional budget for mental health care: a new approach to combine inpatient and outpatient care]. Psychiatr Prax, 32(4), 177-184. **Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** (2019). Kurzfassung des Gutachtens 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. **Salize**, H.-J., & Kilian, R. (2010). Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie. Konzepte, Methoden, Analysen. Stuttgart: Kohlhammer. **Schmidt**, J, Lamprecht, F, Wittmann, WW (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychother med Psychol, 39, 248-255. **Sozialgesetzbuch** (SGB) Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. Im Internet: https://dejure.org/gesetze/SGB_V (Stand: 09.08.2019). **Statistisches Bundesamt** (2019). Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2017. Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html>. **Steinhart** I, Wienberg G (Hrsg.) (2017) Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag. **Thornicroft** G, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003. **von Peter**, S. (2017): Partizipative und kollaborative Forschungsansätze in der Psychiatrie. Psychiatr Prax (44): 431-433. **Weinmann** S, Günhe U, Kösters M, Gaebel W, Becker T (2012) Team-basierte Gemeindepsychiatrie. Nervenarzt. 2012 Jul;83(7):825-31. **Widmann**, F., Bachhuber, G., Riedelsheimer, A., Schiele, A., Ullrich, S., Kilian, R., . . . Frasch, K. (2016). Home Treatment. Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 84(01), 42–49. <https://doi.org/10.1055/s-0041-110887>. **Wiley & Sons** (Ed.). (2006). Statistical analysis of cost-effectiveness data. Chichester. **Willan**, A. R., Briggs, A. H., & Hoch, J. S. (2004). Regression methods for covariate adjustment and subgroup analysis for non-censored cost-effectiveness data. Health Econ, 13, 461–475. **Wirtz** M, Morfeld M, Glaesmer H, Brähler, E (2018). Normierung des SF-12 Version 2.0 zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostica, 64, 215-226. **Wittchen** HU, Jacobi F, Rehm J et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 21(9):655 to 679. **Woods**, B., Revill, P., Sculpher, M., & Claxton, K. (2016). Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research. Value in Health : the Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 19(8), 929–935. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.017>. **Wright**, M. (2013) Partizipative Gesundheitsforschung. Ein neuer Ansatz für die Präventionsforschung. Prävent Gesundheitsförderung (8):119-130.

13 Anlagen

Anlage Nr.	Bezeichnung	Beigefügt
1	Liste der Kooperationspartner gemäß Vorlage unter Punkt 14 sowie Letter of Intent (LOI) der Kooperationspartner (inkl. Unterschrift) (max. 1 Seite pro Kooperationspartner).	<input type="checkbox"/>
2	Kurzlebensläufe der wesentlichen verantwortlichen Personen insbesondere für die Methodik (max. 1 Seite pro Person, inkl. Nennung der drei wichtigsten Publikationen mit Relevanz für das beantragte Projekt).	<input type="checkbox"/>
3	Formblatt zur Beantragung von Fördermitteln für die Konsortialführung (bzw. der Projektleitung bei Einzelprojekten).	<input type="checkbox"/>

4	Falls zutreffend: Formblätter zur Beantragung von Fördermitteln für jeden Konsortialpartner.	<input type="checkbox"/>
---	--	--------------------------

14 Vorlage zu Anlage 1: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung

Name Kooperationspartner	Art der Unterstützung	LOI beigefügt
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Patientenfragebogen – 6 Monats-Follow Up

