

Aus dem
Akademischen Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen
PP.rt – Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie
Reutlingen mbH

**Evaluation der Stationsäquivalenten psychiatrischen
Behandlung (StäB) am Studienzentrum in Reutlingen
im Rahmen der AKtiV-Studie des Innovationsfonds.
Katamnestische Untersuchung im
Patient*innengruppenvergleich.**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Baisch, Tobias

2024

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle

2. Berichterstatter: Professor Dr. D. Wildgruber

Tag der Disputation: 04.09.2024

Leonie und meinen Eltern gewidmet

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Historischer und wissenschaftlicher Hintergrund der psychiatrischen Behandlung.....	1
1.1.1 Internationaler Hintergrund.....	1
1.1.2 Nationaler Hintergrund	3
1.1.2.1 Historischer Hintergrund der psychiatrischen Versorgung	3
1.1.2.2 Aufsuchende psychiatrische Versorgung in Deutschland	5
1.2 Stationsäquivalente Behandlung (StäB).....	6
1.2.1 Begriffsbestimmung.....	6
1.2.2 Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen	6
1.2.2.1 Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V).....	6
1.2.2.2 Rahmenvereinbarung zur StäB	8
1.2.2.3 Weitere rechtliche Rahmenbedingungen der StäB	10
1.2.3 Zielgruppen	11
1.2.4 Klinische Umsetzung und Erfahrungen.....	13
1.2.5 Aktueller Diskurs	15
1.2.6 AKtiV-Studie	17
1.2.6.1 Allgemeines	17
1.2.6.2 Bezug der vorliegenden Dissertation zur AKtiV-Studie	18
1.2.6.3 Versorgungsstruktur der Region um das Studienzentrum Reutlingen	19
1.2.6.4 Versorgungsstruktur der Region um das Studienzentrum Zwiefalten	24
1.3 Hypothesen, Fragestellungen und Ziele.....	27
2 Material und Methoden	29
2.1 Studienaufbau	29
2.1.1 Datengrundlage und Ethikvotum	29
2.1.2 Rekrutierung der Proband*innen	29
2.1.3 Studienablauf	29
2.2 Datenerhebung und verwendete Messinstrumente	31
2.2.1 Datenerhebung.....	31
2.2.2 CSSRI-D	31
2.2.3 HoNOS	32
2.2.4 PSP-Skala.....	33
2.2.5 EQ-5D-5L.....	34
2.2.6 RAS-G.....	34
2.3 Stichprobe der AKtiV-Studie am Studienzentrum Reutlingen	35

2.3.1	Proband*innenkollektiv	35
2.3.2	Voraussetzungskriterien zur Aufnahme in die AKtiV-Studie.....	36
2.3.3	Psychosoziale und soziodemographische Zusammensetzung der Stichprobe	36
2.4	Datenverwaltung und Statistische Auswertung	43
3	Ergebnisse	45
3.1	Stationäre Wiederaufnahme am Studienzentrum Reutlingen	45
3.1.1	Stationäre Wiederaufnahmerate	45
3.1.2	Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme	48
3.1.3	Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen	49
3.1.4	Dauer der stationären Aufenthalte	51
3.1.5	Einfluss psychosozialer und soziodemographischer Faktoren	54
3.1.5.1	Hauptdiagnose	54
3.1.5.2	Geschlecht	55
3.1.5.3	Alter	56
3.1.5.4	Beschäftigung und Einkommen	56
3.1.5.5	Wohnsituation	59
3.1.6	Zusammenfassung	61
3.2	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V am Studienzentrum Reutlingen	62
3.2.1	Stationärer und teilstationärer Bereich	62
3.2.2	Ambulanter Bereich	65
3.2.3	Zusammenfassung	69
3.3	Psychosoziales Funktionsniveau und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen	70
3.3.1	HoNOS	70
3.3.2	PSP-Skala	73
3.3.3	EQ-5D-5L	75
3.3.4	RAS-G	78
3.3.5	Zusammenfassung	80
3.4	Vergleich der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten	81
3.4.1	Stationäre Wiederaufnahme	81
3.4.2	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V	85
3.4.2.1	Stationärer und teilstationärer Bereich	85
3.4.2.2	Ambulanter Bereich	88
3.4.3	Zusammenfassung	92
3.5	Exkurs: Erfahrungsbericht zum Einfluss der COVID-19-Pandemie	93
4	Diskussion.....	97

4.1 Stationäre Wiederaufnahme am Studienzentrum Reutlingen	97
4.1.1 Stationäre Wiederaufnahmerate	97
4.1.2 Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme	99
4.1.3 Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen	100
4.1.4 Dauer der stationären Aufenthalte	102
4.1.5 Einfluss psychosozialer und soziodemographischer Faktoren	104
4.1.5.1 Hauptdiagnose	104
4.1.5.2 Geschlecht	105
4.1.5.3 Alter	106
4.1.5.4 Beschäftigung und Einkommen	106
4.1.5.5 Wohnsituation	107
4.1.6 Zusammenfassung	109
4.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V am Studienzentrum Reutlingen	110
4.2.1 Stationärer und teilstationärer Bereich	110
4.2.2 Ambulanter Bereich	112
4.2.3 Zusammenfassung	113
4.3 Psychosoziales Funktionsniveau und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen	114
4.3.1 HoNOS	114
4.3.2 PSP-Skala	116
4.3.3 EQ-5D-5L	117
4.3.4 RAS-G	118
4.3.5 Zusammenfassung	118
4.4 Vergleich der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten	119
4.4.1 Stationäre Wiederaufnahme	119
4.4.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V	121
4.4.2.1 Stationärer und teilstationärer Bereich	121
4.4.2.2 Ambulanter Bereich	122
4.4.3 Zusammenfassung	124
4.5 Exkurs: Erfahrungsbericht zum Einfluss der COVID-19-Pandemie	124
4.6 Schlussfolgerung, Limitationen und Ausblick	127
5 Zusammenfassung	130
6 Literaturverzeichnis	132
7 Erklärung zum Eigenanteil	149
8 Danksagung	151
9 Anhang	153

9.1 Ergänzende Tabellen und Abbildungen	153
9.1.1 Zu Kapitel „3.2.2. Ambulanter Bereich“	153
9.1.2 Zu Kapitel 3.3.1 HoNOS	154
9.1.3 Zu Kapitel 3.3.2 PSP-Skala	165
9.1.4 Zu Kapitel 3.3.3 EQ-5D-5L	168
9.1.5 Zu Kapitel 3.3.4 RAS-G	172
9.1.6 Zu Kapitel 3.4.1 Stationäre Wiederaufnahme	183
9.1.7 Zu Kapitel 3.4.2.2 Ambulanter Bereich	185
9.2 Verwendete Fragebögen: Fragebögen der Follow-up-Befragungen innerhalb AKtiV-Studie	186

Abkürzungsverzeichnis

6M-FU	6-Monats-Follow-up
12M-FU	12-Monats-Follow-up
Abs.	Absatz
ACT	Assertive Community Treatment
AKtiV	Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung
Asymp. Sig.	Asymptotische Signifikanz
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CMHT	Community Mental Health Team
CRT	Crisis Resolution Team
CSSRI	Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory
CSSRI-D	Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (Deutsche Fassung)
CSSRI-EU	Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (Europäische Fassung)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
Dr.	Doktor
eCRF	elektronischer Case Report Form
EQ-5D-5L	EuroQol-5Dimension-5Level
KG	Kontrollgruppe
HoNOS	Health of the Nations Outcome Scales
HT	Home Treatment

IG	Interventionsgruppe
N	absolute Anzahl / gültige Fälle
OPS	Operations- und Prozedurenschlüssel
p	p-Wert
PIA / PIAs	Psychiatrische Institutsambulanz / Psychiatrische Institutsambulanz
PP.rt	Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen
Prof.	Professor
PSP-Skala	Personal and Social Performance (Scale)
PsychVVG	Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
RAS-G	Recovery Assessment Scale (Deutsche Version)
RPK	Rehabilitation Psychisch Kranker
S.	Seite
SD	Standardabweichung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf
s.o.	siehe oben
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
s.u.	siehe unten
TK / TKs	Tagesklinik / Tageskliniken
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
z. B.	zum Beispiel
ZfP	Zentrum für Psychiatrie
<	kleiner als
≥	größer/gleich

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vereinfachter Zeitplan der AKtiV-Studie (modifiziert nach Zeitplan aus Ethikantrag)	18
Abbildung 2: Karte der Versorgungsregionen des ZfP Südwürttembergs (Quelle: ZfP Südwürttemberg, 2022a, S. 13).....	21
Abbildung 3: Standorte der psychotherapeutischen Niederlassungen im Großraum Reutlingen (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023e).....	23
Abbildung 4: Übersicht des zeitlichen Ablaufes der vorliegenden Dissertationsarbeit.....	30
Abbildung 5: Kreisdiagramm zur Geschlechterverteilung der Stichprobe, insgesamt (N=50) und aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG (jeweils N=25).....	37
Abbildung 6: Balkendiagramm zur Verteilung der Altersgruppen innerhalb der Stichprobe zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AKtiV-Studie, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG (N=50).....	37
Abbildung 7: Kreisdiagramm zur Verteilung der Hauptdiagnosen (entsprechend ICD-10) in der gesamten Stichprobe am Studienzentrum Reutlingen (N=50)	38
Abbildung 8: Kreisdiagramme zur Darstellung der stationären Wiederaufnahmerate der Proband*innen auf eine Station in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik oder in eine StäB innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	46
Abbildung 9: Streudiagramm zur korrelierenden Darstellung der Anzahl der stationären Voraufenthalte (vollstationär oder StäB) in der Studienklinik (2 Jahre vor Aufnahme in die Indexbehandlung) und der Anzahl der stationären Aufenthalte in psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder StäB innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung (N=50).....	51
Abbildung 10: Verlauf des Mittelwertes des HoNOS-Gesamtwertes, aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, für die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=47) und 12M-FU (N=48)	72
Abbildung 11: Verlauf des Mittelwertes des PSP-Gesamtwertes, aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, für die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=47) und 12M-FU (N=48)	74

Abbildung 12: Verlauf des Mittelwertes des EQ-5D-5L-Indexwertes, aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, für die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=46) und 12M-FU (N=48)	76
Abbildung 13: Verlauf des Mittelwertes des EQ-5D-5L-Gesundheitslevels (visuelle Analogskala), aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, über die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=47) und 12M-FU (N=48)	77
Abbildung 14: Verlauf des Mittelwertes des RAS-G-Gesamtwertes, aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, über die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=47) und 12M-FU (N=48)	79
Abbildung 15: Kreisdiagramme zur Darstellung der stationären Wiederaufnahmerate der Proband*innen auf eine Station in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik oder in eine StäB innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt für die Stichproben am Studienzentrum Reutlingen (N=50) und Zwiefalten (N=43) sowie für die gesamte Stichprobe (N=93); Prozentangaben auf ganze Zahlen gerundet	82
Abbildung 16: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung für Proband*innen der IG (Zahl der gültigen Fälle: N=25).....	159
Abbildung 17: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung für Proband*innen der KG (Zahl der gültigen Fälle: N=25).....	159
Abbildung 18: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung für Proband*innen der IG (Zahl der gültigen Fälle: N=23).....	160
Abbildung 19: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung für Proband*innen der KG (Zahl der gültigen Fälle: N=24).....	160
Abbildung 20: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung für Proband*innen der IG (Zahl der gültigen Fälle: N=24).....	161
Abbildung 21: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung für Proband*innen der KG (Zahl der gültigen Fälle: N=24).....	161

Abbildung 22: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung	175
Abbildung 23: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung	177
Abbildung 24: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung	179

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der vollstationären, teilstationären und StäB-Behandlungsplätzen im Landkreis Reutlingen (Zahlen basierend auf Angaben in: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020)	22
Tabelle 2: Übersicht über Hilfsangebote für psychiatrische Erkrankte im Landkreis Reutlingen (Zahlen basierend auf Angaben in: Längle, 2022b; Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020); alle Angaben sind ohne Gewähr auf Vollständigkeit und Richtigkeit.....	24
Tabelle 3: Vergleichender Überblick der psychiatrischen Versorgungsstruktur Reutlingens und Zwiefaltens aufgegliedert anhand Leistungen nach SGB V (Zahlen basierend auf Angaben in: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023e, 2023f; Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020)	26
Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnose der Proband*innen nach ICD-10, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	39
Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Voraufenthalte in der Klinik (2 Jahre vor dem jeweiligen Aufnahmedatum in die AKtiV-Studie), aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	40
Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Art der Wohnung der Proband*innen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AKtiV-Studie, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	41
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung aller im Haushalt der Proband*innen Wohnenden zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AKtiV-Studie, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=49)	41

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung des Beschäftigungsverhältnisses der Proband*innen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AKtiV-Studie, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	42
Tabelle 9: Stationäre Wiederaufnahmerate der Proband*innen auf eine Station in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik oder in eine StäB innerhalb von 6 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	46
Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsart der ersten stationären Wiederaufnahme der Proband*innen, die innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung erneut stationär aufgenommen wurden; aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=23); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	47
Tabelle 11: Statistische Werte zur Zeitspanne in Tagen bis zur stationären Wiederaufnahme in eine vollstationäre psychiatrische, psychotherapeutische bzw. psychosomatische Klinik oder StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=23); gerundet auf ganze Zahlen	48
Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der Aufenthalte in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	49
Tabelle 13: Statistische Werte zur Anzahl der abrechenbaren Tage in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder in einer StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=23); gerundet auf ganze Zahlen	52
Tabelle 14: Statistische Werte zur Dauer (in Tagen) pro stationärem Aufenthalt im Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung insgesamt (vollstationär und StäB), sowie aufgeteilt in vollstationäre Aufenthalte in psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken und StäB-Aufenthalte; gerundet auf ganze Zahlen	53
Tabelle 15: Statistische Werte zur Dauer der Indexbehandlung in Tagen, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50); gerundet auf ganze Zahlen	53

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Hauptdiagnose-Gruppe entsprechend ICD-10 (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	54
Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit des Geschlechts (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	55
Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Altersgruppen (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	56
Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit des Beschäftigungsverhältnisses (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	57
Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Einkommensgruppen des Netto-Haushaltsgesamteinkommens (N=41); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	58
Tabelle 21: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Art der Wohnung zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	60
Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Wohnsituation in Bezug auf die im Haushalt lebenden Personen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie (N=49); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	60
Tabelle 23: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) abhängig davon, ob zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie Kinder im Haushalt der Proband*innen leben (N=49); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	61
Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der teilstationären Aufenthalte in einer psychiatrischen TK pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	63
Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Aufenthalte in einer somatischen oder sonstigen Klinik pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	63

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Aufenthalte pro Proband*in in einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationsklinik oder einer Klinik zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)	64
Tabelle 27: Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	66
Tabelle 28: Statistische Werte zur Dauer [in Minuten] der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=48); gerundet auf ganze Zahlen	67
Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	68
Tabelle 30: Statistische Werte zur Dauer [in Minuten] der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=48); gerundet auf ganze Zahlen	69
Tabelle 31: Vergleich der Mittelwerte des HoNOS-Gesamtwertes zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte	71
Tabelle 32: Vergleich der Mittelwerte des PSP-Gesamtwertes zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte	73
Tabelle 33: Vergleich der Mittelwerte des EQ-5D-5L-Indexwertes zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte	75
Tabelle 34: Vergleich der Mittelwerte der EQ-5D-5L-Gesundheitslevels auf der visuellen Analogskala von 0 bis 100 zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte	77

Tabelle 35: Vergleich der Mittelwerte des RAS-G-Gesamtscores zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte	78
Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsart der stationären Wiederaufnahme der Proband*innen, die innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung erneut stationär aufgenommen wurden (N=46), aufgeteilt nach Proband*innen des Studienzentrums Reutlingen bzw. Zwiefalten sowie aller Proband*innen; aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	83
Tabelle 37: Statistische Werte zur Zeitspanne in Tagen bis zur stationären Wiederaufnahme in vollstationäre psychiatrische, psychotherapeutische bzw. psychosomatische Kliniken oder in eine StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen des Studienzentrums Reutlingen bzw. Zwiefalten sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=46); gerundet auf ganze Zahlen	83
Tabelle 38: Statistische Werte zur Anzahl der abrechenbaren Tage in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder in einer StäB pro Proband*in (N=46) innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten; gerundet auf ganze Zahlen	84
Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der teilstationären Aufenthalte in einer psychiatrischen TK pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=93)	86
Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Zeitspanne zwischen Aufnahme in eine teilstationäre Behandlung und Entlassung aus der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen mit teilstationärer Behandlung während des Beobachtungszeitraumes (N=15); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	86
Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Aufenthalte in einer somatischen oder sonstigen Klinik pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=93)	87
Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Aufenthalte pro Proband*in in einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationsklinik oder einer Klinik zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=93)	88

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=88); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	89
Tabelle 44: Statistische Werte zur Gesamtdauer [in Minuten] der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=88); gerundet auf ganze Zahlen.....	90
Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=91); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	91
Tabelle 46: Statistische Werte zur Gesamtdauer [in Minuten] der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=91); gerundet auf ganze Zahlen.....	92
Tabelle 47: Häufigkeitsverteilung der angegebenen Gründe für eine Behinderung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch die COVID-19-Pandemie (N=46); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	94
Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der angegebenen Gründe für besonders belastende Aspekte der COVID-19-Pandemie (N=46); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	95

Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der angegebenen Gründe für als positiv empfundene Aspekte der COVID-19-Pandemie (N=46); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	96
Tabelle 50: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Anzahl der jeweiligen Art der in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen zwischen Proband*innen der IG und der KG für den Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung (N=48)	153
Tabelle 51: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Anzahl der jeweiligen Art der in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen zwischen Proband*innen der IG und der KG für den Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung (N=48)	153
Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	154
Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	155
Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	156
Tabelle 55: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung (Zahl der gültigen Fälle N=50)	157
Tabelle 56: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47)	157
Tabelle 57: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48)	158
Tabelle 58: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der Baseline- und der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48)	162

Tabelle 59: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der Baseline- und der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47)	163
Tabelle 60: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der 6M-FU- und der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=46)	164
Tabelle 61: Häufigkeitsverteilung der Abstufungen pro Subskala der PSP-Skala zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	165
Tabelle 62: Häufigkeitsverteilung der Abstufungen pro Subskala der PSP-Skala zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	165
Tabelle 63: Häufigkeitsverteilung der Abstufungen pro Subskala der PSP-Skala zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	166
Tabelle 64: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Subskala der PSP-Skala zwischen den Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=50)	167
Tabelle 65: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Subskala der PSP-Skala zwischen den Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47)	167
Tabelle 66: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Subskala der PSP-Skala zwischen den Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48)	167
Tabelle 67: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Beweglichkeit / Mobilität“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=47) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	168
Tabelle 68: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Für sich selbst sorgen“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	168

Tabelle 69: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Alltägliche Tätigkeiten“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	169
Tabelle 70: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Schmerzen und körperliche Beschwerden“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	169
Tabelle 71: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Angst / Niedergeschlagenheit“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	170
Tabelle 72: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Beweglichkeit / Mobilität“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=47) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48)	170
Tabelle 73: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Für sich selbst sorgen“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48)	171
Tabelle 74: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Alltägliche Tätigkeiten“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48)	171
Tabelle 75: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Schmerzen / körperliche Beschwerden“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48).....	171

Tabelle 76: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Angst / Niedergeschlagenheit“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48)	171
Tabelle 77: Gültige Fälle pro Item des RAS-G für den Befragungszeitpunkt Baseline.....	172
Tabelle 78: Gültige Fälle pro Item des RAS-G für den Befragungszeitpunkt 6M-FU	173
Tabelle 79: Gültige Fälle pro Item des RAS-G für den Befragungszeitpunkt 12M-FU	173
Tabelle 80: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung; aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen	174
Tabelle 81: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung; aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	176
Tabelle 82: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung; aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	178
Tabelle 83: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung	180
Tabelle 84: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung.....	180
Tabelle 85: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung.....	181
Tabelle 86: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der Baseline- und der 12M-FU-Befragung.....	181
Tabelle 87: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der Baseline- und der 6M-FU-Befragung.....	182
Tabelle 88: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der 6M-FU- und der 12M-FU-Befragung.....	182

Tabelle 89: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsart der stationären Wiederaufnahme (StäB bzw. vollstationär) in Bezug auf die Indexbehandlung: StäB in der IG und vollstationär in der KG; aufgeteilt nach Proband*innen der IG und KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen (N=23); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	183
Tabelle 90: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsart der stationären Wiederaufnahme (StäB bzw. vollstationär) in Bezug auf die Indexbehandlung: StäB in der IG und vollstationär in der KG; aufgeteilt nach Proband*innen der IG und KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen am Studienzentrum Zwiefalten (N=23); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen.....	183
Tabelle 91: Statistische Werte zur Anzahl der abrechenbaren Tage in einer StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen des Studienzentrums Reutlingen und Zwiefalten sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=46); gerundet auf ganze Zahlen	184
Tabelle 92: Statistische Werte zur Anzahl der abrechenbaren Tage in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen des Studienzentrums Reutlingen und Zwiefalten sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=46); gerundet auf ganze Zahlen	184
Tabelle 93: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Anzahl der jeweiligen Art der in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen zwischen Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten für den Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung (N=88)	185
Tabelle 94: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Anzahl der jeweiligen Art der in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen zwischen Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten für den Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung (N=91)	185

1 Einleitung

1.1 Historischer und wissenschaftlicher Hintergrund der psychiatrischen Behandlung

1.1.1 Internationaler Hintergrund

Bereits im 15. Jahrhundert entstanden nach dem Vorbild aus dem arabischen Raum erste psychiatrische Abteilungen in den damaligen Krankenhäusern in Europa, beispielsweise (bspw.) in Valencia 1409 (Hoff, 2017). Über die nächsten Jahrhunderte hinweg galten psychisch Erkrankte als Außenseiter*innen der Gesellschaft und wurden meist in Einrichtungen außerhalb der Städte untergebracht. Diese psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäuser dienten weniger der Behandlung der Erkrankten, viel mehr wurden diese durch die Unterbringung ausgegrenzt und von der Gesellschaft ferngehalten. Die psychiatrische Behandlung bestand in diesen Unterbringungen teils aus sehr fragwürdigen Elementen. Im Zeitalter der Aufklärung zum Beispiel (z. B.) sollte das Erschrecken zum Austreiben einer Psychose dienen (Hoff, 2017). Trotz Forderungen, bspw. von Wilhelm Griesinger, die psychiatrische Behandlung gemeindezentrierter auszurichten, entstanden während des 19. Jahrhunderts in Europa und Amerika viele psychiatrische Einrichtungen abseits der Siedlungsräume (Hoff, 2017). Diese „*dienten [...] weitestgehend der Verwahrung*“ (Längle et al., 2022, S. 60) von psychisch Erkrankten (Längle et al., 2022).

In England änderte sich die Behandlung psychisch Erkrankter nach Verabschiedung des Mental Treatment Act 1930, wodurch eine freiwillige Behandlung in psychischen Kliniken möglich wurde. Nicht zuletzt der Zweite Weltkrieg, in Folge dessen viele Soldaten psychisch traumatisiert in ihre Heimat zurückkehrten, führte zu neuen Ansätzen in der psychiatrischen Behandlung (Burns, 2004). 1946 entstand in London die erste Tagesklinik (TK). In den Folgejahren stieg die Zahl der Tageskliniken (TKs) in England und damit verbunden die Zahl der Behandlungsplätze auf 15.000 in den 1980er Jahren an.

Ein Großteil der psychiatrischen Patient*innen konnte so ohne vorausgehenden stationären Klinikaufenthalt behandelt werden (Burns, 2004).

Mit dem Mental Health Act 1959 machte die Entwicklung der psychiatrischen Behandlung im angloamerikanischen Raum einen weiteren Schritt in Richtung der gemeindezentrierten psychiatrischen Versorgung außerhalb der Kliniken. Die behandelnde Klinik war infolgedessen unter anderem (u. a.) dazu verpflichtet, Patient*innen nach stationären Aufenthalten nachzubehandeln. Für diese Aufgabe entstanden multidisziplinäre Community Mental Health Teams (CMHT). Diese CMHTs strebten durch ambulantes Aufsuchen zum einen an, die psychiatrische Erkrankung im Sinne einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung zu behandeln, zum anderen die soziale Integration und damit den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch Erkrankten zu erreichen (Burns, 2004). Bereits in den 1960er Jahren konnte Meyer et al. (1967) in seiner Studie zeigen, dass Home Treatment (HT) die Hospitalisierung verringert und zu einer verbesserten sozialen Teilhabe der Betroffenen führt.

Neben den CMHTs etablierten sich im gesamten angloamerikanischen Raum weitere aufsuchende Behandlungsangebote. Die von Stein & Test (1980) richtungsweisend beschriebene Behandlungsform Assertive Community Treatment (ACT) ist eine intensive aufsuchende Betreuung zur längerfristigen Begleitung von psychisch Erkrankten. Diese Form der psychiatrischen Behandlung durch spezialisierte multidisziplinäre Teams zur Verhinderung von stationären Aufnahmen breitete sich rasch international aus (Burns, 2004). Studien zeigen, dass diese Art der Behandlung zu einer Reduktion der Hospitalisierung (Dieterich et al., 2017) und der Kosten führt (Klug et al., 2010). Vor allem (v. a.) das Miteinbeziehen von Patient*innen und Angehörigen in die Behandlungsplanung ist als Vorteil dieser Behandlungsform beschrieben (Nordén et al., 2012).

Darüber hinaus entstanden auf internationaler Ebene die Early Intervention Service Teams für die Begleitung junger Patient*innen mit psychotischen Erkrankungen und Crisis Resolution Teams (CRT) / HT-Teams für die Akutbehandlung von schwer psychisch Erkrankten als Alternative zur stationären

Behandlung (Burns, 2004). In Bezug auf die CRTs und weitere Modelle des HTs beschreiben zahlreiche Studien mindestens eine Gleichwertigkeit von aufsuchender Krisenintervention und der Standardbehandlung im Krankenhaus sowie eine Reduktion der Krankenhaustage (Berhe et al., 2005; Burns et al., 2001; Murphy et al., 2012).

1.1.2 Nationaler Hintergrund

1.1.2.1 Historischer Hintergrund der psychiatrischen Versorgung

Im Gegensatz zu Ländern wie Großbritannien, den USA oder skandinavischen Ländern, in denen schon früh weitreichende Reformen in der psychiatrischen Versorgung hin zu offenen, aufsuchenden und gemeindenahen Strukturen durchgeführt wurden, fanden solche Reformen in Deutschland erst in den 1970er Jahren statt (Brieger, 2019; Längle et al., 2022). Obwohl flächendeckende Reformen in Deutschland im internationalen Vergleich spät erfolgten, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass punktuell zukunftsweisende Ansätze existent waren und vor Ort in den psychiatrischen Behandlungsalltag integriert wurden. So zeigen bspw. Berichte aus der Psychiatrischen Klinik Zwiefalten in Südwürttemberg, dass bereits in den 1950er Jahren offene Stationen und in den 1960er Jahren Außensprechstunden als Vorläufer der Institutsambulanzen etabliert wurden. Für weitere innovative Behandlungsformen fehlte es vorrangig an finanziellen Ressourcen (Croissant & Längle, 2015).

Vor dem Hintergrund der zurückliegenden Verbrechen in der Zeit des Nationalsozialismus mit der Tötung von u. a. über 200.000 körperlich und psychisch Erkrankten sowie Menschen mit Behinderung und der fortwährenden desolaten Zustände in den verbliebenen meist geschlossenen und überfüllten psychiatrischen Anstalten waren flächendeckende Reformen auch in Deutschland unumgänglich (Brieger, 2019; Häfner, 2016). Die Erarbeitung der sogenannten Psychiatrie-Enquete in Deutschland war ein wichtiger Meilenstein der Reformbestrebungen in der psychiatrischen Versorgung. Angestoßen wurde dieser Prozess u. a. durch eine 1965 veröffentlichte Denkschrift von Häfner mit Kollegen, in der die psychiatrische Versorgung in Deutschland als „*nationaler Notstand*“ (Häfner et al., 1965) bezeichnet wurde, sowie eine Rede von Walter

Picard im Bundestag 1970 (Häfner, 2016). Die Psychiatrie-Enquete wurde 1975 vom Bundestag beschlossen (Deutscher Bundestag, 1975; Häfner, 2016). Darin wurden schwerwiegende Mängel in der psychiatrischen Versorgung festgestellt und als Ziele formuliert, dass „*durch ambulante und komplementäre Angebote*“ (Deutscher Bundestag, 1975, S. 16) die psychiatrische Behandlung in Zukunft vermehrt außerhalb der Kliniken stattfinden solle, um damit stationäre Behandlungen zu vermeiden. „*Aufklärung der Öffentlichkeit/Schulung der Bezugspersonen [...], Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen [...], Gemeindenahe Versorgung [...], Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser [...], Getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig Behinderte [...], Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen [...] und Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker*“ (Deutscher Bundestag, 1975, S. 16f.) waren u. a. zentrale Vorhaben, um die festgesteckten Ziele zu erreichen (Deutscher Bundestag, 1975).

In den darauffolgenden Jahren entwickelte sich die psychiatrische Versorgungsstruktur schrittweise weg von Langzeitbehandlungen in großen psychiatrischen Kliniken hin zur Gründung von Ambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten, Rehabilitationseinrichtungen und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (Brieger, 2019). Durch die allgemeine Reformbewegung war es zudem lokal an einzelnen Kliniken möglich, innovative Behandlungsmethoden, für die bisher die finanziellen Mittel fehlten, zu realisieren (Croissant & Längle, 2015). In den 1990er Jahren wurden psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) nach § 118 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünf), die heute weit verbreitet sind, eingeführt (Brieger, 2019). Diese Entwicklung spiegelt sich statistisch durch eine sinkende durchschnittliche Verweildauer in psychiatrischen Kliniken und einer damit verbundenen geringer werdenden Bettenzahl bei steigenden Fallzahlen wider (Schneider et al., 2012). Jedoch sind durch die Enthospitalisierung von chronisch Erkrankten die Defizite der psychiatrischen Versorgungsstruktur nicht endgültig gelöst. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass sich eine Verlagerung der Personen aus psychiatrischen in forensische Einrichtungen und betreute Wohngruppen abzeichnet. Diese Tatsache stellt die psychiatrische

Versorgungsplanung vor neue Herausforderungen (Längle et al., 2022; Mir et al., 2013).

1.1.2.2 *Aufsuchende psychiatrische Versorgung in Deutschland*

Im Bereich der aufsuchenden Behandlung sind in Deutschland im internationalen Vergleich Defizite zu verzeichnen (Bechdorf et al., 2011; Gühne et al., 2011). Erste Versuche der aufsuchenden psychiatrischen Behandlung sind um die Jahrtausendwende von Bechdorf et al. (2011) unternommen worden. Dabei wurde in Krefeld die „Integrative Psychiatrische Behandlung“ als aufsuchende Form im Vergleich mit der stationären Krankenhausbehandlung hinsichtlich der signifikanten Reduktion der vollstationären Behandlungstage als gleichwertig befunden. Auch weitere Modellprojekte der aufsuchenden psychiatrischen Behandlung in Deutschland zeigten ähnlich positive Ergebnisse bezüglich verkürzter Behandlungsdauer, schnellerer Reintegration in den Alltag (Boege et al., 2014), geringerer Wiederaufnahmerate, besserer Zufriedenheit der Behandelten (Gühne et al., 2011), der Kosteneffizienz (Kilian et al., 2016) sowie der klinischen Symptomatik (Munz et al., 2011). Eine Übersicht der Evidenzlage im gesamten deutschsprachigen Raum bezüglich aufsuchender Behandlungsformen findet sich im Sammelwerk von Weinmann et al. (2021). In den neusten Leitlinien in Deutschland wird die aufsuchende psychiatrische Behandlungsform in akuten Krankheitsphasen mit dem höchsten Evidenzgrad empfohlen und eine flächendeckende gemeindepsychiatrische Versorgung gefordert (DGPPN, 2019).

Die Gesetzeslage in Deutschland bietet inzwischen mehr Möglichkeiten zur aufsuchenden psychiatrischen Versorgung. So können seit 2012 Modellprojekte nach § 64b SGB V durchgeführt werden und zur Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes dienen (Deister, 2014). Seit einigen Jahren ist eine stationsäquivalente Behandlung (StäB) gemäß § 115d SGB V (vgl. 1.2) gesetzlich verankert (Bundesamt für Justiz, 2023b). Die StäB entspricht im internationalen Vergleich am ehesten der Behandlung durch CRTs mit hoher Behandlungsintensität in einer akuten Krankheitsphase, während Modellvorhaben nach § 64b SGB V eher dem längerfristigen und flexibleren ACT entspricht (Längle et al., 2022; Weinmann et al., 2021).

Die StäB birgt aktuell Hoffnungen hinsichtlich einer besseren psychiatrischen Versorgung und Weiterentwicklung der aufsuchenden Versorgung in Deutschland (Boege, Schepker & Fegert, 2020; Brieger et al., 2021; Straßmayr et al., 2019). Insgesamt wird die bisherige Evidenzlage für die StäB sowie die aufsuchende psychiatrische Behandlung in Deutschland als unzureichend beschrieben. Weitere Studien werden gefordert, um u. a. zu überprüfen, ob die internationalen Daten auch auf Deutschland übertragen werden können (Bechdorf et al., 2022; Weinmann et al., 2021; Weinmann et al., 2022).

1.2 Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

1.2.1 Begriffsbestimmung

Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) nach § 115d SGB V ist eine seit dem 01.01.2018 abrechenbare Therapieform in der psychiatrischen Behandlung in Deutschland. Sie ist eine Sonderform der aufsuchenden Behandlung. Die Behandlung findet primär im häuslichen Umfeld der Patient*innen statt, entspricht in der Intensität der Behandlung jedoch einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Im internationalen Kontext ist die StäB am ehesten mit der Behandlung durch CRTs vergleichbar (Längle et al., 2022).

1.2.2 Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

1.2.2.1 Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V)

Das SGB V ist überschrieben mit „*Gesetzliche Krankenversicherung*“ (Bundesamt für Justiz, 2023b) und regelt demnach die medizinischen Versorgung aller gesetzlich Versicherten in Deutschland.

Die StäB ist seit dem 01.01.2017 im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) im SGB V als medizinische Leistung verankert. Maßgeblich hierfür sind Änderungen in § 39 sowie die Neueinführung des § 115d im SGB V (Bundesgesundheitsministerium, 2016). In § 39 ist festgeschrieben, dass eine Behandlung „*vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant*“ (Bundesamt für Justiz, 2023b) abgeleistet werden kann. Ist eine stationäre Behandlung notwendig, so

kann diese als vollstationäre Krankenhausbehandlung in einem nach § 107 definierten und nach § 108 zugelassenen Krankenhaus mit entsprechenden Anforderungen oder als StäB, also der vollstationären Krankenhausbehandlung gleichwertigen Alternative, durchgeführt werden. Stationäre Behandlungen sind nach § 39 immer dann notwendig, wenn *„das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“* (Bundesamt für Justiz, 2023b; § 39). Darüber hinaus besteht nach § 40 der Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation (Bundesamt für Justiz, 2023b).

Der § 115d ist mit *„Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“* (Bundesamt für Justiz, 2023b) überschrieben und umfasst die gesetzlichen Rahmenbedingungen. In § 115d ist festgeschrieben, dass psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen eine StäB als Alternative zur vollstationären Behandlung anbieten dürfen. Zudem ist in Absatz (Abs.) 2 festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 30. Juni 2017 eine Rahmenvereinbarung (vgl. 1.2.2.2) beschließen, welche die *„Anforderungen an die Dokumentation [...] [,] die Qualität der Leistungserbringung [...] [und] die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern“* definieren (Bundesamt für Justiz, 2023b). Ebenso sind nach Abs. 3 die zuvor genannten Parteien verpflichtet, *„Kriterien für eine Leistungsbeschreibung als Grundlage zur Einführung eines Operationen- und Prozedurenschlüssels zu entwickeln“* (Bundesgesundheitsministerium, 2016; S. 49) sowie nach Abs. 4 bis zum 31. Dezember 2021 dem Bundesgesundheitsministerium gemeinsam einen Bericht über die Entwicklung der StäB vorzulegen (Bundesamt für Justiz, 2023b).

Neben den stationären und teilstationären Leistungen regelt das SGB V noch weitere medizinische Leistungen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgungsstruktur stehen und für diese Arbeit von Relevanz sind, werden im Folgenden knapp beleuchtet.

In § 118 sind die PIAs gesetzlich verankert. Die ambulante Behandlung in einer PIA soll sich vor allem an Patient*innen richten, *„die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind“* (Bundesamt für Justiz, 2023b).

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung, gegliedert in *„die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung“* (Bundesamt für Justiz, 2023b; § 73), ist in § 72 und § 73 geregelt. Versicherte haben demnach per Gesetz Anspruch auf u. a. folgende Leistungen: *„ärztliche Behandlung, [...] Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, [...] Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen [...] [und] Verordnung von Soziotherapie“* (Bundesamt für Justiz, 2023b). Dieser Anspruch kann nach § 72 mit Einschränkungen nach § 73 ebenfalls gegenüber Psychotherapeut*innen erhoben werden (Bundesamt für Justiz, 2023b). Psychologische Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen sind nach § 28 für die psychotherapeutische Behandlung verantwortlich (Bundesamt für Justiz, 2023b).

Die Kassenärztliche Vereinigung ist insgesamt verpflichtet, *„einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen“* (Bundesamt für Justiz, 2023b; § 99).

1.2.2.2 Rahmenvereinbarung zur StäB

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die StäB sind in der „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V“ festgeschrieben (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017) und wurden durch „Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft“ ergänzt beziehungsweise (bzw.) näher ausgeführt (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017).

In der „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V“ haben der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten

Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Anforderungen an die StäB vereinbart. Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte aus dieser Rahmenvereinbarung zusammenfassend aufgeführt.

In § 1 wird die Vereinbarung für die ausführenden Krankenhäuser der StäB rechtsgültig definiert. Die Grundsätze der StäB sind in § 2 festgeschrieben. Demnach ist StäB als *„eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams“* (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017, S. 2) definiert und soll in *„der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung“* (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017, S. 2) entsprechen. Die StäB ist eine multimodale sowie ärztlich angeleitete Behandlungsform für Patient*innen mit einer vorausgesetzten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. In § 3 wird festgelegt, dass sich das häusliche Umfeld für eine StäB eignen muss und keine *„Faktoren oder Personen“* (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017, S. 2) dem Behandlungsziel im Wege stehen dürfen. Dazu zählen v. a. *„drohende Kindeswohlgefährdung und keine Möglichkeit zum therapeutischen Vier-Augen-Gespräch“* (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017, S. 3). Auch müssen nach § 4 die im Haushalt lebenden volljährigen Personen bzw. die Leitung der Einrichtung, in welcher die Patient*innen wohnen, der StäB zustimmen. Nach § 5 muss das Kindeswohl von minderjährigen Personen im Haushalt sichergestellt sein. In § 7 wird das Behandlungsteam definiert. Es muss *„aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten“* ¹ (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten

¹ Anmerkung des Autors: Im Originalzitat wurde nur die männliche und keine gendergerechte Form verwendet. Aus Gründen der allgemeinen Zitierregeln, wonach direkte Zitate nicht verändert werden dürfen, wurde die männliche Form unverändert in das Zitat übernommen und das Zitat nicht gendergerecht angepasst. Diese Vorgehensweise wurde so auch für alle folgenden direkten Zitate, in denen nur die männliche Form steht, angewandt.

Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017, S. 4) bestehen. Die Gesamtleitung des Teams liegt in fachärztlicher Hand, welche für wöchentliche Fallbesprechungen bei mehr als 6 Behandlungstagen verantwortlich ist. Ebenso muss nach § 8 eine wöchentliche Visite im persönlichen Kontakt stattfinden. Generell muss, mit Ausnahme, dass der Kontakt aufgrund der Patient*innen nicht zustande kommt, mindestens ein direkter Kontakt mit den Patient*innen stattfinden. Die Verantwortung hierfür obliegt beim behandelnden Krankenhaus, das auch die Erreichbarkeit eines Mitglieds des Behandlungsteams tagsüber an Werktagen sowie eine ärztliche Eingriffsmöglichkeit zu jedem Zeitpunkt der Behandlung nach § 9 garantieren muss. Notfalls muss mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können. Zudem kann das behandelnde Krankenhaus nach § 10 Teile der Behandlung an Dritte übertragen. Dabei bleibt die Verantwortung beim behandelnden Krankenhaus und die beauftragten Leistungen dürfen maximal die Hälfte der erbrachten Leistungen ausmachen. Zuletzt ist das behandelnde Krankenhaus nach § 11 und § 12 zur fachgerechten Dokumentation der StäB sowie für die Übertragung der an den Patient*innen verbrachten Therapiezeiten an die Krankenkassen verpflichtet (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017).

1.2.2.3 Weitere rechtliche Rahmenbedingungen der StäB

Im PsychVVG wurde neben Änderungen im SGB V eine Änderung im Krankenhausfinanzierungsgesetz vereinbart und damit die Vergütung der StäB gesetzlich festgesetzt. Hierzu wurde in § 17d Abs. 2 die StäB ergänzt, um die StäB nach denselben Regeln wie die teil- und vollstationäre Behandlung zu vergüten (Bundesamt für Justiz, 2023a; Bundesgesundheitsministerium, 2016).

Ein weiterer wichtiger Schritt in der Finanzierung bzw. Vergütung der StäB stellt die Definition der Leistungen im Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) dar. Diese sollte laut § 115d Abs. 3 SGB V bis zum 28. Februar 2017 erfolgen (Bundesamt für Justiz, 2023b). Aufgrund von Verzögerungen lagen die OPS-Definitionen erst Ende 2017 vor (Weinmann et al., 2021). Am 01.01.2018 konnte die StäB mit Einführung der neuen OPS Version, in welcher die neuen Codes 9-701 ff. für die StäB bei Erwachsenen und 9-801 ff. bei Kindern und Jugendlichen

ergänzt wurden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2017), als abrechenbare Leistung eingeführt werden. Der OPS-Katalog wurde im Prozess der Etablierung von StäB punktuell angepasst (Längle et al., 2020).

1.2.3 Zielgruppen

Grundsätzlich steht eine StäB allen psychiatrisch erkrankten Personen unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung zur Verfügung, sofern eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit besteht. Jede Diagnosegruppe aus dem Kreis der psychiatrischen Erkrankungen kann rein formell mit einer StäB behandelt werden. Dazu muss im Einzelfall in einem zweiten Schritt nach der Feststellung der stationären Behandlungsbedürftigkeit die StäB als gleichwertige Alternative zu einer vollstationären Behandlung erwogen werden. Die einzige Ausnahme stellen Patient*innen in richterlicher Unterbringung dar, für welche nach den Unterbringungsgesetzen keine StäB als Behandlungsoption vorgesehen ist (Längle et al., 2022).

Eine StäB stellt insbesondere für jene Patient*innen eine Alternative zur vollstationären Behandlung dar, die aus unterschiedlichsten Gründen einer Behandlung im Krankenhaus ablehnend gegenüberstehen, obwohl der grundsätzliche Wunsch nach einer stationären Behandlung besteht (Straßmayr et al., 2019) oder die Indikation für eine solche Behandlung therapeutisch sinnvoll bzw. notwendig wäre (Längle et al., 2022). Gründe für eine Ablehnung einer vollstationären Krankenhausbehandlung können bspw. negative Erfahrungen mit vorausgegangenen stationären Aufenthalten (Schlafen in Mehrbettzimmern, zu wenig Privatsphäre auf Station, Störung durch Mitpatient*innen, ...), Verpflichtungen zuhause (Kinder oder zu pflegende Angehörige) (Längle et al., 2022) oder Angst vor Stigmatisierung sein (Straßmayr et al., 2019).

Von Vorteil könnte laut Längle et al. (2022) eine StäB insbesondere für demenzerkrankte Patient*innen sein, da eine stationäre Aufnahme durch das ungewohnte Umfeld oft zu einer Verschlechterung des Zustandes führt und im häuslichen Umfeld die tatsächliche Alltagsfähigkeit viel besser zu beurteilen ist als im stationären Setting. Ebenso könnten Abhängigkeitserkrankte von einer StäB profitieren, da eine Behandlung im gewohnten Umfeld nachhaltiger sein

könnte als im vollstationären Rahmen. Durch eine StäB können Angehörige miteinbezogen werden und so durch Psychoedukation die Patient*innen besser verstehen und unterstützen, wovon u. a. Patient*innen mit Schizophrenie profitieren könnten. Des Weiteren ist ein intensiverer Einzelkontakt mit den Patient*innen möglich und es könnten bei affektiven Störungen eventuelle Zwangseinweisungen durch rechtzeitige Intervention zuhause vermieden werden. Zuletzt kann eine StäB bei verschiedensten Krankheitsbildern auch stationsverkürzend eingesetzt werden (Längle et al., 2022).

Eingeschränkt ist das Angebot der StäB v. a. durch die räumliche Distanz zwischen Patient*in und behandelndem Krankenhaus. Insbesondere im ländlichen Bereich oder bei seltenen Krankheitsbildern, die ein spezialisiertes Team erfordern, kann unter Umständen keine StäB realisiert werden, da dies für das behandelnde Krankenhaus nicht rentabel wäre. Außerdem kann bei ausgeprägter körperlicher Pflegebedürftigkeit StäB möglicherweise nicht umgesetzt werden. Zudem fehlt bei einer StäB die Möglichkeit, sich mit Mitpatient*innen, die aufgrund ihrer Erkrankung oft ähnliche Erfahrungen gemacht haben, auszutauschen. Dies kann insbesondere bei Störungen aus dem Bereich der Belastungs- und somatoformen Störungen hilfreich sein (Längle et al., 2022).