Patientenfragebogen – 6 Monats-Follow-Up

Identifikation			
1.1 Zentrum:	<input type="checkbox"/> Charité Mitte, Berlin	<input type="checkbox"/> ZfP Südwestfalen, Zwielfalten	<input type="checkbox"/> Isar-Amper-Klinikum, München-Ost
	<input type="checkbox"/> Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin	<input type="checkbox"/> ZfP Reichenau	<input type="checkbox"/> Universitätsklinik Tübingen
	<input type="checkbox"/> Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin	<input type="checkbox"/> ZfP Südwestfalen, Weissenau	<input type="checkbox"/> PP.rt Reutlingen
1.2 Probanden-ID:	<input type="text"/>		
1.3 Gruppe:	<input type="checkbox"/> IG-Direkt	<input type="checkbox"/> IG-aus Verlegung	
	<input type="checkbox"/> KG-Direkt	<input type="checkbox"/> KG-für Verlegung	
1.4 Falls KG-Direkt oder KG-für Verlegung ➔ ID- des Matchingfalls	<input type="text"/>		
1.5 Erhebungsdatum (dd.mm.yyyy)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Probanden-ID:

CSSRI – Dieser Fragebogen wird durch den Evaluationsmitarbeiter ausgefüllt.

© Universität Ulm. CSSRI-D ist geistiges Eigentum der Universität Ulm

1 Wohnsituation

1.1 Wo wohnen Sie zur Zeit normalerweise?

[css001] ► Art und Name der Einrichtung ; **UND Postleitzahl:**

[css002a] ► Art und Name der Einrichtung (bitte ankreuzen):

1 **Privat / Familie**

- ₁₁ Eigentumswohnung oder eigenes Haus
- ₁₂ Mietwohnung / Miethaus von privatem Vermieter
- ₁₃ Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft
- ₁₄ Wohnung der Eltern / des Lebenspartners / von Freunden
- ₁₅ Gemeinschaftswohnung / Wohnheim ohne therapeutische Anliegen

2 **Gemeinde (nicht Krankenhaus)**

- ₂₁ Übernachtungseinrichtung mit Betreuung rund um die Uhr, Heim - _____ [css002b]
- ₂₂ Übernachtungseinrichtung mit Betreuung, weniger als 24h / Tag - _____ [css002c]
- ₂₃ Übernachtungseinrichtung mit Betreuung weniger als täglich - _____ [css002d]
- ₂₄ ambulant betreutes Wohnen (in eigener Wohnung) - _____ [css002e]

Umfang: _____

3 **Krankenhaus**

- ₃₁ psychiatrische Station
- ₃₂ psychotherapeutische Station
- ₃₃ nichtpsychiatrische /-psychotherapeutische Station
- ₃₄ Justizvollzugskrankenhaus
- ₃₅ Maßregelvollzug

4 **Sonstige**

- ₄₁ Obdachlosenheim
- ₄₂ Obdachlos und auf der Straße lebend
- ₄₃ Andere: _____ [css002f]

1.2 Bei privater Wohnsituation:

► Wie viele Personen, Sie selbst mit eingerechnet, leben dort?

[css003a] Anzahl Erwachsene: ___

[css003b] Anzahl Kinder (< 18 Jahre): ___

1.3 Weitere Unterkünfte:

[css004] ► Haben Sie seit der letzten Befragung bzw. in den letzten 6 Monaten irgendwo anders gelebt? ₁ ja ₂ nein
(außer der unter 1.1. angegebenen Unterbringung und außer im Krankenhaus)

► Wenn ja, bitte vervollständigen Sie die Tabelle:

Art der Unterbringung bzw. bei nichtprivater Wohnform Art (Name der Einrichtung ; UND Postleitzahl)	Kodierung	Wie viele Tage wohnen Sie in den letzten 6 Monaten dort?
[css005a]	[.b.]	[.c.]
[css006a]	[.b.]	[.c.]
[css007a]	[.b.]	[.c.]
[css008a]	[.b.]	[.c.]

2 Beschäftigung und Einkommen

2.1 Gehen Sie derzeit einer Arbeit nach? (auch unentgeltlich oder geschützte Tätigkeit)
Wenn nicht, befinden Sie sich derzeit in Ausbildung, oder beziehen Sie Rente?