Zuletzt kann eine StäB ebenso wie in der Therapie von Erwachsenen auch bei Kindern und Jugendlichen als Behandlungsoption zur Verfügung stehen. Circa (ca.) 50% der Kinder und Jugendlichen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung werden laut Böge et al. (2019) mit den bisherigen Angeboten nicht ausreichend versorgt. Eine StäB kann in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Personen erreichen, die einer stationären Aufnahme ablehnend gegenüberstehen und daher bisher gar nicht oder nicht ausreichend behandelt wurden. Äquivalent zur Erwachsenenpsychiatrie kann eine StäB Kindern und Jugendlichen bei jeglichen psychiatrischen Diagnosen angeboten werden und durch intensives Einbeziehen des familiären Umfelds zu einer hohen Rate an erfolgreichen Behandlungsergebnissen führen (Boege, Schepker & Grupp et al., 2020).

1.2.4 Klinische Umsetzung und Erfahrungen

Seit der Einführung der neuen Behandlungsform 2018 ist die Zahl der Kliniken, die eine StäB anbieten, stetig gestiegen: 2018 waren es 13 Kliniken, 2020 36 Kliniken (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021). Inzwischen (Stand: März 2023) ist das Angebot einer StäB laut der bundesweiten StäB-Arbeitsgruppe der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.) in mindestens 56 psychiatrischen Kliniken in Deutschland eingeführt worden (Längle, 2023).

Erste Studien geben Hinweise dafür, dass eine StäB in Bezug auf die stationäre Wiederaufnahmerate einer vollstationären Behandlung nicht unterlegen ist (Weinmann et al., 2022) und die Einführung als erfolgreich gewertet werden kann (Boyens et al., 2021). Auf der anderen Seite bieten viele deutsche Krankenhäuser eine StäB noch nicht an. Als Gründe hierfür werden v. a. fehlendes Personal und hohe Vorhaltekosten genannt (Deutsches Krankenhausinstitut e.V., 2019). Dennoch zeigt sich in den Kliniken, die eine StäB anbieten, eine hohe Behandlungszufriedenheit sowie Akzeptanz (Raschmann et al., 2022). Erfahrungen, die bei der Umsetzung und Durchführung gesammelt wurden, sollen im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

Zunächst hat sich herauskristallisiert, dass der organisatorische und logistische Aufwand zur Planung des Personals und der Tagesrouten zu den StäB-Patient*innen einen nicht zu unterschätzenden zeitlichen und personellen Faktor darstellt (Gottlob et al., 2021; Längle et al., 2022). Einige Autor*innen empfehlen daher eine separate Personalstelle für die Übernahme dieser koordinativen Aufgaben (Assion & Hecker, 2020; Gottlob et al., 2020). Zudem sollte bei der Planung zur Neueinführung einer StäB an einem Standort bedacht werden, dass das StäB-Team zu Beginn technisch ausgestattet werden muss. Zur technischen Grundausstattung gehören bspw. Fahrzeuge für die Fahrt zu den Patient*innen oder Laptops und Smartphones zur Dokumentation und Kommunikation (Assion & Hecker, 2020; Gottlob et al., 2020; Längle et al., 2022). Ebenso haben sich Büroräumlichkeiten (integriert auf einer Station oder speziell nur für das StäB-

Team losgelöst von der Klinik/Station) zur Dokumentation und zum Austausch mit den anderen Teammitgliedern außerhalb der wöchentlichen Therapieplanung als notwendig und sinnvoll erwiesen (Boege, Schepker & Grupp et al., 2020; Gottlob et al., 2020; Längle et al., 2022). Die Anstellung ausschließlich im Bereich der StäB hat sich, v. a. aus Sicht der Mitarbeitenden und organisatorischen Planung, ebenso bewährt, wie der abteilungsübergreifende Aufbau der StäB-Teams (Assion & Hecker, 2020; Knorr et al., 2021). Zumindest zu Beginn kann ein abteilungsübergreifender Aufbau des StäB-Teams sinnvoll sein. Im Verlauf können sich dann bei steigenden Fallzahlen spezialisierte StäB-Teams aus einzelnen Fachbereichen etablieren (Gottlob et al., 2020). Zu empfehlen ist laut Knorr et al. (2021) auch die Rufbereitschaft nachts und am Wochenende beim StäB-Team zu verankern, da Patient*innen dann während des Rufdienstes auf bekannte Gesichter treffen. Dies wird auf diese Weise u. a. in den Kliniken in München, Ehingen (Donau), Bad Schussenried und Zwiefalten durchgeführt (Gottlob et al., 2021). Wohingegen in anderen Kliniken, bspw. in Berlin, Bielefeld, Dortmund und Reutlingen, der Rufdienst durch Bereiche außerhalb des StäB-Teams, z. B. eine Station in der Klinik, übernommen wird (Assion & Hecker, 2020; Gottlob et al., 2021).

Mitarbeiter*innen in der StäB müssen eine höhere Eigenverantwortung und Flexibilität als bei der Arbeit auf einer Klinikstation mitbringen. Bei den Patient*innen muss meist selbstständig gearbeitet und hinzu kommt die stärkere Einbindung der Angehörige in die Therapie. Entsprechende Weiterbildungen und Informationsveranstaltungen können daher bereits im Rahmen der Personalgewinnung für die Mitarbeitenden hilfreich sein (Knorr et al., 2021; Längle et al., 2022).

Die Finanzierung von StäB erfolgt nach dem Krankenhausgesetz durch das „Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik“. Die individuelle Vergütung eines jeden Krankenhauses wird durch jeweilige Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen vor Ort bestimmt (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021; Weinmann et al., 2021). Es haben sich zwei Modelle der Finanzierung herausentwickelt. In Baden-Württemberg hat sich ein

kombiniertes Abrechnungsmodell etabliert. Dabei werden Grundpauschalen für Verwaltungskosten und Leistungen ohne direkten Patient*innenkontakt (z. B. Vorbereitung, Besprechungen, ...) sowie eine leistungsorientierte Vergütung für die Arbeit bei den Patient*innen mit zusätzlichen Pauschalen für Fahrkosten und Dokumentation berücksichtigt. In anderen Bundesländern wurde eine feste an der Vergütung der vollstationären Behandlung orientierte Tagesfallpauschale festgelegt (Holzke et al., 2020; Längle et al., 2022). Für die Zeit zwischen Einführung der StäB ab dem 01.01.2018 und den Vergütungsverhandlungen vor Ort wurde in der „Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2018“ zunächst ersatzweise ein Betrag von 200 Euro pro Tag und Fall festgelegt (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021).

1.2.5 Aktueller Diskurs

Trotz der vielen positiven Aspekte und Erfahrungen bei der Umsetzung der StäB werden für die StäB in ihrer jetzigen Form Veränderungs- bzw. Verbesserungswünsche geäußert. Einige Aspekte, die in diesem Zusammenhang in öffentlichen Stellungnahmen sowie Beiträgen in Fachzeitschriften diskutiert werden, sollen in diesem Kapitel knapp beleuchtet werden.

Ein häufig genannter Kritikpunkt ist der enge gesetzliche Rahmen in Bezug auf die verpflichtenden persönlichen täglichen Kontakte. Knorr et al. (2021) beschreiben bspw. den Wunsch von Patient*innen nach einem behandlungsfreien Tag am Wochenende zur Erholung von den intensiven Kontakten unter der Woche oder einer ausschleichenden Behandlung am Ende der StäB. Besonders der Wunsch nach einer ausschleichenden Behandlung wird von vielen Autor*innen sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben. Eine Art Nachbehandlung nach der StäB durch das StäB-Team würde von Seite der Patient*innen ebenso begrüßt werden wie von Seite der Behandler*innen (Boege, Schepker & Grupp et al., 2020; Gottlob et al., 2020; Schwarz et al., 2021).

Frasch (2018) kritisiert die StäB in der jetzigen Form aufgrund der strikten gesetzlichen Regeln, bspw. durch täglich verpflichtende direkte Patient*innenkontakte. Er geht davon aus, dass sich die StäB nicht durchsetzen und „*ein Nischendasein fristen*“ (Frasch, 2018, S. 124) werde.

Längle (2018) dagegen wertet die Einführung der StäB als Erfolg und fordert weitere Angebote in Ergänzung zur StäB. Weitere Kolleg*innen unterstützen die Meinung, dass StäB das bisherige Angebot erweitern könne und solle. Sie vertreten zudem die Meinung, dass es aufgrund der gesetzlichen Verankerung keine Diskussion darüber bedürfe, ob StäB durchgeführt werden solle oder nicht (Wilms & Trempler, 2018). Ferner werden bereits Ideen vorgeschlagen, wie die StäB durch Nutzung von digitalen Elementen effizienter gestaltet und damit weiterentwickelt werden kann (Rauschenberg et al., 2022).

Zuletzt wird im „Gemeinsamen 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“ des GKV-Spitzenverbands, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft deutlich, dass erheblicher Diskussionsbedarf bezüglich der Einführung von StäB besteht. Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrer Bewertung die Einführung von StäB als positiv wertet, kritisiert der GKV-Spitzenverband die Umsetzung schwerwiegend und fordert sogar die Streichung der gesetzlichen Regelungen, die StäB ermöglichen (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021). Auf diese Aussagen wurde mit Stellungnahmen von Seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Arbeitsgruppe StäB der DGPPN reagiert. Darin wurde jeweils, hinsichtlich fraglicher Begründungen der dargestellten Sachverhalte, auf die noch zu erwartenden Ergebnisse der AKtiV-Studie (s.u.) verwiesen. Diese sollen durch fundiertere Daten eine bessere Bewertung der tatsächlichen Sachverhalte erlauben (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2022; Längle, 2022a).

1.2.6 AKtiV-Studie

1.2.6.1 Allgemeines

Die durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte AKtiV-Studie („Aufsuchende Krisenbehandlung mit *teambasierter* und *integrierter* Versorgung“) ist eine multizentrische Studie in Deutschland. Die übergeordneten Ziele sind die Verbesserung der Evidenzlage sowie der Implementierung der StäB. Sie untersucht als erste kontrollierte, quasi-experimentelle und multizentrische Studie die psychiatrische Behandlungsform StäB nach § 115d SGB V. Bis zu Beginn der AKtiV-Studie 2020 lagen lediglich „*Erfahrungsberichte und Umsetzungsempfehlungen*“ (Baumgardt et al., 2020, S. 740) zur StäB vor (Baumgardt et al., 2020).

Die AKtiV-Studie bezieht Patient*innen, Angehörige, Mitarbeiter*innen aus den StäB-Teams mit ein und versucht in einem Mixed-Methods-Ansatz möglichst viele Perspektiven der StäB zu evaluieren. Die Studie ist in 5 Module an verschiedenen Institutionen mit entsprechenden Schwerpunkten aufgeteilt: Das Modul A untersucht mit quantitativen Messinstrumenten (z. B. zur Wiederaufnahmerate oder zum psychosozialen Funktionsniveau) die StäB im Vergleich zur bisher etablierten vollstationären Behandlung. Das Modul B beschäftigt sich mit qualitativen Fragestellungen zur StäB an die Patient*innen sowie deren Angehörigen. Im Modul C werden mehrere Schwerpunkte in zwei Teilmodulen aufgeteilt. Das Teilmodul C1 nutzt u. a. strukturelle Routinedaten, Daten aus Modul A und B sowie aus Befragungen von Mitarbeiter*innen der StäB-Teams, um die Strukturen, die Organisation und den Implementierungsprozess der StäB an den verschiedenen Zentren zu überprüfen. Zudem wird ein Vergleich mit internationalen HT-Konzepten angestellt und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden in den StäB-Teams ausgewertet. Das Teilmodul C2 hat die Ziele, unterschiedliche Indikationen für eine direkte Aufnahme in eine StäB bzw. eine StäB im Anschluss an vollstationäre Behandlung zu überprüfen. Zum anderen wird die Prozess- und Ergebnisqualität einer StäB analysiert. Das Modul D untersucht die gesundheitsökonomischen Aspekte der StäB. Die Datenverwaltung und -

auswertung sowie Qualitätssicherung der Daten aller Module ist die Aufgabe des Modul E (Baumgardt et al., 2020; Baumgardt et al., 2021).

Die 10 beteiligten Studienzentren verteilen sich über das gesamte Bundesgebiet und umschließen sowohl städtisch als auch ländlich geprägte Regionen. Hierzu zählen: Immanuel Klinik Rüdersdorf, Vivantes Klinikum Am Urban Berlin, Vivantes Klinikum Neukölln Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Campus Charité Mitte- Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten, Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Gemeinnützige GmbH für Psychiatrie Reutlingen (PP.rt), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm in Ravensburg-Weissenau, Zentrum für Psychiatrie Reichenau und Universitätsklinikum Tübingen (Baumgardt et al., 2021).

Der zeitliche Ablauf der Studie ist in der Abbildung (Abb.) 1 vereinfacht dargestellt.

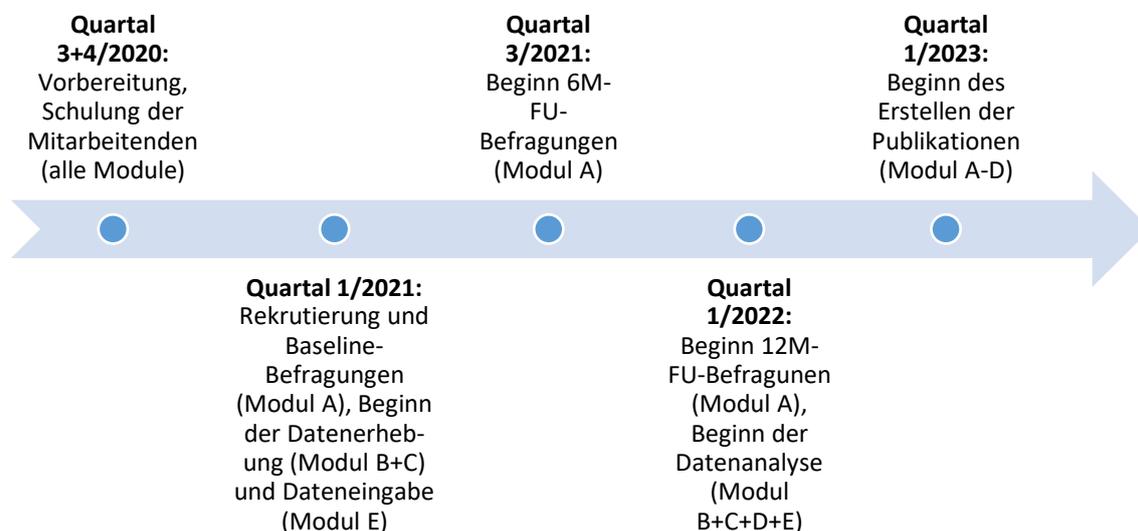


Abbildung 1: Vereinfachter Zeitplan der AKtiV-Studie (modifiziert nach Zeitplan aus Ethikantrag)

1.2.6.2 Bezug der vorliegenden Dissertation zur AKtiV-Studie

Die vorliegende Dissertationsarbeit mit Schwerpunkt auf dem Studienzentrum in Reutlingen ist in die AKtiV-Studie integriert. Die Betreuung der Arbeit obliegt Prof. Dr. Gerhard Längle, der die Verantwortung für die Studienzentren an der PP.rt in Reutlingen sowie am Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg in Zwiefalten

trägt. Zudem hat er die Leitung des Moduls C1 inne, das ebenfalls u. a. in den Studienzentren in Reutlingen und Zwiefalten angesiedelt ist. Auf die dortigen Versorgungsstrukturen wird in den beiden folgenden Unterpunkten näher eingegangen.

Die vorliegende Dissertationsarbeit legt den Fokus auf der Analyse der Daten aus den Follow-up-Befragungen am Studienzentrum in Reutlingen (vgl. 2.1). Im Zusammenhang mit der AKtiV-Studie sind an den Studienzentren in Reutlingen und Zwiefalten weitere Dissertationsprojekte durchgeführt worden. Während den Baseline-Befragungen arbeiteten Caroline Franziska Stüker in Reutlingen (vgl. Stüker, unv. Diss.) und Lena Anton in Zwiefalten (vgl. Anton, unv. Diss.) an der AKtiV-Studie mit und nutzen jeweils die erhobenen Daten für ihre Dissertationen. Während den Follow-up-Befragungen der AKtiV-Studie entstand parallel zur vorliegenden Arbeit eine Dissertation von Jonathan Geiselhart am Studienzentrum in Zwiefalten (vgl. Geiselhart, unv. Diss.).

Prof. Längles wissenschaftliche Mitarbeiterin Svenja Raschmann mit Sitz am ZfP Südwürttemberg in Zwiefalten übernimmt stellvertretend neben der Betreuung der eben aufgeführten Dissertationsarbeiten auch die Koordination der Studienzentren der AKtiV-Studie in Südwürttemberg (Reutlingen, Zwiefalten und Ravensburg-Weissenau).

1.2.6.3 Versorgungsstruktur der Region um das Studienzentrum Reutlingen

Die Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt) der „Gemeinnützigen GmbH für Psychiatrie Reutlingen“ ist ein Studienzentrum der AKtiV-Studie. Da sich die Daten und entsprechenden Ergebnisse der vorliegenden Dissertationsarbeit auf dieses Studienzentrum beziehen, wird die dortige Versorgungsstruktur im Folgenden genauer beleuchtet.

Reutlingen ist mit rund 116.000 Einwohner*innen (Statistisches Bundesamt, 2022b) eine Großstadt in Baden-Württemberg (Definition nach BBSR, 2020). In unmittelbarer Nachbarschaft des Klinikums am Steinenberg befindet sich die Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt). Das Versorgungsgebiet der Klinik umfasst das Stadtgebiet Reutlingen sowie die

umliegenden Gebiete des Landkreises Reutlingen (vgl. Abb. 2). Die Versorgung des restlichen Landkreises Reutlingen sowie des Alb-Donau-Kreises, der Stadt Ulm und anteilig des Landkreises Esslingen obliegt der Klinik des ZfP Südwürttemberg am Standort Zwiefalten (ZfP Südwürttemberg, 2022a). Die PP.rt Reutlingen ist eine Tochtergesellschaft des ZfP Südwürttemberg. Das ZfP Südwürttemberg ist eine Anstalt öffentlichen Rechts unter Trägerschaft des Landes Baden-Württembergs mit Geschäftssitz in Bad Schussenried und trägt die Verantwortung für die psychiatrische Versorgung in Südwürttemberg. Gemeinsam mit der „BruderhausDiakonie“ ist das ZfP Südwürttemberg als Gesellschafter selbst Träger der PP.rt. Ziel der Gründung der Gemeinnützigen Gesellschaft im Jahre 2005 war es u. a., den Schwerpunkt der psychiatrischen Versorgung in der Region Neckar-Alb von Zwiefalten in Richtung des Ballungsgebietes Reutlingen zu erweitern (PP.rt – Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH, 2018).

Die PP.rt ist aufgeteilt in 4 Abteilungen (Depression/Psychosomatik, Allgemeine Psychiatrie, Alterspsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen) und stellt 131 vollstationäre und 86 teilstationäre Behandlungsplätze bereit. Die teilstationären Behandlungsplätze sind in folgende Spezialisierungen aufgeteilt: TK für Ältere, TK Allgemeinpsychiatrie, TK für Abhängigkeitserkrankte, TK Psychosomatik, TK Depression und TK für fremdsprachige Mitbürger*innen. Neben den Stationen und den TKs sind an die PP.rt PIAs angegliedert, die ähnlich wie die TKs auf eine bestimmte Zielgruppe (bspw. PIA für Ältere, PIA Migration und PIA für Abhängigkeitserkrankte) spezialisiert sind (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020).

Seit Januar 2018 gibt es an der PP.rt zusätzlich ein fach- und abteilungsübergreifendes StäB-Team mit aktuell (Stand: 11/2022) 15 planmäßigen Behandlungsplätzen (Längle, 2022b; PP.rt – Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH, 2022). Die Nachfrage an einer StäB ist sehr hoch. Dies zeigt sich daran, dass die Anzahl der planmäßigen StäB-Plätze seit der Einführung 2018 mit ursprünglich 10 Behandlungsplätzen in der StäB (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020) auf 15 Plätze erhöht wurden. Zudem sind laut klinikinternen Angaben die StäB-Plätze

mit teils über 20 Patient*innen in einer StäB meist überbelegt. Damit verbunden musste auch die Personaldecke stetig erhöht werden (Längle et al., 2022).

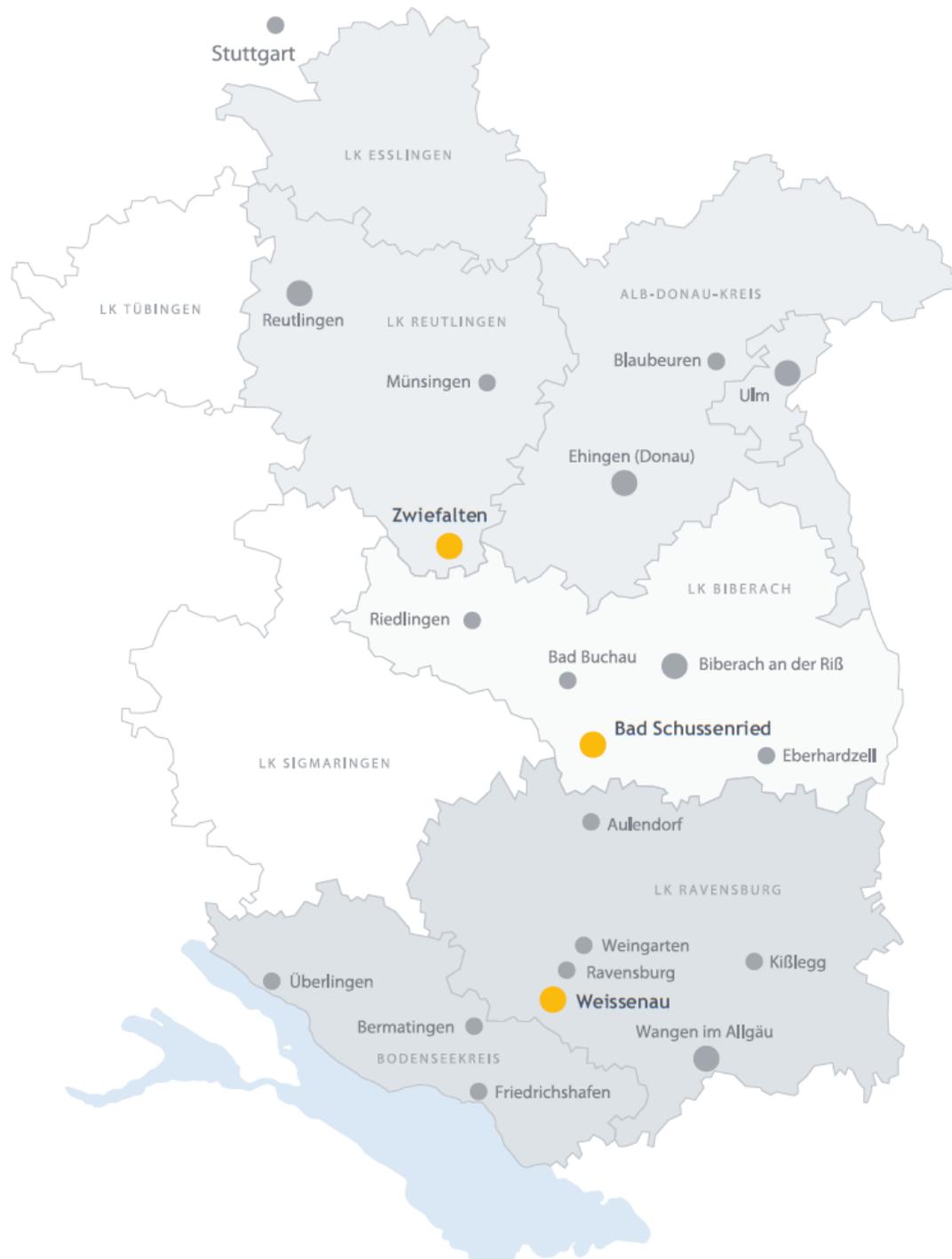


Abbildung 2: Karte der Versorgungsregionen des ZfP Südwürttembergs (Quelle: ZfP Südwürttemberg, 2022a, S. 13)

Die Zugänge in eine StäB erfolgen in Reutlingen hauptsächlich aus dem stationären Bereich (Gottlob et al., 2021). Im Landkreis Reutlingen werden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten zusätzlich weitere 15 StäB-Plätze angeboten (s.u.). Tabelle 1 stellt die stationären und teilstationären Behandlungsplätze im Landkreis Reutlingen übersichtlich dar.

Tabelle 1: Anzahl der vollstationären, teilstationären und StäB- Behandlungsplätzen im Landkreis Reutlingen (Zahlen basierend auf Angaben in: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020)

	PP.rt Reutlingen	ZfP Südwestfalen Zwiefalten	Landkreis Reutlingen
Vollstationäre Plätze	131	186	317
Teilstationäre Plätze	86	0	86
StäB-Plätze	15	15	30
Gesamtanzahl Plätze	232	201	433

Im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung ist eine Konzentration auf das Stadtgebiet von Reutlingen zu verzeichnen. Hier finden sich 6 Niederlassungen von Psychiater*innen, darunter das MVZ Neurozentrum Reutlingen mit 3 tätigen Fachärzten der Psychiatrie. Im restlichen Teil des Landkreises Reutlingen gibt es eine weitere Niederlassung in Metzingen sowie eine Zweigpraxis des MVZ Neurozentrums Reutlingen in Münsingen (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023f). Hinzu kommen laut Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung 141 niedergelassene Psychotherapeut*innen im Landkreis Reutlingen (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023a). Auch hier zeichnet sich eine Konzentration der Niederlassungen auf das Stadtgebiet Reutlingen und die umliegenden Gemeinden im Ballungsgebiet Reutlingens ab. Die Karte in Abbildung 3 zeigt die psychotherapeutischen Niederlassungen im Großraum Reutlingen.

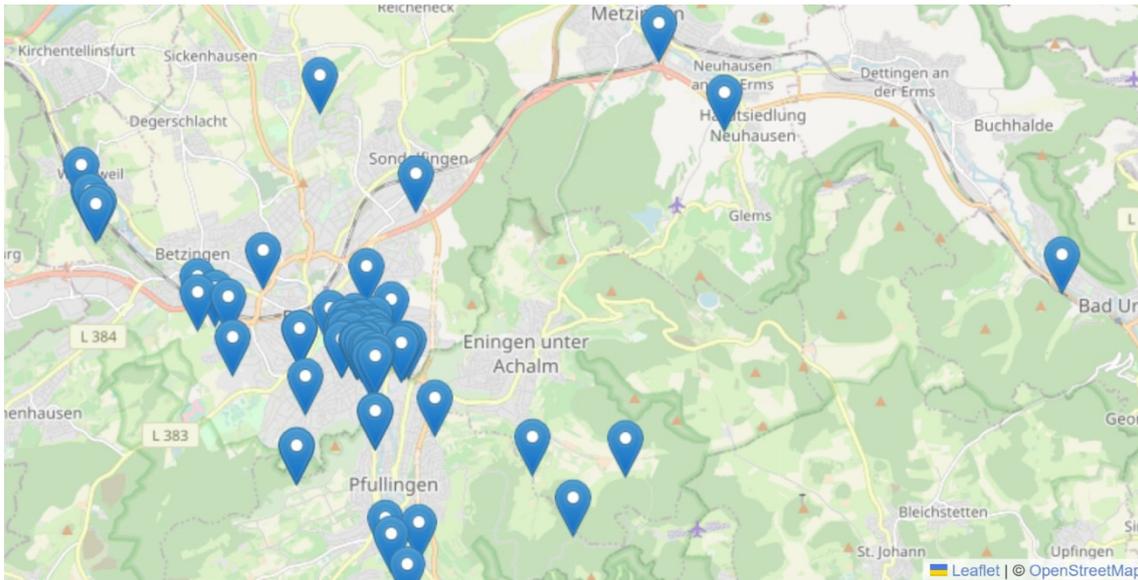


Abbildung 3: Standorte der psychotherapeutischen Niederlassungen im Großraum Reutlingen (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023e).

Für psychisch Erkrankte gibt es im Landkreis Reutlingen und in den Landkreisen Esslingen, Alb-Donau-Kreis und Ulm, die ebenfalls zum Versorgungsgebiet Neckar-Alb gehören, zahlreiche weitere Hilfsangebote. Dazu gehören u. a. ambulant betreutes Wohnen sowie weitere Wohnformen, gemeindepsychiatrische und sozialpsychiatrische Dienste, Selbsthilfegruppen, Beratungsdienste, Tagesstätten, Fachpflegeheime, berufliche und medizinische Rehabilitationen. Im Stadtgebiet Reutlingen werden ein Großteil dieser Aufgaben von den „Gemeindepsychiatrischen Hilfen Reutlingen“ (GP.rt) übernommen (vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020). Die GP.rt ist die Schwestergesellschaft der PP.rt und wie diese unter Trägerschaft der Gesellschafterinnen ZfP Südwürttemberg und BruderhausDiakonie (PP.rt – Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH, 2018). Weitere Träger der oben genannten Hilfsangebote im Landkreis Reutlingen sind u. a. das Landratsamt Reutlingen, der VSP (Verein für Sozialpsychiatrie e.V.), die BruderhausDiakonie, die Samariterstiftung und das ZfP Südwürttemberg (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020). Tabelle 2 fasst die wichtigsten Angebote im Landkreis Reutlingen unter Angabe der zur Verfügung stehenden Betten bzw. Plätze zusammen.

Tabelle 2: Übersicht über Hilfsangebote für psychiatrische Erkrankte im Landkreis Reutlingen (Zahlen basierend auf Angaben in: Längle, 2022b; Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020); alle Angaben sind ohne Gewähr auf Vollständigkeit und Richtigkeit

	Betten/Plätze
Ambulant betreutes Wohnen	406
Besondere Wohnformen	326
Fachpflegeheime	168
Werkstätten / berufliche Rehabilitation	582
Medizinisch-berufliche Rehabilitation	10
Sozialpsychiatrischer Dienst	330
Soziotherapie	83

1.2.6.4 Versorgungsstruktur der Region um das Studienzentrum Zwiefalten

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten ist ebenfalls ein Studienzentrum der AKtiV-Studie im Landkreis Reutlingen. Die Daten dieses Zentrums werden im Rahmen der vorliegenden Dissertationsarbeit zum Vergleich herangezogen. Daher wird auch die Versorgungsstruktur der Region dieses Zentrums nachfolgend knapp beleuchtet.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten befindet sich im südlichen Landkreisgebiet von Reutlingen auf der Schwäbischen Alb. Damit übernimmt sie, zusammen mit der PP.rt Reutlingen, die psychiatrische Versorgung der Region Neckar-Alb (vgl. 1.2.6.3 mit Abb. 2). Zwiefalten hat ca. 2.280 Einwohner*innen (Statistisches Bundesamt, 2022b) und zählt damit als Landgemeinde (Definition nach BBSR, 2020). Die Klinik ist Teil des ZfP Südwürttemberg und durch den dortigen Sitz der Regionaldirektion Neckar-Alb ein wichtiger Standort innerhalb des ZfP Südwürttemberg (ZfP Südwürttemberg, 2022a). Zu den Fachabteilungen der Klinik in Zwiefalten zählen Allgemeinpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Depression im Alter, forensische Psychiatrie, Neuropsychiatrie, Psychosomatik und Suchterkrankungen (ZfP Südwürttemberg, 2022b).

An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten wird seit Januar 2018 die StäB als stationäre Behandlungsform angeboten. Die Anzahl der verfügbaren StäB-Plätze wurde von 7 Plätzen zu Beginn (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020) auf aktuell (Stand: 11/2022) 15 Plätze erhöht (Längle, 2022b). Die Bettenzahlen der Klinik in Zwiefalten sind in Tabelle 1 (unter 1.2.6.3) dargestellt. In einer Studie, die schon vor Beginn der AKtiV-Studie durchgeführt wurde, konnte ein Unterschied der StäB in Reutlingen und Zwiefalten hinsichtlich der Zugangswege aufgezeigt werden. Während in Reutlingen die meisten Patient*innen von einer Station überwiesen wurden, erfolgten die Überweisungen in Zwiefalten zum Großteil aus dem niedergelassenen und ambulanten Bereich. Zudem waren zum Untersuchungszeitpunkt jener Studie die Mitarbeiter*innen des StäB-Teams teilweise parallel auf Station tätig (Gottlob et al., 2021). Eine Besonderheit der Organisation der StäB am Standort Zwiefalten ist zudem, dass zur Verkürzung der langen Fahrwege im ländlichen Raum eine Art Zweigstelle des StäB-Teams in Münsingen eingerichtet wurde. So kann eine größere Abdeckung des Versorgungsgebietes erreicht werden (Längle et al., 2022).

Die absolute Anzahl der Niederlassungen ist in Zwiefalten und den umliegenden Gemeinden geringer als im Versorgungsgebiet Reutlingen. In Zwiefalten selbst befindet sich eine psychotherapeutische Praxis. Weitere Psychotherapeut*innen sind in Münsingen oder in den benachbarten Landkreisen Alb-Donau-Kreis (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023b) und Sigmaringen (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023d) niedergelassen. In Zwiefalten selbst gibt es keine fachärztliche Niederlassung. Allerdings befinden sich eine PIA für Allgemeinpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und Neuropsychiatrie in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten. Außerdem erweitern PIAs in den nahegelegenen Albgemeinden Münsingen und Ehingen (Donau) (vgl. Abb. 2 unter 1.2.6.3) das psychiatrische Versorgungsangebot in der Versorgungsregion (ZfP Südwürttemberg, 2022a). Nahegelegene Praxen niedergelassener Psychiater*innen befinden sich in Münsingen, Ehningen (Donau) im Landkreis

Alb-Donau-Kreis und Gammertingen im Landkreis Sigmaringen (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023c).

In Zwiefalten und den umliegenden Gemeinden ergänzen darüber hinaus ambulant betreute Wohnangebote, ein gemeindepsychiatrisches Zentrum, Tagesförderstätten, stationäre Eingliederungshilfen und ein Fachpflegeheim die Hilfsangebote für psychisch Erkrankte im südlichen Teil des Landkreises Reutlingen und der Region Neckar-Alb (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020; ZfP Südwürttemberg, 2022a). Die Gesamtzahlen der verfügbaren Betten bzw. Plätze der ergänzenden Angebote im Landkreis Reutlingen sind in Tabelle 2 (unter 1.2.6.3) dargestellt.

Eine TK gibt es in Zwiefalten nicht. Jedoch befinden sich in den angrenzenden Landkreisen Sigmaringen und Biberach neben diversen ergänzenden Hilfsangeboten 3 TKs. Die TK in Biberach an der Riß gehört zum ZfP Südwürttemberg (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020).

Tabelle 3 stellt jeweils die zentralsten Leistungen nach SGB V der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Stadt und Umland von Reutlingen (vgl. 1.2.6.3) bzw. Zwiefalten zusammenfassend gegenüber.

Tabelle 3: Vergleichender Überblick der psychiatrischen Versorgungsstruktur Reutlingens und Zwiefaltens aufgegliedert anhand Leistungen nach SGB V (Zahlen basierend auf Angaben in: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023e, 2023f; Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020)

	Reutlingen	Zwiefalten
Vollstationäre Behandlungsplätze	131	186
Teilstationäre Behandlungsplätze	86	0
StäB-Plätze	15	15
Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs)	6	1
Niedergelassene psychiatrische Praxen	6	0
Niedergelassene Psychotherapeut*innen	104	1

Eine detaillierte Beschreibung der Versorgungsstruktur des Studienzenrums Zwiefalten ist darüber hinaus in der Dissertationsarbeit von Jonathan Geiselhart zu finden (vgl. Geiselhart, unv. Diss.). Weitere Differenzierungen zu strukturellen

Merkmale zwischen den Zentren Reutlingen und Zwiefalten in Bezug auf die StäB vor Veröffentlichung der Ergebnisse der AKtiV-Studie sind der Übersichtsarbeit „Stationsäquivalente Behandlung – Wie geht das? Umsetzungsstrategien aus 8 psychiatrischen Fachkliniken und -abteilungen in Deutschland“ zu finden (vgl. Gottlob et al., 2021).

1.3 Hypothesen, Fragestellungen und Ziele

Übergeordnetes Ziel dieser Dissertationsarbeit ist aufgrund der Durchführung unter dem Schirm der AKtiV-Studie die Untersuchung der Implementierung, der Behandlungsprozesse, der Wirksamkeit und der Kosten von StäB im Vergleich zur konventionellen vollstationären Behandlung. Primäre Zielvariable der AKtiV-Studie ist dabei die stationäre Wiederaufnahmerate innerhalb von 12 Monaten (Baumgardt et al., 2020).

Im Rahmen dieser Dissertationsarbeit werden speziell ausgewählte Fragestellungen zur Prüfung der Wirksamkeit von StäB anhand der Daten des Reutlinger Studienzentrums untersucht und innerhalb erster Pilotauswertungen katamnestisch betrachtet.

Dabei werden folgende zentrale Hypothesen untersucht:

- Die stationäre Wiederaufnahmerate (beinhaltet die vollstationäre psychiatrische Behandlung und StäB) unterscheidet sich nicht zwischen den zwei Proband*innengruppen mit je einer Indexbehandlungsform (vollstationär oder StäB) innerhalb von 6 und 12 Monaten nach Beginn der jeweiligen Indexbehandlung.
- Die Dauer der stationären Wiederaufnahmen sowie die Zeitspanne bis zu einer erneuten stationären Wiederaufnahme unterscheiden sich nicht zwischen den zwei Proband*innengruppen mit je einer Indexbehandlungsform (vollstationär oder StäB) innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der jeweiligen Indexbehandlung.
- Die Häufigkeit bzw. Dauer der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V (im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich) unterscheidet sich nicht zwischen den zwei

Proband*innengruppen mit je einer Indexbehandlungsform (vollstationär oder StäB) innerhalb von 6 und 12 Monaten nach Beginn der jeweiligen Indexbehandlung.

Zudem soll der Einfluss von psychosozialen und soziodemographischen Faktoren (wie z. B. Hauptdiagnose, Einkommen, Geschlecht, ...) auf die stationäre Wiederaufnahmerate überprüft werden. Darüber hinaus soll der Verlauf des psychosozialen Funktionsniveaus, der selbsteingeschätzten Lebensqualität und des subjektiven Genesungslevels untersucht werden. Außerdem wird ein Vergleich der aus den zentralen Hypothesen gewonnenen Ergebnisse des eher städtisch geprägten Studienzentrums Reutlingen mit denen des eher ländlich geprägten Studienzentrums Zwiefalten angestellt. Zuletzt wird ein kurzer Exkurs zu Erfahrungsberichten des Einflusses der COVID-19-Pandemie auf die psychiatrische Behandlung und die Lebenswelt der Proband*innen ergänzt.

2 Material und Methoden

2.1 Studienaufbau

2.1.1 Datengrundlage und Ethikvotum

Die vorliegende Dissertationsarbeit ist ein Teilprojekt innerhalb der AKtiV-Studie des Innovationsfonds (vgl. 1.2.6). Die Datengrundlage bilden die im Zuge dieses Dissertationsprojektes erhobenen Daten aus den 6-Monats-Follow-up- (6M-FU-) und 12-Monats-Follow-up- (12M-FU-)Befragungen im Rahmen der AKtiV-Studie am Studienzentrum Reutlingen (Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt)). Die anlässlich der AKtiV-Studie am Studienzentrum Zwiefalten erhobenen Daten werden teilweise zum Vergleich herangezogen.

Für die AKtiV-Studie und damit auch für dieses Promotionsprojekt liegt ein positives Ethikvotum der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit internem Aktenzeichen B-F-2020-135 vor.

2.1.2 Rekrutierung der Proband*innen

Die Rekrutierung der Proband*innen erfolgte durch das wissenschaftliche Team der AKtiV-Studie am Studienzentrum in Reutlingen bereits ab dem 01.01.2021, also vor Beginn dieses Dissertationsprojektes. Dabei wurden Patient*innen in einer StäB als Proband*innen der Interventionsgruppe (IG) sowie mithilfe eines Propensity-Score-Matching passende Kontroll-Proband*innen in vollstationärer Behandlung am PP.rt in die Studie aufgenommen und in einer Baseline-Befragung interviewt. Auf dieses Proband*innen-Kollektiv konnte somit im vorliegenden Dissertationsprojekt zurückgegriffen werden.

2.1.3 Studienablauf

Der Beginn des vorliegenden Dissertationsprojektes und der damit verbundenen Tätigkeiten war am 01.07.2021 nach erfolgter Aufnahme des Autors dieser Dissertationsarbeit in das wissenschaftliche Team der AKtiV-Studie am Studienzentrum in Reutlingen. Zu Beginn erfolgte eine Einweisung in die in der AKtiV-Studie verwendeten Fragebögen und Messinstrumente durch das wissenschaftliche Team der AKtiV-Studie.

Im Zuge dieser Dissertationsarbeit wurden die am Studienzentrum Reutlingen in die AKtiV-Studie inkludierten Proband*innen im Zuge der 6-FU- bzw. 12M-FU-Befragungen aufgesucht. Die Befragungen der Proband*innen fanden dabei 6 bzw. 12 Monate nach Aufnahme in die Studie im Zuge ihrer jeweiligen Indexbehandlung statt. Dabei wurde ein definierter Zeitraum von 4 Wochen (von 2 Wochen vor bis 2 Wochen nach dem jeweiligen Datum, das exakt 6 bzw. 12 Monate nach dem Aufnahmedatum liegt) eingehalten. Mit den Proband*innen wurde jeweils ein persönlicher Termin, bevorzugt in der Wohnung der Proband*innen, zur Befragung mithilfe eines definierten Fragebogens (vgl. Anhang 10.2) vereinbart. War ein persönliches Gespräch, bspw. wegen eines Auslandsaufenthaltes oder eines Umzugs in weiter entfernt liegende Regionen, nicht möglich, wurden die Interviews alternativ am Telefon bzw. mittels einer Videokonferenz durchgeführt. Die erhobenen Ergebnisse wurden regelmäßig nach den Interviews mithilfe eines vom Modul E der AKtiV-Studie zur Verfügung gestellten elektronischen Case Report Form (eCRF) digitalisiert und somit zur Datenanalyse zugänglich gemacht. Das Verfassen der Dissertationsschrift erfolgte ab September 2022, nachdem parallel zur Datenerhebung eine erste Literaturrecherche durchgeführt wurde. Die erhobenen Daten wurden nach Abschluss der Datenerhebung statistisch ausgewertet sowie analysiert. Eine Übersicht über den zeitlichen Ablauf der vorliegenden Dissertation bietet der Zeitstrahl in Abbildung 4.

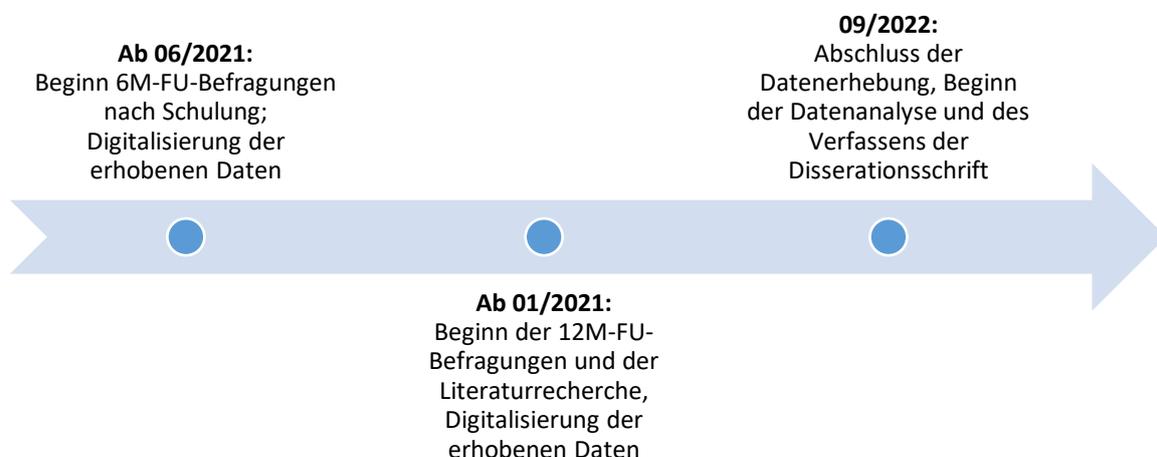


Abbildung 4: Übersicht des zeitlichen Ablaufes der vorliegenden Dissertationsarbeit

2.2 Datenerhebung und verwendete Messinstrumente

2.2.1 Datenerhebung

Zur Erhebung der Daten in den 6M-FU- und 12M-FU-Befragungen wurden die Fragebögen der AKtiV-Studie verwendet, die gleichfalls an allen anderen Studienzentren verwendet wurden (vgl. Anhang 10.2). So wurden verschiedene Daten, u. a. zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, psychosozialem Funktionsniveau und Lebensqualität, anonymisiert und standardisiert strukturiert abgefragt. Die dafür verwendeten Erhebungsmanuale sind im Folgenden näher beschrieben. Psychosoziale und soziodemographische Daten, wie z. B. das Alter, das Geschlecht oder die Hauptdiagnose, wurden in den 6M-FU- bzw. 12M-FU-Befragungen nicht explizit abgefragt. Diese Daten konnten aus den Baseline-Befragungen bei Aufnahme in die AKtiV-Studie übernommen werden.

Die Datenerhebung fand größtenteils während der COVID-19-Pandemie statt. Durch die starke Präsenz des Themas Pandemie zu dieser Zeit wurden im Zuge der 12M-FU-Befragungen im offenen Gespräch mit den Proband*innen die Auswirkungen der Pandemie auf deren Leben und psychiatrische Behandlung eruiert. Die hieraus genommenen Erfahrungsberichte wurden vom Verfasser dieser Dissertationsschrift in Rücksprache mit Prof. Gerhard Längle strukturiert gesammelt und in einem Exkurs dieser Arbeit beschrieben.

2.2.2 CSSRI-D

Teile der deutschen Fassung des „Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory“ (CSSRI-D) wurden als Erhebungsmanual im Fragebogen für die 6M-FU- und 12M-FU-Befragungen verwendet. Der Fragenkatalog CSSRI-D wurde *„zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten in Deutschland“* (Roick et al., 2001, S. 84) entwickelt. Als Grundlage hierfür diente die europäische Fassung des CSSRI (CSSRI-EU), welche auf die psychiatrische Versorgungsstruktur in Deutschland angepasst wurde. Die Daten werden gegliedert in 5 Bereiche abgefragt (Roick et al., 2001). Mithilfe des CSSRI-D wurden speziell für dieses Dissertationsprojekt folgende Bereiche erfasst: Wohnsituation, Beschäftigung und Einkommen sowie Inanspruchnahme von medizinischen

Versorgungsleistungen – inklusive der stationären Wiederaufnahmen. In allen Bereichen wurden die jeweiligen Daten bzw. Veränderungen der letzten 6 Monate (das entspricht dem Zeitraum seit der letzten Befragung) abgefragt, um umfassende und lückenlose Daten zu erhalten. Einzige Ausnahme dabei war die Abfrage der ambulanten medizinischen Kontakte im Bereich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Hier wurden lediglich die Kontakte der letzten 3 Monate abgefragt, wie es auch im Originalinstrument empfohlen wird (Chisholm et al., 2000), um „das Erinnerungsvermögen der Probanden nicht zu überfordern“ (Roick et al., 2001, S. 90).

2.2.3 HoNOS

Die „Health of the Nations Outcome Scales“ (HoNOS) wurde in den 1990er in Großbritannien zur Messung des Krankheitsverlaufs von psychisch erkrankten Personen entwickelt (Wing et al., 1998). Die HoNOS ist aus 12 Items aufgebaut: Aggression und Überaktivität, Selbstverletzung, Substanzgebrauch, Kognitive Probleme, Physische Gesundheit, Halluzinationen/Wahnvorstellungen, Gedrückte Stimmung, andere psychische Symptome, soziale Beziehungen, alltägliche Funktionseinschränkung, Wohnbedingung sowie Probleme durch Alltag/Beruf. Jedes Item wird mit einer Ziffer auf einer Likert-Skala von 0 (kein Problem in diesem Bereich) bis 4 (sehr schweres Problem in diesem Bereich) bzw. 9 (nicht beurteilbar) bewertet (Fankhauser et al., 2017; Wing et al., 1998). Der Beurteilungszeitraum erstreckt sich auf die vergangenen 7 Tage (Fankhauser et al., 2017).

In dieser Dissertationsarbeit dient der Gesamtwert aus allen 12 Items der HoNOS (Andreas et al., 2007) zur Verlaufskontrolle des psychosozialen Funktionsniveaus der Proband*innen durch Fremdeinschätzung der befragenden Person im Zeitraum von der Aufnahme in die Studie bis zur 12M-FU-Befragung nach einem Jahr. Zudem werden Auswertungen auf Ebene der einzelnen Items durchgeführt.

Die HoNOS wird als gutes Instrument zur Beurteilung der Veränderungssensitivität, v. a. innerhalb des Item 7 (gedrückte Stimmung), bewertet (Fankhauser et al., 2017). Hervorzuheben ist eine gute internationale

Vergleichbarkeit der Skala (Andreas et al., 2007). Allerdings wird von Müller, M. et al. (2016) empfohlen, die HoNOS in Kombination mit anderen Bewertungsinstrumenten zu verwenden, um bessere Ergebnisse zu erzielen. Daher wird im vorliegenden Projekt ein weiteres Messinstrument zur Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveau verwendet (vgl. 2.2.4).

2.2.4 PSP-Skala

Als zweite Skala zur Beurteilung und zum Vergleich des fremdbewerteten psychosozialen Funktionsniveaus wird in dieser Dissertationsarbeit neben der HoNOS (vgl. 2.2.3) die deutsche Version der „Personal and Social Performance Scale“ (PSP-Skala) verwendet. Ursprünglich wurde die PSP-Skala zur Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus als Verbesserung der „DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)“ entwickelt (Morosini et al., 2000). In der Studie zur Entwicklung der PSP-Skala wurden hauptsächlich Proband*innen mit einer Schizophrenie rekrutiert (Morosini et al., 2000). Die von Schaub und Juckel (2011) ins Deutsche übersetzte Version der PSP-Skala wird als *„Validiertes Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus in der Schizophrenietherapie“* (Schaub & Juckel, 2011, S. 1178) beschrieben. Die PSP-Skala ist in *„vier Subskalen ‚sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen‘, ‚persönliche und soziale Beziehungen‘, ‚Selbstpflege‘ und ‚störendes und aggressives Verhalten‘“* (Schaub & Juckel, 2011, S. 1182) unterteilt, wobei jede Subskala anhand 6 Abstufungen von „abwesend“ bis „äußerst schwerwiegend“ bewertet wird. Im Anschluss werden die Subskalen zu einer Gesamtskala von 1 bis 100 zusammengefasst (Schaub & Juckel, 2011). Diese Gesamtskala dient in der vorliegenden Arbeit als Wert zum Vergleich zwischen Interventionsgruppe (IG) und Kontrollgruppe (KG) sowie des zeitlichen Verlaufs des psychosozialen Funktionsniveaus von der Aufnahme in die Studie bis zur 12M-FU-Befragung nach einem Jahr. Wie bei der HoNOS erstreckt sich der Beurteilungszeitraum über die vergangenen 7 Tage zum Zeitpunkt der Datenerhebung.

2.2.5 EQ-5D-5L

Neben Erhebungsinstrumenten zur fremdbeurteilten Lebensqualität kommt mit dem EQ-5D-5L ein Instrument zur Erfassung der aktuellen subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität in diesem Dissertationsprojekt zur Anwendung. Der von der EuroQol-Gruppe entwickelte EQ-5D besteht aus zwei Teilen (Greiner & Claes, 2007). Im ersten Teil des EQ-5D wird *„[d]er Gesundheitszustand [...] anhand der 5 Dimensionen Beweglichkeit/Mobilität, ‚für sich selbst sorgen‘, allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden und Angst/Niedergeschlagenheit abgebildet“* (Greiner & Claes, 2007, S. 405). Ursprünglich waren 3 Levels im EQ-5D-3L zur Beschreibung der Einschränkung im jeweiligen Bereich vorhanden. Seit der letzten Überarbeitung 2009 zur Verbesserung der Sensitivität gibt es im EQ-5D-5L nun 5 Levels innerhalb jeder Dimension (EuroQol Research Foundation, 2022). Zum Vergleich zwischen der IG und der KG sowie zur Verlaufsbeurteilung wird, wie in der AKtiV-Gesamtstudie, der EQ-5D-5L-Indexwert herangezogen. Dieser Indexwert berücksichtigt die Normwerte der deutschen Allgemeinbevölkerung und liegt innerhalb den Werten -0,661 und 1. Der Wert 1 entspricht dabei der vollen Gesundheit (Ludwig et al., 2018). Der zweite Teil („EQ-5D VAS“) ist eine visuelle Analogskala von 0 bis 100, auf der das eigene Gesundheitslevel eingetragen werden soll. Von den Proband*innen können im Vergleich zum ersten Teil zusätzliche Dimensionen miteinbezogen werden. Somit können auf der visuellen Analogskala weitere Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität implizit abgebildet werden (Greiner & Claes, 2007). Die visuelle Analogskala wird ebenfalls zum Vergleich zwischen IG und KG sowie Verlaufsbeurteilung verwendet.

2.2.6 RAS-G

Zur Erfassung der Recovery-Orientierung, also des subjektiven Genesungslevels der Proband*innen nach stationärer Behandlung, wird in dieser Arbeit die deutsche Version der „Recovery Assessment Scale“ (RAS-G) verwendet. Diese Skala wurde ursprünglich im englischsprachigen Raum entwickelt und umfasst 41 Items (Corrigan et al., 1999). Die verwendete deutsche Version beinhaltet 14 Items, die jeweils auf einer 5-Punkte-Likert-Skala (von 1=„Stimmt gar nicht“ bis

5=„Stimmt völlig“) von den Proband*innen selbst bewertet werden. Die RAS-G ist damit laut den Autor*innen ein zeiteffizientes und leicht anwendbares Instrument. Abgefragt werden Items aus verschiedenen Bereichen, darunter „Selbstvertrauen und Hoffnung“, „Vorherrschaft der Symptome“, „Nichtvorhandensein von Symptomen“, „Bereitschaft, um Hilfe zu bitten“ und „Vertrauen zu anderen“ (Cavelti et al., 2017). Zum Vergleich zwischen Proband*innen der IG und KG und der Untersuchung des zeitlichen Verlaufs wird, wie in der Gesamtauswertung der AKtiV-Studie, der Gesamtscore des RAS-G verwendet. Der Gesamtscore entspricht der Summe aller Items. Bei einzelnen fehlenden Items ersetzt der Mittelwert der übrigen Werte die fehlenden Werte. Fehlen 8 oder mehr Items so wird kein Gesamtscore errechnet. Die möglichen Werte des Gesamtscores liegen zwischen 14 und 70. Hohe Werte entsprechen dabei einem hohen subjektiven Genesungslevel.

2.3 Stichprobe der AKtiV-Studie am Studienzentrum Reutlingen

2.3.1 Proband*innenkollektiv

Ab dem 01.01.2021 wurden im Zuge der Baseline-Befragungen der AKtiV-Studie insgesamt 50 Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen in die Studie aufgenommen, jeweils 25 Proband*innen in der IG bzw. KG. Dies erfolgte bereits vor Beginn des vorliegenden Dissertationsprojektes (vgl. 2.1.2).

Die Proband*innen der IG hatten als Indexbehandlung bei Aufnahme in die Studie eine StäB-Behandlung nach § 115d SGB V erhalten, wohingegen sich die Proband*innen der KG bei Aufnahme in die Studie in einer vollstationären Behandlung an einem nach § 108 SGB V anerkannten Krankenhaus befanden (Bundesamt für Justiz, 2023b). Für jeweils eine*n Proband*in aus der IG wurde mithilfe eines Propensity-Score-Matchings, unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose und Voraufenthalt, ein*e passende*r Kontroll-Proband*in ausgewählt (Baumgardt et al., 2020).

Für den Vergleich zwischen städtisch und ländlich geprägten Studienzentren bzw. Versorgungsgebieten wurde die Stichprobe des Reutlinger

Studienzentrums um das Studienkollektiv des Studienzentrums Zwiefalten erweitert. Dort wurden insgesamt 44 Proband*innen (je 22 in IG und KG) in die Studie aufgenommen.

2.3.2 Voraussetzungskriterien zur Aufnahme in die AKtiV-Studie

Voraussetzung, um in die AKtiV-Studie aufgenommen zu werden, sind laut Ethikantrag folgende Kriterien:

- keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung
- Hauptdiagnose gemäß ICD 10 F0X, F1X, F2X, F3X, F4X, F5X, oder F6X
- fester Wohnsitz im Versorgungsbezirk des jeweiligen Studienzentrums
- kein Unterbringungsbeschluss nach dem jeweiligen Landesgesetz
- Einwilligungsfähigkeit
- keine schweren organischen Hirnerkrankungen mit kognitiven Defiziten
- keine Intelligenzminderung
- ausreichende Sprachkenntnisse für eine Befragung in deutscher Sprache
- zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses und während des Indexaufenthaltes keine Teilnahme an einer Interventionsstudie
- Aufnahme in die Behandlungsform liegt nicht länger als 7 Tage zurück

Für die Rekrutierung in die IG und nach Möglichkeit auch in die KG mussten zusätzlich die Aufnahmekriterien für eine StäB-Behandlung (vgl. 1.2.2.2) vorliegen bzw. hypothetisch zutreffen.

2.3.3 Psychosoziale und soziodemographische Zusammensetzung der Stichprobe

Im folgenden Teilkapitel wird die Zusammensetzung der Stichprobe bezüglich psychosozialer und soziodemographischer Faktoren beschrieben.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung überwiegen mit 66% (N=33) die weiblichen Probandinnen gegenüber den männlichen Probanden mit 34% (N=17). Dabei befindet sich in der IG ein Proband mehr (N=9) als in der KG und dementsprechend eine Probandin weniger (N=16) in der IG als in der KG (vgl. Abb. 5). Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung nicht signifikant (Chi-Quadrat = 0,089; $p = 0,765$).

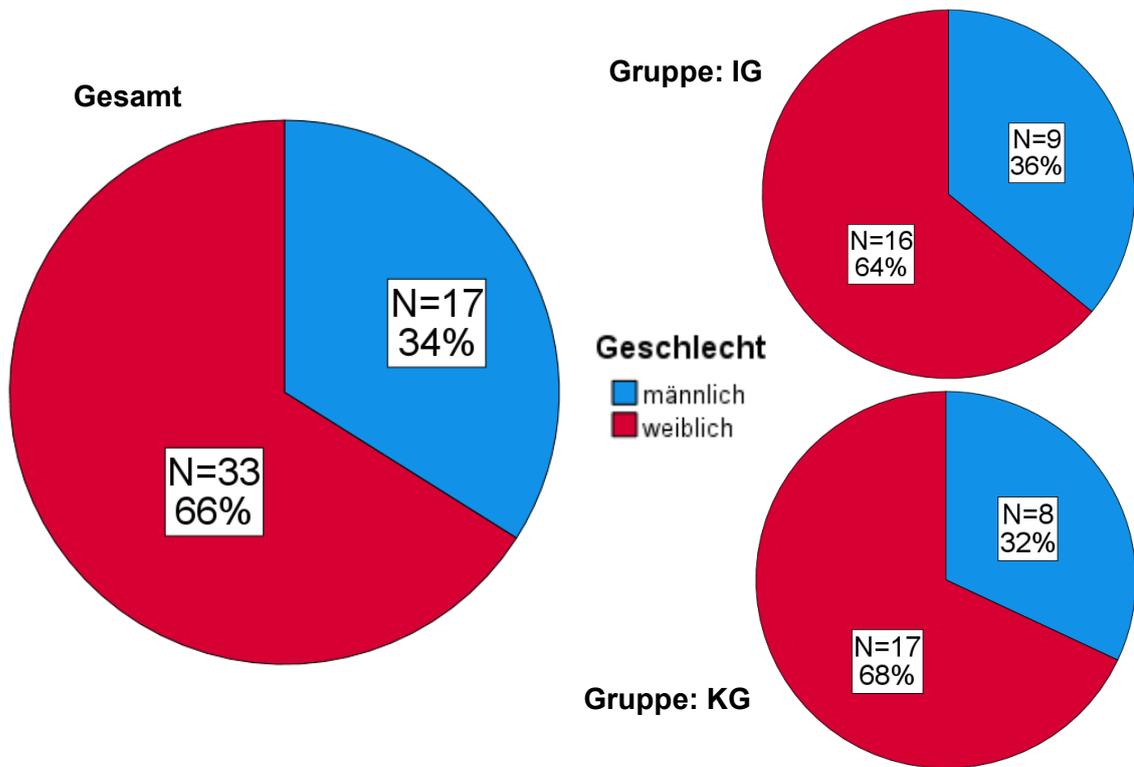


Abbildung 5: Kreisdiagramm zur Geschlechterverteilung der Stichprobe, insgesamt (N=50) und aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG (jeweils N=25)

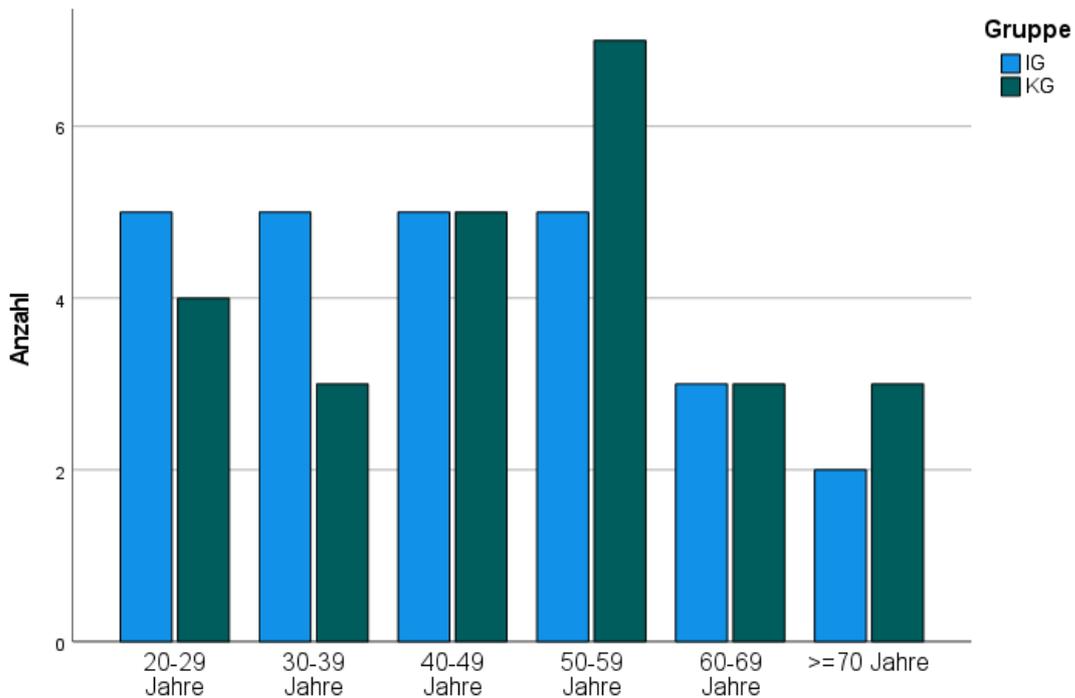


Abbildung 6: Balkendiagramm zur Verteilung der Altersgruppen innerhalb der Stichprobe zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AKtiV-Studie, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG (N=50)

Das Durchschnittsalter aller Proband*innen liegt bei 47,5 Jahren. Proband*innen der IG sind im Mittel mit 45,0 Jahren im Vergleich zu denen der KG mit 49,9 Jahren etwas jünger. Zu erkennen ist dies auch an der leicht unterschiedlichen Altersverteilung innerhalb der Gruppen (vgl. Abb. 6). Die beiden Gruppen unterschieden sich hinsichtlich des Alters im t-Test für unabhängige Stichproben, bei Vorliegen einer Normalverteilung nach Test mit dem Shapiro-Wilk-Test ($p = 0,250$), nicht signifikant voneinander ($T = -1,01$; $p = 0,316$).

Die Verteilung der Hauptdiagnosen der Proband*innen anhand des ICD-10-Code (vgl. Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018) ist in Abbildung 7 dargestellt. Es zeigt sich, dass mit 32% ($N=16$) die meisten Proband*innen eine Hauptdiagnose aus der F3X-Gruppe (Affektive Störungen), insbesondere eine F33-Diagnose (Rezidivierende depressive Störung; 18%; $N=9$), aufweisen. Die Gruppe der schizophrenen Störungen (F2X-Gruppe) ist mit 24% ($N=12$) am zweithäufigsten vertreten.

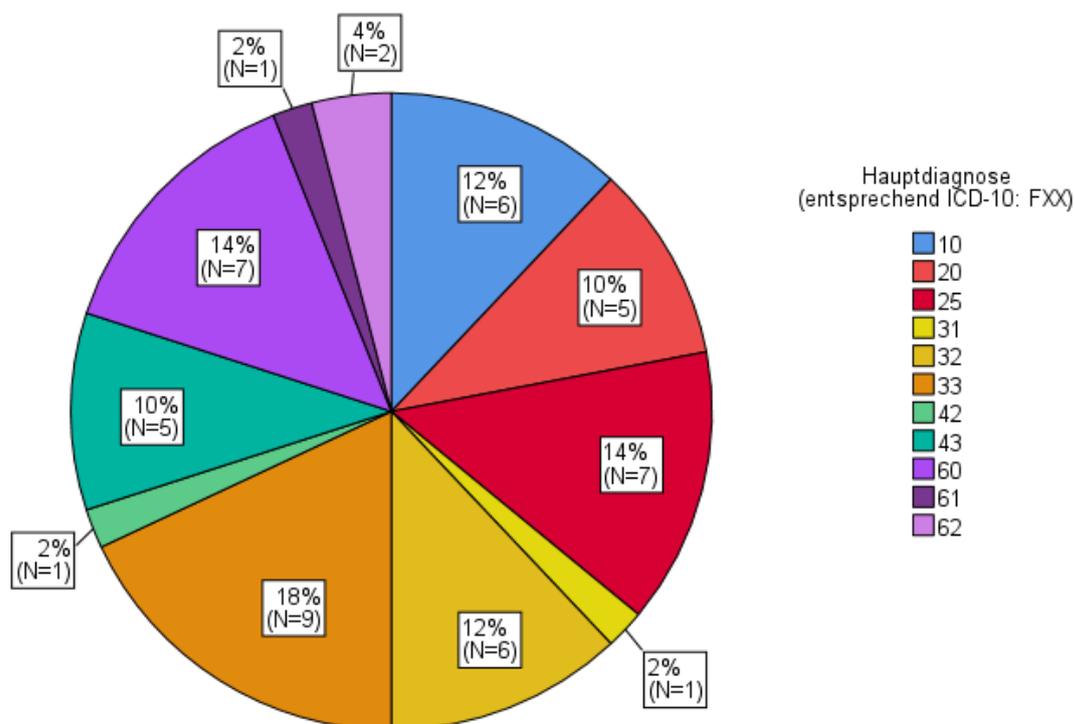


Abbildung 7: Kreisdiagramm zur Verteilung der Hauptdiagnosen (entsprechend ICD-10) in der gesamten Stichprobe am Studienzentrum Reutlingen (N=50)

Zwischen IG und KG gibt es kleinere Differenzen hinsichtlich der Untergruppen (vgl. Tab. 4). Der Anteil einer jeweiligen ICD-10-Hauptgruppe der Hauptdiagnose, z. B. F3X, ist für beide Gruppen gleich. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Chi-Quadrat = 7,35; $p = 0,692$).

*Table 4: Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnose der Proband*innen nach ICD-10, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)*

		Gruppe		Gesamt
		IG	KG	
Hauptdiagnose (entsprechend ICD-10: FXX)	10	3	3	6
	20	2	3	5
	25	4	3	7
	31	1	0	1
	32	1	5	6
	33	6	3	9
	42	1	0	1
	43	2	3	5
	60	3	4	7
	61	1	0	1
	62	1	1	2
Gesamt		25	25	50

Die Proband*innen der IG und KG unterschieden sich ebenfalls nicht signifikant bezüglich der Anzahl der stationären Voraufenthalte an derselben Studienklinik innerhalb von 2 Jahren vor Aufnahme in die Indexbehandlung bzw. in die Studie (Chi-Quadrat = 11,2; $p = 0,264$). Die Proband*innen der KG haben im Mittel mit 2,48 mehr stationäre Voraufenthalte als die Proband*innen der IG mit 1,72. Allerdings gibt es innerhalb der KG einzelne Proband*innen mit bis zu 20 stationären Voraufenthalten (vgl. Tab. 5).

Der Großteil aller Proband*innen gab bei Aufnahme in die Studie an, in einem eigenen Haus bzw. einer Eigentumswohnung oder in einer Mietwohnung zu wohnen (vgl. Tab. 6). Es fällt auf, dass alle Proband*innen, die bei Aufnahme in die Studie bereits in einer Einrichtung mit Betreuung oder einem ambulant betreuten Wohnen lebten (N=4), aus der KG kommen. Allerdings unterscheiden sich die IG und die KG bezüglich der Art der Wohnung nicht signifikant voneinander (Chi-Quadrat = 11,9; $p = 0,104$).

*Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Voraufenthalte in der Klinik (2 Jahre vor dem jeweiligen Aufnahmedatum in die AKtiV-Studie), aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)*

		Gruppe		Gesamt	
		IG	KG		
Anzahl der stationären Voraufenthalte in der Klinik (2 Jahre vor Aufnahme in die Indexbehandlung)	0	Anzahl	10	13	23
		% von Gruppe	40%	52%	46%
	1	Anzahl	5	4	9
		% von Gruppe	20%	16%	18%
	2	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	4%	4%	4%
	3	Anzahl	4	2	6
		% von Gruppe	16%	8%	12%
	4	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
	5	Anzahl	4	0	4
		% von Gruppe	16%	0%	8%
	6	Anzahl	0	2	2
		% von Gruppe	0%	8%	4%
	8	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	10	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	20	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
Gesamt	Anzahl	25	25	50	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

33% (N=16) der Proband*innen leben zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Indexbehandlung bzw. die Studie allein im Haushalt. Die anderen Proband*innen wohnen mit mindestens einer weiteren Person zusammen (vgl. Tab. 7). Die IG und die KG unterscheiden sich in Bezug auf die im Haushalt wohnenden Personen nicht signifikant (Chi-Quadrat = 5,21; $p = 0,517$). Bei 25% (N=12) leben Kinder im Haushalt. Zwischen IG und KG gibt es diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied (Chi-Quadrat = 0,556; $p = 0,456$).

*Table 6: Häufigkeitsverteilung der Art der Wohnung der Proband*innen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AKtiV-Studie, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)*

			Gruppe		Gesamt
			IG	KG	
Art der Wohnung (zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie)	Eigentumswohnung oder eigenes Haus	Anzahl	6	12	18
		% von Gruppe	24%	48%	36%
	Mietwohnung von privatem*privater Vermieter*in	Anzahl	12	5	17
		% von Gruppe	48%	20%	34%
	Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft	Anzahl	3	1	4
		% von Gruppe	12%	4%	8%
	Wohnung der Eltern / des*der Lebenspartner*in / von Freund*innen	Anzahl	3	1	4
		% von Gruppe	12%	4%	8%
	Gemeinschaftswohnung / Wohnheim ohne therapeutische Anliegen	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	Übernachtungseinrichtung mit Betreuung rund um die Uhr	Anzahl	0	2	2
		% von Gruppe	0%	8%	4%
	Ambulant betreutes Wohnen	Anzahl	0	2	2
		% von Gruppe	0%	8%	4%
Andere	Anzahl	1	1	2	
	% von Gruppe	4%	4%	4%	
Gesamt	Anzahl	25	25	50	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

*Table 7: Häufigkeitsverteilung aller im Haushalt der Proband*innen Wohnenden zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AKtiV-Studie, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=49)*

			Gruppe		Gesamt
			IG	KG	
Anzahl aller im Haushalt Wohnenden	1	Anzahl	9	7	16
		% von Gruppe	36%	29%	33%
	2	Anzahl	12	7	19
		% von Gruppe	48%	29%	39%
	3	Anzahl	2	4	6
		% von Gruppe	8%	17%	12%
	4	Anzahl	1	3	4
		% von Gruppe	4%	13%	8%
	5	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	6	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	4%	4%	4%
	8	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	Gesamt	Anzahl	25	24	49
		% von Gruppe	100%	100%	100%

In Bezug auf das Beschäftigungsverhältnis zeigen sich kleine Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 8). So sind 52% (N=13) der IG bei Aufnahme in die Studie berufs- bzw. erwerbsunfähig und nur 16% (N=4) arbeiten in Vollzeit, in Teilzeit oder sind geringfügig beschäftigt. In der KG sind nur 24% (N=6) berufs- bzw. erwerbsunfähig und 32% (N=8) haben ein Arbeitsverhältnis. Die Unterschiede zwischen IG und KG sind insgesamt nicht signifikant (Chi-Quadrat = 9,02; p = 0,435).

Das Netto-Gesamteinkommen ist in den Haushalten der KG mit durchschnittlich ca. 1.628€ höher als in der IG mit ca. 1.291€. Der Unterschied ist nach dem Mann-Whitney-U-Test nicht signifikant (U = 203; p = 0,865).

*Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung des Beschäftigungsverhältnisses der Proband*innen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AKtiV-Studie, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)*

		Gruppe		Gesamt	
		IG	KG		
Beschäftigungsverhältnis	Selbstständig / Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Vollzeit	Anzahl	1	3	4
	% von Gruppe	4%	12%	8%	
	Selbstständig / Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Teilzeit	Anzahl	2	4	6
	% von Gruppe	8%	16%	12%	
	Geringfügige Beschäftigung	Anzahl	1	1	2
	% von Gruppe	4%	4%	4%	
	Arbeitslos / Arbeitssuchend	Anzahl	5	4	9
	% von Gruppe	20%	16%	18%	
	Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit	Anzahl	13	6	19
	% von Gruppe	52%	24%	38%	
	Altersrente / Pension / Vorruhestand	Anzahl	2	4	6
	% von Gruppe	8%	16%	12%	
	Ausbildung / Umschulung	Anzahl	1	0	1
	% von Gruppe	4%	0%	2%	
	Hausfrau / -mann	Anzahl	0	1	1
	% von Gruppe	0%	4%	2%	
	Freiwillig (unentgeltlich) beschäftigt	Anzahl	0	1	1
	% von Gruppe	0%	4%	2%	
	Sonstiges	Anzahl	0	1	1
	% von Gruppe	0%	4%	2%	
Gesamt	Anzahl	25	25	50	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

Eine genaue soziodemographische Beschreibung dieser Stichprobe des Studienzentrums Reutlingen findet sich in der Dissertationsarbeit von Carolin Stüker (vgl. Stüker, unv. Diss.). Ebenso ist die Stichprobe des Studienzentrums

Zwiefalten, welche in der vorliegenden Arbeit für einen Vergleich mit der Stichprobe des Studienzentrums Reutlingen herangezogen wurde, in den Dissertationsarbeiten von Jonathan Geiselhart (vgl. Geiselhart, unv. Diss.) und Lena Anton (vgl. Anton, unv. Diss.) genau beschrieben worden.

2.4 Datenverwaltung und Statistische Auswertung

Die erhobenen Daten wurden nach den Befragungen mittels eCRF digitalisiert und anschließend vom Modul E der AKtiV-Studie (vgl. 1.2.6.1) verwaltet. Für die Auswertungen dieser Dissertationsarbeit konnten die benötigten Daten als Rohdaten in Form von CSV-Dateien von den Verantwortlichen des Modul E abgerufen werden.

Die für diese Arbeit relevanten Daten des Studienzentrums Reutlingen wurden zur statistischen Auswertung in das Statistikprogramm IBM® SPSS® Statistics (Version 28.0.1.1 (14)) übertragen. Für den in Kapitel 3.4 beschriebenen Vergleich zwischen dem städtisch geprägten Studienzentrum Reutlingen und einem ländlich geprägten Versorgungsgebiet wurden durch gleiches Vorgehen zusätzlich die Daten des Studienzentrums Zwiefaltens hinzugefügt.

Unter Anwendung des Statistikprogramms IBM® SPSS® Statistics (Version 28.0.1.1 (14)) wurden teilweise aus den bestehenden Rohdaten zusätzliche Variablen zur weiterführenden Analyse der Daten berechnet. Zur Untersuchung der zentralen Hypothesen sowie der weiteren Fragestellungen dieser Dissertationsarbeit erfolgte zunächst eine deskriptive Auswertung der Daten. Dabei wurden die deskriptiven Verfahren sowohl für die gesamte Stichprobe des Reutlinger Studienzentrums der AKtiV-Studie als auch für Gruppen bestehend aus Proband*innen der IG bzw. der KG angewandt.

Zur Signifikanzprüfung von Unterschieden zwischen den Proband*innen der IG und der KG bzw. zwischen den beiden Studienzentren wurden je nach Skalenniveau verschiedene parametrische und nicht parametrische Tests verwendet. Für nominal skalierte Daten wurde der Chi-Quadrat-Test und für ordinal skalierte Daten der Mann-Whitney-U-Test angewandt. Bei metrisch skalierten Daten wurde vor Durchführung der Signifikanztestung die

Normalverteilung der Daten mithilfe des Shapiro-Wilk-Test überprüft. Bei normalverteilten Daten erfolgte die Signifikanztestung mithilfe des t-Tests. Bei nicht normalverteilten Daten wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Zur Prüfung der Signifikanz für abhängige Stichproben wurde entsprechend für nicht normalverteilten Daten der Wilcoxon-Test und für normalverteilte Daten der t-Test für abhängige Stichproben angewandt.

Die Rangkorrelationsanalyse nach Spearman wurde zur Korrelationsanalyse zweier nicht normalverteilten Variablen innerhalb eines Streudiagramms benutzt.

Das Signifikanzniveau wurde jeweils auf $p \leq 0,05$ festgelegt.

Die abgebildeten Tabellen und Grafiken wurden mithilfe des Statistikprogramms IBM® SPSS® Statistics (Version 28.0.1.1 (14)) angefertigt.

Zur Orientierung und Hilfe bei der statistischen Auswertung diente das seminarintern zur Verfügung gestellte Skript des Seminars „QB 1 SPSS Grundseminar“ des Instituts für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie des Universitätsklinikums Tübingen aus dem Sommersemester 2021 (Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie Universitätsklinikum Tübingen, 2021) sowie der Statistische Analyse-Plan der AKtiV-Studie.

3 Ergebnisse

3.1 Stationäre Wiederaufnahme am Studienzentrum Reutlingen

Die zentralen Hypothesen dieser Arbeit beziehen sich auf die stationäre Aufnahme der Proband*innen innerhalb von 12 Monaten nach der jeweiligen Indexbehandlung. Im folgenden Kapitel werden die stationäre Wiederaufnahmerate, die Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme, die Häufigkeit und Dauer von stationären Aufenthalten sowie der Einfluss psychosozialer und soziodemographischer Faktoren auf die stationäre Wiederaufnahme beschrieben.

3.1.1 Stationäre Wiederaufnahmerate

Die stationäre Wiederaufnahme gibt an, wie viele Proband*innen innerhalb eines definierten Zeitraumes, von 12 Monaten nach der Aufnahme in die Indexbehandlung der Studie, erstmals erneut in eine stationäre Behandlung aufgenommen wurden. Zu einer stationären Behandlung zählen sowohl die vollstationäre Behandlung in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik als auch die StäB.

Die stationäre Wiederaufnahmerate innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung beträgt für die Stichprobe der AKtiV-Studie am Reutlinger Studienzentrum 46% (N=23). In Abbildung 8 ist die stationäre Wiederaufnahmerate für alle Proband*innen, sowie aufgeteilt in Proband*innen der IG und KG, grafisch dargestellt. Zwar zeigen die absoluten Zahlen eine höhere stationäre Wiederaufnahmerate in der KG, jedoch unterscheiden sich die beiden Gruppen nach dem Chi-Quadrat-Test nicht signifikant (Chi-Quadrat = 2,01; $p = 0,156$).

Betrachtet man die stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 6 Monaten nach der Aufnahme in die Indexbehandlung, zeigt sich ebenfalls eine erhöhte Wiederaufnahmerate innerhalb der KG im Vergleich zur IG (vgl. Tab. 9). Der Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen ist auch innerhalb dieses Zeitraumes nicht signifikant (Chi-Quadrat = 3,13; $p = 0,077$). Auffällig ist, dass der Großteil der Proband*innen innerhalb der ersten 6 Monaten nach der

Indexbehandlung wiederaufgenommen wurde. In der zweiten Hälfte des Beobachtungszeitraumes zwischen der 6M-FU- und der 12M-FU-Befragung wurden nur 5 weitere Proband*innen stationär wiederaufgenommen.

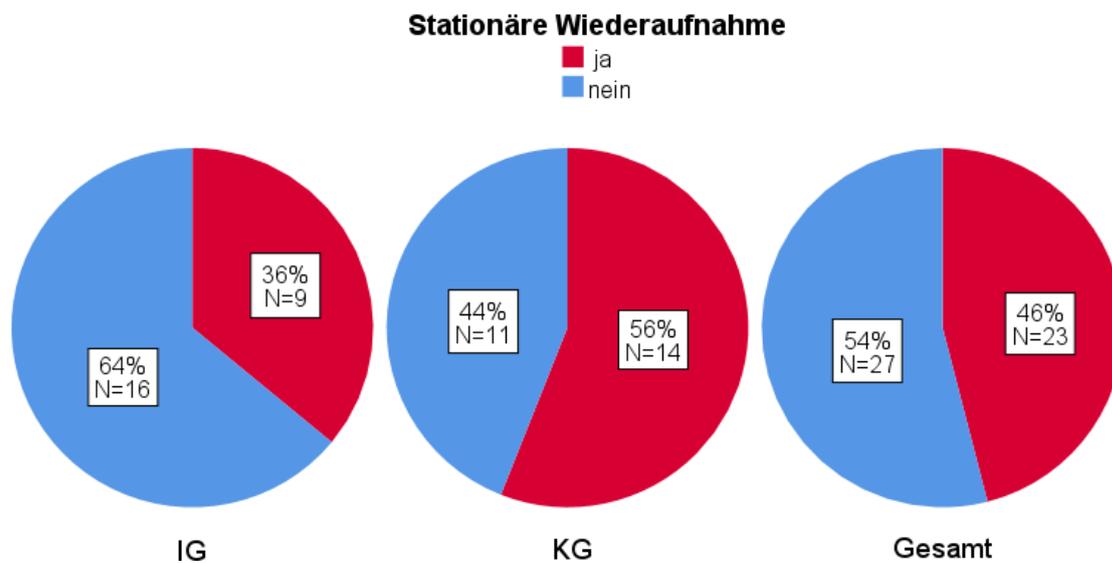


Abbildung 8: Kreisdiagramme zur Darstellung der stationären Wiederaufnahmerate der Proband*innen auf eine Station in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik oder in eine StäB innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)

Tabelle 9: Stationäre Wiederaufnahmerate der Proband*innen auf eine Station in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik oder in eine StäB innerhalb von 6 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)

		Gruppe		Gesamt	
		IG	KG		
Stationäre Wiederaufnahme bis zur 6M-FU-Befragung	ja	Anzahl	6	12	18
		% von Gruppe	24%	48%	36%
	nein	Anzahl	19	13	32
		% von Gruppe	76%	52%	64%
Gesamt	Anzahl	25	25	50	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

Im Folgenden wird näher beleuchtet, in welche Art der stationären Behandlung die stationären Wiederaufnahmen erfolgten. Proband*innen konnten nach ihrer Indexbehandlung entweder in eine StäB oder vollstationär in eine psychiatrische, psychotherapeutische bzw. psychosomatische Klinik aufgenommen werden. Die

Häufigkeitsverteilung der Art der ersten stationären Wiederaufnahme der 23 wiederaufgenommenen Proband*innen zeigt Tabelle 10. Hier fällt auf, dass sowohl Proband*innen der IG als auch der KG vermehrt vollstationär und seltener in eine StäB aufgenommen werden. Die beiden Gruppen unterscheiden sich daher nicht signifikant in der Behandlungsart der stationären Wiederaufnahme (Chi-Quadrat = 0,115; $p = 0,735$).

*Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsart der ersten stationären Wiederaufnahme der Proband*innen, die innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung erneut stationär aufgenommen wurden; aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=23); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

Art der Wiederaufnahme	StäB		Gruppe		Gesamt
			IG	KG	
		Anzahl	2	4	6
		% von Gruppe	22%	29%	26%
	vollstationär	Anzahl	7	10	17
		% von Gruppe	78%	71%	74%
Gesamt		Anzahl	9	14	23
		% von Gruppe	100%	100%	100%

Die Konstellation, dass sowohl Proband*innen der IG als auch der KG häufiger in eine vollstationäre Behandlung stationär wiederaufgenommen wurden, wird nachfolgend aus einer anderen Perspektive beleuchtet. Dazu wird die Kongruenz der Behandlungsform der ersten stationären Wiederaufnahme und der Behandlungsform der Indexbehandlung der Proband*innen untersucht. Die Behandlungsart der ersten Wiederaufnahme kann der Behandlungsart der Indexbehandlung entsprechen (bspw. für Proband*innen der IG: beide Behandlungen sind eine StäB) oder sich von dieser unterscheiden (bspw. für Proband*innen der IG: Indexbehandlung ist eine StäB, dann folgt eine vollstationäre Aufnahme). Während bei Proband*innen der KG die stationäre Wiederaufnahme in Form einer vollstationären Behandlung der Indexbehandlung häufiger entspricht (71%; N=10), unterscheidet sich jene Behandlungsart der stationären Wiederaufnahme bei Proband*innen der IG häufiger von deren Indexbehandlung in Form einer StäB (78%; N=7). Im Chi-Quadrat-Test ist dieser Unterschied zwischen IG und KG signifikant (Chi-Quadrat = 5,32; $p = 0,021$).

3.1.2 Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme

Im folgenden Teilkapitel wird die Zeitspanne bis zur ersten stationären Wiederaufnahme untersucht. Die Daten beziehen sich daher nicht auf die gesamte Stichprobe mit 50 Proband*innen, sondern lediglich auf die 23 stationär wiederaufgenommenen Proband*innen.

Die Zeitspanne von der Entlassung aus der Indexbehandlung der Studie bis zu einer erneuten stationären Wiederaufnahme in eine vollstationäre psychiatrische, psychotherapeutische bzw. psychosomatische Klinik oder StäB innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung zeigt eine große Spannweite auf. Sowohl in der IG als auch in der KG liegt das Minimum bei 0 Tagen, d.h. die Personen wurden direkt im Anschluss an die Indexbehandlung in einer anderen Form stationär weiterbehandelt oder erneut wiederaufgenommen. Das Maximum liegt bei 289 Tagen, was einer erneuten Aufnahme nach gut 9 Monaten entspricht. Der Mittelwert der Zeit bis zu einer stationären Wiederaufnahme beträgt 73 Tage (SD = 89). Die Proband*innen der IG wurden im Durchschnitt 18 Tage später erneut in eine stationäre Behandlung aufgenommen (vgl. Tab. 11). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist im Mann-Whitney-U-Test, nach Ausschluss der Normalverteilung mit dem Shapiro-Wilk-Test ($p \leq 0,001$), nicht statistisch signifikant ($U = 58,5$; $p = 0,777$).

*Tabelle 11: Statistische Werte zur Zeitspanne in Tagen bis zur stationären Wiederaufnahme in eine vollstationäre psychiatrische, psychotherapeutische bzw. psychosomatische Klinik oder StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=23); gerundet auf ganze Zahlen*

	IG	KG	Gesamt
Anzahl der wieder-aufgenommenen Proband*innen	9	14	23
Mittelwert [Tage]	84	66	73
Median [Tage]	50	17	20
Standardabweichung [Tage]	103	82	89
Minimum [Tage]	0	0	0
Maximum [Tage]	289	236	289
Spannweite [Tage]	289	236	289

3.1.3 Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen

Die Häufigkeit aller stationären Wiederaufnahmen innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung wird im folgenden Teilkapitel beschrieben.

*Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der Aufenthalte in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)*

		Gruppe			
		IG	KG	Gesamt	
Anzahl der Aufenthalte in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder StäB innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung	0	Anzahl	16	11	27
		% von Gruppe	64%	44%	54%
	1	Anzahl	3	4	7
		% von Gruppe	12%	16%	14%
	2	Anzahl	2	2	4
		% von Gruppe	8%	8%	8%
	3	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	4%	4%	4%
	4	Anzahl	0	2	2
		% von Gruppe	0%	8%	4%
	5	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	7	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
	9	Anzahl	0	2	2
		% von Gruppe	0%	8%	4%
	10	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
	14	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
16	Anzahl	1	1	2	
	% von Gruppe	4%	4%	4%	
Gesamt		Anzahl	25	25	50
		% von Gruppe	100%	100%	100%

In Tabelle 12 ist die Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller stationären Aufenthalte innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung dargestellt. Als stationärer Aufenthalt zählt die vollstationäre Behandlung in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik und die StäB. 27 Proband*innen (54%) befanden sich innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung in keiner weiteren stationären Akutbehandlung. Die

anderen 23 Proband*innen wurden zwischen einmal und in einem Einzelfall bis zu 16-mal in den 12 Monaten nach der Indexbehandlung stationär wiederaufgenommen. Dies entspricht den Zahlen der stationären Wiederaufnahmerate des untersuchten Studienkollektivs (vgl. 3.1.1). Zwischen den Proband*innen der IG und der KG lässt sich hinsichtlich der Anzahl der stationären Wiederaufnahmen mit dem Mann-Whitney-U-Test kein signifikanter Unterschied nachweisen ($U = 245$; $p = 0,153$).

Werden die Häufigkeiten für vollstationäre Behandlung ($U = 243$; $p = 0,133$) und StäB ($U = 310$; $p = 0,927$) getrennt betrachtet, zeigt sich in der Häufigkeitsverteilung ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen Proband*innen der IG und der KG.

Stationäre Aufenthalte in Form einer vollstationären Behandlung werden von 44% ($N=22$) aller Proband*innen mindestens einmal in Anspruch genommen. Mindestens eine StäB erhalten 16% ($N=8$) der Proband*innen innerhalb des Beobachtungszeitraumes nach der Indexbehandlung. Somit wird die vollstationäre Behandlung unter den Proband*innen häufiger in Anspruch genommen als eine StäB.