[css009] ► verbale Beschreibung:

[css010a] ► Kodierung: [Mehrfachnennungen möglich]

- ₁ Selbstständig / Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Vollzeit (→ 2.2)
₂ Selbstständig / Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Teilzeit: __ __ % [css010b] (→ 2.2)
₃ Geringfügige Beschäftigung (→2.5)
₄ Arbeitslos / Arbeitssuchend (→ 2.3)
₅ Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit (→ 2.4)
₆ Altersrente / Vorruhestand
₇ Ausbildung / Umschulung
₈ Hausfrau / Hausmann
₉ Freiwillig (unentgeltlich) beschäftigt (→ 2.5)
₁₀ Geschützte Arbeit (→ 2.5)
₁₁ Sonstiges: _____ [css010c]

2.2 Wenn derzeit ein reguläres Arbeitsverhältnis besteht: Als was arbeiten Sie derzeit hauptsächlich?

[css011] ► verbale Beschreibung:

[css012a] ► Kodierung:

- ₁ Selbstständige (z.B. Handwerker*in, selbst. Landwirt*in, Künstler*in)
₂ Ausführende Angestellte (z.B. Sekretär*in)
₃ Mittlere Angestellte (z.B. Sachbearbeiter*in)
₄ Leitende Angestellte (z.B. Abteilungsleiter*in)
₅ Ausführende Beamte (z.B. Sekretär*in)
₆ Mittlere Beamte (z.B. Lehrer*in)
₇ Leitende Beamte (z.B. Abteilungsleiter*in)
₈ Ungelernte*r Arbeiter*in
₉ Angelernte*r Arbeiter*in
₁₀ Facharbeiter*in, Meister*in
₁₁ Arbeiter*in in der Landwirtschaft
₁₂ Andere: _____ [css012b]

[css013] ► Wie viele Tage mussten Sie der Arbeit in den letzten 3 Monaten wegen Krankheit fernbleiben?

Arbeitsausfalltage infolge Krankheit (ohne regulär arbeitsfreie Tage): _____

2.3 Wenn arbeitslos:

[css014a] ► Seit wann sind Sie arbeitslos? _____

[css014b] ► Wie viele Wochen waren Sie während der **letzten 3 Monate** arbeitslos?
Zahl der Wochen: _____ Wochen

2.4 Wenn erwerbsunfähig:

[css015a] ► Seit wann sind Sie erwerbsunfähig? _____

[css015b] ► Wie viele Wochen waren Sie während der **letzten 3 Monate** erwerbsunfähig?
Zahl der Wochen: _____ Wochen

2.5 Bezug von Sozial- und Versicherungsleistungen:

[css017] ► Erhalten Sie irgendwelche Unterstützung?
(außer private Unterstützungen) ₁ ja ₂ nein

[css017b] ► Höhe der monatlichen Unterstützung (gesamt): _____ €

2.6 Haupteinkommen

[css034a] ► Was ist Ihre Haupteinkommensquelle:

₁ Gehalt / Lohn

₂ Rente (Altersrente oder EU-Rente)

₃ sonstige Sozialleistungen

₄ Familiäre Unterstützung (z.B. vom Ehegatten)

₅ Andere: _____ [css034b]

[css034c] ► Wie hoch ist Ihr Haushalts-Gesamteinkommen pro Monat (Netto) ?
(inklusive aller Gehälter, Renten und Unterstützungsleistungen)

_____ €

[css034d] möchte Frage nicht beantworten

3 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

3.1 **Stationär:** Bitte führen Sie alle stationären Krankenhausaufenthalte seit der letzten Befragung bzw. **in den letzten 6 Monaten** auf.