Das Streudiagramm in Abbildung 9 stellt die Korrelation der Anzahl der stationären Aufenthalte (vollstationärer Klinikaufenthalt und StäB) innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung und der Anzahl der stationären Voraufenthalte in der Studienklinik innerhalb von 2 Jahren vor der Indexbehandlung der Studie dar. Die Rangkorrelationsanalyse nach Spearman ergibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesen Variablen (Korrelationskoeffizient: 0,480; $p \leq 0,001$). D.h. Proband*innen, die sich vor Einschluss in die Studie häufig in stationärer Behandlung befanden, waren auch im Beobachtungszeitraum der Studie durchschnittlich häufiger in einer stationären Behandlung als Proband*innen, die vor der Studie keine oder nur wenige stationäre Behandlungen erhalten hatten.

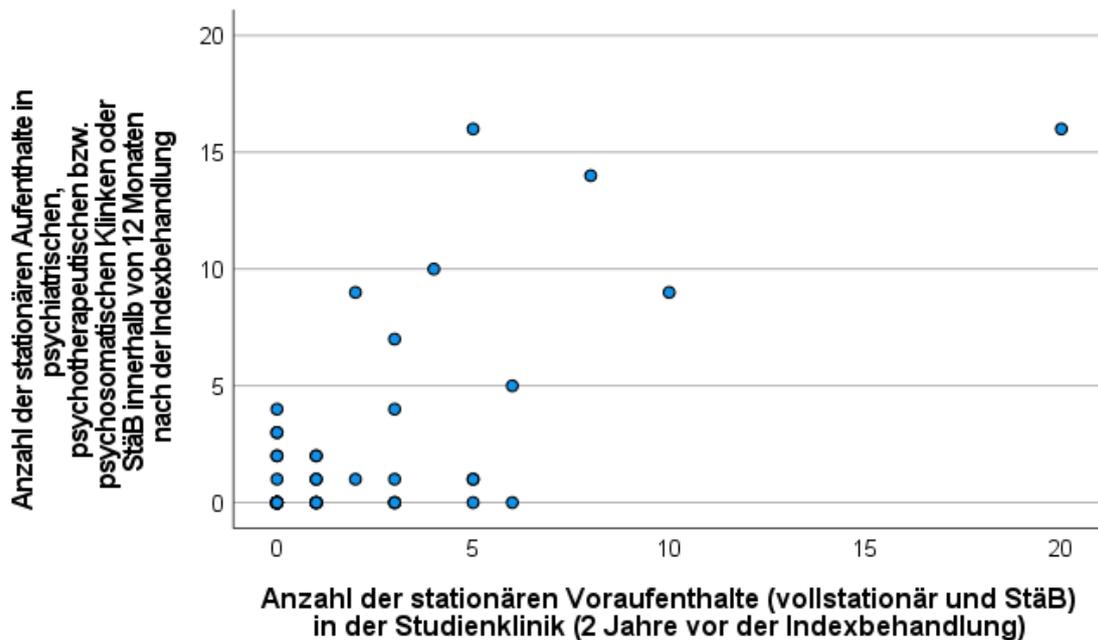


Abbildung 9: Streudiagramm zur korrelierenden Darstellung der Anzahl der stationären Voraufenthalte (vollstationär oder StäB) in der Studienklinik (2 Jahre vor Aufnahme in die Indexbehandlung) und der Anzahl der stationären Aufenthalte in psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder StäB innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung (N=50)

3.1.4 Dauer der stationären Aufenthalte

Im folgenden Teilkapitel wird die Aufenthaltsdauer der stationären Aufenthalte innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Studie beschrieben. Dabei wird zunächst die Dauer der Aufenthalte der 23 wiederaufgenommenen Proband*innen im Beobachtungszeitraum nach der Indexbehandlung und am Ende die Dauer der Indexbehandlung aller Proband*innen beleuchtet.

Die statistischen Werte zur aufsummierten Aufenthaltsdauer innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung in stationärer Behandlung, dazu zählen Aufenthalte in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder StäB, sind in Tabelle 13 aufgelistet.

Die 23 Proband*innen, die im beobachteten Zeitraum stationär wiederaufgenommen wurden, waren im Mittel 99 Tage (SD = 79) in stationärer Behandlung. Dabei zeigt sich eine große Spannweite zwischen der minimalen und maximalen stationären Aufenthaltsdauer einzelner Proband*innen. Zwischen den Proband*innen der IG und der KG ist hinsichtlich der Dauer der

stationären Aufenthalte innerhalb von 12 Monaten der Indexbehandlung mit dem Mann-Whitney-U-Test kein statistisch signifikanter Unterschied nachweisbar ($U = 61,5$; $p = 0,619$).

*Tabelle 13: Statistische Werte zur Anzahl der abrechenbaren Tage in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder in einer StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=23); gerundet auf ganze Zahlen*

	IG	KG	Gesamt
Anzahl der wiederaufgenommenen Proband*innen	9	14	23
Mittelwert [Tage]	99	99	99
Median [Tage]	75	84	80
Standardabweichung [Tage]	76	84	79
Minimum [Tage]	28	10	10
Maximum [Tage]	269	273	273
Spannweite [Tage]	241	263	263
Gesamtsumme [Tage]	890	1.388	2.278

Die statistischen Werte zur jeweiligen Dauer der stationären Aufenthalte im Beobachtungszeitraum sind in Tabelle 14 zusammengefasst. Die Aufenthalte der stationären Wiederaufnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraumes nach der Indexbehandlung dauerten im Mittel 20 Tage ($SD = 25$). Aufenthalte in einer StäB dauerten mit durchschnittlich 28 Tagen ($SD = 28$) signifikant ($U = 572$; $p = 0,009$) länger als vollstationäre Aufenthalte in psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Kliniken (18 Tage; $SD = 25$). Die Gesamtsumme der abrechenbaren Tage über alle wiederaufgenommenen Proband*innen hinweg in vollstationärer Behandlung ist höher als die Gesamtsumme der abrechenbaren Tage in einer StäB. Wiederaufgenommene Proband*innen werden somit häufiger vollstationär als in einer StäB behandelt (vgl. 3.1.1 und 3.1.3).

Betrachtet man die Dauer des jeweiligen Indexaufenthaltes der beiden Gruppen, zeigt sich im Mann-Whitney-U-Test, nach Ausschluss der Normalverteilung im Shapiro-Wilk-Test ($p \leq 0,001$), ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG

($U = 185$; $p = 0,013$). Proband*innen der IG, deren Indexbehandlung in Form einer StäB durchgeführt wurde, befanden sich im Mittel 13 Tage länger in der Indexbehandlung als die Proband*innen der KG, welche zu Beginn der Studie vollstationär behandelt wurden (vgl. Tab. 15).

Table 14: Statistische Werte zur Dauer (in Tagen) pro stationärem Aufenthalt im Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung insgesamt (vollstationär und StäB), sowie aufgeteilt in vollstationäre Aufenthalte in psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken und StäB-Aufenthalte; gerundet auf ganze Zahlen

	Dauer pro vollstationärem Aufenthalt	Dauer pro StäB-Aufenthalt	Dauer pro stationärem Aufenthalt (vollstationär oder StäB)
Mittelwert [Tage]	18	28	20
Median [Tage]	9	21	11
Standardabweichung [Tage]	25	28	25
Minimum [Tage]	1	3	1
Maximum [Tage]	176	132	176
Spannweite [Tage]	175	129	175
Gesamtsumme [Tage]	1.785	541	2.326

*Table 15: Statistische Werte zur Dauer der Indexbehandlung in Tagen, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50); gerundet auf ganze Zahlen*

	IG	KG	Gesamt
Anzahl der Proband*innen	25	25	50
Mittelwert [Tage]	36	23	29
Median [Tage]	31	20	27
Standardabweichung [Tage]	21	15	19
Minimum [Tage]	11	1	1
Maximum [Tage]	97	60	97
Spannweite [Tage]	86	59	96

3.1.5 Einfluss psychosozialer und soziodemographischer Faktoren

Nachfolgend wird jeweils der Einfluss von psychosozialen und soziodemographischen Faktoren auf die stationäre Wiederaufnahmerate aller Proband*innen der Stichprobe untersucht. Als stationäre Wiederaufnahme wird dabei eine erneute stationäre Aufnahme in eine vollstationäre psychiatrische, psychotherapeutische bzw. psychosomatische Klinik oder eine StäB innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung gezählt (vgl. 3.1.1).

3.1.5.1 Hauptdiagnose

In Tabelle 16 ist die Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme in Abhängigkeit von der jeweiligen Hauptdiagnose aller Proband*innen dargestellt.

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Hauptdiagnose-Gruppe entsprechend ICD-10 (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

Hauptdiagnose-Gruppe (entsprechend ICD-10 FX)			Wiederaufnahme		Gesamt
			ja	nein	
F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	Anzahl		3	3	6
	% von Hauptdiagnose- Gruppe		50%	50%	100%
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Anzahl		6	6	12
	% von Hauptdiagnose- Gruppe		50%	50%	100%
F30-F39: Affektive Störungen	Anzahl		6	10	16
	% von Hauptdiagnose- Gruppe		38%	63%	100%
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Anzahl		2	4	6
	% von Hauptdiagnose- Gruppe		33%	67%	100%
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Anzahl		6	4	10
	% von Hauptdiagnose- Gruppe		60%	40%	100%
Gesamt	Anzahl		23	27	50
	% von Hauptdiagnose- Gruppe		46%	54%	100%

Der Chi-Quadrat-Test zeigt keinen signifikanten Zusammenhang auf (Chi-Quadrat = 1,76; $p = 0,665$). Die Hauptdiagnose scheint demnach in der vorliegenden Stichprobe keinen signifikanten Einfluss auf die Wiederaufnahmerate der Proband*innen zu haben. Betrachtet man IG (Chi-Quadrat = 1,71; $p = 0,789$) und KG (Chi-Quadrat = 5,52; $p = 0,238$) getrennt, zeigt sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen Hauptdiagnose und Wiederaufnahmerate.

3.1.5.2 Geschlecht

Hinsichtlich der stationären Wiederaufnahme der Proband*innen in Abhängigkeit des Geschlechts ergibt sich für die Gesamtstichprobe im Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern (Chi-Quadrat = 2,85; $p = 0,091$). Die dazugehörige Häufigkeitsverteilung ist in Tabelle 17 dargestellt.

Werden die IG und die KG getrennt untersucht, so ergibt sich für die IG, wie in der Gesamtstichprobe, kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die stationäre Wiederaufnahmerate (Chi-Quadrat = 0,043; $p = 0,835$). Bei den Proband*innen der KG fällt auf, dass die Wiederaufnahmerate bei den Frauen signifikant höher ist als bei den Männern (Chi-Quadrat = 4,59; $p = 0,032$). Bei Anwendung der Korrektur nach Yates, aufgrund der kleinen Stichprobengröße von nur 25 Proband*innen in der KG, ist der Unterschied nicht als signifikant zu werten (korrigiertes Chi-Quadrat = 2,93; $p = 0,087$).

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit des Geschlechts (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

			Wiederaufnahme		Gesamt
			ja	nein	
Geschlecht	männlich	Anzahl	5	12	17
		% von Geschlecht	29%	71%	100%
	weiblich	Anzahl	18	15	33
		% von Geschlecht	55%	45%	100%
Gesamt	Anzahl		23	27	50
	% von Geschlecht		46%	54%	100%

3.1.5.3 Alter

Tabelle 18 stellt die Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme abhängig vom Alter der Proband*innen dar. Mit dem Mann-Whitney-U-Test wird, nach Ausschluss der Normalverteilung der Altersgruppen mit dem Shapiro-Wilk-Test ($p = 0,003$), kein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen in Bezug auf die Wiederaufnahmerate nachgewiesen ($U = 260$; $p = 0,312$).

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Altersgruppen (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

Altersgruppe		Wiederaufnahme		Gesamt
		ja	nein	
20-29 Jahre	Anzahl	4	5	9
	% von Altersgruppe	44%	56%	100%
30-39 Jahre	Anzahl	4	4	8
	% von Altersgruppe	50%	50%	100%
40-49 Jahre	Anzahl	4	6	10
	% von Altersgruppe	40%	60%	100%
50-59 Jahre	Anzahl	5	7	12
	% von Altersgruppe	42%	58%	100%
60-69 Jahre	Anzahl	3	3	6
	% von Altersgruppe	50%	50%	100%
>=70 Jahre	Anzahl	4	1	5
	% von Altersgruppe	80%	20%	100%
Gesamt	Anzahl	24	26	50
	% von Altersgruppe	48%	52%	100%

Bemerkenswert ist, dass in der Altersgruppe der über 70-Jährigen die Wiederaufnahmerate bei 80% (N=4) liegt. In den anderen Altersgruppen ist die Anzahl zwischen den im Beobachtungszeitraum wiederaufgenommen bzw. nicht wiederaufgenommenen Proband*innen annähernd ausgeglichen verteilt.

3.1.5.4 Beschäftigung und Einkommen

Die stationäre Wiederaufnahmerate in Abhängigkeit des Beschäftigungsverhältnisses zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Indexbehandlung bzw. in die Studie wird in Tabelle 19 aufgezeigt. Der Unterschied der stationären Wiederaufnahme je nach Beschäftigungsverhältnis ist nach dem Chi-Quadrat-Test als nicht signifikant zu werten (Chi-Quadrat = 10,5; $p = 0,314$).

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit des Beschäftigungsverhältnisses (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

		Wiederaufnahme		Gesamt	
		ja	nein		
Beschäftigungsverhältnis	Selbstständig / Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Vollzeit	Anzahl	1	3	4
		% von Beschäftigungsverhältnis	25%	75%	100%
	Selbstständig / Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Teilzeit	Anzahl	3	3	6
		% von Beschäftigungsverhältnis	50%	50%	100%
	Geringfügige Beschäftigung	Anzahl	0	2	2
		% von Beschäftigungsverhältnis	0%	100%	100%
	Arbeitslos / Arbeitssuchend	Anzahl	3	6	9
		% von Beschäftigungsverhältnis	33%	67%	100%
	Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit	Anzahl	9	10	19
		% von Beschäftigungsverhältnis	47%	53%	100%
	Altersrente / Pension / Vorruhestand	Anzahl	5	1	6
		% von Beschäftigungsverhältnis	83%	17%	100%
	Ausbildung / Umschulung	Anzahl	1	0	1
		% von Beschäftigungsverhältnis	100%	0%	100%
	Hausfrau / -mann	Anzahl	0	1	1
		% von Beschäftigungsverhältnis	0%	100%	100%
	Freiwillig (unentgeltlich) beschäftigt	Anzahl	1	0	1
		% von Beschäftigungsverhältnis	100%	0%	100%
	Sonstiges	Anzahl	0	1	1
		% von Beschäftigungsverhältnis	0%	100%	100%
Gesamt		Anzahl	23	27	50
		% von Beschäftigungsverhältnis	46%	54%	100%

41 der insgesamt 50 Proband*innen haben neben ihrem Beschäftigungsverhältnis Angaben zu ihrem jeweiligen monatlichen Netto-Einkommen des Gesamthaushaltes zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Indexbehandlung bzw. in die Studie gemacht. Die Stichprobe der nachfolgenden Untersuchungen besteht folglich aus jenen 41 Proband*innen.

Die Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme in Abhängigkeit von Einkommensgruppen ist in Tabelle 20 dargestellt. Auffällig ist dabei, dass die stationäre Wiederaufnahmerate in den unteren Einkommensgruppen nach dem Mann-Whitney-U-Test signifikant höher ist als in den höheren Einkommensgruppen ($U = 129$; $p = 0,026$).

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Einkommensgruppen des Netto-Haushaltsgesamteinkommens (N=41); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

Einkommensgruppe		Wiederaufnahme		Gesamt
		ja	nein	
0€ - 999€	Anzahl	11	7	18
	% von Einkommensgruppe	61%	39%	100%
1000€ - 1999€	Anzahl	7	6	13
	% von Einkommensgruppe	54%	46%	100%
2000€ - 2999€	Anzahl	0	5	5
	% von Einkommensgruppe	0%	100%	100%
3000€ - 3999€	Anzahl	0	1	1
	% von Einkommensgruppe	0%	100%	100%
≥4000€	Anzahl	1	3	4
	% von Einkommensgruppe	25%	75%	100%
Gesamt	Anzahl	19	22	41
	% von Einkommensgruppe	46%	54%	100%

Nachfolgend wurden vereinfacht zwei Einkommensgruppen (<2.000€ und ≥2.000€) unterschieden. Die stationäre Wiederaufnahmerate aller Proband*innen des Studienkollektivs ist in der höheren Einkommensgruppe ebenfalls signifikant geringer als die der Proband*innen in der niedrigeren Einkommensgruppe ($U = 135$; $p = 0,009$). Wird die Stichprobe für Proband*innen der IG und der KG aufgetrennt untersucht, zeigt sich bei Proband*innen der IG

kein signifikanter Unterschied ($U = 51,0$; $p = 0,610$) der stationären Wiederaufnahmerate in Abhängigkeit des Einkommens. 39% ($N=7$) der Proband*innen in der Einkommensgruppe bis 1.999€ werden stationär wiederaufgenommen. In der Einkommensgruppe ab 2.000€ ist es ein*e Proband*in (25%).

Bei der Untersuchung der KG zeigt sich wie bei der Untersuchung der gesamten Stichprobe ein signifikanter Unterschied der stationären Wiederaufnahmerate je nach Netto-Einkommen des Gesamthaushaltes ($U = 11,0$; $p = <0,001$). Die Wiederaufnahmerate der Proband*innen der KG in der Einkommensgruppe bis 1.999€ ist mit 85% ($N=11$) signifikant höher als in der Einkommensgruppe ab 2.000€, in der kein*e Proband*in erneut stationär wiederaufgenommen wurde.

3.1.5.5 Wohnsituation

Der Einfluss der Wohnsituation auf die stationäre Wiederaufnahmerate wird im folgenden Abschnitt untersucht.

Die Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme in Abhängigkeit der Art der Wohnung zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Indexbehandlung bzw. Studie ist in Tabelle 21 aufgezeigt. Im Chi-Quadrat-Test zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den in den jeweiligen Wohnformen lebenden Proband*innen (Chi-Quadrat = 3,45; $p = 0,840$).

In Tabelle 22 ist zu erkennen, dass alleinlebende Proband*innen prozentual häufiger innerhalb von 12 Monaten stationär wiederaufgenommen wurden als Proband*innen, die mit mindestens einer weiteren Person zusammenleben. Der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen ist im Chi-Quadrat-Test allerdings nicht signifikant (Chi-Quadrat = 1,24; $p = 0,266$).

Die Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahmerate ist in Tabelle 23 abhängig davon dargestellt, ob im Haushalt der Proband*innen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Indexbehandlung bzw. in die Studie Kinder leben. Bei Proband*innen, bei denen Kinder im Haushalt leben, war die stationäre Wiederaufnahmerate im Chi-Quadrat-Test signifikant geringer als bei Proband*innen aus Haushalten ohne Kinder (Chi-Quadrat = 5,12; $p = 0,024$). Bei den wiederaufgenommenen Proband*innen lebten 1 bzw. 3 Kinder im Haushalt.

Bei den Proband*innen, die zusammen mit Kindern im Haushalt lebten und nicht wiederaufgenommen wurden, waren es 1 bzw. 2 Kinder pro Haushalt. Die Wiederaufnahme der 2 Proband*innen mit Kindern im Haushalt erfolgte einmal in eine vollstationäre Behandlung und im anderen Fall in eine StäB.

Table 21: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Art der Wohnung zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie (N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

Art der Wohnung (zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie)			Wiederaufnahme		Gesamt
			ja	nein	
Eigentumswohnung oder eigenes Haus	Anzahl		8	10	18
	% von Art der Wohnung		44%	56%	100%
Mietwohnung von privatem*privater Vermieter*in	Anzahl		7	10	17
	% von Art der Wohnung		41%	59%	100%
Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft	Anzahl		2	2	4
	% von Art der Wohnung		50%	50%	100%
Wohnung der Eltern / des*der Lebenspartner*in / von Freund*innen	Anzahl		2	2	4
	% von Art der Wohnung		50%	50%	100%
Gemeinschaftswohnung / Wohnheim ohne therapeutische Anliegen	Anzahl		0	1	1
	% von Art der Wohnung		0%	100%	100%
Übernachtungseinrichtung mit Betreuung rund um die Uhr	Anzahl		2	0	2
	% von Art der Wohnung		100%	0%	100%
ambulant betreutes Wohnen	Anzahl		1	1	2
	% von Art der Wohnung		50%	50%	100%
Andere	Anzahl		1	1	2
	% von Art der Wohnung		50%	50%	100%
Gesamt	Anzahl		23	27	50
	% von Art der Wohnung		46%	54%	100%

Table 22: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) in Abhängigkeit der Wohnsituation in Bezug auf die im Haushalt lebenden Personen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie (N=49); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

Wohnsituation			Wiederaufnahme		Gesamt
			ja	nein	
alleinlebend	Anzahl		9	7	16
	% von Wohnsituation		56%	44%	100%
Haushalt mit mehreren Bewohnenden	Anzahl		13	20	33
	% von Wohnsituation		39%	61%	100%
Gesamt	Anzahl		22	27	49
	% von Wohnsituation		45%	55%	100%

*Table 23: Häufigkeitsverteilung der stationären Wiederaufnahme (vollstationär und StäB) abhängig davon, ob zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie Kinder im Haushalt der Proband*innen leben (N=49); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

			Wiederaufnahme		Gesamt
			ja	nein	
Im Haushalt lebende Kinder	ja	Anzahl	2	10	12
		% von Im Haushalt lebende Kinder	17%	83%	100%
	nein	Anzahl	20	17	37
		% von Im Haushalt lebende Kinder	54%	46%	100%
Gesamt	Anzahl		22	27	49
	% von Im Haushalt lebende Kinder		45%	55%	100%

3.1.6 Zusammenfassung

Im vorangegangenen Kapitel wurde die stationäre Wiederaufnahme (vollstationär oder StäB) sowie die zugehörigen Variablen und Einflussfaktoren innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung untersucht. Dabei wurden bezüglich der stationären Wiederaufnahmerate (vgl. 3.1.1), der Zeitspanne bis zur ersten erneuten stationären Wiederaufnahme (vgl. 3.1.2), der Häufigkeit der stationären Wiederaufnahme (vgl. 3.1.3) und der Gesamtdauer der stationären Aufenthalte (vgl. 3.1.4) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Proband*innen der IG und der KG festgestellt.

Bemerkenswert ist, dass die stationäre Wiederaufnahme unabhängig von der Indexbehandlung mehrheitlich in eine vollstationäre Behandlung erfolgte (vgl. 3.1.1). Die Aufenthaltsdauer der Proband*innen in einer StäB im Beobachtungszeitraum sowie während der Indexbehandlung war signifikant länger im Vergleich zur Aufenthaltsdauer in einer vollstationären Behandlung (vgl. 3.1.4). Außerdem besteht eine positive Korrelation zwischen der Anzahl der stationären Voraufenthalte vor der Indexbehandlung und der stationären Wiederaufnahmen innerhalb der 12 Monate nach der Indexbehandlung (vgl. 3.1.3).

Die Untersuchung des Einflusses von psychosozialen und soziodemographischen Faktoren auf die stationäre Wiederaufnahmerate zeigte keinen signifikanten Einfluss der Hauptdiagnose, des Geschlechts, des Alters,

der Beschäftigung und der Wohnsituation, bezogen auf die Art der Wohnung und der Anzahl im Haushalt lebenden Personen (vgl. 3.1.5). Bei Proband*innen mit höherem Einkommen war die stationäre Wiederaufnahmerate geringer als bei solchen mit geringerem Einkommen (vgl. 3.1.5.4). Ebenso war die Wiederaufnahmerate bei Proband*innen aus Haushalten mit dort lebenden Kindern geringer als bei Proband*innen aus Haushalten ohne Kinder (vgl. 3.1.5.5).

3.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V am Studienzentrum Reutlingen

Im folgenden Kapitel wird die Häufigkeit und Dauer der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nach SGB V der Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen dargestellt. Die Unterkapitel sind aufgeteilt in Leistungen des stationären und teilstationären sowie ambulanten Bereichs.

3.2.1 Stationärer und teilstationärer Bereich

Die Häufigkeit und Dauer der stationären Aufenthalte in psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken und einer StäB sind ausführlich in Kapitel 3.1.3 sowie 3.1.4 beschrieben. Im Folgenden wird auf diese Formen der stationären Behandlung nicht erneut eingegangen. Beleuchtet werden teilstationäre Aufenthalte, stationäre Aufenthalte in somatischen Kliniken sowie Aufenthalte in psychotherapeutischer bzw. psychosomatischer Rehabilitationskliniken oder Kliniken zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK).

In Tabelle 24 ist die Häufigkeitsverteilung der Aufenthalte in einer psychiatrischen TK, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG, innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung dargestellt. Proband*innen der KG waren in absoluten Zahlen häufiger in einer teilstationären Behandlung. Jedoch zeigt sich im Mann-Whitney-U-Test kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Proband*innen der IG und der KG ($U = 277$; $p = 0,333$).

Bei 55% (N=6) der 11 im Beobachtungszeitraum in eine TK aufgenommenen Proband*innen erfolgte die Aufnahme in die TK innerhalb einer Woche nach Entlassung aus der Indexbehandlung. Zwischen Proband*innen der IG und der

KG zeigt sich hierbei im Mann-Whitney-U-Test kein statistisch signifikanter Unterschied ($U = 13,0$; $p = 0,827$).

Ein durchschnittlicher Aufenthalt in einer TK dauerte 17 abrechenbare Tage ($SD=12$). Im t-Test für unabhängige Stichproben zeigt sich, nach Prüfung der Normalverteilung mit dem Shapiro-Wilk-Test ($p = 0,293$), kein signifikanter Unterschied der jeweiligen Dauer der teilstationären Aufenthalte zwischen Proband*innen der IG und der KG ($T = -0,576$; $p = 0,576$).

*Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der teilstationären Aufenthalte in einer psychiatrischen TK pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)*

			Gruppe		Gesamt
			IG	KG	
Anzahl der teilstationären Aufenthalte innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung	0	Anzahl	21	18	39
		% von Gruppe	84%	72%	78%
	1	Anzahl	3	6	9
		% von Gruppe	12%	24%	18%
	2	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	4%	4%	4%
Gesamt	Anzahl	25	25	50	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

*Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Aufenthalte in einer somatischen oder sonstigen Klinik pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)*

			Gruppe		Gesamt
			IG	KG	
Anzahl der stationären Aufenthalte in einer somatischen oder sonstigen Klinik innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung	0	Anzahl	22	21	43
		% von Gruppe	88%	84%	86%
	1	Anzahl	3	3	6
		% von Gruppe	12%	12%	12%
	2	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
Gesamt	Anzahl	25	25	50	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

Die Häufigkeitsverteilung der stationären Aufenthalte in somatischen Kliniken pro Proband*in innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung ist in Tabelle 25 dargestellt. 14% der

beobachteten Proband*innen (N=7) benötigten im Beobachtungszeitraum eine somatische stationäre Behandlung. Zwischen den Proband*innen der IG und KG gibt es in Bezug auf die Anzahl der stationären Behandlungen in somatischen Kliniken keinen signifikanten Unterschied ($U = 299$; $p = 0,652$).

Die stationäre Behandlung in somatischen Kliniken erfolgte in verschiedenen medizinischen Fachbereichen. Folgende Fachbereiche wurden von den im Beobachtungszeitraum somatisch stationär behandelten Proband*innen benannt: Interdisziplinäre Notaufnahme mit Decision Unit (N=2), Dermatologie (N=1), Geburtsklinik (N=1), Intensivstation (N=1), Kardiologie (N=1) und Schmerzklinik (N=1).

Die stationären Aufenthalte in somatischen Kliniken dauerten im Durchschnitt 5 Tage. Zwischen Proband*innen der IG und der KG ist im t-Test für unabhängige Stichproben, nach Prüfung der Normalverteilung mit dem Shapiro-Wilk-Test ($p = 0,112$), kein signifikanter Unterschied der Dauer der stationären Aufenthalte in somatischen Kliniken nachweisbar ($T = 0,812$; $p = 0,448$).

Während des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten nach der Indexbehandlung waren 4 Proband*innen (8%) in einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationsklinik oder einer RPK-Klinik. Die Häufigkeitsverteilung ist in Tabelle 26 dargestellt. Zwischen IG und KG ist kein signifikanter Unterschied erkennbar ($U = 287$; $p = 0,293$).

*Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Aufenthalte pro Proband*in in einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationsklinik oder einer Klinik zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=50)*

		Gruppe		Gesamt	
		IG	KG		
Anzahl der stationären Aufenthalte in einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik bzw. einer Klinik zur RPK innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung	0	Anzahl	22	24	46
		% von Gruppe	88%	96%	92%
	1	Anzahl	2	1	3
		% von Gruppe	8%	4%	6%
	2	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
Gesamt	Anzahl	25	25	50	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einer Rehabilitationseinrichtung betrug 84 Tage (SD=125), wobei sich die Dauer der einzelnen Aufenthalte über eine große Spannweite erstreckte. Der kürzeste erfasste Aufenthalt betrug 6 Tage, während sich ein*e Proband*in 306 Tage in einer Rehabilitationseinrichtung befand. Dies entsprach dem kompletten Beobachtungszeitraum nach Entlassung aus der Indexbehandlung.

3.2.2 Ambulanter Bereich

Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen des ambulanten Bereiches wird im folgenden Teilkapitel betrachtet. Es wurden die im SGB V verorteten ambulanten medizinischen Leistungen, darunter ambulante Kontakte bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs und in psychotherapeutischen Ambulanzen, erfasst. Im Zuge der AKtiV-Studie wurden aus methodischen Gründen sowohl in der 6M-FU- als auch in der 12M-FU-Befragung die ambulanten Kontakte der jeweils vergangenen 3 Monate, nicht der letzten 6 Monate bzw. seit der letzten Befragung, erhoben (vgl. 2.2.2). Damit sind die ambulanten Kontakte im Gegensatz zu den Kontakten im stationären und teilstationären Bereich nicht kontinuierlich über den gesamten Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung erfasst. Die Stichprobe der folgenden Untersuchungen beträgt N=48 Proband*innen, da in der 6M-FU- und 12M-FU-Befragung von jeweils 2 Proband*innen diese Daten nicht erhoben werden konnten.

Die Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in den oben aufgeführten Einrichtungen in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte in den 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung, also im Zeitraum von 3 bis 6 Monaten nach der Aufnahme in die Indexbehandlung, ist in Tabelle 27 dargestellt. 90% (N=43) der Proband*innen haben im benannten Zeitraum mindestens eine ambulante Leistung in Anspruch genommen. Die Häufigkeit der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen unterscheidet sich dabei im Mann-Whitney-U-Test nicht signifikant zwischen Proband*innen der IG und der KG ($U = 223$; $p = 0,178$).

*Tabelle 27: Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

		Gruppe		Gesamt	
		IG	KG		
Anzahl aller ambulanten Kontakte (innerhalb von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung)	0	Anzahl	1	4	5
		% von Gruppe	4%	16%	10%
	1	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	4%	4%	4%
	2	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	4%	4%	4%
	3	Anzahl	2	2	4
		% von Gruppe	9%	8%	8%
	4	Anzahl	1	3	4
		% von Gruppe	4%	12%	8%
	5	Anzahl	3	3	6
		% von Gruppe	13%	12%	13%
	6	Anzahl	0	3	3
		% von Gruppe	0%	12%	6%
	7	Anzahl	4	0	4
		% von Gruppe	17%	0%	8%
	8	Anzahl	2	1	3
		% von Gruppe	9%	4%	6%
	9	Anzahl	1	3	4
		% von Gruppe	4%	12%	8%
	11	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
	12	Anzahl	2	0	2
		% von Gruppe	9%	0%	4%
	13	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	14	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	4%	4%	4%
	17	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	4%	4%	4%
	24	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
	28	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
	30	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
Gesamt		Anzahl	23	25	48
		% von Gruppe	100%	100%	100%

In Tabelle 28 sind statistische Werte zur von den Proband*innen angegebenen Gesamtdauer der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung zusammengefasst. Die Proband*innen der IG nahmen in Summe mehr ambulante Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen in Anspruch als Proband*innen der KG. Die beiden Gruppen unterscheiden sich nach dem Mann-Whitney-U-Test hinsichtlich der in Anspruch genommenen Leistungen jedoch nicht statistisch signifikant ($U = 202$; $p = 0,077$).

*Tabelle 28: Statistische Werte zur Dauer [in Minuten] der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=48); gerundet auf ganze Zahlen*

	Proband*innen der IG	Proband*innen der KG	Alle Proband*innen
Anzahl der gültigen Fälle	23	25	48
Summe [Minuten]	7.000	4.255	11.255
Mittelwert [Minuten]	304	170	234
Median [Minuten]	140	100	123
Standardabweichung [Minuten]	345	223	293
Minimum [Minuten]	0	0	0
Maximum [Minuten]	1.230	800	1.230

Tabelle 29 stellt die Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller ambulanten Kontakte in den 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung, also im Zeitraum von 9 bis 12 Monaten nach der Aufnahme in die Indexbehandlung, dar. In diesem Zeitraum haben 88% (N=42) aller Proband*innen mindestens eine ambulante Leistung in Anspruch genommen. Im Mann-Whitney-U-Test zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Proband*innen der IG und der KG ($U = 280$; $p = 0,868$).

*Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

		Gruppe		Gesamt	
		IG	KG		
Anzahl aller ambulanten Kontakte (innerhalb von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung)	0	Anzahl	3	3	6
		% von Gruppe	13%	13%	13%
	1	Anzahl	4	2	6
		% von Gruppe	17%	8%	13%
	2	Anzahl	1	1	2
		% von Gruppe	4%	4%	4%
	3	Anzahl	2	4	6
		% von Gruppe	8%	17%	13%
	4	Anzahl	2	1	3
		% von Gruppe	8%	4%	6%
	5	Anzahl	2	3	5
		% von Gruppe	8%	13%	10%
	6	Anzahl	1	2	3
		% von Gruppe	4%	8%	6%
	7	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
	8	Anzahl	2	3	5
		% von Gruppe	8%	13%	10%
	10	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
	11	Anzahl	2	0	2
		% von Gruppe	8%	0%	4%
	12	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	15	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	17	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	19	Anzahl	0	1	1
		% von Gruppe	0%	4%	2%
	23	Anzahl	1	0	1
		% von Gruppe	4%	0%	2%
	24	Anzahl	2	0	2
	% von Gruppe	8%	0%	4%	
33	Anzahl	0	1	1	
	% von Gruppe	0%	4%	2%	
Gesamt	Anzahl	24	24	48	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

*Tabelle 30: Statistische Werte zur Dauer [in Minuten] der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen (N=48); gerundet auf ganze Zahlen*

	Proband*innen der IG	Proband*innen der KG	Alle Proband*innen
Anzahl der gültigen Fälle	24	24	48
Summe [Minuten]	6.500	4.250	10.750
Mittelwert [Minuten]	271	177	224
Median [Minuten]	95	95	95
Standardabweichung [Minuten]	411	200	323
Minimum [Minuten]	0	0	0
Maximum [Minuten]	1.355	630	1.355

Die statistischen Werte für die von den Proband*innen angegebene Dauer der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen im entsprechenden Zeitraum sind in Tabelle 30 dargestellt. Die IG und die KG unterscheiden sich in diesem Zeitraum hinsichtlich der Dauer der in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen nicht signifikant voneinander ($U = 277$; $p = 0,820$).

Abschließend wurde die Anzahl der einzelnen ambulanten medizinischen Leistungen, für die jeweiligen Leistungserbringer*innen des ambulanten Kontaktes getrennt, untersucht. Dabei kann jeweils kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der in Anspruch genommenen Kontakte zwischen Proband*innen der IG und der KG festgestellt werden. Die Testergebnisse der durchgeführten Mann-Whitney-U-Tests sind für beide Zeiträume in Tabelle 50 und 51 im Anhang zusammengefasst.

3.2.3 Zusammenfassung

Die Häufigkeit und Dauer der Inanspruchnahme von im SGB V verorteten medizinischen Kontakten ist im vorangegangenen Kapitel aufgeteilt in den stationären und teilstationären sowie ambulanten Bereich dargestellt worden.

Für die teilstationären Aufenthalte in einer psychiatrischen TK zeigten sich weder hinsichtlich der Häufigkeit noch der Dauer der in Anspruch genommenen Aufenthalte statistisch signifikante Unterschiede zwischen Proband*innen der IG und der KG. Gleiches gilt für stationäre Aufenthalte in somatischen Kliniken sowie in psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationskliniken oder RPK-Kliniken (vgl. 3.2.1).

Die IG und KG unterscheiden sich hinsichtlich der Dauer und der Häufigkeit von in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen nicht signifikant voneinander (vgl. 3.2.2).

3.3 Psychosoziales Funktionsniveau und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen

Die Ergebnisse und der Verlauf des psychosozialen Funktionsniveaus, der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des subjektiven Gesundheitslevels der Proband*innen im Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung werden anhand von 4 verschiedenen Erhebungsinstrumenten im folgenden Kapitel beleuchtet.

3.3.1 HoNOS

Die HoNOS dient der Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus der Proband*innen (vgl. 2.2.3).

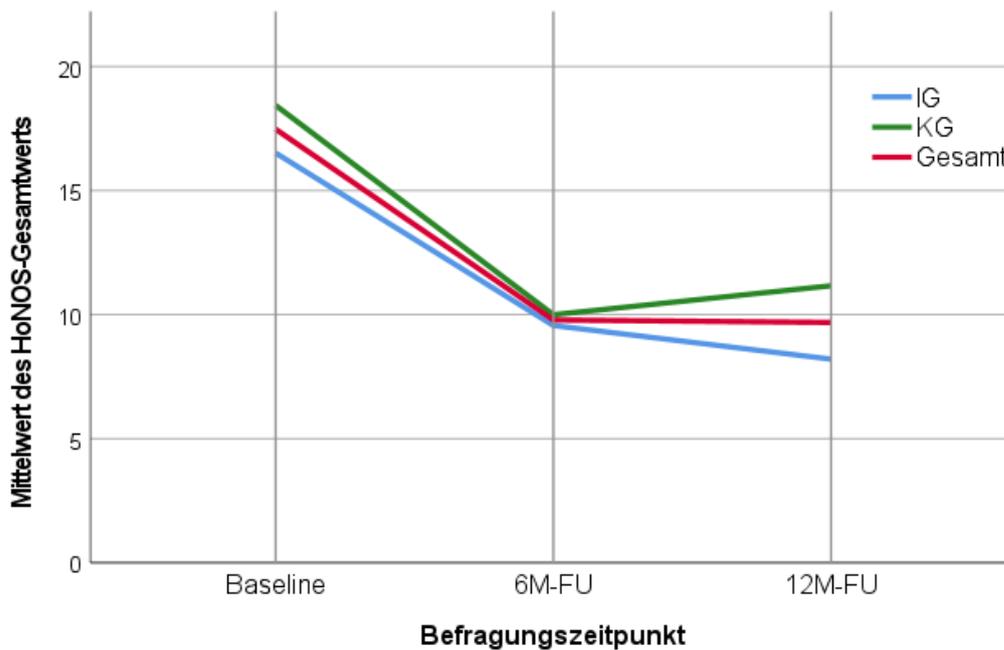
In Tabelle 31 sind die Mittelwerte der HoNOS-Gesamtwerte für alle 3 Befragungszeitpunkte (Baseline zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Indexbehandlung, 6M-FU 6 Monate nach Aufnahme in die Indexbehandlung und 12M-FU 12 Monate nach Aufnahme in die Indexbehandlung) zusammengefasst. Zwischen der IG und der KG ist zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied nachweisbar.

*Tabelle 31: Vergleich der Mittelwerte des HoNOS-Gesamtwertes zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte*

	Gesamt	IG	KG	p-Wert; Testverfahren
Baseline (N _{Gesamt} =50)	17,48 (SD=5,40)	16,52 (SD=7,83)	18,44 (SD=5,86)	p = 0,212; t-Test für unabhängige Stichproben (T = -1,26)
6M-FU (N _{Gesamt} =47)	9,79 (SD=5,29)	9,57 (SD=4,78)	10,00 (SD=5,84)	p = 0,839; Mann-Whitney-U-Test (U = 267)
12M-FU (N _{Gesamt} =48)	9,69 (SD=5,40)	8,21 (SD=4,58)	11,17 (SD=5,84)	p = 0,067; Mann-Whitney-U-Test (U = 200)

Der Verlauf der Mittelwerte der HoNOS-Gesamtwerte ist in Abbildung 10 dargestellt. Über den Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Aufnahme in die Studie bzw. in die Indexbehandlung fällt eine Verringerung des mittleren HoNOS-Gesamtwertes auf, was einer Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus entspricht. Die Veränderung des mittleren HoNOS-Gesamtwertes über den gesamten Beobachtungszeitraum ist sowohl in der Gesamtstichprobe ($Z = -5,48$; $p = <0,001$; $N = 48$ gültige Fälle) als auch für Proband*innen der IG ($Z = -4,26$; $p = <0,001$; $N = 24$ gültige Fälle) bzw. der KG ($Z = -3,44$; $p = <0,001$; $N = 24$ gültige Fälle) im Wilcoxon-Test statistisch signifikant. Im Zeitraum zwischen 6M-FU und 12M-FU ist der Mittelwert des HoNOS-Gesamtwertes nahezu unverändert. Der Unterschied des HoNOS-Gesamtwertes ist dabei nicht statistisch signifikant in der Gesamtstichprobe ($Z = -0,05$; $p = 0,957$; $N = 46$ gültige Fälle) und für Proband*innen der IG ($Z = -1,14$; $p = 0,255$; $N = 23$ gültige Fälle) bzw. der KG ($Z = -1,49$; $p = 0,136$; $N = 23$ gültige Fälle) getrennt betrachtet.

Im Anhang finden sich weitere Tabellen und Abbildungen zur Auswertung auf Item-Ebene. Die Häufigkeitsverteilung pro Item sind für die 3 Befragungszeitpunkte in jeweils einer Tabelle für die Gesamtstichprobe (vgl. Tab. 52, 53 und 54) oder in je einer Abbildung aufgeteilt nach Proband*innen der IG und der KG (vgl. Abb. 16, 17, 18, 19, 20 und 21) zusammengefasst.



*Abbildung 10: Verlauf des Mittelwertes des HoNOS-Gesamtwertes, aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, für die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=47) und 12M-FU (N=48)*

Beim Vergleich der Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie zeigt sich bei keinem Item des HoNOS-Fragebogens ein signifikanter Unterschied im Mann-Whitney-U-Test (vgl. Tab. 55). Zum Zeitpunkt der 6M-FU- und 12M-FU-Befragung unterscheiden sich die beiden Gruppen in je einem anderen Item signifikant, in allen anderen Items nicht signifikant voneinander (vgl. Tab. 56 und 57).

Betrachtet man die Veränderung der Ergebnisse pro Item des HoNOS-Fragebogens über den gesamten Beobachtungszeitraum von 12 Monaten, so zeigen sich nach dem Wilcoxon-Test in 8 von 12 Items signifikante Unterschiede (vgl. Tab. 58). Dabei verbessert sich das psychosoziale Funktionsniveau über alle Proband*innen betrachtet jeweils für die entsprechenden Items. Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich für die Betrachtung des Zeitraumes zwischen der Baseline- und der 6M-FU-Befragung. Im Wilcoxon-Test unterscheiden sich dieselben 8 Items signifikant (vgl. Tab. 59). Für den Zeitraum zwischen 6M-FU- und 12M-FU-Befragung zeigt sich in keinem der Items ein signifikanter Unterschied im Wilcoxon-Test für die Verlaufsveränderung der jeweiligen Werte

(vgl. Tab.60). Die Veränderung der einzelnen Items entspricht somit dem Verlauf des HoNOS-Gesamtwertes (s.o.).

3.3.2 PSP-Skala

Die PSP-Skala ist neben der HoNOS ein weiteres Erhebungsinstrument zur Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveau (vgl. 2.2.4).

Der Mittelwert des PSP-Gesamtwertes ist für alle 3 Befragungszeitpunkte in Tabelle 32 zusammengefasst. Zwischen den Proband*innen der IG und der KG findet sich zu keinem der 3 Befragungszeitpunkte ein signifikanter Unterschied.

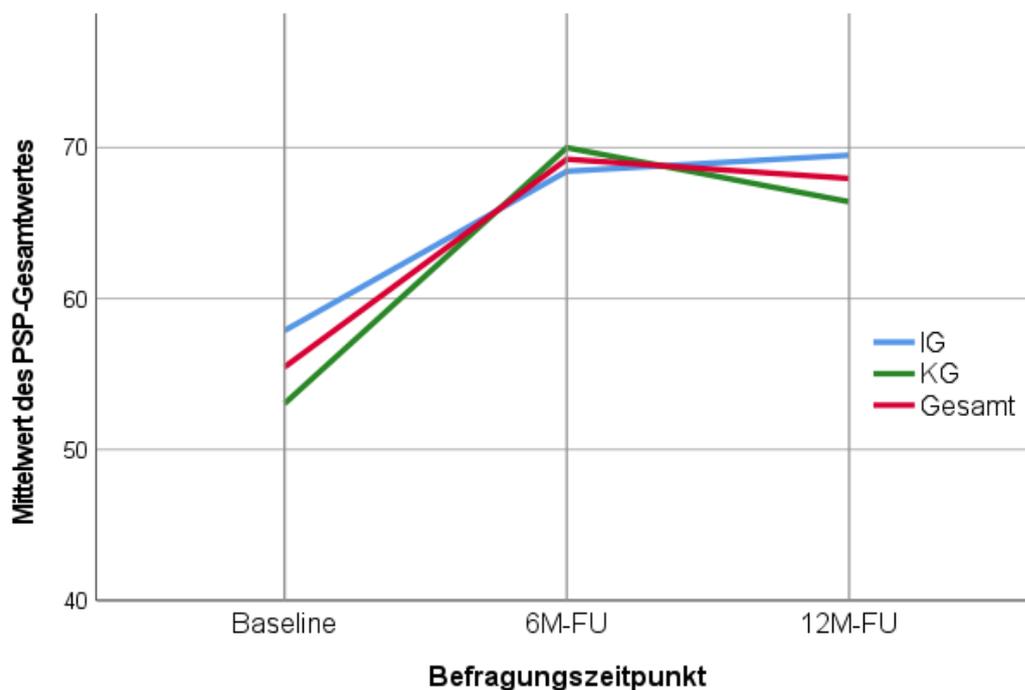
*Tabelle 32: Vergleich der Mittelwerte des PSP-Gesamtwertes zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte*

	Gesamt	IG	KG	p-Wert; Testverfahren
Baseline (N _{Gesamt} =50)	55,46 (SD=15,98)	57,88 (SD=12,97)	53,04 (SD=18,47)	p = 0,289; t-Test für unabhängige Stichproben (T = 1,07)
6M-FU (N _{Gesamt} =47)	69,23 (SD=13,76)	68,43 (SD=12,65)	70,00 (SD=14,82)	p = 0,699; t-Test für unabhängige Stichproben (T = -0,389)
12M-FU (N _{Gesamt} =48)	67,96 (SD=13,91)	69,50 (SD=11,81)	66,42 (SD=15,84)	p = 0,426; Mann-Whitney-U-Test (U = 250)

In Abbildung 11 ist der Verlauf des Mittelwertes des PSP-Gesamtwertes dargestellt. Dabei fällt ein Anstieg des Mittelwertes des PSP-Gesamtwertes im Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach der Aufnahme in die Studie bzw. in die Indexbehandlung auf. Ein Anstieg des PSP-Gesamtwertes ist mit einem Anstieg des psychosozialen Funktionsniveaus gleichzusetzten. Der Unterschied zwischen den Werten zu den Befragungszeitpunkten der Baseline-Befragung und der 12M-FU-Befragung zeigt sich im Wilcoxon-Test signifikant, über alle Proband*innen ($Z = -3,85$; $p \leq 0,001$; $N = 48$ gültige Fälle) und jeweils für die Proband*innen der IG ($Z = -2,85$; $p = 0,004$; $N = 24$ gültige Fälle) sowie der KG ($Z = -2,63$; $p = 0,009$; $N = 24$ gültige Fälle) betrachtet. Der Mittelwert des PSP-Gesamtwertes steigt v. a. zwischen den Befragungszeitpunkten Baseline und 6M-FU an. Der Unterschied ist auch in diesem Zeitraum im t-Test für abhängige

Stichproben statistisch signifikant ($T = -4,44$; $p \leq 0,001$; $N = 47$ gültige Fälle). Zwischen der 6M-FU- und der 12M-FU-Befragung bleibt der mittlere PSP-Gesamtwert nahezu konstant. Der Wilcoxon-Test ergibt hierbei keinen signifikanten Unterschied zwischen den Befragungszeitpunkten 6M-FU und 12M-FU, sowohl für alle Proband*innen ($Z = -1,13$; $p = 0,258$; $N = 46$ gültige Fälle) als auch für Proband*innen der IG ($Z = -0,19$; $p = 0,852$; $N = 23$ gültige Fälle) und der KG ($Z = -1,77$; $p = 0,076$; $N = 23$ gültige Fälle) getrennt untersucht.

Die Entwicklung des psychosozialen Funktionsniveaus, beurteilt nach der PSP-Skala, ist folglich vergleichbar mit der mithilfe der HoNOS (vgl. 3.3.1) aufgezeigten Entwicklung. Das Funktionsniveau steigt jeweils zwischen Baseline- und 6M-FU-Befragung an und bleibt dann bis zur 12-FU-Befragung nahezu konstant.



*Abbildung 11: Verlauf des Mittelwertes des PSP-Gesamtwertes, aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, für die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=47) und 12M-FU (N=48)*

Zuletzt wurden Untersuchungen auf Ebene der 4 Subskalen der PSP-Skala durchgeführt. Die Häufigkeitsverteilung innerhalb der 4 Subskalen ist für die Befragungszeitpunkte Baseline, 6M-FU und 12M-FU in den Tabellen 61, 62 und

63 dargestellt. Zu keinem Befragungszeitpunkt unterscheiden sich die Proband*innen der IG und der KG hinsichtlich der Verteilung innerhalb der jeweiligen Subskalen im Mann-Whitney-U-Test signifikant voneinander (vgl. Tab. 64, 65 und 66). Die genannten Tabellen der Untersuchungen auf Ebene der Subskalen sind im Anhang zu finden.

3.3.3 EQ-5D-5L

Der Fragebogen EQ-5D-5L diente zur Erfassung der aktuellen subjektiv empfundenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität jeweils zu den 3 Befragungszeitpunkten der Studie (vgl. 2.2.5). Zunächst werden die Ergebnisse der 5 Dimensionen des EQ-5D-5L anhand des Indexwertes und anschließend das subjektiv angegebene Gesundheitslevel der Proband*innen beschrieben.

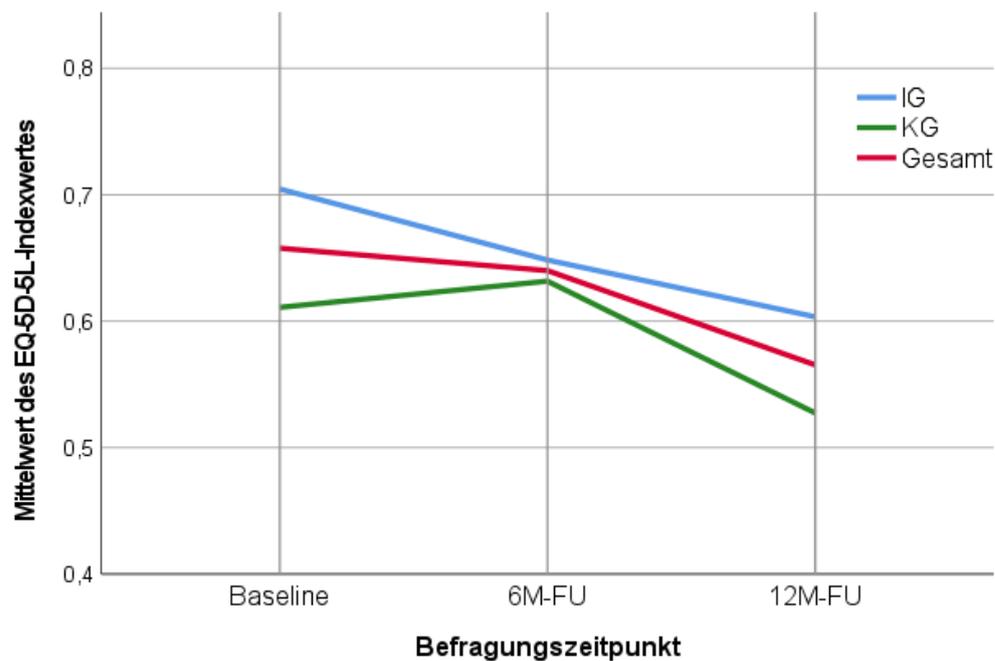
In Tabelle 33 sind die Mittelwerte der EQ-5D-5L-Indexwerte für alle Proband*innen des untersuchten Studienkollektivs sowie für Proband*innen der IG und der KG vergleichend zu allen 3 Befragungszeitpunkten dargestellt. Zwischen den Proband*innen der IG und der KG ist zu keinem der Befragungszeitpunkte ein signifikanter Unterschied nachzuweisen.

*Tabelle 33: Vergleich der Mittelwerte des EQ-5D-5L-Indexwertes zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte*

	Gesamt	IG	KG	p-Wert; Testverfahren
Baseline (N _{Gesamt} =50)	0,658 (SD=0,254)	0,705 (SD=0,256)	0,611 (SD=0,250)	p = 0,101; Mann-Whitney-U-Test (U = 228)
6M-FU (N _{Gesamt} =46)	0,640 (SD=0,307)	0,648 (SD=0,281)	0,632 (SD=0,337)	p = 0,852; Mann-Whitney-U-Test (U = 256)
12M-FU (N _{Gesamt} =48)	0,566 (SD=0,334)	0,604 (SD=0,348)	0,527 (SD=0,323)	p = 0,370; Mann-Whitney-U-Test (U = 245)

Der Verlauf des Mittelwertes des EQ-5D-5L-Indexwertes ist in Abbildung 12 dargestellt. Vom Befragungszeitpunkt Baseline bei Aufnahme in die Indexbehandlung zu Beginn der Studie bis zum Befragungszeitpunkt 12-FU nach 12 Monaten sinkt der durchschnittliche EQ-5D-5L-Indexwert etwas ab. Dies würde einer Verschlechterung der subjektiv empfundenen Lebensqualität der

Proband*innen entsprechen. Der Unterschied zwischen den 2 genannten Befragungszeitpunkten ist im Wilcoxon-Test allerdings weder für die Gesamtstichprobe ($Z = -1,77$; $p = 0,076$; $N = 48$ gültige Fälle), noch für Proband*innen der IG ($Z = -1,03$; $p = 0,304$; $N = 24$ gültige Fälle) bzw. der KG ($Z = -1,20$; $p = 0,230$; $N = 24$ gültige Fälle) getrennt betrachtet, statistisch signifikant.



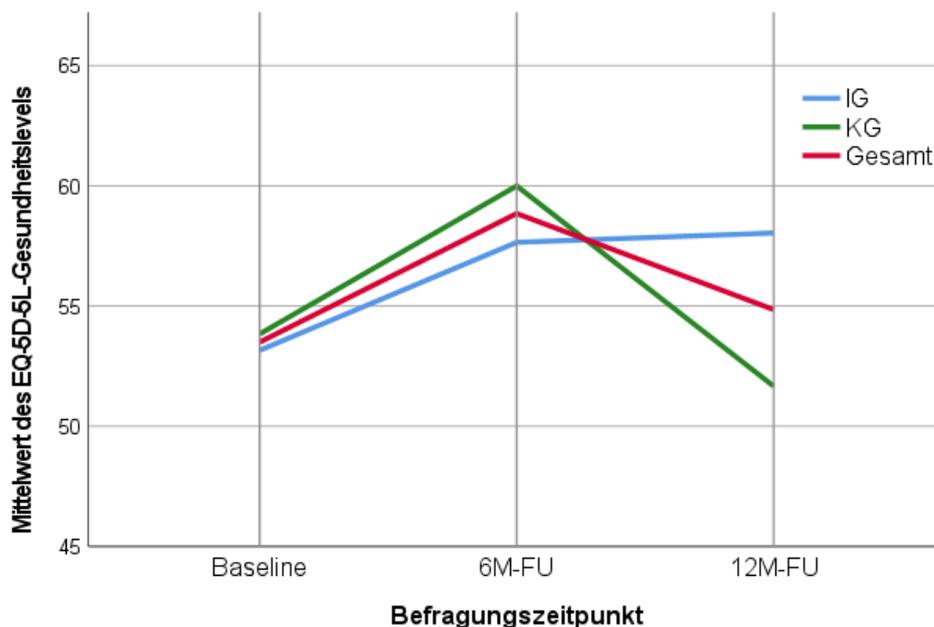
*Abbildung 12: Verlauf des Mittelwertes des EQ-5D-5L-Indexwertes, aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, für die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=46) und 12M-FU (N=48)*

Die Häufigkeitsverteilungen der angegebenen Antworten der Proband*innen innerhalb der 5 Dimensionen des EQ-5D-5L sind im Anhang in jeweils einer Tabelle zusammengefasst (vgl. Tab. 67, 68, 69, 70 und 71). Zu keinem Befragungszeitpunkt unterscheiden sich die Proband*innen der IG und der KG innerhalb einer Dimension des EQ-5D-5L signifikant (vgl. Tab. 72, 73, 74, 75 und 76).

Das durch die Proband*innen angegebene Gesundheitslevel auf einer visuellen Analogskala von 0 bis 100 ermöglicht neben dem EQ-5D-5L-Indexwert ebenfalls einen zusammenfassenden Überblick über die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität der Proband*innen (vgl. 2.2.5). Die Mittelwerte der angegebenen Gesundheitslevels sind für alle 3 Befragungszeitpunkte in Tabelle 34 zu finden.

*Tabelle 34: Vergleich der Mittelwerte der EQ-5D-5L-Gesundheitslevels auf der visuellen Analogskala von 0 bis 100 zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte*

	Gesamt	IG	KG	p-Wert; Testverfahren
Baseline (N _{Gesamt} =50)	53,50 (SD=22,51)	53,16 (SD=24,11)	53,84 (SD=21,29)	p = 0,916; t-Test für unabhängige Stichproben (T = -0,106)
6M-FU (N _{Gesamt} =47)	58,85 (SD=20,41)	57,65 (SD=18,83)	60,00 (SD=22,17)	p = 0,447; Mann-Whitney-U-Test (U = 241)
12M-FU (N _{Gesamt} =48)	54,85 (SD=23,15)	58,04 (SD=22,77)	51,67 (SD=23,58)	p = 0,346; t-Test für unabhängige Stichproben (T = 0,953)



*Abbildung 13: Verlauf des Mittelwertes des EQ-5D-5L-Gesundheitslevels (visuelle Analogskala), aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, über die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=47) und 12M-FU (N=48)*

Der zeitliche Verlauf des Mittelwertes der EQ-5D-5L-Gesundheitslevels über die 3 Befragungszeitpunkte hinweg ist in Abbildung 13 dargestellt. Der Mittelwert verbessert sich über alle Proband*innen hinweg innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten. Wobei das Gesundheitslevel der Proband*innen der IG überdurchschnittlich ansteigt und das der Proband*innen

der KG etwas sinkt. Im t-Test für abhängige Stichproben sind der Unterschied zwischen Baseline- und 12M-FU-Befragung jedoch weder für die Gesamtstichprobe ($T = -0,327$; $p = 0,745$; $N = 48$ gültige Fälle), noch für die Proband*innen der IG ($T = -0,648$; $p = 0,523$; $N = 24$ gültige Fälle) und KG ($T = -0,241$; $p = 0,812$; $N = 24$ gültige Fälle) getrennt betrachtet, statistisch signifikant.

3.3.4 RAS-G

Mithilfe des RAS-G kann das subjektive Genesungslevel objektiviert dargestellt werden (vgl. 2.2.6).

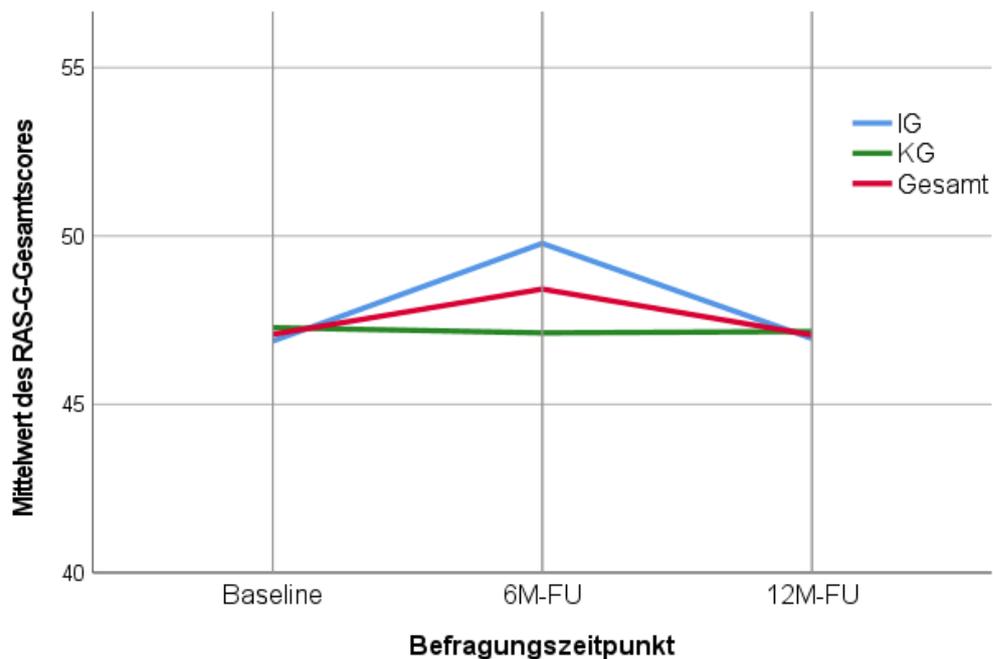
In Tabelle 35 sind die Mittelwerte des RAS-G-Gesamtscores für alle 3 Befragungszeitpunkte vergleichend dargestellt. Zu keinem Befragungszeitpunkt zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Proband*innen der IG und der KG.

*Tabelle 35: Vergleich der Mittelwerte des RAS-G-Gesamtscores zwischen Proband*innen der IG und der KG für alle 3 Befragungszeitpunkte*

	Gesamt	IG	KG	p-Wert; Testverfahren
Baseline ($N_{\text{Gesamt}}=50$)	47,08 (SD=10,36)	46,88 (SD=10,43)	47,28 (SD=10,50)	$p = 0,893$; t-Test für unabhängige Stichproben ($T = -0,135$)
6M-FU ($N_{\text{Gesamt}}=47$)	48,43 (SD=9,23)	49,78 (SD=9,72)	47,13 (SD=8,74)	$p = 0,329$; t-Test für unabhängige Stichproben ($T = 0,987$)
12M-FU ($N_{\text{Gesamt}}=48$)	47,06 (SD=9,88)	46,96 (SD=10,23)	47,17 (SD=9,73)	$p = 0,943$; t-Test für unabhängige Stichproben ($T = -0,072$)

Der Verlauf des Mittelwertes des RAS-G-Gesamtscores ist in Abbildung 14 abgebildet. Sowohl in der gesamten untersuchten Stichprobe als auch für die Proband*innen der IG und KG getrennt betrachtet, bleibt der Mittelwert auf nahezu gleichem Niveau. Die t-Tests abhängiger Stichproben zeigen demnach für die Gesamtstichprobe ($T = 0,147$; $p = 0,884$; $N = 48$ gültige Fälle) und die Proband*innen der IG ($T = 0,297$; $p = 0,769$; $N = 24$ gültige Fälle) und der KG ($T = -0,032$; $p = 0,974$; $N = 24$ gültige Fälle) getrennt jeweils keine statistisch

signifikanten Unterschiede zwischen dem Befragungszeitpunkt Baseline und 12M-FU an.



*Abbildung 14: Verlauf des Mittelwertes des RAS-G-Gesamtwertes, aufgeteilt für Proband*innen der IG und der KG sowie aller Proband*innen, über die Befragungszeitpunkte Baseline (N=50), 6M-FU (N=47) und 12M-FU (N=48)*

Die Häufigkeitsverteilung der Ergebnisse pro Item des RAS-G für alle Befragungszeitpunkte sind in den Tabellen 80, 81 und 82 bzw. den Abbildungen 22, 23 und 24 im Anhang zusammengefasst. Signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der IG und der KG pro Item des RAS-G zeigen sich, mit nur einer Ausnahme in der Baseline-Befragung, zu keinem Befragungszeitpunkt (vgl. Tab. 83, 84 und 85). Betrachtet man abschließend den zeitlichen Verlauf der einzelnen Items des RAS-G, zeigt sich über den Beobachtungszeitraum von 12 Monaten zwischen Baseline- und 12M-FU-Befragung bei 2 Items im Wilcoxon-Test ein signifikanter Unterschied in der jeweiligen Häufigkeitsverteilung zwischen den Befragungszeitpunkten (vgl. Tab. 86 im Anhang). Ansonsten sind die Unterschiede der Häufigkeitsverteilung innerhalb der einzelnen Items des RAS-G über den zeitlichen Verlauf der 3 Befragungszeitpunkte nicht statistisch signifikant (vgl. Tab. 86, 87 und 88 im Anhang).

3.3.5 Zusammenfassung

Im vorangegangenen Kapitel wurde das psychosoziale Funktionsniveau und die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität jeweils zu den 3 Befragungszeitpunkten beschrieben.

Zur Untersuchung des psychosozialen Funktionsniveaus wurden die Erhebungsinstrumente HoNOS (vgl. 3.3.1) und PSP-Skala (vgl. 3.3.2) verwendet. Dabei zeigte sich, mit wenigen Ausnahmen einzelner Items im HoNOS-Fragebogen, kein signifikanter Unterschied zwischen den Proband*innen der IG und der KG. Insbesondere der HoNOS-Gesamtwert und der PSP-Gesamtwert unterschieden sich nicht signifikant zwischen der IG und der KG. Statistisch signifikant, hinsichtlich einer Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, zeigte sich hingegen der Gesamtwert der HoNOS (vgl. 3.3.1) und der Gesamtwert der PSP-Skala (vgl. 3.3.2) im Verlauf über den Zeitraum zwischen der Baseline- und der 12M-FU-Befragung.

Die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit den Instrumenten EQ-5D-5L und RAS-G untersucht. Hierbei zeigten sowohl der EQ-5D-5L-Indexwert und das EQ-5D-5L-Gesundheitslevel (vgl. 3.3.3) als auch der RAS-G-Gesamtscore (vgl. 3.3.4) keine signifikanten Unterschiede zwischen Proband*innen der IG und der KG. Der Verlauf des Indexwertes und des Gesundheitslevels des EQ-5D-5L ergab über den Zeitraum zwischen Baseline- und 12M-FU-Befragung keinen signifikanten Unterschied (vgl. 3.3.3). Die Items des RAS-G zeigten in diesem Zeitraum nur in einzelnen Ausnahmen signifikante Unterschiede zwischen den Befragungszeitpunkten. Der RAS-G-Gesamtscore blieb über den Beobachtungszeitraum auf nahezu gleichem Niveau bzw. veränderte sich nicht signifikant (vgl. 3.3.4).

3.4 Vergleich der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten

Im folgenden Kapitel wird die Stichprobe des Studienzentrums Reutlingen der AKtiV-Studie (N=50) mit der des Studienzentrums Zwiefalten (N=43) ergänzt und diese vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen (vgl. 1.2.6.3 und 1.2.6.4) miteinander verglichen. Die Gesamtstichprobengröße in diesem Kapitel beträgt N=93. Zunächst wird ein Vergleich der stationären Wiederaufnahmerate und damit verbunden der Art und Dauer der stationären Wiederaufnahmen sowie der Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme an den beiden Studienzentren der AKtiV-Studie angestellt. Abschließend wird die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nach SGB V im stationären und teilstationären sowie ambulanten Bereich zwischen den 2 Studienzentren vergleichend untersucht.

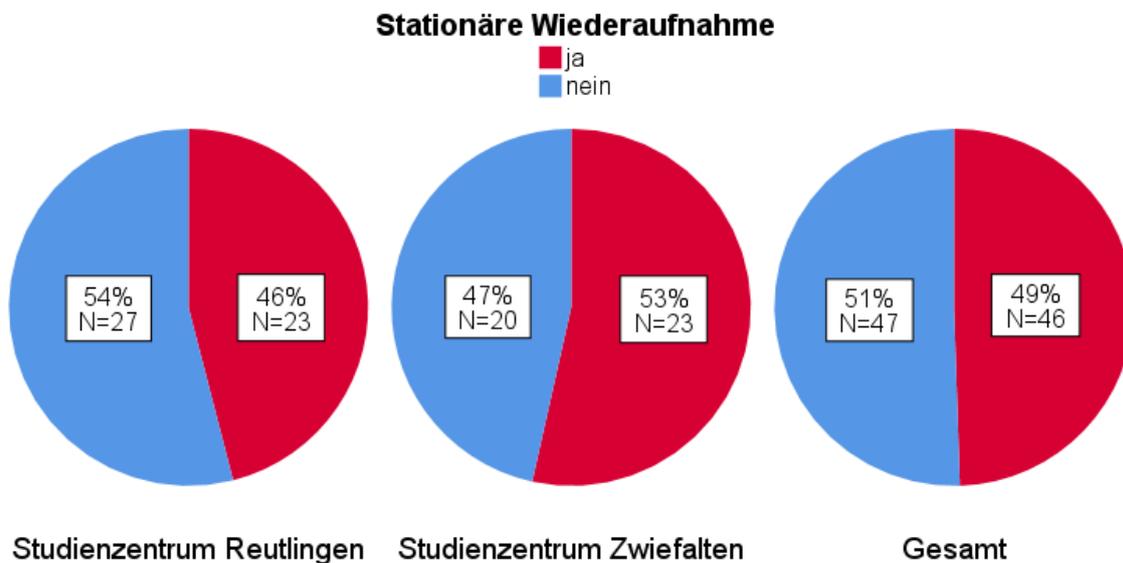
Detailliertere Auswertungen zur stationären Wiederaufnahme am Studienzentrum Reutlingen finden sich in Kapitel 3.1. In der Dissertationsarbeit von Jonathan Geiselhart sind genauere Untersuchungen für die stationäre Wiederaufnahme am Studienzentrum Zwiefalten beschrieben (vgl. Geiselhart, unv. Diss.).

3.4.1 Stationäre Wiederaufnahme

Die stationäre Wiederaufnahmerate an beiden Studienzentren zusammen beträgt 49% (N=46). Dabei ist die stationäre Wiederaufnahme definiert als mindestens eine erneute stationäre Behandlung in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik oder in einer StäB innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung. Die stationäre Wiederaufnahmerate ist innerhalb der Zwiefalter Stichprobe geringfügig höher als innerhalb der Reutlinger Stichprobe (vgl. Abb. 15). Der Unterschied der stationären Wiederaufnahmeraten zwischen den Studienkollektiven der beiden Studienzentren ist im Chi-Quadrat-Test nicht signifikant (Chi-Quadrat = 0,519; $p = 0,471$).

Vergleicht man die stationäre Wiederaufnahmerate zwischen den beiden Studienzentren getrennt für die jeweiligen Proband*innen der IG (Chi-Quadrat =

1,25; $p = 0,246$) bzw. der KG (Chi-Quadrat = 0,010; $p = 0,920$), zeigt sich kein signifikanter Unterschied.



*Abbildung 15: Kreisdiagramme zur Darstellung der stationären Wiederaufnahmerate der Proband*innen auf eine Station in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik oder in eine StäB innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt für die Stichproben am Studienzentrum Reutlingen (N=50) und Zwiefalten (N=43) sowie für die gesamte Stichprobe (N=93); Prozentangaben auf ganze Zahlen gerundet*

In Tabelle 36 ist für die beiden Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten die Art der ersten stationären Wiederaufnahme vergleichend zusammengestellt. An beiden Studienzentren zeigt sich eine ähnliche Verteilung. Mehr Proband*innen werden vollstationär wiederaufgenommen. Setzt man die Behandlungsart der stationären Wiederaufnahme in Bezug zur Behandlungsart der Indexbehandlung, so zeigt sich sowohl für die Stichprobe des Studienzentrums in Reutlingen (vgl. 3.1.1) als auch für die Stichprobe in Zwiefalten (Chi-Quadrat = 7,34; $p = 0,007$) ein signifikanter Unterschied zwischen den jeweiligen Proband*innen der IG und der KG. Proband*innen der IG werden wie Proband*innen der KG jeweils häufiger vollstationär aufgenommen, sodass sich bei Proband*innen der IG die Behandlungsform der Wiederaufnahme von jener der Indexbehandlung signifikant häufiger unterscheidet. Bei Proband*innen der KG ist die Behandlungsart der Indexbehandlung und der Wiederaufnahme dementsprechend häufiger identisch (vgl. Tab. 89 und 90 im Anhang).

*Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsart der stationären Wiederaufnahme der Proband*innen, die innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung erneut stationär aufgenommen wurden (N=46), aufgeteilt nach Proband*innen des Studienzentrums Reutlingen bzw. Zwiefalten sowie aller Proband*innen; aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

Art der Wiederaufnahme	StäB	Anzahl	Studienzentrum		Gesamt
			Reutlingen	Zwiefalten	
		Anzahl	6	5	11
		% von Studienzentrum	26%	22%	24%
	vollstationär	Anzahl	17	18	35
		% von Studienzentrum	74%	78%	76%
Gesamt	Anzahl	23	23	46	
	% von Studienzentrum	100%	100%	100%	

Die statistischen Werte zur Zeitspanne von der Entlassung aus der Indexbehandlung bis zur ersten erneuten stationären Wiederaufnahme sind in Tabelle 37 zusammengefasst. Proband*innen des Zwiefalter Studienkollektivs werden durchschnittlich 21 Tage später erneut stationär wiederaufgenommen als die des Reutlinger Studienkollektivs. Die Stichproben der beiden Studienzentren unterscheiden sich im Mann-Whitney-U-Test hinsichtlich der Zeitspanne bis zur erneuten stationären Wiederaufnahme nicht signifikant ($U = 209$; $p = 0,223$).

*Tabelle 37: Statistische Werte zur Zeitspanne in Tagen bis zur stationären Wiederaufnahme in vollstationäre psychiatrische, psychotherapeutische bzw. psychosomatische Kliniken oder in eine StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen des Studienzentrums Reutlingen bzw. Zwiefalten sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=46); gerundet auf ganze Zahlen*

	Reutlingen	Zwiefalten	Gesamt
Anzahl der wieder-aufgenommenen Proband*innen	23	23	46
Mittelwert [Tage]	73	94	84
Median [Tage]	20	81	53
Standardabweichung [Tage]	89	86	87
Minimum [Tage]	0	0	0
Maximum [Tage]	289	316	316
Spannbreite [Tage]	289	316	316

Zuletzt wurde die Gesamtdauer der stationären Wiederaufnahmen bzw. die Anzahl der abrechenbaren Tage in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder StäB der Proband*innen an den Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten innerhalb von 12 Monaten nach dem Indexaufenthalt untersucht (vgl. Tab. 38). Die wiederaufgenommenen Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen waren durchschnittlich länger in stationärer Behandlung als die wiederaufgenommenen Proband*innen am Studienzentrum in Zwiefalten. Der Unterschied ist im Mann-Whitney-U-Test statistisch signifikant ($U = 158$; $p = 0,019$). Sowohl die durchschnittliche Gesamtdauer der vollstationären Aufenthalte als auch in einer StäB waren im Reutlinger Studienkollektiv in Summe über den Beobachtungszeitraum von längerer Dauer als im Zwiefalter Studienkollektiv (vgl. Tab. 91 und 92 im Anhang). Der Unterschied hinsichtlich der Gesamtdauer der vollstationären Aufenthalte ist ebenfalls signifikant ($U = 171$; $p = 0,040$), während der Unterschied der Gesamtdauer in einer StäB nicht statistisch signifikant ist ($U = 240$; $p = 0,518$).

*Tabelle 38: Statistische Werte zur Anzahl der abrechenbaren Tage in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder in einer StäB pro Proband*in (N=46) innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten; gerundet auf ganze Zahlen*

	Reutlingen	Zwiefalten	Gesamt
Anzahl der wiederaufgenommenen Proband*innen	23	23	46
Mittelwert [Tage]	99	54	77
Median [Tage]	80	28	49
Standardabweichung [Tage]	79	55	71
Minimum [Tage]	10	2	2
Maximum [Tage]	273	194	273
Spannbreite [Tage]	263	192	271
Summe [Tage]	2.278	1.243	3.521

Zwischen den Proband*innen der IG und der KG beider Studienzentren zusammen gibt es keinen signifikanten Unterschied ($U = 238$; $p = 0,618$)

bezüglich der Gesamtdauer in stationärer Behandlung nach dem Indexaufenthalt. Proband*innen der IG beider Studienzentren waren durchschnittlich 81 Tage (SD = 72) in stationärer Behandlung und Proband*innen der KG 74 Tage (SD = 71).

3.4.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V

3.4.2.1 Stationärer und teilstationärer Bereich

Nachfolgend wird die Inanspruchnahme von teilstationären Aufenthalten in psychiatrischen TKs und stationären Aufenthalten vergleichend für die Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten beschrieben. Unter dem Punkt stationären Aufenthalte werden in diesem Kapitel speziell stationären Aufenthalte in somatischen und sonstigen, nicht psychiatrischen, Kliniken sowie Aufenthalte in psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationskliniken oder RPK-Kliniken untersucht. Die Inanspruchnahme von stationären Leistungen in psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder einer StäB ist in Kapitel 3.4.1 vergleichend für die Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten dargestellt.

Mindestens eine teilstationäre Behandlung in einer TK haben 16% (N=15) der an beiden Studienzentren untersuchten Proband*innen innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten nach der Indexbehandlung in Anspruch genommen. Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen waren häufiger in teilstationärer Behandlung als Proband*innen am Studienzentrum Zwiefalten (vgl. Tab. 39). Der Unterschied zwischen den Proband*innen der beiden Studienzentren hinsichtlich der Anzahl der in Anspruch genommenen teilstationären Behandlungen ist im Mann-Whitney-U-Test nicht statistisch signifikant ($U = 940$; $p = 0,103$). Werden die Proband*innen beider Studienzentren aufgeteilt nach IG und KG getrennt hinsichtlich der Anzahl der teilstationären Aufenthalte untersucht, zeigt sich weder für die Proband*innen der IG ($U = 233$; $p = 0,220$) noch für die der KG ($U = 238$; $p = 0,262$) ein signifikanter Unterschied zwischen den Studienzentren.

Die Zeitspanne bis zur ersten teilstationären Aufnahme nach Entlassung aus der Indexbehandlung ist in Tabelle 40 vergleichend für die Proband*innen der beiden

Studienzentren dargestellt. 55% (N=6) der Proband*innen des Reutlinger Studienkollektivs, die eine teilstationäre Behandlung im Beobachtungszeitraum erhalten haben, werden innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus der Indexbehandlung in die TK aufgenommen. Von den 4 Proband*innen des Zwiefalter Studienkollektivs, die eine teilstationäre Behandlung im Beobachtungszeitraum erhalten haben, wird niemand direkt im Anschluss an die Indexbehandlung in eine TK aufgenommen. Die früheste teilstationäre Aufnahme der Proband*innen der Zwiefalter Stichprobe erfolgt nach 17 Tagen.

*Table 39: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der teilstationären Aufenthalte in einer psychiatrischen TK pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=93)*

		Studienzentrum		Gesamt	
		Reutlingen	Zwiefalten		
Anzahl der teilstationären Aufenthalte innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung	0	Anzahl	39	39	78
		% von Studienzentrum	78%	91%	84%
	1	Anzahl	9	3	12
		% von Studienzentrum	18%	7%	13%
	2	Anzahl	2	1	3
		% von Studienzentrum	4%	2%	3%
Gesamt	Anzahl	50	43	93	
	% von Studienzentrum	100%	100%	100%	

*Table 40: Häufigkeitsverteilung der Zeitspanne zwischen Aufnahme in eine teilstationäre Behandlung und Entlassung aus der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen mit teilstationärer Behandlung während des Beobachtungszeitraumes (N=15); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

		Studienzentrum		Gesamt	
		Reutlingen	Zwiefalten		
Zeitspanne bis zur ersten Aufnahme in eine Tagesklinik nach Entlassung aus der Indexbehandlung	<= 7 Tage	Anzahl	6	0	6
		% von Studienzentrum	55%	0%	40%
	> 7 Tage	Anzahl	5	4	9
		% von Studienzentrum	45%	100%	60%
Gesamt	Anzahl	11	4	15	
	% von Studienzentrum	100%	100%	100%	

Stationäre Aufenthalte in somatischen oder sonstigen Kliniken innerhalb von 12 Monaten nach der Aufnahme in die Indexbehandlung wurden von 15% (N=14)

der Proband*innen in Anspruch genommen (vgl. Tab. 41). Zwischen den Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten gibt es keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Häufigkeit der Inanspruchnahme von stationären Behandlungen in somatischen oder sonstigen Kliniken ($U = 1.047$; $p = 0,728$).

*Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Aufenthalte in einer somatischen oder sonstigen Klinik pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=93)*

		Studienzentrum		Gesamt	
		Reutlingen	Zwiefalten		
Anzahl der stationären Aufenthalte in einer somatischen oder sonstigen Klinik innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung	0	Anzahl	43	36	79
		% von Studienzentrum	86%	84%	85%
	1	Anzahl	6	5	11
		% von Studienzentrum	12%	12%	12%
	2	Anzahl	1	2	3
		% von Studienzentrum	2%	5%	3%
Gesamt	Anzahl	50	43	93	
	% von Studienzentrum	100%	100%	100%	

Die stationäre Behandlung in somatischen Kliniken erfolgte in verschiedenen medizinischen Fachbereichen. Am Studienzentrum Reutlingen wurden folgende Fachbereiche benannt: Interdisziplinäre Notaufnahme mit Decision Unit (N=2), Dermatologie (N=1), Geburtsklinik (N=1), Intensivstation (N=1), Kardiologie (N=1) und Schmerzklinik (N=1). Am Studienzentrum Zwiefalten wurden folgende Fachbereiche von den Proband*innen genannt: Allgemeinchirurgie (N=1), Gynäkologie (N=1), Hämatologie (N=1), Intensivstation (N=1), Orthopädie (N=1) und Unfallchirurgie (N=2).

Innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten nach Aufnahme in die Studie bzw. in die Indexbehandlung erhielten 5% (N=5) der Proband*innen mindestens eine stationäre Behandlung in einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationsklinik oder einer RPK-Klinik (vgl. Tab. 42). Ein durchschnittlicher Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung dauerte dabei 72 Tage (SD=116 Tage). Der Unterschied zwischen den beiden Studienzentren bezüglich der Häufigkeit der Inanspruchnahme von stationären

Aufenthalten in Rehabilitationskliniken ist im Mann-Whitney-U-Test nicht statistisch signifikant ($U = 1014$; $p = 0,225$).

*Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der stationären Aufenthalte pro Proband*in in einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationsklinik oder einer Klinik zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=93)*

		Studienzentrum		Gesamt	
		Reutlingen	Zwiefalten		
Anzahl der stationären Aufenthalte in einer RPK oder psychiatrischen Reha-Klinik innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung	0	Anzahl	46	42	88
		% von Studienzentrum	92%	98%	95%
	1	Anzahl	3	1	4
		% von Studienzentrum	6%	2%	4%
	2	Anzahl	1	0	1
		% von Studienzentrum	2%	0%	1%
Gesamt	Anzahl	50	43	93	
	% von Studienzentrum	100%	100%	100%	

3.4.2.2 Ambulanter Bereich

Der Vergleich der Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Leistungen zwischen den Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten wird in diesem Kapitel angestellt. Innerhalb der Follow-up-Befragungen wurden die ambulanten Kontakte der jeweils letzten 3 Monate bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs und in psychotherapeutischen Ambulanzen erfasst (vgl. 2.2.2). Die Stichprobenanzahl über beide Studienzentren hinweg beträgt in der 6M-FU-Befragung 88 Proband*innen und in der 12M-FU-Befragung 91 Proband*innen.

In Tabelle 43 ist die Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen zwischen 3 und 6 Monaten nach der Aufnahme in die Indexbehandlung bzw. innerhalb von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung zusammengefasst. 92% (N=81) der Proband*innen nehmen in jenem Zeitraum mindestens eine, im Einzelfall bis zu 30, ambulante Leistungen in Anspruch. Der Unterschied zwischen den Studienzentren in der Häufigkeitsverteilung der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ist im Mann-Whitney-U-Test nicht statistisch signifikant ($U = 746$; $p = 0,071$).

*Table 43: Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=88); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

		Studienzentrum		Gesamt	
		Reutlingen	Zwiefalten		
Anzahl aller ambulanten Kontakte (innerhalb 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung)	0	Anzahl	5	2	7
		% von Studienzentrum	10%	5%	8%
	1	Anzahl	2	5	7
		% von Studienzentrum	4%	13%	8%
	2	Anzahl	2	7	9
		% von Studienzentrum	4%	18%	10%
	3	Anzahl	4	5	9
		% von Studienzentrum	8%	13%	10%
	4	Anzahl	4	2	6
		% von Studienzentrum	8%	5%	7%
	5	Anzahl	6	4	10
		% von Studienzentrum	13%	10%	11%
	6	Anzahl	3	5	8
		% von Studienzentrum	6%	13%	9%
	7	Anzahl	4	1	5
		% von Studienzentrum	8%	3%	6%
	8	Anzahl	3	3	6
		% von Studienzentrum	6%	8%	7%
	9	Anzahl	4	1	5
		% von Studienzentrum	8%	3%	6%
	11	Anzahl	1	0	1
		% von Studienzentrum	2%	0%	1%
	12	Anzahl	2	1	3
		% von Studienzentrum	4%	3%	3%
	13	Anzahl	1	1	2
		% von Studienzentrum	2%	3%	2%
	14	Anzahl	2	1	3
		% von Studienzentrum	4%	3%	3%
	16	Anzahl	0	1	1
		% von Studienzentrum	0%	3%	1%
	17	Anzahl	2	0	2
		% von Studienzentrum	4%	0%	2%
	19	Anzahl	0	1	1
		% von Studienzentrum	0%	3%	1%
	24	Anzahl	1	0	1
		% von Studienzentrum	2%	0%	1%
	28	Anzahl	1	0	1
		% von Studienzentrum	2%	0%	1%
	30	Anzahl	1	0	1
		% von Studienzentrum	2%	0%	1%
Gesamt		Anzahl	48	40	88
		% von Studienzentrum	100%	100%	100%

Die aufsummierte Dauer der in Anspruch genommenen Leistungen aller Proband*innen beträgt im Zeitraum zwischen 3 und 6 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung insgesamt 19.515 Minuten. Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen waren durchschnittlich 27 Minuten länger in ambulanter Behandlung als die am Studienzentrum Zwiefalten (vgl. Tab. 44). Der Unterschied bezüglich der Gesamtdauer der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen zwischen den Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten ist nicht statistisch signifikant ($U = 828$; $p = 0,266$).

*Table 44: Statistische Werte zur Gesamtdauer [in Minuten] der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=88); gerundet auf ganze Zahlen*

	Reutlingen	Zwiefalten	Gesamt
Anzahl der gültigen Fälle	48	40	88
Summe [Minuten]	11.255	8.260	19.515
Mittelwert [Minuten]	234	207	222
Median [Minuten]	123	85	113
Standardabweichung [Minuten]	293	349	318
Minimum [Minuten]	0	0	0
Maximum [Minuten]	1.230	1.965	1.965

Für den Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung bzw. zwischen 9 und 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung ist die Häufigkeit der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte in Tabelle 45 zusammengefasst. 90% (N=82) aller Proband*innen haben in diesem Zeitraum mindestens eine ambulante Leistung in Anspruch genommen. Die Häufigkeitsverteilung der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen ist zwischen den Proband*innen der beiden Studienzentren insgesamt ähnlich und es zeigt sich diesbezüglich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Proband*innen der beiden Studienzentren ($U = 1.000$; $p = 0,798$).

*Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Anzahl aller in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=91); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

			Studienzentrum		Gesamt
			Reutlingen	Zwiefalten	
Anzahl aller ambulanten Kontakte (innerhalb 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung)	0	Anzahl	6	3	9
		% von Studienzentrum	13%	7%	10%
	1	Anzahl	6	5	11
		% von Studienzentrum	13%	12%	12%
	2	Anzahl	2	2	4
		% von Studienzentrum	4%	5%	4%
	3	Anzahl	6	7	13
		% von Studienzentrum	13%	16%	14%
	4	Anzahl	3	2	5
		% von Studienzentrum	6%	5%	5%
	5	Anzahl	5	3	8
		% von Studienzentrum	10%	7%	9%
	6	Anzahl	3	6	9
		% von Studienzentrum	6%	14%	10%
	7	Anzahl	1	3	4
		% von Studienzentrum	2%	7%	4%
	8	Anzahl	5	2	7
		% von Studienzentrum	10%	5%	8%
	10	Anzahl	1	2	3
		% von Studienzentrum	2%	5%	3%
	11	Anzahl	2	1	3
		% von Studienzentrum	4%	2%	3%
	12	Anzahl	1	1	2
		% von Studienzentrum	2%	2%	2%
	13	Anzahl	0	1	1
		% von Studienzentrum	0%	2%	1%
	14	Anzahl	0	2	2
		% von Studienzentrum	0%	5%	2%
	15	Anzahl	1	1	2
		% von Studienzentrum	2%	2%	2%
	16	Anzahl	0	1	1
		% von Studienzentrum	0%	2%	1%
	17	Anzahl	1	0	1
		% von Studienzentrum	2%	0%	1%
	19	Anzahl	1	0	1
		% von Studienzentrum	2%	0%	1%
	21	Anzahl	0	1	1
		% von Studienzentrum	0%	2%	1%
	23	Anzahl	1	0	1
		% von Studienzentrum	2%	0%	1%
	24	Anzahl	2	0	2
		% von Studienzentrum	4%	0%	2%
	33	Anzahl	1	0	1
		% von Studienzentrum	2%	0%	1%
Gesamt		Anzahl	48	43	91
		% von Studienzentrum	100%	100%	100%

Die Gesamtdauer der in Anspruch genommenen Leistungen aller Proband*innen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU beträgt 19.575 Minuten. Die Proband*innen des Studienzentrums Reutlingen nutzten ambulante medizinische Leistungen durchschnittlich 19 Minuten länger als Proband*innen des Studienzentrums Zwiefalten (vgl. Tab. 46). Dieser Unterschied ist nicht statistisch signifikant ($U = 977$; $p = 0,659$).