Inanspruchnahme von Leistungen [cs0s40y]		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Stationärer Bereich Einrichtung und Kodierung	Alle stationären Krankenhausaufenthalte seit der letzten Befragung bzw. in den letzten 6 Monate		
	von	bis	Summe der abrechenbaren Tage
Psychiatrische oder psychotherapeutische Station oder Klinik			
[css040a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css041a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css042a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css043a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
Psychosomatische Station oder Klinik			
[css044a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css0454] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
Rehabilitation Psychisch Erkrankter (RPK)			
[css046a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
Somatische und sonstige Stationen und Kliniken (bitte Station ebenfalls angeben)			
[css047a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css048a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css049a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]

3.2 **Teilstationär:** Bitte führen Sie alle tagesklinischen Krankenhausaufenthalte seit der letzten Befragung bzw. **in den letzten 6 Monaten** auf.

Inanspruchnahme von Leistungen [css050y]		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Teilstationärer Bereich Einrichtung und Kodierung	Alle teilstationären Klinikaufenthalte seit der letzten Befragung bzw. in den letzten 6 Monate		
	von	bis	Summe der abrechenbaren Tage
Psychiatrische und psychosomatische Tageskliniken [css051a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
Psychosomatische Tageskliniken [css052a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
Somatische Tageskliniken [css053a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
Weitere Einrichtungen [css054a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]

3.3 Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Bitte führen Sie alle Leistungen der stationsäquivalenten Versorgung seit der letzten Befragung **bzw. in den letzten 6 Monaten** auf.

Inanspruchnahme von Leistungen [css055y]		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Stationsäquivalente Behandlung	Alle StäB-Leistungen seit der letzten Befragung bzw. in den letzten 6 Monaten		
	von	bis	Summe der abrechenbaren Tage
[css056a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css057a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css058a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css059a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]

3.4 Ambulante medizinische Kontakte

Bitte führen Sie alle, während der **letzten 3 Monate** genutzten, ambulanten medizinischen Versorgungsangebote auf.

Inanspruchnahme von Leistungen [css066y]		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Ambulanter Bereich	Wie heißt die Einrichtung und der/die Behandler/in? Gab es seit der letzten Befragung einen Behandler- oder Einrichtungswechsel? Ja=1 / Nein=2	Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten	Durchschnittliche Dauer der Kontakte in Minuten
niedergelassene Psychiater [css067a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Psychologischer Psychotherapeut [css068a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Psychiatrische Institutsambulanz (Psychiater / Psychotherapeut) [css069a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Psychotherapeutische Ambulanzen [css070a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Hausarzt [css071a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Sonstige Ärzte [css072a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Weitere Einrichtungen [css073a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Weitere Einrichtungen [css074a] [.b.]		[.c.]	[.d.]

3.5 Sonstige ambulante Kontakte

Bitte führen Sie alle, während der **letzten 3 Monate** genutzten, komplementären Versorgungsleistungen auf.

Inanspruchnahme von Leistungen [css075y]		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
	Wie heißt die Einrichtung und der/die Behandler/in?	Gab es seit der letzten Befragung einen Behandler- oder Einrichtungswechsel? Ja=1 / Nein=2	Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten
			Durchschnittliche Dauer der Kontakte in Minuten
Sozialpsychiatrischer Dienst [css076a] [b.]			[.c.] [d.]
Tageszentren / -stätten (inkl. angegliederte Ergotherapie) [css077a] [b.]			[.c.] [d.]
Ergotherapie [css078a] [b.]			[.c.] [d.]
Krisendienst [css079a] [b.]			[.c.] [d.]
Onlineberatung [css080a] [b.]			[.c.] [d.]
Selbsthilfegruppen [css081a] [b.]			[.c.] [d.]
Gemeindegewalter [css082a] [b.]			[.c.] [d.]
Hauswirtschaftshilfe [css083a] [b.]			[.c.] [d.]
Mitarbeiter einer Sozialstation [css084a] [b.]			[.c.] [d.]
Pflegedienst [css085a] [b.]			[.c.] [d.]
Psychiatrische Tagespflege [css086a] [b.]			[.c.] [d.]
Ehrenamtlicher Betreuer (Angehöriger,...) [css087a] [b.]			[.c.] [d.]
Berufsbetreuer [css088a] [b.]			[.c.] [d.]
Schuldnerberatungsstelle [css089a] [b.]			[.c.] [d.]
Ernährungsberatung [css090a] [b.]			[.c.] [d.]
Heilpraktiker [css091a] [b.]			[.c.] [d.]
Ambulante Suchthilfe [css092a] [b.]			[.c.] [d.]
Telefonseelsorge [css093a] [b.]			[.c.] [d.]
Berufliche Rehabilitation [css094a] [b.]			[.c.] [d.]
Bitte angeben, um was für ein Angebot es sich handelt:			
Weitere Einrichtungen [css095a] [b.]			[.c.] [d.]
Weitere Einrichtungen [css096a] [b.]			[.c.] [d.]
Weitere Einrichtungen [css097a] [b.]			[.c.] [d.]