*Tab. 46: Statistische Werte zur Gesamtdauer [in Minuten] der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs oder in psychotherapeutischen Ambulanzen im Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung, aufgeteilt nach Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten sowie aller Proband*innen (N=91); gerundet auf ganze Zahlen*

	Reutlingen	Zwiefalten	Gesamt
Anzahl der gültigen Fälle	48	43	91
Summe [Minuten]	10.750	8.825	19.575
Mittelwert [Minuten]	224	205	215
Median [Minuten]	95	110	100
Standardabweichung [Minuten]	323	226	280
Minimum [Minuten]	0	0	0
Maximum [Minuten]	1.355	765	1.355

Werden die ambulanten Kontakte separat nach den jeweiligen Leistungserbringer*innen untersucht, so zeigt sich in keinem Beobachtungszeitraum ein signifikanter Unterschied zwischen Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten (vgl. Tab. 93 und 94 im Anhang).

3.4.3 Zusammenfassung

Im vorangegangenen Kapitel wurden die Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen vergleichend untersucht.

Dabei zeigte sich hinsichtlich der Wiederaufnahmerate innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung kein signifikanter Unterschied zwischen den Proband*innen der beiden Studienzentren (vgl. 3.4.1). An beiden

Studienzentren erfolgte die Wiederaufnahme sowohl der Proband*innen der IG als auch der KG vermehrt in eine vollstationäre Behandlung. Bezüglich der Zeitspanne bis zur Wiederaufnahme unterscheiden sich die Studienkollektive der beiden Studienzentren nicht signifikant. Die Gesamtdauer der abrechenbaren Tage in stationärer Behandlung in psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken oder StäB ist innerhalb der Reutlinger Stichprobe signifikant länger als innerhalb der Zwiefalter Stichprobe (vgl. 3.4.1).

Hinsichtlich der Gesamtaufenthaltsdauer in teilstationärer Behandlung, in somatischen Kliniken oder in psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen gibt es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Proband*innen der beiden Studienzentren (vgl. 3.4.2.1). Im ambulanten Bereich unterscheidet sich weder die Häufigkeitsverteilung der Anzahl der ambulanten medizinischen Kontakte noch die Gesamtdauer der ambulanten Kontakte zwischen den Proband*innen der beiden Studienzentren (vgl. 3.4.2.2).

3.5 Exkurs: Erfahrungsbericht zum Einfluss der COVID-19-Pandemie

Die Datenerhebung dieses Dissertationsprojektes fand zwischen Juni 2021 und September 2022 statt und fiel damit genau in eine Zeit, die von der COVID-19-Pandemie maßgeblich geprägt war. Auch in den Follow-up-Befragungen kam das Thema COVID-19-Pandemie und deren Auswirkungen auf die Proband*innen immer wieder zur Sprache. Vor diesem Hintergrund entstand in einem Gespräch zwischen dem Verfasser dieser Dissertationsschrift und dessen Betreuer die Idee, den Einfluss der Pandemie auf die Proband*innen in einem Exkurs dieser Arbeit zu beleuchten. Im Gespräch mit den Proband*innen wurde erörtert, ob die Pandemie einen Einfluss auf die Entscheidung für eine StäB bzw. stationäre Behandlung hatte, ob die Proband*innen durch die Pandemiebeschränkungen an medizinischen Leistungen gehindert wurden und ob sie positive Aspekte oder Belastendes mit der Pandemie verbinden. Die Informationen aus den Gesprächen mit den Proband*innen wurden im Anschluss strukturiert festgehalten und werden nachfolgend zusammenfassend beschrieben.

Eine Person gab an, dass die Pandemie einen Einfluss auf die Entscheidung der stationären Behandlungsform gehabt hatte. Sie hatte sich aus Angst vor einer Infektion bei der Indexbehandlung der Studie für eine StäB anstelle einer vollstationären Behandlung entschieden. Bei den übrigen Proband*innen konnte im Gespräch kein Einfluss der Pandemie auf die Entscheidung für die Behandlungsform eruiert werden.

40% (N=19) der Proband*innen erzählten, dass sie durch die Einschränkungen der Pandemie an der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen gehindert wurden bzw. diese nicht zu Verfügung standen (vgl. Tab. 47).

Tab. 47: Häufigkeitsverteilung der angegebenen Gründe für eine Behinderung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch die COVID-19-Pandemie (N=46); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	keine Angabe	27	54%	59%
	Leistung stand nicht zur Verfügung	14	28%	30%
	Angst vor Infektion	1	2%	2%
	Leistung aufgrund der Bedingung (Maskenpflicht) nicht zumutbar	1	2%	2%
	Leistung stand nicht zur Verfügung und Angst vor Infektion	2	4%	4%
	Leistung stand nicht zur Verfügung und Leistung aufgrund der Bedingung (Maskenpflicht) nicht zumutbar	1	2%	2%
	Gesamt	46	92%	100%
Fehlend	4	8%		
Gesamt	50	100%		

Bei 36% (N=17) stand die Leistung tatsächlich nicht zur Verfügung. Als Gründe hierfür wurden, v. a. von Behandler*innen-Seite aus, abgesagte Termine bei Ärzt*innen, Psychiater*innen, Psycholog*innen oder Ergotherapeut*innen angegeben. Proband*innen aus der KG, deren Indexbehandlung in der Klinik stattgefunden hatte, berichteten davon, dass (Gruppen-)Therapien in der Klinik ausgefallen waren, während Proband*innen der IG überwiegend über fehlende Leistungen im ambulanten Bereich klagten. Als Gründe, weshalb Proband*innen dem Besuch in einer medizinischen Einrichtung trotz eines vereinbarten

Termine fernblieben, wurde von 3 Proband*innen die Angst vor einer Infektion und von 2 Proband*innen die unzumutbare Maskenpflicht genannt.

Besondere Belastungen durch die Pandemie empfanden 79% (N=36) der Proband*innen (vgl. Tab. 48). Insbesondere die Kontaktbeschränkungen, der Lockdown mit Ausgangssperre und die eventuelle Isolation wurden am häufigsten als besonders belastend genannt (57%; N=26). 11% (N=5) empfanden die Test-/ Masken- oder Impfpflicht, 9% (N=4) sowohl die Pflichten als auch die Kontaktbeschränkungen als belastend. 4 Proband*innen berichteten von Angst vor einer Infektion und den damit verbundenen Sorgen um die Zukunft oder die Familie. 2 Proband*innen erwähnten eine Verwirrung durch die sich oft ändernden Regelungen zur Eindämmung der Pandemie. 3 Proband*innen erzählten von einer Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes durch die Pandemie. Als Gründe dafür wurden mehr Stress auf der Arbeit, Müdigkeit nach der Infektion und das Auslösen einer Depression durch die Einsamkeit im Lockdown aufgeführt.

Table 48: Häufigkeitsverteilung der angegebenen Gründe für besonders belastende Aspekte der COVID-19-Pandemie (N=46); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	keine Belastung	10	20%	22%
	Kontaktbeschränkungen / Isolation / Ausgangssperre / Lockdown	22	44%	48%
	Maskenpflicht / Testpflicht / Impfpflicht	1	2%	2%
	Kontaktbeschränkungen / Isolation / Ausgangssperre / Lockdown und Maskenpflicht / Testpflicht / Impfpflicht	4	8%	9%
	Verwirrung durch Regelungen	2	4%	4%
	Sorgen und Ängste	4	8%	9%
	Verschlechterung des Gesundheitszustandes	3	6%	7%
	Gesamt	46	92%	100%
Fehlend	4	8%		
Gesamt	50	100%		

26% (N=12) der Proband*innen gaben an, durch die Pandemie positive Aspekte für sich gewonnen zu haben (vgl. Tab. 49). Der vermehrte körperliche Abstand und die verringerte Zahl an Personen auf einem Raum wurden am häufigsten

(N=6) als Gründe hierfür angeführt. Von diesen 6 Proband*innen haben 3 eine „Spezifische Persönlichkeitsstörung“ (F60-Diagnose nach ICD-10), zwei „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10-Diagnose nach ICD-10) und eine Person eine Störung aus dem „Bereich Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43 nach ICD-10) als Hauptdiagnose (Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018). Weitere 4 Proband*innen berichteten davon, mehr Zeit für sich und die Familie gehabt zu haben. Eine Person erzählte von einem vereinfachten sozialen Rückzug im Zuge ihrer Sozialphobie durch die Einschränkungen der Pandemie. Eine weitere Person fühlte sich durch verpflichtende Terminvereinbarungen, bspw. auf öffentlichen Ämtern oder bei Dienstleistungsgeschäften, in der Tagesstruktur verbessert.

Table 49: Häufigkeitsverteilung der angegebenen Gründe für als positiv empfundene Aspekte der COVID-19-Pandemie (N=46); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	keine Angabe	34	68%	74%
	Menschen halten Abstand	6	12%	13%
	bessere Tagesstruktur	1	2%	2%
	mehr Zeit	4	8%	9%
	sozialer Rückzug unauffällig möglich	1	2%	2%
	Gesamt	46	92%	100%
Fehlend		4	8%	
Gesamt		50	100%	

4 Diskussion

4.1 Stationäre Wiederaufnahme am Studienzentrum Reutlingen

Die Untersuchung der Wirksamkeit der StäB ist ein zentrales Ziel dieser Dissertationsarbeit. Die stationäre Wiederaufnahmerate kann als Parameter die Wirksamkeit einer Behandlungsform objektivieren (Baumgardt et al., 2020). Im folgenden Kapitel werden vor diesem Hintergrund die Ergebnisse der stationären Wiederaufnahmerate des Studienkollektivs der AKtiV-Studie am Studienzentrum Reutlingen diskutiert. Anschließend werden die Ergebnisse der Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme sowie der Häufigkeit und Dauer der stationären Wiederaufnahmen in den Gesamtkontext der vorhandenen Literatur eingeordnet.

4.1.1 Stationäre Wiederaufnahmerate

Im beobachteten Zeitraum von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung der AKtiV-Studie wurden von den 50 Proband*innen am Reutlinger Studienzentrum 46% (N=23) erneut stationär aufgenommen. Als stationäre Aufnahme wurde dabei die vollstationäre Behandlung in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Klinik oder die StäB berücksichtigt. In einer Studie des Vivantes Klinikums Am Urban in Berlin zeigte sich eine etwas geringere stationäre Wiederaufnahmerate von 41,9% (N=36). Proband*innen der IG, die als Indexbehandlung eine StäB erhalten hatten, wurden in jener Studie etwas seltener (37,2%; N=16) stationär wiederaufgenommen als Proband*innen der KG (46,5%; N=20), die bei Aufnahme in die Studie vollstationär behandelt wurden. Der Unterschied von ca. 9% zu Gunsten der Proband*innen aus der IG ist nicht statistisch signifikant (Weinmann et al., 2022). Damit ähneln die Ergebnisse der Berliner Studie prinzipiell den in dieser Arbeit gewonnenen Daten. Auch hier zeigt sich eine höhere stationäre Wiederaufnahmerate unter den Proband*innen der KG (56%; N=14) im Vergleich zu denen der IG (36%; N=9) ohne statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Innerhalb der ersten 6 Monate des Beobachtungszeitraumes, in dem die meisten Wiederaufnahmen stattfanden,

konnte ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der stationären Wiederaufnahme festgestellt werden.

Weitere Studien aus dem deutschsprachigen Raum kommen zum Schluss, dass sich die Wiederaufnahmerate von Proband*innen mit einer „Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“ (Bechdorf et al., 2022, S.488) nicht signifikant von der Wiederaufnahmerate von Proband*innen unterscheidet, die vollstationär behandelt wurden (Bechdorf et al., 2022; Mötteli et al., 2018; Stulz et al., 2020).

Weiterführende Vergleichsdaten zur stationären Wiederaufnahmerate nach einer StäB in Deutschland sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht verfügbar (Bechdorf et al., 2022; Weinmann et al., 2022). Dennoch gibt es vergleichbare Ergebnisse von Untersuchungen zu anderen aufsuchenden Behandlungsformen von psychisch Erkrankten in Deutschland vor Einführung der StäB. Ein Beispiel ist die langfristig aufsuchende Begleitung von psychisch Erkrankten im Rahmen der integrierten Versorgung (vgl. Bundesamt für Justiz, 2023b). Dabei ist kein signifikanter Unterschied der stationären Wiederaufnahmerate der IG, deren Proband*innen die aufsuchende Begleitung erhalten hatten, zur KG bei gleichzeitig höherer Zufriedenheit mit der Behandlung innerhalb der IG festgestellt worden (Büchtemann et al., 2016; Mueller-Stierlin et al., 2017).

Studien zu mit der StäB vergleichbaren aufsuchenden Behandlungsformen im internationalen Kontext kommen hinsichtlich der stationären Wiederaufnahmerate nach aufsuchender psychiatrischer Behandlung zu ähnlichen Ergebnissen. Das Cochrane-Review beschreibt innerhalb von 6 Monaten nach aufsuchender Krisenintervention eine etwas geringere stationäre Wiederaufnahmerate verglichen zur KG mit vollstationärer Indexbehandlung. Der Unterschied zwischen den Gruppen bzw. Behandlungsformen ist wie in der vorliegenden Untersuchung nicht statistisch signifikant (Murphy et al., 2015). Andere Studien sowie Reviews aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum beschreiben eine deutliche bzw. signifikante Reduktion der stationären Wiederaufnahme durch aufsuchende psychiatrische Akutbehandlung (Johnson et al., 2005; Meyer et al., 1967; Sjølie et al., 2010).

Wird die stationäre Wiederaufnahmerate schließlich als Indikator für die Wirksamkeit der Behandlungsform herangezogen, deuten demzufolge sowohl die aufgeführten Studien als auch die Ergebnisse dieser Arbeit zumindest auf eine Äquivalenz von StäB und vollstationärer Behandlung hin.

Zuletzt zeigte sich, dass sowohl in der IG als auch der KG die stationäre Wiederaufnahme vermehrt in eine vollstationäre Behandlung und seltener in eine StäB erfolgte. Auch Weinmann et al. (2022) beschreiben in ihrer Studie, dass mehr Proband*innen vollstationär wiederaufgenommen wurden. Aus der KG jener Studie wurde sogar kein*e Proband*in in eine StäB, sondern alle vollstationär wiederaufgenommen. Die Gründe hierfür könnten das Zurückgreifen auf die bisher gängige Behandlungsmethode bei erneuter Notwendigkeit der stationären Behandlung oder die Ablehnung einer StäB durch die Proband*innen selbst sein. Die tatsächlichen Ursachen wurden weder in der Berliner Studie noch in der vorliegenden Arbeit untersucht. Es sind daher weitere Studien nötig, welche die Gründe für die vermehrte vollstationäre Wiederaufnahme untersuchen, um Erklärungen dafür bieten zu können.

4.1.2 Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme

Patient*innen, die mit schwerer Symptomatik entlassen werden, haben ein höheres Risiko für eine frühzeitige Wiederaufnahme (Durbin et al., 2007). Die Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme kann daher ebenfalls ein Hinweis auf die Wirksamkeit der vorangegangenen Behandlung sein.

54% (N=27) der Proband*innen wurde innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung nicht erneut stationär wiederaufgenommen. Bei den 23 Proband*innen, die innerhalb des Beobachtungszeitraumes stationär wiederaufgenommen wurden, vergingen im Durchschnitt 73 Tage zwischen Entlassung aus der Indexbehandlung und der erneuten stationären Aufnahme. Die Spannbreite der Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme reichte von 0 Tagen, sprich einer direkten Wiederaufnahme am Tag der Entlassung, bis zu 289 Tagen.

Die Proband*innen der IG (Mittelwert: 84 Tage; Median: 50 Tage) wurden durchschnittlich 18 Tage später stationär wieder aufgenommen als

Proband*innen der KG (Mittelwert: 66 Tage; Median: 17 Tage). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist als nicht signifikant anzusehen.

In der Studie von Mötteli et al. (2018) am Universitätsklinikum Zürich wurde die Zeitspanne bis zur erneuten stationären Wiederaufnahme von Proband*innen, die eine aufsuchende psychiatrische Akutbehandlung erhalten hatten, und Kontrollproband*innen, die primär vollstationär behandelt wurden, miteinander verglichen. Die Proband*innen der IG wurden ebenfalls etwas später (24 Tage) stationär wiederaufgenommen als Proband*innen der KG. Statistisch zeigte sich der Unterschied nicht signifikant. Insgesamt war die durchschnittliche Zeitspanne bis zur Wiederaufnahme mit 295 bzw. 271 Tagen deutlich länger als bei den in dieser Studie untersuchten Proband*innen. Der Grund hierfür könnte sein, dass in der Züricher Studie auch die Fälle von im Beobachtungszeitraum nicht wiederaufgenommenen Proband*innen mit in die Durchschnittsberechnung eingeflossen sind, während in der hier vorliegenden Studie nur wiederaufgenommene Proband*innen miteinbezogen wurden.

Die Zeitspanne bis zu einer stationären Aufnahme im Zusammenhang mit langfristig aufsuchender psychiatrischer Behandlung wurde auch in einer Studie am Universitätsklinikum Köln untersucht. Dort wurden psychisch Erkrankte im Rahmen von integrierter Versorgung langfristig aufsuchend versorgt und mit einer KG, die diese aufsuchende Behandlung nicht erhalten hatte, verglichen. Die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme war bei Patient*innen in integrierter Versorgung signifikant länger (Müller, H. et al., 2016). Zwar unterscheidet sich die aufsuchende Behandlungsform der genannten Studie grundsätzlich von der StäB, jedoch können die Ergebnisse der Studie positive Effekte von aufsuchender psychiatrischer Behandlung unterstreichen.

4.1.3 Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen

Neben der stationären Wiederaufnahmerate, die angibt, ob ein*e Proband*in innerhalb des Beobachtungszeitraumes nach der Indexbehandlung erneut stationär wiederaufgenommen wurde, ist in dieser Dissertationsarbeit auch die Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen pro Proband*in untersucht worden. Während ein Großteil der Proband*innen gar nicht (54%; N=27) oder einmal

(14%; N=7) erneut stationär aufgenommen wurden, sind im Einzelfall bis zu 16 stationäre Aufenthalte pro Proband*in innerhalb des Beobachtungszeitraumes registriert worden. Die Ursache für die teils hohe Anzahl an stationären Wiederaufnahmen könnte mit der Erkrankungsschwere von einzelnen Proband*innen in Verbindung stehen. Es zeigte sich hinsichtlich der Anzahl der stationären Aufenthalte weder bei der Aufnahme in eine vollstationäre Behandlung noch in eine StäB ein signifikanter Unterschied zwischen den Proband*innen der IG und der KG.

Zwei Studien aus der Schweiz, in denen ein mit der StäB prinzipiell übereinstimmendes HT-Modell und die vollstationären Behandlung in der Klinik miteinander verglichen wurden, kommen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen (Mötteli et al., 2018; Stulz et al., 2020). In der Studie von Stulz et al. (2020) wurden innerhalb von 24 Monaten rund 80% der 707 beobachteten Proband*innen gar nicht (58%; N=410) oder nur einmal (22,3%; N=158) erneut in eine vollstationäre Behandlung oder ein HT wiederaufgenommen. Die maximale Anzahl unter allen Proband*innen betrug 15 stationäre Aufenthalte. Die Zahl der Wiederaufnahmen ist insgesamt geringer als in der hier untersuchten Stichprobe, trotz des doppelten Beobachtungszeitraumes von 24 Monaten. Die unterschiedliche Erkrankungsschwere der jeweiligen Stichproben könnte die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen beeinflusst haben und eine mögliche Ursache für die Differenz darstellen. Mötteli et al. (2018) beschreiben durchschnittlich eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 19 Monaten, ohne signifikanten Unterschied zwischen den Proband*innengruppen.

Ferner konnte in der im Rahmen dieser Dissertationsarbeit untersuchten Stichprobe eine signifikante Korrelation zwischen der Anzahl der stationären Voraufenthalte innerhalb von 2 Jahren vor der Indexbehandlung und der Anzahl der stationären Wiederaufnahmen nach der Indexbehandlung gezeigt werden. Proband*innen, die vor Aufnahme in die Studie häufiger stationär behandelt wurden, befanden sich auch innerhalb des Beobachtungszeitraumes häufiger in stationärer Behandlung. Der Korrelationskoeffizient über die Daten aller

Proband*innen beträgt dabei ungefähr 0,5. Vor dem Hintergrund, dass die Voraufenthalte über einen Zeitraum von 2 Jahren und die stationären Wiederaufnahmen innerhalb der Studie über einen Zeitraum von einem Jahr erfasst wurden, ist die Anzahl der stationären Aufenthalte ungeachtet der stationären Behandlungsform vor und während der Studie pro Proband*in im Durchschnitt gleichbleibend.

4.1.4 Dauer der stationären Aufenthalte

Die durchschnittliche Verweildauer einer vollstationären psychiatrischen Behandlung betrug im Jahr 2021 laut Statistischem Bundesamt 24 Tage (Statistisches Bundesamt, 2022a). Eine StäB dauerte im Jahr 2020 durchschnittlich 33 Tage (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021) und damit länger als die vollstationäre Behandlung. Diese Zahlen decken sich annähernd mit den in der vorliegenden Studie ermittelten Werten. In der untersuchten Stichprobe dauerte im Beobachtungszeitraum nach der Indexbehandlung eine vollstationäre Behandlung in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Akutklinik mit durchschnittlich 18 Tagen signifikant kürzer als eine StäB mit 28 Tagen durchschnittlicher Dauer. Die ermittelten Werte liegen damit wenige Tage unter denen des deutschlandweiten Gesamtdurchschnitts. Betrachtet man anschließend die Durchschnittswerte für die Indexbehandlung der Studie, entspricht die zugehörige durchschnittliche Dauer einer vollstationären psychiatrischen Behandlung von 23 Tagen nahezu dem bundesweiten Gesamtdurchschnitt von 24 Tagen. Proband*innen mit einer StäB in der Indexbehandlung waren 36 Tage und damit sogar länger in Behandlung als im bundesweiten Gesamtdurchschnitt. Eventuell spiegelt sich hier eine Fortsetzung des Trends wider, dass die durchschnittliche Verweildauer in einer StäB seit der Einführung 2018 von 24 Tagen jährlich um einige Tage auf 33 Tage im Jahr 2020 zugenommen hat (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021). Die signifikant längere Dauer der Indexbehandlung der Proband*innen der IG im Vergleich zu den Proband*innen der KG konnte auch in einer ersten

Gesamtauswertung der AKtiV-Studie nachgewiesen werden (Nikolaidis et al., 2023).

In Bezug auf die Gesamtdauer in stationärer Behandlung innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten nach der Indexbehandlung zeigen die gefundenen Ergebnisse keinen signifikanten Unterschied zwischen Proband*innen der IG und der KG. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes waren sowohl die wiederaufgenommenen Proband*innen der IG als auch die der KG durchschnittlich 99 Tage in stationärer Behandlung. Die Studienergebnisse des 12M-FU von Weinmann et al. (2022) zeigen ebenfalls keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Gesamtdauer der stationären Behandlungstage zwischen Proband*innen, die eine StäB erhalten hatten, und Kontrollproband*innen, die vollstationär behandelt wurden. Die durchschnittliche Dauer der Proband*innen der IG war allerdings etwas höher. Die Autor*innen jener Studie nennen die gleichzeitig höhere Anzahl an Behandlungstagen in der Zeit vor der Studie innerhalb der IG als möglichen Grund.

Internationale Studien bzw. systemische Reviews, die aufsuchende HT-Modelle mit der stationären Standardbehandlung verglichen haben, kommen ebenfalls zum Ergebnis, dass sich die Gruppen in Bezug auf die stationären Behandlungstage nicht signifikant unterscheiden (Burns et al., 2001; Murphy et al., 2015; Stulz et al., 2020). Weitere Studien im internationalen Kontext berichten von einer signifikant geringeren Anzahl an Behandlungstagen in der IG im Vergleich zur KG (Cornelis et al., 2022; Mötteli et al., 2018).

Studien aus Deutschland, welche die stationären Behandlungstage nach einer StäB bzw. der vollstationären Behandlung miteinander vergleichen, stehen mit wenigen Ausnahmen (s.o.) aktuell noch aus. Die Ergebnisse aus bisherigen Modellprojekten, in denen psychisch Erkrankte langfristig aufsuchend begleitet wurden, zeigen signifikant geringere stationäre Behandlungstage (Müller, H. et al., 2016; Schöttle et al., 2018; Wullschleger et al., 2018). Bei einer Studie aus Krefeld, in der eine Form der aufsuchenden Akutbehandlung mit der vollstationären Standardbehandlung verglichen wurde, zeigte sich kein

signifikanter Unterschied in der Anzahl der stationären Behandlungstage zwischen den Gruppen (Bechdorf et al., 2011).

Die nicht signifikanten Unterschiede hinsichtlich der stationären Behandlungstage nach einer StäB bzw. vollstationären psychiatrischen Behandlung in der vorliegenden Studie und den oben genannten Studien aus Deutschland könnten zusammen gesehen auf eine gleichwertige Wirksamkeit der beiden Behandlungsformen hindeuten.

4.1.5 Einfluss psychosozialer und soziodemographischer Faktoren

Die stationäre Wiederaufnahmerate kann von zahlreichen Faktoren beeinflusst werden. Die Ergebnisse der Untersuchung des Einflusses von psychosozialen und soziodemographischen Faktoren werden in den folgenden Teilkapiteln diskutiert.

Wichtig ist, dabei zu beachten, dass die psychosozialen und soziodemographischen Daten, auf die sich die Auswertungen beziehen, allesamt zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung, also der Aufnahme der Proband*innen in die Studie, erhoben wurden. Eine erneute Abfrage und eventuelle Anpassung während der Follow-up-Befragungen ist nicht erfolgt. Die Daten spiegeln somit den Zustand vor der Indexbehandlung und nicht unbedingt den jeweils aktuellen Zustand bei stationärer Wiederaufnahme bzw. den Follow-up-Befragungen wider.

4.1.5.1 Hauptdiagnose

In der hier untersuchten Stichprobe konnte keine Abhängigkeit der stationären Wiederaufnahmerate von der Hauptdiagnose nachgewiesen werden. Dies gilt sowohl für die Untersuchung der Gesamtstichprobe als auch bei getrennter Analyse der IG bzw. KG. Somit scheint die Hauptdiagnose bei keiner der beiden Behandlungsformen einen relevanten Einfluss auf die stationäre Wiederaufnahmerate zu haben. Dieses Ergebnis ist somit kongruent mit anderen Studien, in der Einflussfaktoren für die stationäre Wiederaufnahmerate untersucht wurden. Die Diagnose spielt den Studienergebnissen zufolge verglichen mit anderen Faktoren eine untergeordnete bzw. nicht signifikante Rolle (Dixon et al., 1997; Goodpastor & Hare, 1991; Huttner, 2006).

Zieht man die stationäre Wiederaufnahmerate weiterführend als Indikator für die Wirksamkeit und den Erfolg einer Behandlung heran, so scheinen vollstationäre Behandlung und StäB für die Behandlung der Proband*innen mit den untersuchten Hauptdiagnosen gleichwertig in Frage zu kommen. Dies würde die Tatsache unterstützen, dass theoretisch jede psychiatrische Erkrankung mit einer StäB behandelt werden kann, sofern die dafür erforderlichen Bedingungen erfüllt sind (vgl. Längle et al., 2022). Berücksichtigt werden muss allerdings, dass es sich beim untersuchten Studienkollektiv, um eine sehr kleine Stichprobe von 50 Proband*innen handelt. So entfallen auf die einzelnen Diagnosen nur wenige Proband*innen, was die Bedeutung der Ergebnisse begrenzt.

Die Verteilung der Diagnosegruppen innerhalb der Stichprobe ist mit allen StäB-Fällen in Deutschland im Jahr 2020 vergleichbar. Affektive (F3X-Diagnosen) und schizophrene (F2X-Diagnosen) Störungen machen jeweils den Großteil aus. Der Anteil der Persönlichkeitsstörungen (F6X-Diagnosen) ist in der vorliegenden Stichprobe prozentual häufiger vertreten als im bundesweiten Durchschnitt (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021). Innerhalb dieser Diagnosegruppe fällt auf, dass die Wiederaufnahmerate nicht signifikant, aber im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen mit 60% (N=6) etwas erhöht ist. Erklärt werden könnte dies dadurch, dass Persönlichkeitsstörungen ein nachgewiesener Risikofaktor für stationäre Wiederaufnahmen darstellen (Huttner, 2006; Korkeila et al., 1998).

4.1.5.2 Geschlecht

Die Geschlechterverteilung innerhalb der Stichprobe entspricht dem Verhältnis aller StäB-Fälle in Deutschland im Jahr 2020. Frauen machen dabei etwa 2/3 und Männer etwa 1/3 der jeweiligen Stichproben aus (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021). Obwohl Frauen in der hier untersuchten Stichprobe etwas häufiger stationär wiederaufgenommen wurden als Männer, zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der stationären Wiederaufnahmerate. Laut Huttner (2006) hat das Geschlecht keinen relevanten Einfluss auf die Wiederaufnahmerate oder wird in der Literatur uneinheitlich beschrieben. Manche Studien beschreiben, dass Männer häufiger

wiederaufgenommen werden als Frauen (Haywood et al., 1995; Kastrup, 1987), während andere Studien zum gegenteiligen Ergebnis kommen (Besch et al., 2023). Rieke et al. (2016) konnten, wie in der vorliegenden Stichprobe, nach 12 Monaten keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der stationären Wiederaufnahme feststellen.

4.1.5.3 Alter

Das Alter ist ein weiterer soziodemographischer Faktor, deren Einfluss auf die stationäre Wiederaufnahmerate untersucht worden ist. In der untersuchten Stichprobe lässt sich kein signifikanter Unterschied der stationären Wiederaufnahmerate zwischen verschiedenen Altersgruppen feststellen.

In zahlreichen Studien wird beschrieben, dass das Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme mit dem Alter abnimmt (Huttner, 2006; Korkeila et al., 1998; Owusu et al., 2022; Woogh, 1986; Zilber et al., 1990). Diese Tatsache kann mit der vorliegenden Stichprobe nicht unterstrichen werden. In der ältesten Altersgruppe der Proband*innen über 70 Jahren findet sich mit 80% (N=4) sogar die höchste Wiederaufnahmerate aller Altersgruppen. Es ist anzunehmen, dass der Einfluss des Alters auf die Wiederaufnahmerate aufgrund der kleinen Stichprobe (N=50) und der im Vergleich zu den genannten Studien meist geringeren Beobachtungsdauer von 12 Monaten nicht zum Tragen gekommen ist.

4.1.5.4 Beschäftigung und Einkommen

Arbeitslosigkeit wird in vielen Studien als Risikofaktor für eine stationäre Wiederaufnahme in eine psychiatrische Behandlung beschrieben (Al-Shehhi et al., 2017; Owusu et al., 2022; Schmutte et al., 2010), gleichzeitig wird eine Anstellung als protektiver Faktor angegeben (Frick et al., 2013). In der vorliegenden Stichprobe zeigte sich bezüglich des Beschäftigungsverhältnisses hingegen kein signifikanter Unterschied in der stationären Wiederaufnahmerate. Ein Grund hierfür könnte die geringe Stichprobengröße (N=50) sein.

Signifikante Unterschiede in der stationären Wiederaufnahmerate konnten in Abhängigkeit des Haushalts-Gesamteinkommens der jeweiligen Proband*innen identifiziert werden. In der Einkommensgruppe bis 1.000€ lag die

Wiederaufnahmerate bei 61% (N=11) und in der Einkommensgruppe von 1.000€ bis 1.999€ bei 54% (N=7). In den Einkommensgruppen über 2.000€ wurde lediglich eine stationäre Wiederaufnahme festgestellt. Dass in Deutschland das Einkommen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, zeigt eine Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts. Demnach korreliert ein niedriger Sozialstatus mit dem Risiko einer psychischen Störung (Busch M. et al., 2011). Eine schlechtere psychische Gesundheit in Folge eines niedrigeren sozialen Status könnte vermehrte stationäre Wiederaufnahme bedingen. Weitere Studien beschreiben explizit eine höhere Wiederaufnahmerate bei schlechterem sozialem Status (Huttner, 2006; Munk-Jørgensen et al., 1991). Spiegel & Wissler (1986) berichten weiterführend davon, dass psychisch erkrankte Personen mit höherem Einkommen ihre gesundheitliche Verfassung vermehrt als gut einschätzen. Die positive Selbsteinschätzung könnte mit der Wiederaufnahmerate dadurch verknüpft sein, dass Personen, die mit der eigenen psychischen Erkrankung besser zurechtkommen, seltener einer stationären Behandlung bedürfen.

Interessanterweise ist der Unterschied der stationären Wiederaufnahme abhängig vom Einkommen innerhalb der KG der untersuchten Stichprobe signifikant, nicht jedoch innerhalb der IG. Die Wiederaufnahmerate in der Einkommensgruppe bis 1.999€ Netto-Gesamteinkommen in der IG lag bei 39% (N=7), während sie in der KG bei 85% (N=11) lag. Über die Ursachen dafür kann nur spekuliert werden. Eine plausible Erklärung wäre die bessere Anpassung der Therapie auf die persönlichen Ressourcen innerhalb der StäB durch die Behandlung im direkten Umfeld der Proband*innen. Im klinischen Setting könnten das persönliche Umfeld und die Ressourcen zuhause schlechter berücksichtigt werden. Weitere Untersuchungen sind nötig, um diese Vermutung zu bekräftigen.

4.1.5.5 Wohnsituation

Unter dem Punkt Wohnsituation wurden an der vorliegenden Stichprobe verschiedene Aspekte untersucht. Zunächst ergab sich hinsichtlich der Art der Wohnung kein signifikanter Unterschied in der stationären Wiederaufnahmerate. Es gilt zu beachten, dass der Großteil der Proband*innen in privaten

Wohnformen, z. B. Mietwohnung oder eigenem Haus, und nur wenige Proband*innen in betreuten Wohnformen wohnten. Daher kommt die geringe Stichprobengröße als mögliche Ursache für den nicht signifikanten Unterschied in Betracht. Ob die Wohnungsform Einfluss auf die Wiederaufnahme hat, wird in der Literatur konträr diskutiert. Einige Studien kommen zum Ergebnis, dass betreute bzw. nicht private Wohnformen ein Risikofaktor für die stationäre Wiederaufnahmerate darstellen (Ortiz, 2019; Schmutte et al., 2010), während andere eine Reduktion der Wiederaufnahme durch diese Wohnformen beschreiben (Frick et al., 2013).

Überdies bestand bezüglich der im Haushalt lebenden Personen kein signifikanter Unterschied in der stationären Wiederaufnahmerate der untersuchten Stichprobe. Allerdings war die Wiederaufnahmerate unter den alleinlebenden Proband*innen etwas höher (56%; N=9) als unter den Proband*innen, die mit mindestens einer weiteren Person zusammen wohnten (39%; N=13). Das Wohnen in einem Einpersonenhaushalt wird auch in früheren Studien als ein Faktor beschrieben, der mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu einer stationären Wiederaufnahme führt, als wenn Proband*innen mit anderen Personen zusammenwohnen (Antonioli et al., 1988; Dixon et al., 1997; Oiesvold et al., 2000).

Zuletzt konnte in der untersuchten Stichprobe gezeigt werden, dass die Wiederaufnahmerate innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten unter Proband*innen mit im Haushalt lebenden Kindern signifikant geringer (17%; N=2) war, als die der Proband*innen ohne Kinder im Haushalt (54%; N=20). Eine denkbare Ursache für das Phänomen, dass Personen mit Kindern seltener stationär wiederaufgenommen werden bzw. stationäre Aufenthalte meiden, wurde von Schmid et al. (2008) beschrieben. In deren Befragung an Patient*innen mit Kindern gaben 55% an, aus Sorge der Versorgungssituation ihrer Kinder bereits eine stationäre Behandlung nicht in Anspruch genommen oder vorzeitig beendet zu haben. In Zusammenschau der Ergebnisse dieser Studie und den Untersuchungen am vorliegenden Studienkollektiv scheinen im Haushalt lebende Kinder einen relevanten Einfluss auf die Wiederaufnahmerate zu haben. Die StäB kann im Vergleich zur vollstationären Behandlung laut

Brieger et al. (2021) die Chance bieten, die stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen, ohne getrennt von den Kindern leben zu müssen. Dieser Vorteil scheint von einigen Patient*innen bereits genutzt zu werden. In einer Studie zur StäB aus München wird beschrieben, dass sich unter den Direktaufnahmen in eine StäB im Vergleich zur Aufnahme auf Station mehr Patient*innen mit Kindern befanden (Klocke et al., 2022).

4.1.6 Zusammenfassung

Hinsichtlich der stationären Wiederaufnahmerate fanden sich in der untersuchten Stichprobe keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG bei einer etwas geringeren Wiederaufnahmerate innerhalb der IG. Vergleichbare Studien aus dem nationalen und internationalen Kontext kommen ebenfalls zu diesem Schluss oder können eine signifikant geringere Wiederaufnahmerate unter Proband*innen, die eine aufsuchende Behandlung erhalten hatten, im Vergleich zu denen mit einer vollstationären Behandlung feststellen. Die Behandlungsmethoden scheinen folglich bezüglich der Wiederaufnahmerate äquivalent zu sein. Allerdings sind Studien nötig, um zu klären, weshalb die Wiederaufnahmen vermehrt in eine vollstationäre Behandlung münden (vgl. 4.1.1).

Proband*innen der IG wurden sowohl in dieser Stichprobe als auch in weiteren Studien zu aufsuchenden Behandlungsformen aus dem deutschsprachigen Raum etwas später stationär wiederaufgenommen als Proband*innen der KG. Der Unterschied war jeweils nicht signifikant (vgl. 4.1.2).

Die Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen unterscheidet sich ebenfalls nicht signifikant zwischen Proband*innen der IG und der KG. Dieses Ergebnis finden auch vergleichbare Studien aus dem deutschsprachigen Raum. Zudem korreliert die Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen mit den stationären Voraufenthalten vor Aufnahme in die Studie (vgl. 4.1.3).

Die Dauer der Indexaufenthalte entspricht nahezu den deutschlandweiten durchschnittlichen Verweildauern in einer StäB bzw. vollstationären Behandlung. Eine StäB dauert dabei signifikant länger als eine vollstationäre Behandlung. Hinsichtlich der Gesamtdauer der stationären Wiederaufnahmen unterscheiden

sich IG und KG nicht voneinander. In deutschen und internationalen Studien zu vergleichbaren aufsuchenden Behandlungsformen im Vergleich mit vollstationärer Behandlung sind die Unterschiede ebenfalls nicht signifikant oder die Aufenthaltsdauer zu Gunsten der IG verkürzt (vgl. 4.1.4).

Unter den psychosozialen und soziodemographischen Faktoren besteht bezüglich der Hauptdiagnose (vgl. 4.1.5.1), des Geschlechts (vgl. 4.1.5.2) und der Art der Wohnung (vgl. 4.1.5.5) sowohl in dieser Stichprobe als auch in der bestehenden Literatur kein eindeutig signifikanter Einfluss auf die Wiederaufnahmerate. Das Alter wird in zahlreichen Studien als risikomildernd (vgl. 4.1.5.3) und Arbeitslosigkeit risikosteigernd (vgl. 4.1.5.4) für eine Wiederaufnahmerate beschrieben, was in der untersuchten Stichprobe jeweils nicht bestätigt werden konnte. Geringes Einkommen (vgl. 4.1.5.4) und das Wohnen allein (vgl. 4.1.5.5) scheinen sowohl in anderen als auch in der vorliegenden Studie ein Risikofaktor für die stationäre Aufnahme zu sein. Proband*innen mit Kindern wurden signifikant seltener stationär wiederaufgenommen als Proband*innen ohne Kinder (vgl. 4.1.5.5).

4.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V am Studienzentrum Reutlingen

Die Ergebnisse zur Dauer und Häufigkeit der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nach SGB V werden im nachfolgenden Kapitel vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Publikationen diskutiert. Die Unterkapitel sind in den stationären und teilstationären sowie ambulanten Bereich aufgegliedert.

4.2.1 Stationärer und teilstationärer Bereich

Die Inanspruchnahme von vollstationärer psychiatrischer Behandlung und StäB sind bereits in Kapitel 4.1.3 und 4.1.4 beleuchtet worden. Im folgenden Teilkapitel soll der Fokus daher auf die teilstationäre psychiatrische und die vollstationäre Behandlung in somatischen Kliniken sowie in psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationskliniken oder RPK-Kliniken gesetzt werden.

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Aufenthalten in psychiatrischen TKs unterscheidet sich innerhalb der untersuchten Stichprobe nicht zwischen den Proband*innen der KG und der IG. Eine Studie aus der Schweiz, in der eine aufsuchende Behandlungsform mit der stationären Standardbehandlung über einen Zeitraum von 24 Monaten verglichen wurde, fand ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen IG und KG hinsichtlich der teilstationären Behandlungsdauer (Stulz et al., 2020). Weinmann et al. (2022) beschreiben, dass von den beobachteten Proband*innen, die eine StäB erhalten hatten, niemand in eine teilstationäre Behandlung aufgenommen wurde, während 7% der Proband*innen der KG (N=3), die initial vollstationär behandelt wurden, im Beobachtungszeitraum von 12 Monaten teilstationär behandelt wurden. Die Signifikanz ist in der Studie nicht beschrieben. Allerdings ist aufgrund der geringen Stichprobengröße der genannten Studie (N=43) vermutlich von keinem signifikanten Unterschied auszugehen. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse und der genannten Studien scheint die Behandlungsform der Indexbehandlung keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme der teilstationären Behandlung im nachfolgenden Beobachtungszeitraum gehabt zu haben.

55% (N=6) der in eine teilstationäre Behandlung aufgenommenen Proband*innen wurden innerhalb einer Woche nach Entlassung aus der Indexbehandlung in die TK aufgenommen. Dies entspricht 12% (N=6) aller 50 beobachteten Proband*innen. Laut Statistischem Bundesamt erfolgen ca. 4% der Entlassungen aus einer allgemeinspsychiatrisch stationären Behandlung in eine TK (Statistisches Bundesamt, 2022a). Als mögliche Ursachen für den höheren Prozentsatz der vorliegenden Ergebnisse kommt einerseits die geringe Stichprobengröße in Betracht. Andererseits ist aus dem Bericht des Statistischen Bundesamtes nicht zu entnehmen, wie die Entlassung in eine teilstationäre Behandlung definiert ist. Der Zeitraum von einer Woche wurde in der vorliegenden Untersuchung durch den Autor festgelegt und ist daher möglicherweise nicht mit den Daten des Statistischen Bundesamtes vergleichbar.

Die Untersuchungen dieser Arbeit zeigen hinsichtlich der Häufigkeit für stationäre Aufenthalte in somatischen Kliniken keinen signifikanten Unterschied zwischen

Proband*innen der IG und der KG. Die Behandlungsform der Indexbehandlung hatte innerhalb der untersuchten Stichprobe demnach keinen relevanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von stationären Leistungen in somatischen Kliniken im nachfolgenden Beobachtungszeitraum. Allerdings ist die Anzahl der Proband*innen, die eine solche Leistung in Anspruch genommen haben (N=7), gering, sodass zur Bestätigung dieses Ergebnisses weitere Studien notwendig sind. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in somatischen Kliniken ist innerhalb der beobachteten Stichprobe mit 5 Tagen kürzer als der bundesweite Durchschnitt der Verweildauer in allgemeinen Krankenhäusern von 6,5 Tagen (Statistisches Bundesamt, 2022a).

Bezüglich der Häufigkeit der Inanspruchnahme von stationären Leistungen in einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationsklinik oder einer RPK-Klinik zeigte sich zwischen Proband*innen der IG und der KG der untersuchten Stichprobe im Beobachtungszeitraum kein signifikanter Unterschied. Die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist aufgrund der geringen Anzahl an Proband*innen mit Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung (N=4) begrenzt. Bemerkenswert ist, dass sich ein*e Proband*in nach Entlassung aus der Indexbehandlung bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes durchgehend in stationärer Rehabilitation befand. Dies beeinflusste die hohe durchschnittliche Verweildauer (87 Tage) in einer stationären Rehabilitationseinrichtung maßgeblich. Die Aufenthalte der anderen 3 Proband*innen waren deutlich kürzer und dauerten zwischen 6 und 47 Tage.

4.2.2 Ambulanter Bereich

Die meisten Proband*innen der untersuchten Stichprobe nahmen während des Beobachtungszeitraumes ambulante medizinische Leistungen bei niedergelassenen Psychiater*innen, niedergelassenen Psycholog*innen, Hausärzt*innen, sonstigen niedergelassenen Ärzt*innen sowie in PIAs und in psychotherapeutischen Ambulanzen in Anspruch. Im Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung waren es 90% (N=43) und innerhalb der 3 Monate vor der 12M-FU-Befragung 88% (N=42). Die hohen prozentualen Anteile der ambulanten Weiterversorgung nach dem stationären Indexaufenthalt könnten

Hinweis auf eine gute Behandlungskontinuität sein. Ebenso könnten die Zahlen die gute ambulante Versorgungsstruktur im Landkreis Reutlingen, insbesondere im Stadtgebiet Reutlingen, unterstreichen.