3.6 Kontakt mit Polizei oder Justiz

- [css100a] ▶ Waren Sie während den letzten 3 Monaten in Kontakt mit Polizei oder Justiz? 1 ja
 2 nein
 3 nicht bekannt

Wenn ja,

- [css100b] ▶ Wie viele Kontakte mit der Polizei fanden statt?
 Beachten Sie: Kontakt = Befragung oder Aufenthalt für einige Stunden, aber nicht über Nacht. — —
- [css100c] ▶ Wie viele Nächte wurden in Polizeigewahrsam / Gefängnis verbracht? — —
- [css100d] ▶ Wie viele psychiatrische Begutachtungen erfolgten während der Inhaftierung? — —
- [css100e] ▶ Wie viele strafrechtliche Gerichtsvorladungen erfolgten? — —
- [css100f] ▶ Wie viele zivilrechtliche Gerichtsvorladungen erfolgten? — —

4. Medikation4.1 Bitte führen Sie alle, im **letzten Monat** genommenen, ärztlich verordneten Medikamente auf.

Einnahme von Medikamenten [css101y]			
		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Nr.	Handelsname	tgl. Dosis (in mg, ml usw.) [gesamt pro Tag]	Wie viele Tage im letzten Monat eingenommen
1	[css101a]	[.e.]	[.i.]
2	[css102a]	[.e.]	[.i.]
3	[css103a]	[.e.]	[.i.]
4	[css104a]	[.e.]	[.i.]
5	[css105a]	[.e.]	[.i.]
6	[css106a]	[.e.]	[.i.]
7	[css107a]	[.e.]	[.i.]
8	[css108a]	[.e.]	[.i.]
9	[css109a]	[.e.]	[.i.]
10	[css110a]	[.e.]	[.i.]
11	[css111a]	[.e.]	[.i.]
12	[css112a]	[.e.]	[.i.]
13	[css113a]	[.e.]	[.i.]
14	[css114a]	[.e.]	[.i.]
15	[css115a]	[.e.]	[.i.]
16	[css116a]	[.e.]	[.i.]
17	[css117a]	[.e.]	[.i.]
18	[css118a]	[.e.]	[.i.]
19	[css119a]	[.e.]	[.i.]

5. Zuzahlungspflicht für Medikamente und Unterbringung

5.1 Zuzahlung zu Medikamenten

[css120a] Sind Sie von den Zuzahlungen zu Medikamenten befreit? ₁ ja ₂ nein

[css120b] Wenn nicht:

Wieviel Geld haben Sie in den **letzten 3 Monaten** für die Zuzahlung zu verordneten Arzneimitteln aufgewendet? _____ €

5.2 Zuzahlung zur Krankenhausunterbringung

[css121] Sind Sie von der jährlichen Zuzahlung für die ersten 14 Tage eines Krankenhausaufenthaltes befreit? ₁ ja ₂ nein

5.3 Zuzahlung bei nichtprivater Unterbringung (außer Krankenhaus)

[css122a] Haben Sie in den letzten 3 Monaten in einer nichtprivaten Wohnform (außer Krankenhaus) gelebt? ₁ ja ₂ nein

Wenn ja:

[css122b] Wieviel Geld müssen Sie selbst für Ihre Unterbringung zahlen? Klientenanteil _____ € / Tag

5.4 Sonstige gesundheitsbezogene Ausgaben

[css123a] Haben Sie in den letzten 3 Monaten noch weitere bislang nicht genannte, gesundheitsbezogene Ausgaben gehabt? ₁ ja ₂ nein

Wenn ja:

[css123b] Bitte nennen:

[css123c] Bitte nennen:

[css123d] Wieviel Geld haben Sie in den letzten 3 Monaten für diese weiteren Ausgaben aufgewendet? _____ €

6. Bemerkungen

[css124]

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 leichtes Problem, 2 aber eindeutig vorhanden schweres bis 4 sehr schweres Problem	1 klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 3 eher schweres Problem 9 nicht bekannt / nicht anwendbar		
1) Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten:	<input type="checkbox"/>	8) Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<input type="checkbox"/>	
2) Absichtliche Selbstverletzung:	<input type="checkbox"/>	• Falls andere psychische /verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an		
3) Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	A) Phobisch C) Zwangsgedanken/-handlungen E) Dissoziativ G) Essen I) Sexuell	B) Angst D) Psychische Belastung/Anspannung F) Somatoform H) Schlaf J) Andere (spezifizieren): _____	<input type="checkbox"/>
4) Kognitive Probleme	<input type="checkbox"/>	9) Probleme in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	
5) Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	<input type="checkbox"/>	10) Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	
6) Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	11) Probleme durch die Wohnbedingungen	<input type="checkbox"/>	
7) Gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	12) Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag	<input type="checkbox"/>	

PSP-Skala Fragebogen

Bitte beurteilen Sie die Schwierigkeiten Ihres Patienten während der letzte sieben Tagen in den folgenden vier Hauptbereichen:

	abwesend	leicht	offensichtlich	ausgeprägt	schwerwiegend	äußerst schwerwiegend
a) sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen						
b) persönliche und soziale Beziehungen						
c) Selbstpflege						
d) störendes und aggressives Verhalten						

Punkte Intervall

--	--	--	--	--	--

PSP-Gesamtwert

--

<p>Für die Hauptbereiche a-c sind die Schweregrade:</p> <p>-abwesend</p> <p>-leicht: keine offensichtlichen Schwierigkeiten; sind nur jemandem bekannt, der sehr vertraut mit der Person ist</p> <p>-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</p> <p>-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 <u>gelegentlich*</u> (siehe unten); bei Hilfe durch andere ist er/sie eventuell fähig, das vorherige Funktionsniveau zu erreichen.</p> <p>-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.</p> <p>-äußerst schwerwiegend: Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten von solchem Ausmaß, dass das Überleben der Person gefährdet ist.</p>	<p>Für den Hauptbereich d sind die Schweregrade:</p> <p>-abwesend</p> <p>-leicht: Leichte Grobheit, Ungeselligkeit oder Herumnörgelei</p> <p>-offensichtlich, aber nicht ausgeprägt: zu laut sprechen oder mit anderen in einer zu vertrauten Weise sprechen, oder in einer sozial unakzeptablen Weise essen</p> <p>-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)</p> <p>-schwerwiegend: häufige verbale Drohungen oder physische Angriffe, ohne die Intention oder die Möglichkeit schwerer Verletzungen</p> <p>-äußerst schwerwiegend: häufige aggressive Handlungen, mit dem Ziel oder der Wahrscheinlichkeit, schwere Verletzungen zu verursachen.</p> <p><small>* 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.</small></p>
--	--



EQ-5D-5L

Gesundheitsfragebogen

VERSION FÜR DIE PERSON, DIE DIE BEFRAGUNG DURCHFÜHRT

Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Obwohl die Sprechweise der Person berücksichtigt werden sollte, die die Befragung durchführt, muss der Wortlaut der Fragebogen-Anweisungen so genau wie möglich eingehalten werden. Im Fall des beschreibenden Teils des EQ-5D-5L auf Seite 2 und 3 des Fragebogens muss der genaue Wortlaut verwendet werden.