In beiden oben genannten Zeiträumen fällt auf, dass sich Proband*innen der IG in Summe jeweils länger in ambulanter Behandlung befanden als Proband*innen der KG. Ein möglicher Grund könnte sein, dass die Proband*innen der IG nicht-stationäre Behandlungen bevorzugen und daher eher ambulante Leistungen in Anspruch nehmen. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist jedoch weder über alle ambulanten Kontakte noch für die jeweiligen Leistungserbringer*innen des ambulanten Kontaktes getrennt betrachtet statistisch signifikant. Stulz et al. (2020) beschreiben in ihrer Studie ein vergleichbares Ergebnis. Die Summe der ambulanten Behandlungskosten von Proband*innen jener Studie, die ursprünglich ein HT erhalten hatten, war ebenfalls nicht signifikant höher als die der Kontrollproband*innen.

Weitere Studien, die die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen vergleichend für Proband*innen in HT und stationärer Standardbehandlung beschreiben, waren in der Vergangenheit (vgl. Burns et al., 2001) und sind nach wie vor nicht verfügbar. Zukünftige Studien sind daher nötig, um die bisherigen Ergebnisse zu überprüfen.

4.2.3 Zusammenfassung

Sowohl im stationären und teilstationären Bereich (vgl. 4.2.1) als auch im ambulanten Bereich (vgl. 4.2.2) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Proband*innen der IG und der KG bezüglich der Dauer bzw. Häufigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen. Diese Ergebnisse sind mit den wenigen vorhandenen Publikationen vergleichbar. Insgesamt bedürfen die Ergebnisse aufgrund kleiner Fallzahlen und spärlich vorhandener Vergleichsliteratur weitere Studien mit vergleichbaren Fragestellungen zur Überprüfung.

4.3 Psychosoziales Funktionsniveau und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen

Mithilfe von 4 Messinstrumenten wurde das psychosoziale Funktionsniveau und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Proband*innen untersucht. Die Ergebnisse der untersuchten Stichprobe werden im folgenden Kapitel mit der vorhandenen Literatur verglichen und interpretiert.

4.3.1 HoNOS

Im Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung verringerte sich der HoNOS-Gesamtwert sowohl innerhalb der IG als auch der KG. Je niedriger der HoNOS-Gesamtwert ist, umso besser ist das psychosoziale Funktionsniveau. Zwischen den Proband*innen der IG und der KG gibt es dabei weder zu Beginn der Studie noch nach 6 bzw. 12 Monaten einen signifikanten Unterschied. Damit entsprechen die vorliegenden Ergebnisse der Untersuchungen an der Reutlinger Stichprobe den ersten Ergebnissen der AKtiV-Gesamtstudie. In ersten Publikationen wird zum Zeitpunkt der Indexbehandlung am Beginn der Studie ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen der IG und KG beschrieben (Nikolaidis et al., 2023; Weinmann et al., 2023).

Interessanterweise veränderte sich der HoNOS-Gesamtwert vor allem zwischen der Baseline- und der 6M-FU-Befragung, also zwischen Aufnahme in die Studie bzw. Indexbehandlung und der 6M-FU-Befragung 6 Monate danach. Zwischen der 6M-FU- und der 12M-FU-Befragung am Ende des Beobachtungszeitraumes blieb der HoNOS-Gesamtwert auf nahezu gleichem Niveau und veränderte sich nicht mehr signifikant. Die Ursache hierfür könnte eine tatsächliche Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus infolge der stationären psychiatrischen Behandlung bei Aufnahme in die Studie, in Form einer StäB oder einer vollstationären Behandlung, sein. Diese Annahme unterstreichen die Ergebnisse weiterer Studien mit vergleichbaren Untersuchungen. Darin wird eine Verbesserung des HoNOS-Gesamtwertes infolge einer psychiatrischen Behandlung ohne signifikante Unterschiede zwischen Gruppen, die ein HT oder

eine vollstationäre Behandlung erhalten hatten, beschrieben (Mötteli et al., 2018; Stulz et al., 2020). Auch Munz et al. (2011) konnten zwar keine signifikante, aber dennoch eine Verbesserung des HoNOS-Gesamtwertes nachweisen.

Andererseits wurde die Baseline-Befragung im Gegensatz zu den 6M-FU- und 12M-FU-Befragungen vor diesem Dissertationsprojekt durch das Studienteam am Studienzentrum Reutlingen durchgeführt. Da die HoNOS durch eine*n Rater*in fremdeingeschätzt bewertet wird, besteht auch die Gefahr eines Interrater-Bias. D.h. die Proband*innen würden bei gleichem tatsächlichen psychosozialen Funktionsniveau von verschiedenen Personen in der HoNOS unterschiedlich eingeschätzt und bewertet werden. Diese Tatsache könnte die Vergleichbarkeit des zeitlichen Verlaufs des HoNOS-Gesamtwertes und somit die Ergebnisse beeinflusst haben. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass die HoNOS jeweils das psychosoziale Funktionsniveau der letzten 7 Tage abbildet. Bei Aufnahme in die Studie bestand bei allen Proband*innen eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit. Dies ist Voraussetzung für die Aufnahme in eine StäB oder eine vollstationäre Behandlung (vgl. 1.2.2.2) und in die AKtiV-Studie. Zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung, also bei Aufnahme in die Indexbehandlung bzw. Studie, befanden sich die Proband*innen mutmaßlich in einer psychiatrischen Krise bzw. Ausnahmesituation. Dies spiegelte sich wahrscheinlich auch in der Bewertung des psychosozialen Funktionsniveaus mittels der HoNOS wider. Den 6M-FU- und 12M-FU-Befragungen ging in den meisten Fällen keine erneute aktuelle Krise voraus, wodurch sich das psychosoziale Funktionsniveau bereits aus diesem Grund verbessert darstellen könnte. Über das psychosoziale Funktionsniveau vor der psychiatrischen Krise, die zur Aufnahme in die stationäre Indexbehandlung geführt hat, ist in der vorliegenden Studie nichts bekannt. Die womöglich aufgezeigte Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus bezieht sich daher auf die Ausgangssituation zu Beginn der Studie. Informationen über ein Verhältnis zum Niveau vor der zur stationären Aufnahme führenden psychiatrischen Krise oder dessen Wiedererlangen sind in den untersuchten Ergebnissen folglich nicht enthalten.

Trotz aller aufgeführten zu beachtenden Limitationen verbesserte sich das psychosoziale Funktionsniveau gemessen mit der HoNOS über den Beobachtungsraum gleichwertig innerhalb der IG und der KG. Vor diesem Hintergrund und den Ergebnissen der oben genannten Studien sind die StäB und die vollstationäre psychiatrische Behandlung bezogen auf das am psychosozialen Funktionsniveau gemessene Outcome als gleichwertig zu bewerten.

4.3.2 PSP-Skala

Das mithilfe des PSP-Gesamtwertes gemessene psychosoziale Funktionsniveau verbesserte sich über den Beobachtungszeitraum von 12 Monaten sowohl innerhalb der Gesamtstichprobe als auch für die IG und KG getrennt betrachtet. Zwischen IG und KG gibt es zu keinem Befragungszeitpunkt einen signifikanten Unterschied. Damit entsprechen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen an der Reutlinger Stichprobe den ersten Publikationen der AKtiV-Gesamtstudie. Zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung wurde in der Gesamtstudie ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG bezüglich des PSP-Gesamtwertes nachgewiesen (Nikolaidis et al., 2023; Weinmann et al., 2023).

Der zeitliche Verlauf des anhand der PSP-Skala gemessenen psychosozialen Funktionsniveaus ist mit den Ergebnissen der HoNOS vergleichbar (vgl. 3.3.1 und 3.3.2). Während zwischen der Baseline- und der 6M-FU-Befragung ein Anstieg des psychosozialen Funktionsniveaus nachgewiesen werden kann, bleibt das Niveau zwischen 6M-FU- und 12M-FU-Befragung nahezu konstant. Mögliche Ursachen und Limitationen wurden im vorangegangenen Unterkapitel ausführlich diskutiert (vgl. 4.3.1) und sind auf die Interpretation der Ergebnisse der PSP-Skala übertragbar.

Studien zur vergleichenden Untersuchung von HT und vollstationärer Behandlung mittels der PSP-Skala sind aktuell nicht verfügbar. Allerdings bestätigen Studien unter Verwendung anderer Skalen eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus sowohl durch eine StäB (Boyens et al., 2021) als auch unabhängig von der Form der Indexbehandlung (Mötteli et al., 2018).

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse und Studien können StäB und vollstationäre Behandlung folglich gemessen am psychosozialen Funktionsniveau der Proband*innen als äquivalent gewertet werden.

4.3.3 EQ-5D-5L

Mithilfe des EQ-5D-5L-Fragebogens wurde die subjektiv empfundene gesundheitsbezogene Lebensqualität der Proband*innen erfasst. Über den Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung zeigte sich dabei im EQ-5D-5L-Indexwert eine leichte Verschlechterung der Lebensqualität. Der Unterschied über den zeitlichen Verlauf ist allerdings nicht signifikant. Wird die subjektiv empfundene Lebensqualität anhand des EQ-5D-5L-Gesundheitslevels beurteilt (vgl. 2.2.5 und 3.3.3), so sind die Werte nach zwischenzeitlichem Anstieg in der 6M-FU-Befragung, für die Gesamtstichprobe sowie jeweils für die Proband*innen der IG und KG aufgetrennt, am Ende des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten auf gleichem Niveau wie zu Beginn der Studie. Insgesamt scheint sich die subjektive Lebensqualität der Proband*innen im Beobachtungszeitraum also nicht relevant verändert zu haben.

Studien, die den Verlauf der Lebensqualität zwischen Proband*innen nach einer StäB bzw. vollstationären Behandlung miteinander vergleichen und die vorliegenden Ergebnisse bekräftigen könnten, sind derzeit nicht verfügbar. Vorhandene Studien, die eine langfristige psychiatrische Begleitung psychisch Erkrankter untersuchten, weisen auf positive Effekte der aufsuchenden psychiatrischen Behandlung hinsichtlich der subjektiv empfundenen Lebensqualität hin (Klug et al., 2010; Lambert et al., 2017; Schöttle et al., 2018).

Zwischen IG und KG konnte in der untersuchten Reutlinger Stichprobe zu keinem Befragungszeitpunkt ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. In ersten Auswertungen der AKtiV-Gesamtstudie zeigte sich für den Zeitpunkt der Baseline-Befragung ein kongruentes Ergebnis (Nikolaidis et al., 2023; Weinmann et al., 2023). Die Behandlungsform der Indexbehandlung scheint demnach keinen relevanten Einfluss auf die subjektive Lebensqualität der Proband*innen gehabt zu haben.

4.3.4 RAS-G

Das subjektive Genesungslevel der Proband*innen wurde zu allen 3 Befragungszeitpunkten mit der RAS-G erfasst. Dabei zeigte sich zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen Proband*innen der IG und der KG. Erste Publikationen der AKtiV-Gesamtstudie beschreiben zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung mit den vorliegenden Ergebnissen übereinstimmend keine Unterschiede zwischen den zwei untersuchten Gruppen (Nikolaidis et al., 2023; Weinmann et al., 2023).

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Befragungszeitpunkten zeigen sich auch im zeitlichen Verlauf der Mittelwerte des RAS-G-Gesamtscores. Die subjektiven Genesungslevels der Proband*innen scheinen somit über den Beobachtungszeitraum von Aufnahme in die Studie bzw. Indexbehandlung bis 12 Monate danach konstant geblieben zu sein. Ein Einfluss der Form der stationären Indexbehandlung auf das subjektive Genesungslevel konnte nicht nachgewiesen werden, da sich die Mittelwerte von Proband*innen der IG und der KG zu keinem Befragungszeitraum signifikant unterschieden. Vergleichbare Studien, die diese Ergebnisse bestätigen könnten, stehen aktuell nicht zur Verfügung. Die noch ausstehenden Ergebnisse der AKtiV-Gesamtstudie zu den 6M-FU- und 12M-FU-Befragungen könnten weitere Erkenntnisse liefern und die hier gefundenen Ergebnisse gegebenenfalls unterstreichen.

4.3.5 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen deuten an, dass die Behandlungsform der Indexbehandlung keinen nachweisbaren Einfluss auf das psychosoziale Funktionsniveau (vgl. 4.3.1 und 4.3.2), die subjektive empfundene Lebensqualität (vgl. 4.3.3) oder das subjektive Genesungslevel (vgl. 4.3.4) der Proband*innen hat. Das psychosoziale Funktionsniveau der Proband*innen gemessen mit der HoNOS und der PSP-Skala ist sowohl in der IG als auch der KG über den Beobachtungszeitraum von 12 Monaten kongruent zu vergleichbaren Publikationen angestiegen (vgl. 4.3.1 und 4.3.2). Die subjektiv empfundene Lebensqualität und das subjektive Gesundheitslevel gemessen mit

dem EQ-5D-5L-Fragebogen bzw. der RAS-G sind in beiden Gruppen über den Beobachtungszeitraum auf stabilem Niveau verblieben (vgl. 4.3.3 und 4.3.4).

4.4 Vergleich der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten

Das Versorgungsgebiet um das Studienzentrum Reutlingen ist städtisch geprägt, während das benachbarte Studienzentrum Zwiefalten in einem ländlich geprägten Gebiet liegt. Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse der vergleichenden Untersuchungen der beiden Studienzentren in Bezug auf die stationäre Wiederaufnahmerate sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V diskutiert und interpretiert werden.

4.4.1 Stationäre Wiederaufnahme

Die Wiederaufnahmerate in eine stationäre psychiatrische Behandlung innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung war am Studienzentrum in Zwiefalten geringfügig höher als am Studienzentrum Reutlingen. Der Unterschied zwischen den beiden Studienzentren ist statistisch nicht signifikant. Die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und die städtische bzw. ländliche Prägung der jeweiligen Studienzentren scheinen den Ergebnissen zufolge keinen relevanten Einfluss auf die stationäre Wiederaufnahmerate zu haben.

Eine Studie, die Patient*innendaten einer Klinik in Regensburg analysierte, identifizierte das Leben im städtischen Umfeld als Risikofaktor für eine stationäre Wiederaufnahme (Frick et al., 2013). Die Autor*innen jener Studie geben an, von keiner weiteren Studie mit vergleichbaren Ergebnissen zu wissen. Auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen können diesen vermeintlichen Risikofaktor nicht bestätigen, da die Wiederaufnahme im ländlich geprägten Studienzentrum Zwiefalten, wenn auch nicht signifikant, höher war.

Allerdings war die Gesamtdauer der stationären Wiederaufnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraumes am Reutlinger Studienzentrum signifikant länger als am Zwiefalter Studienzentrum. Die wiederaufgenommenen Proband*innen aus der Reutlinger Stichprobe waren somit nach der Indexbehandlung durchschnittlich häufiger bzw. jeweils länger in stationärer psychiatrischer Behandlung. Diese Tatsache könnte das Ergebnis der oben genannten Studie

stützen, das Leben in städtischem Umfeld stelle einen Risikofaktor für die stationäre Wiederaufnahme dar. Andererseits handelt es sich beim im Zuge dieser Dissertationsarbeit untersuchten Studienkollektiv um eine vergleichsweise kleine Stichprobe. Somit dürfte die Allgemeingültigkeit der gefundenen Ergebnisse eines einzelnen Studienzentrums eingeschränkt sein. Eine abgeschlossene Dissertationsarbeit, die ebenfalls Patient*innengruppen der beiden Kliniken in Reutlingen und Zwiefalten verglichen hat, verdeutlicht zudem den relevanten Einfluss der Stichprobenzusammensetzung auf die unterschiedliche Behandlungsdauer an den Studienzentren (Götz, 2022). Die Differenzen der Behandlungsdauer zwischen den beiden Kliniken ihrer Stichprobe führt die Autorin auf stichprobenspezifischen Faktoren, wie bspw. Voraufenthalte oder Diagnosen der einzelnen Proband*innen, und nicht zwingend auf die städtische oder ländliche Prägung des jeweiligen Umfelds der Klinik zurück. Der in der vorliegenden Arbeit gefundene signifikante Unterschied der Gesamtdauer der stationären Wiederaufnahme zwischen den beiden Studienzentren könnte somit ebenfalls auf bisher nicht nachgewiesene Faktoren der Stichprobenzusammensetzung an den einzelnen Studienzentren zurückzuführen sein.

Die Zeitspanne bis zu einer erneuten stationären Aufnahme nach der Indexbehandlung war zwischen den beiden Studienzentren nicht signifikant verschieden. War eine stationäre Wiederaufnahme notwendig, erfolgte diese an beiden Studienzentren vermehrt in eine vollstationäre psychiatrische Behandlung und seltener in eine StäB. Auch in diesen beiden Punkten scheinen sich die beiden Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten nicht relevant voneinander zu unterscheiden. Somit können die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen keine relevanten Unterschiede zwischen städtisch und ländlich geprägtem Studienzentrum hinsichtlich der Wiederaufnahmerate, der Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme und der Behandlungsform bei stationärer Wiederaufnahme aufzeigen.

4.4.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V

4.4.2.1 Stationärer und teilstationärer Bereich

Der Vergleich der Inanspruchnahme von stationärer psychiatrischer Behandlung zwischen den beiden Studienzentren ist bereits in Kapitel 4.4.1 beleuchtet worden. Im folgenden Teilkapitel werden die Inanspruchnahme der teilstationären psychiatrischen Behandlung und der vollstationären Behandlung in somatischen Kliniken sowie in psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationskliniken oder RPK-Kliniken vergleichend diskutiert.

Proband*innen am städtisch geprägten Studienzentrum Reutlingen waren etwas häufiger in teilstationärer Behandlung als Proband*innen am ländlich geprägten Studienzentrum Zwiefalten. Der Unterschied der Inanspruchnahme von teilstationären psychiatrischen Leistungen war allerdings nicht statistisch signifikant. Außerdem wurden gut die Hälfte der Proband*innen des Reutlinger Studienkollektivs innerhalb einer Woche nach der Indexbehandlung in eine TK aufgenommen, während das innerhalb des Zwiefalter Studienkollektivs nie der Fall war. In einer Pilotstudie, in der ebenfalls Proband*innengruppen an den Kliniken der beiden genannten Studienzentren verglichen wurden, konnte gezeigt werden, dass Proband*innen an der Reutlinger Klinik nach stationärem Aufenthalt häufiger teilstationär weiterbehandelt wurden als Proband*innen, die stationär in der Zwiefalter Klinik behandelt wurden (Götz, 2022). Die Ergebnisse jener Studie sind damit kongruent mit den vorliegenden Ergebnissen und könnten auf einen strukturellen Unterschied zwischen den beiden untersuchten Kliniken mit ihren Versorgungsgebieten hinweisen. Während in Reutlingen eine TK mit mehreren Spezialisierungen direkt in der Nachbarschaft der stationären psychiatrischen Klinik vorhanden ist, gibt es in Zwiefalten selbst keine teilstationären Behandlungsplätze (vgl. 1.2.6.3 und 1.2.6.4). Ob die unterschiedliche Inanspruchnahme der teilstationären Behandlungen tatsächlich mit dem räumlich unmittelbaren Vorhandensein der TKs zusammenhängt oder andere strukturelle bzw. organisatorische Ursachen ursächlich sind, müsste in weiteren Studien untersucht werden.

Hinsichtlich der Häufigkeit der stationären Aufenthalte in somatischen Kliniken unterscheiden sich die Proband*innen der beiden Studienzentren ebenfalls nicht statistisch signifikant. Die von den Proband*innen genannten Fachabteilungen sind zudem im Hinblick auf einen möglichen Zusammenhang mit der psychischen Störung in beiden Studienkollektiven vergleichbar. An beiden Studienzentren wurden einerseits Fachabteilungen genannt, mit denen ein durch eine psychische oder psychosomatische Störung bzw. einen psychischen Ausnahmezustand verursachter Aufenthalt in Verbindung gebracht werden könnte. Dazu könnten Aufenthalte auf der Intensivstation, in der Unfallchirurgie oder in einer Schmerzklinik zählen. Zum anderen wurden in beiden Studienkollektiven Fachabteilungen genannt, bei denen ein Aufenthalt höchst wahrscheinlich nicht mit einer psychischen Störung in Verbindung steht, wie bspw. Geburtsklinik oder Hämatologie.

Zuletzt zeigte sich weder hinsichtlich der Häufigkeit noch der durchschnittlichen Dauer eines Aufenthalts in einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Rehabilitationsklinik oder einer RPK-Klinik ein signifikanter Unterschied zwischen den Studienkollektiven der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten. Allerdings nahmen nur ein*e Proband*in des Zwiefalter Studienkollektivs und 3 Proband*innen des Reutlinger Studienkollektivs eine stationäre Rehabilitationsleistung in Anspruch, sodass die Stichprobengröße sehr klein und somit eine Verallgemeinerung des Ergebnisses nicht zielführend ist.

4.4.2.2 Ambulanter Bereich

In Bezug auf die Häufigkeit und die Gesamtdauer von in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen nach SGB V zeigen sich zwischen den Studienkollektiven des städtisch geprägten Studienzentrums Reutlingen und des ländlich geprägten Studienzentrums Zwiefalten keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen waren zwar in beiden Beobachtungszeiträumen von jeweils 3 Monaten vor der 6M-FU- bzw. 12M-FU-Befragung durchschnittlich etwas länger in ambulanter Behandlung als

Proband*innen am Studienzentrum Zwiefalten, jedoch zeigte sich weder für die Gesamtdauer aller ambulanten Kontakte noch für die Dauer der Inanspruchnahme bei einzelnen Leistungserbringer*innen ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Studienkollektiven. Somit scheint sich die Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Leistungen der Proband*innen an den beiden Studienzentren trotz der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen (vgl. 1.2.6.3 und 1.2.6.4) nicht wesentlich voneinander zu unterscheiden.

In einer Pilotstudie zur StäB, in der ebenfalls Proband*innengruppen an den Kliniken der beiden genannten Studienzentren verglichen wurden, zeigte sich, dass die Nutzung von ambulanten Leistungen zwischen den beiden Gruppen unterschiedlich war. Die in Zwiefalten stationär behandelten Proband*innen wurden in jener Studie häufiger in einer PIA oder durch andere Ärzt*innen weiterbehandelt, während die in Reutlingen behandelten Proband*innen zusätzlich bei niedergelassenen Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen weiterbehandelt wurden (Götz, 2022). Diese vielseitigere Nutzung von ambulanten Behandlungen im städtisch geprägten Reutlinger Studienkollektiv im Vergleich zum Zwiefalter Studienkollektiv kann mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchungen nicht bestätigt werden. Die Gesamtdauer an in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen ist in der oben genannten Studie nicht beschrieben. Der nicht signifikante Unterschied der Gesamtdauer der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen könnte somit einerseits Hinweis auf einen Unterschied der Versorgungsstruktur geben, indem durch ein größeres Angebot am Reutlinger Studienzentrum auch mehr ambulante Leistungen in Anspruch genommen werden. Andererseits könnten weitere nicht untersuchte Faktoren der Stichprobenszusammensetzung (vgl. 4.1.1) unabhängig eines wesentlichen Einflusses der jeweiligen Versorgungsstruktur die unterschiedliche zeitliche Nutzung der ambulanten Leistungen beeinflusst haben.

Insgesamt deuten die Ergebnisse somit trotz unterschiedlicher Versorgungsstrukturen auf keine relevanten Differenzen bei der Nutzung von ambulanten Leistungen zwischen den Studienkollektiven der beiden Studienzentren hin.

4.4.3 Zusammenfassung

Die jeweils unterschiedliche Versorgungsstruktur scheint die Studienkollektive des städtisch geprägten Studienzentrums Reutlingen und des ländlich geprägten Studienzentrums Zwiefalten nicht relevant beeinflusst zu haben. Zum einen wurden für die stationäre Wiederaufnahmerate, die Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme und die Behandlungsform bei stationärer Wiederaufnahme keine signifikanten Differenzen zwischen den Studienkollektiven der beiden Studienzentren festgestellt (vgl. 4.4.1). Zum anderen zeigten sich hinsichtlich der Inanspruchnahme der teilstationären psychiatrischen Behandlung, der vollstationären Behandlung in somatischen Kliniken sowie in Rehabilitationseinrichtungen und der Nutzung ambulanter Leistungen keine signifikanten Unterschiede (vgl. 4.4.2).

4.5 Exkurs: Erfahrungsbericht zum Einfluss der COVID-19-Pandemie

Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf das Leben und die Gesundheit der Proband*innen wird, wie unter 3.5 beschrieben, in verschiedenen Aspekten deutlich.

Die Pandemiesituation hatte mutmaßlich Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine Behandlungsform der stationären psychiatrischen Behandlung. Eine Person gab an, aus Angst vor einer Infektion mit dem Coronavirus die StäB einer vollstationären Behandlung bevorzugt zu haben. Jahn et al. (2022) beschreiben in ihrem Einzelfallbericht ebenso, dass die StäB, gerade vor dem Hintergrund der Angst einer Ansteckung in der Klinik, eine gute Alternative zur vollstationären Behandlung darstellen kann.

Ob die Angst vor einer Ansteckung auch der Grund für den Rückgang von Notfallbehandlungen in den Kliniken war, kann nur vermutet werden (AOK-Bundesverband, 2021). Im genannten Bericht des AOK-Bundesverbands wird aufgezeigt, dass die Fallzahlen für geplante Operationen in den Hochphasen der Pandemie deutlich zurückgegangen sind. Von abgesagten Operationen oder Untersuchungen berichteten auch einige der Proband*innen im Zuge dieses Exkurses. Der Großteil aller Proband*innen, denen medizinische Leistungen

nicht zur Verfügung standen, berichtete jedoch von Behandler*innen-Seite abgesagten Terminen im niedergelassenen Bereich. Dagegen hatten nur wenige angegeben, aus Angst vor Ansteckung selbst Termine abgesagt zu haben. Diese Verhältnisse unterscheiden sich von einer Studie der Universität Mainz (Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 2021). In jener Studie wurde der Anteil an verschobenen oder abgesagten Terminen untersucht und insbesondere, ob dieser Schritt von den Behandler*innen oder den Patient*innen ausgegangen war. Das Ergebnis dieser Studie zeigte, dass insgesamt 20,9% der Termine abgesagt oder verschoben wurden, 13,9% von Patient*innen-Seite und 8,8% von Behandler*innen-Seite ausgehend.

57% (N=26) der Proband*innen gaben in den während dieser Dissertationsarbeit durchgeführten Gesprächen an, durch die Kontaktbeschränkungen, die Ausgangssperre oder den Lockdown besonders belastet gewesen zu sein. Zrnić Novaković et al. (2022) untersuchten in sechs europäischen Ländern ebenfalls, was die Personen während der COVID-19-Pandemie besonders belastete. Die genannten belastend empfundenen Ereignisse waren vergleichbar: Einschränkungen und die emotionale Belastung durch die Kontaktbeschränkungen. In der Studie von Zrnić Novaković et al. (2022) gaben 6,51% der 7.309 befragten Personen an, in dieser Zeit nicht belastet gewesen zu sein. Im vorliegenden Exkurs waren es 22%. Der Unterschied könnte einerseits auf die deutlich geringere Stichprobengröße zurückzuführen sein. Andererseits berichten Mitarbeitende der StäB-Teams innerhalb des ZfP Südwürttemberg, dass Patient*innen mit psychischen Störungen, insbesondere mit schizophrenen Erkrankungen, während der Pandemie weniger belastet waren, weil die bisher als belastend empfundenen Kontakte durch den Lockdown weggefallen sind.

9% (N=4) der Proband*innen nannten Ängste vor der Infektion und Sorgen um die Zukunft als sehr belastend. In einer von Engelke et al. (2022) durchgeführten Umfrage mit 5.020 Eltern waren Ängste und Sorgen ebenfalls unter den am häufigsten genannten Punkten. Laut Bäuerle et al. (2020) führte der Ausbruch der COVID-19-Pandemie insgesamt zu einer Zunahme von Depressionen und Angststörungen. Außerdem wird dort eine allgemeine Verschlechterung des Gesundheitszustandes beschrieben. Auch 3 Proband*innen dieses Exkurses

berichten davon. Bemerkenswert ist, dass in der kleinen untersuchten Stichprobe eine Person auf eine durch die Umstände während der Pandemie ausgelösten Depression hinwies. Zum einen traten depressive Symptome während der Pandemie in der allgemeinen Bevölkerung insgesamt vermehrt auf, zum anderen konnte eine Verschlechterung des Zustandes von Personen mit depressiver Vorgeschichte aufgezeigt werden (Brakemeier et al., 2020).

In Bezug auf die positiven Aspekte der Pandemie nannten in der Studie von Zrnić Novaković et al. (2022) deutlich mehr Person einen Aspekt (82,98%) als in der vorliegenden Stichprobe (26%, N=12). Innerhalb Studienkollektiv dieses Exkurses zählten zu den meistgenannten positiven Aspekten, das Abstand halten und die vermehrt zur Verfügung stehende Zeit für sich und die Familie. Bei Zrnić Novaković et al. (2022) wurden v. a. das Lernen und Überdenken von Themen und das Zeitnehmen für schöne Unternehmungen genannt. Sich Zeit für sich selbst und andere Personen bzw. Aktivitäten zu nehmen, nannten auch Proband*innen in der Umfrage von Engelke et al. (2022). Dass die Pandemie von den Proband*innen im vorliegenden Exkurs insgesamt weniger positiv aufgefasst wurde und entgegen der Allgemeinbevölkerung Aspekte, wie das Abstandhalten oder der unauffällige soziale Rückzug als positiv bewertet wurden, könnte an der Stichprobenszusammensetzung liegen. Die Stichprobe bestand ausschließlich aus Menschen mit psychischer Erkrankung.

Abschließend gilt es zu beachten, dass die Auswertungen ausschließlich deskriptiven Charakter haben und einer Sammlung an gemachten Erfahrungen entsprechen. Durch die Spannweite der Befragungszeitpunkte von mehreren Monaten waren die jeweils aktuellen Umstände in Bezug auf die Pandemie und damit verbunden deren Einfluss und Stellenwert im Alltag der Proband*innen sehr unterschiedlich. Zu Beginn des Jahres 2022 waren noch viele Auswirkungen der Lockdowns im Winter zu spüren, während im Sommer 2022 die Pandemie bei vielen in den Hintergrund geraten war. Dies könnte die genannten Aspekte hinsichtlich Belastung oder positiver Aspekte in der Pandemie beeinflusst haben. Zudem darf über alle Punkte hinweg nicht vergessen werden, dass die hier vorliegenden Daten aus einer recht kleinen Stichprobe, bestehend ausschließlich aus Personen mit psychischer Erkrankung bzw. Vorbelastung, hervorgehen.

Trotzdem lässt sich mit diesem Exkurs, wenn auch nur im Ansatz, andeuten, dass die COVID-19-Pandemie die Menschen und insbesondere deren Gesundheit in unterschiedlichster Weise beeinflusst hat.

4.6 Schlussfolgerung, Limitationen und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Dissertationsarbeit geben Hinweise dafür, dass die vollstationäre psychiatrische Behandlung und die StäB als äquivalent anzusehen sind. So zeigen die Ergebnisse, dass sich die stationäre Wiederaufnahmerate der Proband*innen der IG, die als Indexbehandlung eine StäB erhalten hatten, und der Proband*innen der KG, die eine vollstationäre Behandlung erhalten hatten, nicht signifikant unterschieden hat. Die zentrale Hypothese, dass sich die stationäre Wiederaufnahmerate nicht zwischen IG und KG innerhalb von 6 und 12 Monaten nach Beginn der jeweiligen Indexbehandlung unterscheidet, wird damit beibehalten. Auch weitere Untersuchungen bezüglich der Dauer und Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen sowie der Zeitspanne bis zu einer stationären Wiederaufnahme konnten keine Unterschiede zwischen der IG und KG nachweisen. Überdies zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei der Inanspruchnahme von stationären, teilstationären oder ambulanten medizinischen Leistungen nach SGB V sowie bei der Entwicklung des psychosozialen Funktionsniveaus und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In Summe konnten somit keine relevanten Differenzen zwischen den Proband*innen der IG und KG innerhalb des Beobachtungszeitraumes festgestellt werden, was auf die Vergleichbarkeit der Indexbehandlung in Form einer StäB und vollstationären Behandlung hindeuten könnte. Lediglich die Dauer der Indexaufenthalte dauerte innerhalb der IG signifikant länger als in der KG. Dieses Ergebnis ist jedoch kongruent zu den ersten Ergebnissen der AKtiV-Gesamtstudie (Nikolaidis et al., 2023) und den vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verweildauern in den jeweiligen Behandlungsformen.

Die Limitationen dieser Studie sind zunächst vor allem durch die geringe Stichprobengröße und die Stichprobenszusammensetzung bedingt. Die in die Studie aufgenommenen Proband*innen wurden während des Rekrutierungszeitraumes allesamt an einer Klinik in Baden-Württemberg

behandelt, wodurch die Ergebnisse keines Falls als allgemeingültig angesehen werden dürfen. Außerdem war es nicht möglich, alle psychiatrischen Krankheitsbilder sowie alle psychosozialen und soziodemographischen Faktoren in einer für eine sinnvolle Auswertung ausreichenden Anzahl in der Stichprobe zu repräsentieren. Diese Tatsache könnte die Aussagekraft vor allem der Untersuchungen zum Einfluss der psychosozialen und soziodemographischen Faktoren auf die stationäre Wiederaufnahme, einschränken. Zudem konnten die Proband*innen während des Beobachtungszeitraumes zwischen den stationären Behandlungsformen frei auswählen. D.h. Proband*innen der IG sowie der KG konnten nach der Indexbehandlung sowohl vollstationär als auch in einer StäB behandelt werden. Dadurch könnten die Vergleiche zwischen den beiden Gruppen ebenfalls verzerrt worden sein, da nicht alle Proband*innen aus einer Gruppe ausschließlich mittels einer Behandlungsform behandelt wurden. Außerdem musste in 7 Fällen ein sogenanntes Zwangsmatching mit geringerer Übereinstimmung psychosozialer und soziodemographischer Faktoren von Proband*in der IG und entsprechendem*r Kontrollproband*in durchgeführt werden, um für alle Proband*innen der IG jeweils eine*n Kontrollproband*in in die Studie aufnehmen zu können. IG und KG unterschieden sich dennoch nicht signifikant voneinander. Allerdings könnten bei der Stichprobenauswahl insgesamt Selektionseffekte zum Tragen gekommen sein. Um in die Studie aufgenommen zu werden, mussten die entsprechenden Einschlusskriterien erfüllt sein. So konnte bspw. bei bestehender Fremd- oder Eigengefährdung, Intelligenzminderung oder nicht ausreichenden Sprachkenntnissen keine Aufnahme in die Studie erfolgen. Darüber hinaus mussten sowohl auf die Proband*innen der IG als auch auf die der KG die Aufnahmekriterien einer StäB zutreffen, was einen weiteren limitierenden Faktor für die Aufnahme in die Studie darstellt. Zudem konnten nur Proband*innen, die einer StäB als Alternative zur vollstationären Behandlung zugestimmt haben, für die IG in Frage kommen. Baumgardt et al. (2021) verweisen außerdem auf die insgesamt recht kurze Beobachtungsdauer der AKtiV-Studie von 12 Monaten. Durch die Einbettung dieser Studie in die AKtiV-Studie ist dieser Punkt an dieser Stelle als Limitation aufzuführen. Zuletzt haben sich erhobene Daten teilweise, z. B. bei der

Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, auf persönliche Angaben der Proband*innen bezogen und waren somit abhängig von deren Erinnerungsvermögen und der Richtigkeit der Angaben.

Trotz der zahlreichen Limitationen könnten die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen, dass die StäB eine wirksame und zur bisherigen Standardbehandlung alternative Behandlungsform darstellt. Nicht zuletzt ist die aufsuchende psychiatrische Behandlung in der aktuellen S3-Leitlinie mit dem höchsten Empfehlungsgrad versehen (DGPPN, 2019). Die noch ausstehenden Ergebnisse der AKtiV-Studie werden weitere, über die Ergebnisse der vorliegenden Dissertationsarbeit hinausgehende Erkenntnisse über die Wirksamkeit der StäB liefern. Diese Ergebnisse sind dadurch von Bedeutung, da sie einerseits eine Einordnung der Ergebnisse der vorliegenden Studie ermöglichen und andererseits erstmals Daten einer deutschlandweiten multizentrischen Studie zur StäB zur Verfügung stellen. Mithilfe dieser Informationen können weiterführende Fragestellungen beantwortet werden, die aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht hervorgegangen sind. Dazu zählt bspw. der Vergleich der Kosten von StäB und vollstationärer Behandlung. Letzten Endes werden zukünftige Studien mit längerem Beobachtungszeitraum benötigt, um Erkenntnisse zur langfristigen Wirksamkeit und Effizienz der StäB erhalten zu können.

5 Zusammenfassung

Im internationalen Kontext haben sich neben der vollstationären psychiatrischen Behandlung mindestens seit Mitte des letzten Jahrhunderts zahlreiche alternative aufsuchende Behandlungsmethoden etabliert. Wenn auch vergleichsweise verspätet, zeichnet sich in Deutschland schrittweise eine Tendenz in Richtung gemeindenaher Behandlungsformen ab. Die gesetzlich verankerte Einführung der StäB 2018 erweitert das Spektrum der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland um eine aufsuchende Behandlungsform mit dem Anspruch, der vollstationären Behandlung äquivalent zu sein. Trotz eines anhaltenden Diskurses um die StäB scheint sich die von einem multiprofessionellen Team durchgeführte Akutbehandlung nach und nach an vielen deutschen Kliniken zu etablieren.

Die deutschlandweite multizentrische AKtiV-Studie verfolgt das Ziel, die Implementierung und Wirksamkeit der StäB zu überprüfen. Die vorliegende Studie hat unter dem Schirm der AKtiV-Studie das Studienkollektiv des in Baden-Württemberg gelegenen Studienzentrums Reutlingen untersucht. Entsprechend war das Ziel der Studie, die Wirksamkeit der StäB im Vergleich zur bisherigen Standardbehandlung, der vollstationären psychiatrischen Behandlung, anhand verschiedener, teils standortspezifischer, Prädiktoren zu untersuchen. Dabei wurden neben der Untersuchung der stationären Wiederaufnahme der Proband*innen ein Schwerpunkt auf die Untersuchung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach SGB V sowie der Entwicklung psychosozialen Funktionsniveaus und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität während des Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten gelegt. Zuletzt wurde ein Vergleich des städtisch geprägten Studienzentrums Reutlingen mit dem benachbarten ländlich geprägten Studienzentrum Zwiefalten angestellt.

Die Stichprobe der Studie setzte sich zusammen aus 25 Proband*innen der IG, die als Indexbehandlung ab dem 01.01.2021 eine durch das StäB-Team der PP.rt Reutlingen durchgeführte StäB erhalten hatten, und 25 Kontrollproband*innen, die im gleichen Zeitraum an eben dieser Klinik vollstationär behandelt wurden und anhand eines Propensity-Score-Matchings ausgewählt wurden. Im Zuge dieser Studie wurden die insgesamt 50 Proband*innen in 6M-FU- und 12M-FU-

Befragungen erneut aufgesucht und mithilfe standardisierter Fragebögen der AKtiV-Studie interviewt.

Hinsichtlich der stationären Wiederaufnahmerate zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Proband*innen der IG und der KG. Die Zeitspanne bis zur stationären Wiederaufnahme sowie die Häufigkeit und Dauer der stationären Wiederaufnahmen unterschieden sich ebenfalls nicht zwischen den beiden Gruppen. Sowohl innerhalb der IG als auch der KG erfolgten mehr Wiederaufnahmen in eine vollstationäre Behandlung und Proband*innen mit höherem Einkommen oder Kindern wurden seltener stationär wiederaufgenommen. Die Indexbehandlung der IG in Form einer StäB dauerte signifikant länger als die der KG. Kein Unterschied zwischen den Gruppen zeigte sich bezüglich stationärer, teilstationärer und ambulanter medizinischer Leistungen nach SGB V sowie bei der Entwicklung des psychosozialen Funktionsniveaus und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Beim Vergleich des städtisch geprägten Studienzentrums Reutlingen und des ländlich geprägten Studienzentrums Zwiefalten konnten trotz unterschiedlicher Versorgungsstrukturen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der stationären Wiederaufnahme und der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nach SGB V nachgewiesen werden. Zuletzt konnte in einem kurzen Exkurs der Studie durch Erfahrungsberichte der Proband*innen der Einfluss der Covid-19-Pandemie, von der die Zeit während der Datenerhebung maßgeblich geprägt war, auf die Proband*innen beleuchtet werden.

Zusammenfassend scheinen die untersuchten Parameter von der Behandlungsform der Indexbehandlung unabhängig zu sein. Die Ergebnisse deuten folglich eine Äquivalenz der StäB und der vollstationären Behandlung an. Vor dem Hintergrund der geringen Stichprobengröße, der ausschließlichen Untersuchung von Proband*innen an einer Klinik sowie weiteren Limitationen ist die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse beschränkt. Neben den noch ausstehenden Ergebnissen der AKtiV-Gesamtstudie sind daher zukünftige Studien notwendig, um weitere Informationen zur Wirksamkeit der StäB zu erhalten und die Ergebnisse der Studie zu überprüfen.

6 Literaturverzeichnis

- Al-Shehhi, A. I.; Al-Sinawi, H. N.; Jose, S. & Youssef, R. (2017) Rate and Predictors of 1-year Readmission in Tertiary Psychiatric Hospitals, *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, 5 (3): S. 224–231, DOI: 10.4103/1658-631X.213305.
- Andreas, S.; Harfst, T.; Dirmaier, J.; Kawski, S.; Koch, U. & Schulz, H. (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): S. 116–125, DOI: 10.1159/000098492.
- Anton, L. (unv. Diss.): AKtiV Studie - Pilotuntersuchung zu StäB im ländlichen Raum [unveröffentlichte Dissertation].
- Antonioli, D.; Rey-Bellet, J. & Müller, C. (1988) Réadmissions de schizophrènes: étude rétrospective sur 5 ans: [The readmission of schizophrenics: a retrospective study over 5 years], *Annales medico-psychologiques*, 146 (5): S. 421–438 [Online], Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3059911/> (Abgerufen am 10.12.2023).
- AOK-Bundesverband (Hg.) (2021): WIdO-Analyse: Auch in der dritten Pandemiewelle wieder Fallzahlrückgänge in den Krankenhäusern (Pressemitteilung vom 29.07.21) [Online], Verfügbar unter: https://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2021/index_24731.html (Abgerufen am 01.11.2022).
- Assion, H.-J. & Hecker, H. (2020) Durchführung und Umsetzung von StäB in einer Großklinik, *Nervenheilkunde*, 39 (11): S. 720–724, DOI: 10.1055/a-1198-1649.
- Bäuerle, A.; Steinbach, J.; Schweda, A.; Beckord, J.; Hetkamp, M.; Weismüller, B.; Kohler, H.; Musche, V.; Dörrie, N.; Teufel, M. & Skoda, E.-M. (2020) Mental Health Burden of the COVID-19 Outbreak in Germany: Predictors of Mental Health Impairment, *Journal of Primary Care & Community Health*, 11 (1): S. 1-8, DOI: 10.1177/2150132720953682.
- Baumgardt, J.; Schwarz, J.; Bechdorf, A.; Nikolaidis, K.; Heinze, M.; Hamann, J.; Holzke, M.; Längle, G.; Richter, J.; Brieger, P.; Kilian, R.; Timm, J.; Hirschmeier, C.; Von-Peter, S. & Weinmann, S. (2021) Implementation, efficacy, costs and processes of inpatient equivalent home-treatment in German mental health care (AKtiV): protocol of a mixed-method, participatory, quasi-experimental trial, *BMC Psychiatry*, 21 (1): S. 173, DOI: 10.1186/s12888-021-03163-9.
- Baumgardt, J.; Schwarz, J.; Von-Peter, S.; Holzke, M.; Längle, G.; Brieger, P.; Kilian, R.; Timm, J.; Heinze, M.; Weinmann, S. & Bechdorf, A. (2020) Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter

- Versorgung (AKtiV), *Nervenheilkunde*, 39 (11): S. 739–745, DOI: 10.1055/a-1213-8999.
- BBSR (Hg.) (2020): Raumb Beobachtung - Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzungen [Online], Verfügbar unter: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp.html?nn=2544954> (Abgerufen am 28.04.2022).
- Bechdorf, A.; Bühling-Schindowski, F.; Nikolaidis, K.; Kleinschmidt, M.; Weinmann, S. & Baumgardt, J. (2022) Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit, *Der Nervenarzt*, 93 (5): S. 488–498, DOI: 10.1007/s00115-021-01143-8.
- 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): S. 26–31, DOI: 10.1055/s-0029-1245595.
- Berhe, T.; Puschner, B.; Kilian, R. & Becker, T. (2005) "Home treatment" für psychische Erkrankungen. Begriffsklärung und Wirksamkeit, *Der Nervenarzt*, 76 (7): S. 822–831, DOI: 10.1007/s00115-004-1865-6.
- Besch, V.; Magnin, C.; Greiner, C.; Prada, P.; Debbané, M. & Poulet, E. (2023) Examining readmission factors in psychiatric emergency care for individuals with personality disorders: A 6-year retrospective study, *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14 (3): S. 321–333, DOI: 10.1037/per0000616.
- Boege, I.; Copus, N. & Schepker, R. (2014) Behandelt zu Hause Gesund werden. Hometreatment in Verzahnung mit Klinikelementen, Chancen und Herausforderungen, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42 (1): S. 27–37, DOI: 10.1024/1422-4917/a000267.
- Boege, I.; Schepker, R. & Fegert, J. M. (2020) Vom Hometreatment zur stationsäquivalenten Behandlung (StäB), *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48 (5): S. 393–406, DOI: 10.1024/1422-4917/a000710.
- Boege, I.; Schepker, R.; Grupp, D.; 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): S. 348–357, DOI: 10.1024/1422-4917/a000711.
- Böge, I.; Schepker, R. & Fegert, J. M. (2019) Aufsuchende Behandlungsformen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche: Alternativen zur stationären

- Aufnahme, *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62 (2): S. 195–204, DOI: 10.1007/s00103-018-2874-0.
- Boyens, J.; Hamann, J.; Ketisch, E. & Brieger, P. (2021) Vom Reißbrett in die Praxis – Wie funktioniert stationsäquivalente Behandlung in München?, *Psychiatrische Praxis*, 48 (5): S. 269–272, DOI: 10.1055/a-1276-6637.
- Brakemeier, E.-L.; Wirkner, J.; Knaevelsrud, C.; Wurm, S.; Christiansen, H.; Lueken, U. & Schneider, S. (2020) Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49 (1): S. 1–31, DOI: 10.1026/1616-3443/a000574.
- Brieger, P. (2019) Psychiatrische Versorgung in Deutschland – ein Überblick, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62 (2): S. 121–127, DOI: 10.1007/s00103-018-2861-5.
- Brieger, P.; Menzel, S.; Ernst-Geyer, C. & Ketisch, E. (2021) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) - Was bedeutet sie für die psychiatrische Versorgung?, *Recht & Psychiatrie*, 39 (2): S. 80–84, DOI: 10.1486/RP-2021-02_80.
- Büchtemann, D.; Kästner, D.; Warnke, I.; Radisch, J.; Baumgardt, J.; Giersberg, S.; Kleine-Budde, K.; Moock, J.; Kawohl, W. & Rössler, W. (2016) Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients - results of a quasi-experimental study, *Psychiatry Research*, 2016 (241): S. 249–255, DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.
- Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hg.) (2018): ICD-10-WHO Version 2019 [Online], Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamt/2019/chapter-v.htm> (Abgerufen am 28.05.2022).
- Bundesamt für Justiz (2023a): KHG - Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze [Online], Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/BJNR010090972.html> (Abgerufen am 04.12.2023).
- Bundesamt für Justiz (2023b): SGB 5 - Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) [Online], Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html (Abgerufen am 04.12.2023).
- Bundesgesundheitsministerium (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) [Online], Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/

Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160803_PsychVVG_Kabinett.pdf
(Abgerufen am 29.08.2022).