Wenn der Befragte Schwierigkeiten dabei hat, eine Antwort auszuwählen, oder um eine Erläuterung bittet, sollte die die Befragung durchführende Person die Frage Wort für Wort wiederholen und den Befragten bitten, die Frage so zu beantworten, dass die Antwort seiner Vorstellung seiner Gesundheit heute am nächsten ist.

EINLEITUNG

(Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Lesen Sie dem Befragten bitte Folgendes vor.)

Wir versuchen herauszufinden, was Sie über Ihre Gesundheit denken. Ich werde Ihnen fortlaufend erklären, was zu tun ist. Unterbrechen Sie mich bitte, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Ihnen etwas unklar ist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wir sind nur an Ihrer eigenen Meinung interessiert.

Zuerst werde ich Ihnen ein paar Fragen vorlesen. Jede Frage hat fünf Antwortmöglichkeiten. Sagen Sie mir bitte, welche Antwort Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Wählen Sie in jeder Fragengruppe nicht mehr als eine Antwort aus.

(Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Lesen Sie zuerst pro Frage alle fünf Möglichkeiten vor. Bitten Sie den Befragten dann, die Antwort auszuwählen, die auf ihn zutrifft. Wiederholen Sie die Frage und die Antwortmöglichkeiten, wenn nötig. Kreuzen Sie das entsprechende Kästchen unter jeder Überschrift an. Sie müssen den Befragten ggf. regelmäßig daran erinnern, dass der Zeitrahmen HEUTE ist.)

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

Zuerst möchte ich Sie zur Beweglichkeit beziehungsweise Mobilität befragen. Würden Sie sagen, dass ...

- Sie keine Probleme haben herumzugehen?
 - Sie leichte Probleme haben herumzugehen?
 - Sie mäßige Probleme haben herumzugehen?
 - Sie große Probleme haben herumzugehen?
 - Sie nicht in der Lage sind herumzugehen?
-

FÜR SICH SELBST SORGEN

Als Nächstes möchte ich Sie dazu befragen, wie Sie für sich selbst sorgen. Würden Sie sagen, dass ...

- Sie keine Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen?
 - Sie leichte Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen?
 - Sie mäßige Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen?
 - Sie große Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen?
 - Sie nicht in der Lage sind, sich selbst zu waschen oder anzuziehen?
-

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN

Als Nächstes möchte ich Sie über alltägliche Tätigkeiten, z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten, befragen. Würden Sie sagen, dass ...

- Sie keine Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?
 - Sie leichte Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?
 - Sie mäßige Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?
 - Sie große Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?
 - Sie nicht in der Lage sind, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?
-

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Als Nächstes möchte ich Sie zu den Schmerzen oder körperlichen Beschwerden befragen. Würden Sie sagen, dass ...

- | | |
|--|--------------------------|
| Sie <u>keine</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>leichte</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßige</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>starke</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>extreme</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
-

ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

Abschließend möchte ich Sie zur Angst oder Niedergeschlagenheit befragen. Würden Sie sagen, dass ...

- | | |
|--|--------------------------|
| Sie <u>nicht</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>ein wenig</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßig</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>sehr</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>extrem</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
-

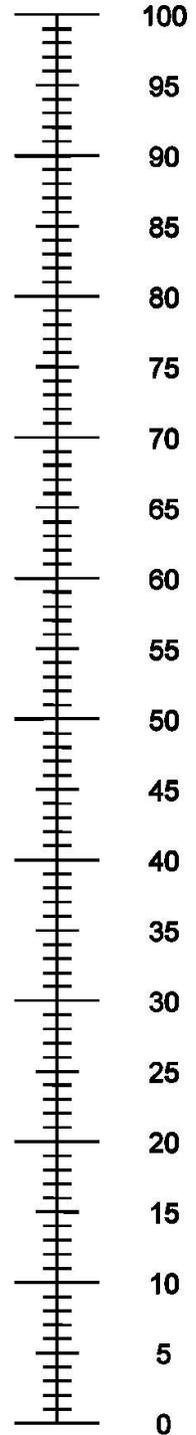
EQ-5D VAS

- **Nun möchte ich Sie gern bitten, mir zu sagen, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**
- **Ich möchte, dass Sie versuchen, sich eine Skala vorzustellen, die wie ein Thermometer aussieht.**
(Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Zeigen Sie dem Befragten die VAS-Skala bitte, wenn es eine persönliche Befragung ist.)
- **Die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können, ist mit der Zahl 100 (Einhundert) am oberen Ende der Skala gekennzeichnet, und die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können, ist am unteren Ende mit der Zahl 0 (Null) gekennzeichnet.**
- **Ich möchte nun, dass Sie mir sagen, wo auf der Skala Sie Ihre Gesundheit HEUTE ansiedeln würden.**
(Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Kreuzen Sie die Skala an der Stelle an, die die Gesundheit des Befragten heute angibt. Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.)

GESUNDHEIT DES BEFRAGTEN HEUTE =

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten.

Beste Gesundheit, die
Sie sich vorstellen
können



Schlechteste
Gesundheit, die Sie
sich vorstellen
können



Probanden-ID:

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die beschreiben, wie sich Menschen manchmal in Bezug auf sich selbst oder ihr Leben fühlen. Bitte lesen Sie sich jede Aussage durch und entscheiden Sie, inwiefern Sie der Aussage zustimmen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten; uns interessiert Ihre persönliche und spontane Meinung.

		Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Teils- teils	Stimmt ziemlich	Stimmt völlig
1	Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein.	<input type="checkbox"/>				
2	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte.	<input type="checkbox"/>				
3	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann.	<input type="checkbox"/>				
4	Ich sehe Sinn im Leben.	<input type="checkbox"/>				
5	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen.	<input type="checkbox"/>				
6	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>				
7	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben.	<input type="checkbox"/>				
8	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein.	<input type="checkbox"/>				
9	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer.	<input type="checkbox"/>				
10	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte.	<input type="checkbox"/>				
11	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten.	<input type="checkbox"/>				
12	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige.	<input type="checkbox"/>				
13	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann.	<input type="checkbox"/>				
14	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich.	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Besonderen Dank gilt Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle für die Überlassung dieses interessanten Themas und die herausragende Betreuung über den gesamten Zeitraum des Projekts. Vielen Dank für die vielen Ratschläge, sowie die ausgezeichnete und intensive Begutachtung meiner Arbeit.

Vielen Dank auch an Herrn Prof. Dr. Gerhard Eschweiler für die zusätzliche sorgfältige Begutachtung der Arbeit und die hilfreichen Anmerkungen.

Ein weiterer großer Dank gilt Frau Svenja Raschmann für die unermüdliche und hervorragende Betreuung. Danke für die vielen Hilfestellungen bei der Organisation und Durchführung der Befragungen, sowie die Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit.

Ein besonderer Dank gilt auch meinem Freund und Kollegen Tobias. Danke für die großartige Zusammenarbeit und den kontinuierlichen hilfreichen Austausch über unsere Projekte. Auch meinem Freund Holger bin ich dankbar für die Unterstützung bei technischen Fragestellungen bei der Erstellung der Dissertation.

Zum Schluss möchte ich mich noch von ganzem Herzen bei meiner Frau Annika für die immerwährende und bedingungslose Unterstützung bedanken. Ohne dich wäre das alles nicht möglich gewesen. Danke auch an meine Eltern und die ganze Familie für die liebevolle Unterstützung. Ohne euch wäre ich nie so weit gekommen. Danke!