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hg.) (2017): OPS Version 2018 [Online], Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2018/zusatz-03-kommentar.htm> (Abgerufen am 29.08.2022).

Burns, T. (2004) *Community mental health teams: A guide to current practices*, Oxford, New York: Oxford University Press.

Burns, T.; Knapp, M.; Catty, J.; Healey, A.; Henderson, J.; Watt, H. & Wright, C. (2001) Home treatment for mental health problems: a systematic review, *Health technology assessment (Winchester, England)*, 5 (15): S. 1–139, DOI: 10.3310/hta5150.

Busch M.; Hapke U. & Mensink G.B.M. (2011): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise, Robert Koch-Institut Berlin (Hg.) (GBE kompakt 2(7)) [Online], Verfügbar unter: www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.11.2011).

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*, 41 (1): S. 60–67, DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.10.006.

Chisholm, D.; Knapp, M. R.; Knudsen, H. C.; Amaddeo, F.; Gaite, 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*, 177 (39): s28-33, DOI: 10.1192/bjp.177.39.s28.

Cornelis, J.; Barakat, A.; Blankers, M.; Peen, J.; Lommerse, N.; Eikelenboom, M.; Zoeteman, J.; Van, H.; Beekman, A. T. F. & Dekker, J. (2022) The effectiveness of intensive home treatment as a substitute for hospital admission in acute psychiatric crisis resolution in the Netherlands: a two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial, *The lancet. Psychiatry*, 9 (8): S. 625–635, DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00187-0.

Corrigan, P. W.; Giffort, D.; Rashid, F.; Leary, M. & Okeke, I. (1999) Recovery as a psychological construct, *Community Mental Health Journal*, 35 (3): S. 231–239, DOI: 10.1023/A:1018741302682.

Croissant, D. & Längle, G. (2015) Psychiatrische Versorgung zwischen Zweitem Weltkrieg und Psychiatrieenquete: Frühe Reformansätze in Württemberg, *Psychiatrische Praxis*, 42 (2): S. 102–104, DOI: 10.1055/s-0034-1370235.

Deister, A. (2014) Regionale Verantwortung übernehmen: Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach 64b SGB V, Köln: Psychiatrie Verlag.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hg.) (2017): Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V sowie ergänzende Informationen [Online], Verfügbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgungsstruktur/2.3.8._Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.2._Stationsaequivalente_psychiatrische_Behandlung/Umsetzungshinweise_stationsaequivalente_Behandlung.pdf (Abgerufen am 29.08.2022).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hg.) (2022): Ergänzende Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum „Gemeinsamen 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“ vom 29. März 2022 [Online], Verfügbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2022-03-29_DKG_Stellungnahme_StaeB-Bericht.pdf (Abgerufen am 02.09.2022).

Deutscher Bundestag (Hg.) (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Drucksache 7/4200 [Online], Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/80a99fbacaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf (Abgerufen am 06.09.2022).

Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hg.) (2019): Psychiatrie Barometer: Umfrage 2018 / 2019 [Online], Verfügbar unter: https://www.dki.de/fileadmin/forschungsberichte/Psychiatrie_Barometer_2018_2019_final_0.pdf (Abgerufen am 01.09.2022).

DGPPN (Hg.) (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie [Online]. 2. Auflage, Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf (Abgerufen am 09.09.2022).

Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B. & Marshall, M. (2017) Intensive case management for severe mental illness, *The Cochrane database of systematic reviews*, 1 (1): CD007906, DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

Dixon, M.; Robertson, E.; George, M. & Oyebode, F. (1997) Risk factors for acute psychiatric readmission, *Psychiatric Bulletin*, 21 (10): S. 600–603, DOI: 10.1192/pb.21.10.600.

- Durbin, J.; Lin, E.; Layne, C. & Teed, M. (2007) Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34 (2): S. 137–150, DOI: 10.1007/s11414-007-9055-5.
- Engelke, L.; Calvano, C.; Klingbeil, K.; Rolle, M.; Winter, S. M. & Renneberg, B. (2022) Belastungen, positive Veränderungen und Ressourcen von Familien in der COVID-19-Pandemie, *Kindheit und Entwicklung*, 31 (2): S. 100–110, DOI: 10.1026/0942-5403/a000375.
- EuroQol Research Foundation (Hg.) (2022): EQ-5D-5L | About [Online], Verfügbar unter: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/> (Abgerufen am 04.06.2022).
- Fankhauser, S.; Hochstrasser, B.; Sievers, M. & Soyka, M. (2017) Die Eignung der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) zur Erfassung des Verlaufs und des Schweregrads depressiver Symptomatik im stationären Setting, *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 67 (9/10): S. 391–400, DOI: 10.1055/s-0043-105482.
- Frasch, K. (2018) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – Ein großer Schritt in die richtige Richtung – Kontra, *Psychiatrische Praxis*, 45 (3): S. 123–124, DOI: 10.1055/a-0589-2947.
- Frick, U.; Frick, H.; Langguth, B.; Landgrebe, M.; Hübner-Liebermann, B. & Hajak, G. (2013) The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17'145 corrected patients with 37'697 hospitalisations at a German psychiatric hospital, *PLOS ONE*, 8 (10): e75612, DOI: 10.1371/journal.pone.0075612.
- Geiselhart, J. (unv. Diss.): Evaluation der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) am Studienzentrum in Zwiefalten im Rahmen der AKtiV-Studie des Innovationsfonds: Vergleichende Katamnese unter Berücksichtigung struktureller Standortmerkmale [unveröffentlichte Dissertation].
- GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hg.) (2017): Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V [Online], Verfügbar unter: 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/2017-08-01_Vereinbarung_StationsaequivalenteBehandlung.pdf (Abgerufen am 27.05.2022).
- GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft (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 02.09.2022).
- Goodpastor, W. A. & Hare, B. K. (1991) Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital, *Hospital & community psychiatry*, 42 (1): S. 85–87, DOI: 10.1176/ps.42.1.85.
- Gottlob, M.; Holzke, M. & Längle, G. (2020) Rechtliche Anforderungen und organisatorische Herausforderungen: Die Besonderheiten der stationsäquivalenten Behandlung., *Psychiatrische Pflege*, 5 (3): S. 7–10, DOI: 10.1024/2297-6965/a000297.
- Gottlob, M.; Holzke, M.; Raschmann, S.; Bechdorf, A.; Borbé, R.; Brieger, P.; Driessen, M.; Horter, H.; Weinmann, S. & Längle, G. (2021) Stationsäquivalente Behandlung – Wie geht das? Umsetzungsstrategien aus acht psychiatrischen Fachkliniken und -abteilungen in Deutschland, *Psychiatrische Praxis*, 49 (4), DOI: 10.1055/a-1406-7141.
- Götz, E. T. (2022): Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie: Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie [Online], Eberhard Karls Universität Tübingen, Verfügbar unter: <https://tobias-lib.ub.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/128439> (Abgerufen am 04.12.2023).
- Greiner, W. & Claes, C. (2007) Der EQ-5D der EuroQol-Gruppe, in: Schöffski, O.; v. d. Schulenburg, J.-M. G. & Schulenburg, J.-M. von der (Hg.) *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag): S. 403–414.
- Gühne, U.; Weinmann, S.; Arnold, K.; Atav, E.-S.; Becker, T. & Riedel-Heller, S. (2011) Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland, *Psychiatrische Praxis*, 38 (3): S. 114–122, DOI: 10.1055/s-0030-1248598.
- Häfner, H. (2016) Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht, *Stabilität im Wandel*, 2016 (1): S. 119–145, DOI: 10.17885/heiup.hdjbo.23562.
- Häfner, H.; Baeyer, W. von & Kisker, K. P. (1965) Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik, *Helfen und Heilen*, 1965 (4): S. 1–8.
- Haywood, T. W.; Kravitz, H. M.; Grossman, L. S.; Cavanaugh, J. L.; Davis, J. M. & Lewis, D. A. (1995) Predicting the "revolving door" phenomenon among

patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders, *American Journal of Psychiatry*, 152 (6): S. 856–861, DOI: 10.1176/ajp.152.6.856.

- Hoff, P. (2017) Geschichte der Psychiatrie, in: Möller, H. J.; Laux, G. & Kapfhammer, H. P. (Hg.) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag: S. 41–68.
- Holzke, M.; Gottlob, M. & Längle, G. (2020) Stationsäquivalente Behandlung: Umsetzungserfahrungen der ersten zwei Jahre, *Psychiatrische Pflege*, 5 (3): S. 11–15, DOI: 10.1024/2297-6965/a000298.
- Huttner, D. M. (2006): Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten [Online], Ludwig-Maximilians-Universität München, Verfügbar unter: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/5026/1/Huttner_Dorothea.pdf (Abgerufen am 05.09.2023).
- Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrik
Universitätsklinikum Tübingen (Hg.) (2021): QB 1 SPSS Grundseminar [unveröffentlicht].
- Jahn, I.; Meixensberger, C.; Herzog, T. & Stengler, K. (2022) Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung für Patienten mit schweren Zwangserkrankungen in Zeiten von COVID-19 – ein Fallbericht, *Psychiatrische Praxis*, 49 (2): S. 107–110, DOI: 10.1055/a-1630-4373.
- Johnson, S.; Nolan, F.; Hault, J.; White, I. R.; Bebbington, P.; Sandor, A.; McKenzie, N.; Patel, S. N. & Pilling, S. (2005) Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team, *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 187 (1): S. 68–75, DOI: 10.1192/bjp.187.1.68.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg [Abs.] (2023a): Anzahl Niederlassungen im Landkreis Reutlingen [Persönliche Mitteilung an Tobias Schwarz], E-Mail vom 09.05.2023.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hg.) (2023b): Arztsuche - Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Psychotherapeut*innen im Landkreis Alb-Donau [Online], Verfügbar unter: https://www.arztsuche-bw.de/index.php?suchen=1&offset=60&checkbox_cmd=googlemap&id_z_arzt_praxis=0&id_fachgruppe=0&id_zusatzbezeichnung=0&id_genehmigung=0&id_dmp=0&id_zusatzvertraege=0&id_sprache=0&vorname=&nachname=ohne+Titel+%28Dr.%29&arztgruppe=psychotherapeut&geschlecht=alle&wochentag=alle&zeiten=alle&fa_name=&plz=&ort=&strasse=&schluesselnr=&schluesseltyp=lanr7&landkreis=Alb-Donau-Kreis&id_leistungsort_art=0&id_praxis_zusatz=0&sorting=name&direction=ASC&checkbox_content=57303%2C57304%2C47849%2C20521%2C3525%2C2950%2C5940%2C7457%2C45924%2C45999%2C34992%2C13361%2C38140%2C32068%2C

27370%2C47053%2C47866%2C33415%2C59851%2C39724%2C20277%
 2C56106%2C9639%2C7776%2C58007%2C26087%2C21608%2C28653%
 2C34926%2C45994%2C42374%2C47159%2C45995%2C6981%2C48862
 %2C28110%2C47850%2C56074%2C12837%2C32452%2C66158%2C310
 67%2C58006%2C57302%2C45997%2C20583%2C926%2C59862%2C207
 75%2C19717%2C18790%2C24749%2C28328%2C66141%2C1827%2C18
 28%2C4896%2C7694%2C39727%2C27883%2C18541&
 name_schnellsuche=&fachgebiet_schnellsuche= (Abgerufen am
 09.05.2023).

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hg.) (2023c): Arztsuche -
 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Psychiater*innen in
 Baden-Württemberg [Online], Verfügbar unter: https://www.arztsuche-bw.de/index.php?suchen=1&offset=300&checkbox_cmd=googlemap&id_z_arzt_praxis=0&id_fachgruppe=480&id_zusatzbezeichnung=0&id_genehmigung=0&id_dmp=0&id_zusatzvertraege=0&id_sprache=0&vorname=&nachname=&arztgruppe=facharzt&geschlecht=alle&wochentag=alle&zeiten=alle&fa_name=&plz=&ort=&strasse=&schluesselnr=&schluesseltyp=lanr7&landkreis=&id_leistungsort_art=0&id_praxis_zusatz=0&sorting=name&direction=ASC&checkbox_content=26412%2C28653%2C29&name_schnellsuche=&fachgebiet_schnellsuche=
 (Abgerufen am 09.05.2023).

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hg.) (2023d): Arztsuche -
 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Psychotherapeut*innen
 im Landkreis Sigmaringen [Online], Verfügbar unter: https://www.arztsuche-bw.de/index.php?suchen=1&sorting=name&direction=ASC&arztgruppe=psychotherapeut&id_fachgruppe=&vorname=&nachname=&plz=&ort=&strasse=&landkreis=Sigmaringen (Abgerufen am 09.05.2023).

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hg.) (2023e): Arztsuche -
 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Psychotherapeut*innen
 im Landkreis Reutlingen [Online], Verfügbar unter: https://www.arztsuche-bw.de/index.php?suchen=1&offset=120&checkbox_cmd=googlemap&id_z_arzt_praxis=0&id_fachgruppe=0&id_zusatzbezeichnung=0&id_genehmigung=0&id_dmp=0&id_zusatzvertraege=0&id_sprache=0&vorname=&nachname=ohne+Titel+%28Dr.%29&arztgruppe=psychotherapeut&geschlecht=alle&wochentag=alle&zeiten=alle&fa_name=&plz=&ort=&strasse=&schluesselnr=&schluesseltyp=lanr7&landkreis=Reutlingen&id_leistungsort_art=0&id_praxis_zusatz=0&sorting=name&direction=ASC&checkbox_content=56539%2C36554%2C6621%2C31551%2C66169%2C57964%2C37268%2C42369%2C37474%2C66146%2C4936%2C59842%2C6554%2C50777%2C56352%2C26077%2C6250%2C24790%2C52890%2C57345%2C14762%2C66664%2C37522%2C56611%2C45950%2C12062%2C6603%2C29530%2C27113%2C52880%2C35825%2C24413%2C59130%2C21581%2C24028%2C12086%2C41478%2C12857%2C880%2C45668%2C58437%2C66161%2C2070%2C21162%2C57346%2C32108%2C66134%2C57344%2C555%2C5002%2C18042%2C46765%2C34932%2C31853%2C57341%2C6913

%2C46767%2C58470%2C26239%2C26240%2C39733%2C66163%2C66829%2C66160%2C38128%2C16657%2C66150%2C43179%2C13654%2C13655%2C40372%2C14581%2C8545%2C50475%2C50479%2C397%2C35156%2C39765%2C36652%2C50464%2C13553%2C7278%2C41504%2C35827%2C48864%2C48866%2C62724%2C51778%2C36006%2C26324%2C25738%2C3813%2C1679%2C851%2C28326%2C12667%2C57347%2C28888%2C16712%2C2745%2C50437%2C10125%2C13050%2C58424%2C59852%2C45666%2C54543%2C66830%2C19800%2C9202%2C30920%2C61378%2C6121%2C24489%2C34077%2C66168%2C39766%2C28%2C29%2C22931%2C9256%2C29460%2C7479%2C36566%2C7482%2C18862%2C44061%2C40369%2C51784%2C20014%2C16268%2C26533%2C1398%2C52151%2C55140%2C45658%2C64565%2C19990%2C45677%2C9500&name_schnellsuche=&fachgebiet_schnellsuche= (Abgerufen am 09.05.2023).

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hg.) (2023f): Arztsuche - Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Psychiater*innen im Landkreis Reutlingen [Online], Verfügbar unter: https://www.arztsuche-bw.de/index.php?suchen=1&offset=0&checkbox_cmd=googlemap&id_z_arzt_praxis=0&id_fachgruppe=480&id_zusatzbezeichnung=0&id_genehmigung=0&id_dmp=0&id_zusatzvertraege=0&id_sprache=0&vorname=&nachname=ohne+Titel+%28Dr.%29&arztgruppe=facharzt&geschlecht=alle&wochentag=alle&zeiten=alle&fa_name=&plz=&ort=&strasse=&schluesselnr=&schluesseltyp=lanr7&landkreis=Reutlingen&id_leistungsort_art=0&id_praxis_zusatz=0&sorting=name&direction=ASC&checkbox_content=51950%2C16657%2C62724%2C26324%2C29%2C28%2C19170%2C19169%2C9256%2C18862%2C45950&name_schnellsuche=&fachgebiet_schnellsuche= (Abgerufen am 09.05.2023).

Kastrup, M. (1987) Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76 (1): S. 80–88, DOI: 10.1111/j.1600-0447.1987.tb02865.x.

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*, 22 (2): S. 81–86, DOI: 10.1016/j.npbr.2016.01.005.

Klocke, L.; Brieger, P.; Menzel, S.; Ketisch, E. & Hamann, J. (2022) Stationsäquivalente Behandlung: Ein Überblick zum Status quo, *Der Nervenarzt*, 93 (5): S. 520–528, DOI: 10.1007/s00115-022-01272-8.

Klug, G.; Hermann, G.; Fuchs-Nieder, B.; Panzer, M.; Haider-Stipacek, A.; Zapotoczky, H. G. & Priebe, S. (2010) Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial, *The British*

Journal of Psychiatry, 197 (6): S. 463–467,
DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083121.

- Knorr, R.; Huter, J.; Dittmeyer, V. & Hinderer, E. (2021) Zwei Jahre stationsäquivalente Behandlung: Ein Werkstattbericht, *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 89 (1/2): S. 12–22, DOI: 10.1055/a-1183-4140.
- Korkeila, J. A.; Lehtinen, V.; Tuori, T. & Helenius, H. (1998) Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (11): S. 528–534, DOI: 10.1007/s001270050090.
- 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): S. 188–200, DOI: 10.1111/acps.12762.
- Längle, G. (2018) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – Ein großer Schritt in die richtige Richtung – Pro, *Psychiatrische Praxis*, 45 (3): S. 122–123, DOI: 10.1055/a-0589-2785.
- Längle, G. (2022a) Stellungnahme der Arbeitsgruppe StäB der DGPPN und der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie und des ZfP Reichenau zu der Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen e.V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.: Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V vom 23.12.2021 [Online], Verfügbar unter: https://www.zfp-web.de/fileadmin/zfp-web.de/news-und-media/pressemitteilungen/2022/stellungnahme_zum-staeB-bericht-von-DKG-und-GKV-an-das-BMG.pdf (Abgerufen am 02.09.2022).
- Längle, G. (2022b): Chancen der patientenzentrierten Behandlung und Versorgung am Beispiel der Raumschaft Reutlingen (Vortrag auf DGPPN-Kongress 2022) [Persönliche Mitteilung an Tobias Schwarz], E-Mail vom 10.11.2022.
- Längle, G. [Abs.] (2023): Implementierungsübersicht zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB): Arbeitspapier der bundesweiten AG-StäB des DGPPN Referats Gemeindepsychiatrie [Persönliche Mitteilung an Tobias Schwarz], E-Mail vom 05.05.2023.

- Längle, G.; Holzke, M.; Gottlob, M. & Raschmann, S. (2022) Psychisch Kranke zu Hause versorgen: Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB), 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Längle, G.; Raschmann, S. & Holzke, M. (2020) Stationsäquivalente Behandlung: Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen, *Nervenheilkunde*, 39 (11): S. 704–712, DOI: 10.1055/a-1199-7577.
- Ludwig, K.; Graf von der Schulenburg, J.-M. & Greiner, W. (2018) German Value Set for the EQ-5D-5L, *PharmacoEconomics*, 36 (6): S. 663–674, DOI: 10.1007/s40273-018-0615-8.
- Meyer, R. E.; Schiff, L. F. & Becker, A. (1967) The home treatment of psychotic patients: an analysis of 154 cases, *The American journal of psychiatry*, 123 (11): S. 1430–1438, DOI: 10.1176/ajp.123.11.1430.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hg.) (2020): Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg [Online], Verfügbar unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Wegweiser_Psychiatrie_2020.pdf (Abgerufen am 04.05.2023).
- Mir, J.; Priebe, S. & Mundt, A. P. (2013) Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland: Indikatoren der Institutionalisierung seit der politischen Wende, *Der Nervenarzt*, 84 (7): S. 844–850, DOI: 10.1007/s00115-012-3657-8.
- 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): S. 323–329, DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x.
- Mötteli, S.; Schori, D.; Schmidt, H.; Seifritz, E. & Jäger, M. (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): S. 1–8, DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00495.
- Mueller-Stierlin, A. S.; Helmbrecht, M. J.; Herder, K.; Prinz, S.; Rosenfeld, N.; Walendzik, J.; Holzmann, M.; Dinc, U.; Schützwohl, M.; Becker, T. & Kilian, R. (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 (283): S. 1–12, DOI: 10.1186/s12888-017-1441-9.
- Müller, H.; Haag, I.; Jessen, F.; Kim, E. H.; Klaus, J.; Konkol, C. & Bechdorf, A. (2016) Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer

- stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen, *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 84 (2): S. 76–82, DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Müller, M.; Vandeleur, C.; Weniger, G.; Prinz, S.; Vetter, S. & Egger, S. T. (2016) The performance of the Health of the Nation Outcome Scales as measures of clinical severity, *Psychiatry Research*, 2016 (239): S. 20–27, DOI: 10.1016/j.psychres.2016.02.060.
- Munk-Jørgensen, P.; Mortensen, P. B. & Machón, R. A. (1991) Hospitalization patterns in schizophrenia. A 13-year follow-up, *Schizophrenia research*, 4 (1): S. 1–9, DOI: 10.1016/0920-9964(91)90004-b.
- Munz, I.; Ott, M.; Jahn, H.; Rauscher, A.; Jäger, M.; Kilian, R. & Frasch, K. (2011) Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung ("Home Treatment"), *Psychiatrische Praxis*, 38 (3): S. 123–128, DOI: 10.1055/s-0030-1248591.
- Murphy, S.; Irving, C. B.; Adams, C. E. & Driver, R. (2012) Crisis intervention for people with severe mental illnesses, *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4): S. 676–677, DOI: 10.1093/schbul/sbs072.
- Murphy, S. M.; Irving, C. B.; Adams, C. E. & Waqar, M. (2015) Crisis intervention for people with severe mental illnesses, *The Cochrane database of systematic reviews*, 12 (CD001087): S. 1–86, DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub5.
- Nikolaidis, K.; Weinmann, S.; Von-Peter, S.; Längle, G.; Brieger, P.; Timm, J.; Waldmann, T.; Fischer, L.; Raschmann, S.; Schwarz, J.; Holzke, M.; Rout, S.; Hirschmeier, C.; Hamann, J.; Herwig, U.; Richter, J.; Baumgardt, J. & Bechdorf, A. (2023) StäB oder Station? – Erste Ergebnisse zur Studienpopulation und zur Behandlung im Rahmen der multizentrischen AKtiV-Studie zur stationsäquivalenten Behandlung, *Psychiatrische Praxis*, 50 (8): S. 407–414, DOI: 10.1055/a-2138-8920.
- Nordén, T.; Malm, U. & Norlander, T. (2012) Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2012 (8): S. 144–151, DOI: 10.2174/1745017901208010144.
- Oiesvold, T.; Saarento, O.; Sytema, S.; Vinding, H.; Göstas, G.; Lönnerberg, O.; Muus, S.; Sandlund, M. & Hansson, L. (2000) Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (5): S. 367–373, DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.101005367.x.
- Ortiz, G. (2019) Predictors of 30-day Postdischarge Readmission to a Multistate National Sample of State Psychiatric Hospitals, *Journal for Healthcare Quality*, 41 (4): S. 228–236, DOI: 10.1097/JHQ.000000000000162.

- Owusu, E.; Oluwasina, F.; Nkire, N.; Lawal, M. A. & Agyapong, V. I. O. (2022) Readmission of Patients to Acute Psychiatric Hospitals: Influential Factors and Interventions to Reduce Psychiatric Readmission Rates, *Healthcare*, 10 (1808): S. 1–23, DOI: 10.3390/healthcare10091808.
- PP.rt – Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH (Hg.) (2018): Klinik für Psychiatrie und und Psychosomatik Reutlingen [Online], Verfügbar unter: https://www.pprt.de/fileadmin/documents/pdf/PP.rt_Broschuere_2018.pdf (Abgerufen am 09.08.2022).
- PP.rt – Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH (Hg.) (2022): Organigramm - PP.rt [Online], Verfügbar unter: <https://www.pprt.de/unternehmen/organisation/organigramm/> (Abgerufen am 09.08.2022).
- Raschmann, S.; Götz, E.; Hirschek, D. & Längle, G. (2022) StäB – Wie bewerten Patientinnen und Patienten die neue Behandlungsform?, *Psychiatrische Praxis*, 49 (1): S. 46–50, DOI: 10.1055/a-1393-1163.
- Rauschenberg, C.; Hirjak, D.; Ganslandt, T.; Schulte-Strathaus, J. C. C.; Schick, A.; Meyer-Lindenberg, A. & Reininghaus, U. (2022) Digitale Versorgungsformen zur Personalisierung der stationsäquivalenten Behandlung, *Der Nervenarzt*, 93 (3): S. 279–287, DOI: 10.1007/s00115-021-01100-5.
- Rieke, K.; McGeary, C.; Schmid, K. K. & Watanabe-Galloway, S. (2016) Risk Factors for Inpatient Psychiatric Readmission: Are There Gender Differences?, *Community Mental Health Journal*, 52 (6): S. 675–682, DOI: 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 (2): 84-90, DOI: 10.1055/s-2001-17790.
- Schaub, D. & Juckel, G. (2011) PSP-Skala - Deutsche Version der Personal and Social Performance Scale: Validiertes Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus in der Schizophrenietherapie, *Der Nervenarzt*, 82 (9): S. 1178–1184, DOI: 10.1007/s00115-010-3204-4.
- Schmid, M.; Schielke, A.; Becker, T.; Fegert, J. M. & Kölch, M. (2008) Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern, *Nervenheilkunde*, 27 (6): S. 533–539, DOI: 10.1055/s-0038-1627208.
- Schmutte, T.; Dunn, C. L. & Sledge, W. H. (2010) Predicting time to readmission in patients with recent histories of recurrent psychiatric hospitalization: a matched-control survival analysis, *The Journal of Nervous*

and Mental Disease, 198 (12): S. 860–863,
DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181fe726b.

Schneider, F.; Falkai, P. & Maier, W. (2012) *Psychiatrie 2020 plus: Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Schöttle, D.; Schimmelmann, B. G.; Ruppelt, F.; Bussopulos, A.; Frieling, M.; Nika, E.; Nawara, L. A.; Golks, D.; Kerstan, A.; Lange, M.; Schödlbauer, M.; Daubmann, A.; Wegscheider, K.; Rohenkohl, A.; Sarikaya, G.; Sengutta, M.; Luedecke, D.; Wittmann, L.; Ohm, G.; Meigel-Schleiff, C.; Gallinat, J.; Wiedemann, K.; Bock, T.; Karow, A. & Lambert, M. (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*, DOI: 10.1371/journal.pone.0192929.

Schwarz, J.; Bechdorf, A.; Hirschmeier, C.; Hochwarter, S.; Holthoff-Detto, V.; Mühlensiepen, F.; Richter, C.; Rout, S.; Weinmann, S.; Heinze, M. & Peter, S. von (2021) „Ich sehe es tatsächlich als Zwischenschritt“ – eine qualitative Analyse der Implementierungsbedingungen und -hürden von Stationsäquivalenter Behandlung in Berlin und Brandenburg, *Psychiatrische Praxis, 48 (4): S. 193–200*, DOI: 10.1055/a-1274-3662.

Sjølie, H.; Karlsson, B. & Kim, H. S. (2010) Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17 (10): S. 881–892*, DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x.

Spiegel, D. & Wissler, T. (1986) Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization, *American Journal of Psychiatry, 143 (1): S. 56–60*, DOI: 10.1176/ajp.143.1.56.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2022a): Grunddaten der Krankenhäuser: 2021 [Online], Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html (Abgerufen am 04.09.2023).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2022b): Gemeindeverzeichnis | Statistikportal.de [Online], Verfügbar unter: <https://www.statistikportal.de/de/gemeindeverzeichnis> (Abgerufen am 10.08.2022).

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): S. 392–397*, DOI: 10.1001/archpsyc.1980.01780170034003.

Straßmayr, C.; Niedermayer, G. & Katschnig, H. (2019) „Sie wissen aber schon, Herr M., das wird keine Aufnahme“: Eine qualitative Analyse der

- Erfahrungen Betroffener im Vorfeld einer angestrebten stationären psychiatrischen Aufnahme, *Neuropsychiatrie*, 33 (2): S. 98–106, DOI: 10.1007/s40211-018-0297-7.
- Stüker, C. F. (unv. Diss.): AKtiV-Studie – Pilotuntersuchung im städtischen Milieu [unveröffentlichte Dissertation].
- Stulz, N.; Wyder, L.; Maeck, L.; Hilpert, M.; Lerzer, H.; Zander, E.; Kawohl, W.; Grosse Holtforth, M.; Schnyder, U. & Hepp, U. (2020) Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry*, 216 (6): S. 323–330, DOI: 10.1192/bjp.2019.31.
- Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Hg.) (2021): Anteil von verschobenen oder abgesagten Terminen in der COVID-19 Pandemie [Online], Verfügbar unter: <https://www.unimedizin-mainz.de/GCS/dashboard/#/app/pages/MedVersorgung/Verschiebung> (Abgerufen am 01.11.2022).
- Weinmann, S.; Bechdorf, A. & Greve, N. (Hg.) (2021): Psychiatrische Krisenintervention zu Hause: Das Praxisbuch zu StäB & Co, Köln: Psychiatrie Verlag.
- Weinmann, S.; Nikolaidis, K.; Längle, G.; Von-Peter, S.; Brieger, P.; Timm, J.; Fischer, L.; Raschmann, S.; Holzke, M.; Schwarz, J.; Klocke, L.; Rout, S.; Hirschmeier, C.; Herwig, U.; Richter, J.; Kilian, R.; Baumgardt, J.; Hamann, J. & Bechdorf, A. (2023) Premature termination, satisfaction with care, and shared decision making during Home Treatment compared to inpatient treatment - a quasi-experimental trial, *European Psychiatry*, 66 (1): e71, DOI: 10.1192/j.eurpsy.2023.2443.
- Weinmann, S.; Spiegel, J.; Baumgardt, J.; Bühling-Schindowski, F.; Pfeiffer, J.; Kleinschmidt, M. & Bechdorf, A. (2022) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) im Vergleich mit vollstationärer Behandlung: 12-Monats-Follow-up einer gematchten Kohortenstudie, *Psychiatrische Praxis*, 49 (8): S. 405–410, DOI: 10.1055/a-1615-8763.
- Wilms, B. & Trempler, J. (2018) Brauchen wir eine Diskussion „StäB: Ja oder nein?“, *Psychiatrische Praxis*, 45 (4): S. 222, DOI: 10.1055/a-0612-8592.
- 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*, 172 (1): S. 11–18, DOI: 10.1192/bjp.172.1.11.
- Woogh, C. M. (1986) A cohort through the revolving door, *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 31 (3): S. 214–221, DOI: 10.1177/070674378603100306.

- Wullschleger, A.; Berg, J.; Bempohl, F. & Montag, C. (2018) Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures?, *Frontiers in psychiatry*, 9 (168): S. 1–8, DOI: 10.3389/fpsy.2018.00168.
- ZfP Südwürttemberg (Hg.) (2022a): Psychiatrie und Psychosomatik: Von Stuttgart bis zum Bodensee [Online], Verfügbar unter: https://www.zfp-web.de/pdf-online?path=%2Ffileadmin%2Fzfp-web.de%2Fnews-und-media%2Fkommunikation%2Fzfp-unternehmensbroschuere-februar2022.pdf&tx_ce_pi1%5Baction%5D=overview&tx_ce_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf&cHash=0b531d3c7bb2b9138761595674e594f2 (Abgerufen am 09.08.2022).
- ZfP Südwürttemberg (Hg.) (2022b): Standorte [Online], Verfügbar unter: <https://www.zfp-web.de/standorte> (Abgerufen am 11.08.2022).
- Zilber, N.; Popper, M. & Lerner, Y. (1990) Patterns and correlates of psychiatric hospitalization in a nationwide sample. II. Correlates of length of hospitalization and length of stay out of hospital, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25 (3): S. 144–148, DOI: 10.1007/BF00782743.
- Zrnić Novaković, I.; Lueger-Schuster, B.; Verginer, L.; Bakić, H.; Ajduković, D.; Borges, C.; Figueiredo-Braga, M.; Javakhishvili, J. D.; Tsiskarishvili, L.; Dragan, M.; Nagórka, N.; Anastassiou-Hadjicharalambous, X.; Lioupi, C. & Lotzin, A. (2022) You can't do anything about it, but you can make the best of it: a qualitative analysis of pandemic-related experiences in six European countries, *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (1): S. 2065431, DOI: 10.1080/20008198.2022.2065431.

7 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt) unter Betreuung von Professor Dr. Gerhard Längle durchgeführt. Die Dissertationsarbeit erfolgte unter dem Schirm der AKtiV-Studie.

Die Konzeption der Studie erfolgte durch meinen Doktorvater Professor Dr. Gerhard Längle sowie den weiteren Verantwortlichen der AKtiV-Studie unter Leitung von Dr. Johanna Baumgardt, Professor Dr. Andreas Bechdorf und Professor Dr. Sebastian von Peter.

Die Rekrutierung der Proband*innen erfolgte durch das wissenschaftliche Team der AKtiV-Studie am Studienzentrum Reutlingen vor Beginn dieser Dissertationsarbeit.

Die Datenerhebung in Form von Befragungen der Proband*innen in Zuge der 6-Monats-Follow-up- und 12-Monats-Follow-up-Befragungen der AKtiV-Studie am Studienzentrum Reutlingen wurden nach Einarbeitung durch Konstantinos Nikolaidis (Mitarbeiter der AKtiV-Studie am Studienzentrum Berlin) von mir eigenständig, in 3 Ausnahmen durch Svenja Raschmann (verantwortliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der AKtiV-Studie am den Studienzentren in Südwürttemberg) und Jonathan Geiselhart (Mitarbeiter der AKtiV-Studie am Studienzentrum Zwiefalten), durchgeführt.

Die statistische Auswertung erfolgte eigenständig durch mich nach Rücksprache mit und Anleitung durch meinen Doktorvater Prof. Dr. Gerhard Längle sowie Svenja Raschmann. Als Orientierung diente zudem das seminarintern zur Verfügung gestellte Skript des Seminars „QB1 SPSS Grundseminar“ des Instituts für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrik des Universitätsklinikums Tübingen aus dem Sommersemester 2021 sowie der Statistische Analyseplan der AKtiV-Studie.

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

Tübingen, den 09.04.2024

Unterschrift Tobias Baisch

8 Danksagung

Am Ende meiner Dissertationsschrift möchte ich mich ganz herzlich bei allen bedanken, die mich in der Zeit der Promotion begleitet und mir die Promotion ermöglicht haben. Nachfolgend möchte ich einigen Personen meinen besonderen Dank aussprechen. Mein Dank gilt jedoch genauso allen nicht persönlich genannten Personen, die mich in irgendeiner Weise während meiner Promotion unterstützt haben.

Zuvorderst gilt mein außerordentlicher Dank meinem Doktorvater Professor Dr. Gerhard Längle. Für die Bereitstellung des Themas, die unkomplizierte und schnelle Aufnahme in das Team der AKtiV-Studie, die hervorragende Betreuung sowie die ausführlichen und kritischen Beratungen bin ich sehr dankbar.

Ebenso möchte ich mich besonders bei meinem Zweitbetreuer Professor Dr. Gerhard W. Eschweiler für die gute Betreuung sowie die bereichernden Ideen und hilfreichen Ratschläge bedanken.

Ein herausragender Dank gilt darüber hinaus Svenja Raschmann für die durchgehende und zeitintensive Unterstützung, die vielen beratenden und hilfreichen Telefonate, die schnelle Erreichbarkeit sowie die unzähligen Empfehlungen und Hilfestellungen zur Überarbeitung meiner Dissertation.

Außerdem möchte ich mich besonders bei Jonathan Geiselhart für den stetigen und engen Austausch, die zahlreichen mutmachenden Gespräche, die von ihm als selbstverständlich bezeichnete Unterstützung, all die Tipps und insgesamt das gemeinsame Doktorandensein innerhalb der AKtiV-Studie bedanken.

Dankbar bin ich zudem für die organisatorische Unterstützung durch die zahlreichen Mitarbeitenden des PP.rt Reutlingen und des ZfP Südwürttembergs, die Bereitstellung etlicher Literatur durch das Bibliotheksteam unter Leitung von Dr. Bernd Reichelt sowie die Hospitation im StäB-Team des PP.rt Reutlingens.

Des Weiteren möchte ich mich für die gute Zusammenarbeit bei Konstantinos Nikolaidis, stellvertretend für das gesamte Team der AKtiV-Studie, und die unkomplizierte Bereitstellung der Rohdaten durch Dr. Jörg Bendig bedanken.

Abschließend gilt mein unermesslicher Dank meiner Ehefrau Leonie Baisch, meinen Eltern sowie meiner ganzen Familie. Die unbeschreibliche Unterstützung, angefangen bei der Bereitstellung eines Autos für entferntere Befragungen bis zu ermutigenden Worten an verzweifelten Tagen, sowie die Gewissheit eines absoluten Rückhaltes haben mich durch die Zeit der Promotion getragen und mir das Promovieren erst ermöglicht. Vielen Dank!

9 Anhang

9.1 Ergänzende Tabellen und Abbildungen

9.1.1 Zu Kapitel „3.2.2. Ambulanter Bereich“

*Table 50: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Anzahl der jeweiligen Art der in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen zwischen Proband*innen der IG und der KG für den Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung (N=48)*

	Ambulante Kontakte bei dem*der niedergelassenen Psychiater*in	Ambulante Kontakte bei dem*der niedergelassenen Psycholog*in	Ambulante Kontakte in einer PIA	Ambulante Kontakte in einer Psychotherapeutischen Ambulanz	Ambulante Kontakte bei dem*der Hausarzt* Hausärztin	Ambulante Kontakte bei sonstige Ärzt*innen
Mann-Whitney-U-Test	287	272	262	265	278	235
Signifikanz (p-Wert)	0,989	0,638	0,547	0,170	0,841	0,214

*Table 51: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Anzahl der jeweiligen Art der in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen zwischen Proband*innen der IG und der KG für den Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung (N=48)*

	Ambulante Kontakte bei dem*der niedergelassenen Psychiater*in	Ambulante Kontakte bei dem*der niedergelassenen Psycholog*in	Ambulante Kontakte in einer PIA	Ambulante Kontakte in einer Psychotherapeutischen Ambulanz	Ambulante Kontakte bei dem*der Hausarzt* Hausärztin	Ambulante Kontakte bei sonstige Ärzt*innen
Mann-Whitney-U-Test	284	263	262	264	252	288
Signifikanz (p-Wert)	0,902	0,360	0,545	0,153	0,439	0,991

9.1.2 Zu Kapitel 3.3.1 HoNOS

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	kein Problem		klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf		leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden		eher schweres Problem		schweres bis sehr schweres Problem		nicht bekannt / nicht anwendbar	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	24	48%	14	28%	6	12%	4	8%	1	2%	1	2%
Absichtliche Selbstverletzung	36	72%	7	14%	4	8%	1	2%	2	4%	0	0%
Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	39	78%	1	2%	3	6%	6	12%	1	2%	0	0%
Kognitive Probleme	5	10%	18	36%	17	34%	8	16%	2	4%	0	0%
Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	14	28%	7	14%	17	34%	9	18%	3	6%	0	0%
Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	44	88%	2	4%	1	2%	2	4%	1	2%	0	0%
Gedrückte Stimmung	2	4%	7	14%	15	30%	19	38%	7	14%	0	0%
Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	1	2%	1	2%	6	12%	27	54%	15	30%	0	0%
Probleme in Beziehungen	16	32%	7	14%	12	24%	13	26%	2	4%	0	0%
Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	6	12%	12	24%	15	30%	17	34%	0	0%	0	0%
Probleme durch die Wohnbedingungen	17	34%	14	28%	8	16%	6	12%	5	10%	0	0%
Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag	9	18%	14	28%	13	26%	12	24%	2	4%	0	0%

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	kein Problem		klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf		leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden		eher schweres Problem		schweres bis sehr schweres Problem		nicht bekannt / nicht anwendbar	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	25	53%	19	40%	2	4%	0	0%	1	2%	0	0%
Absichtliche Selbstverletzung	36	77%	8	17%	1	2%	1	2%	1	2%	0	0%
Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	34	72%	7	15%	3	6%	3	6%	0	0%	0	0%
Kognitive Probleme	10	21%	33	70%	2	4%	2	4%	0	0%	0	0%
Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	15	32%	16	34%	14	30%	2	4%	0	0%	0	0%
Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	39	83%	0	0%	5	11%	3	6%	0	0%	0	0%
Gedrückte Stimmung	9	19%	19	40%	13	28%	5	11%	1	2%	0	0%
Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	2	4%	15	32%	17	36%	11	23%	1	2%	1	2%
Probleme in Beziehungen	16	34%	23	49%	8	17%	0	0%	0	0%	0	0%
Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	14	30%	13	28%	16	34%	4	9%	0	0%	0	0%
Probleme durch die Wohnbedingungen	29	62%	15	32%	2	4%	0	0%	0	0%	1	2%
Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag	29	62%	17	36%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%

Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	kein Problem		klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf		leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden		eher schweres Problem		schweres bis sehr schweres Problem		nicht bekannt / nicht anwendbar	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	32	67%	10	21%	4	8%	0	0%	2	4%	0	0%
Absichtliche Selbstverletzung	29	60%	14	29%	3	6%	2	4%	0	0%	0	0%
Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	35	73%	9	19%	2	4%	2	4%	0	0%	0	0%
Kognitive Probleme	15	31%	31	65%	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	14	29%	18	38%	13	27%	2	4%	1	2%	0	0%
Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	40	83%	3	6%	1	2%	3	6%	1	2%	0	0%
Gedrückte Stimmung	16	33%	15	31%	13	27%	4	8%	0	0%	0	0%
Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	0	0%	12	25%	25	52%	10	21%	1	2%	0	0%
Probleme in Beziehungen	20	42%	16	33%	9	19%	2	4%	1	2%	0	0%
Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	12	25%	19	40%	12	25%	4	8%	1	2%	0	0%
Probleme durch die Wohnbedingungen	32	67%	13	27%	3	6%	0	0%	0	0%	0	0%
Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag	35	73%	11	23%	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%

*Tabelle 55: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung (Zahl der gültige Fälle N=50)*

	Über-aktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	Absichtliche Selbstverletzung	Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	Kognitive Probleme	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	Gedrückte Stimmung	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	Probleme in Beziehungen	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	Probleme durch die Wohnbedingungen	Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag
Mann-Whitney-U-Test	310	282	270	310	295	261	249	302	276	305	275	310
Signifikanz (p-Wert)	0,950	0,446	0,254	0,951	0,725	0,074	0,197	0,813	0,457	0,879	0,451	0,960

*Tabelle 56: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47)*

	Über-aktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	Absichtliche Selbstverletzung	Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	Kognitive Probleme	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	Gedrückte Stimmung	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	Probleme in Beziehungen	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	Probleme durch die Wohnbedingungen	Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag
Mann-Whitney-U-Test	266	266	198	253	208	250	257	259	228	201	253	245
Signifikanz (p-Wert)	0,810	0,773	0,035	0,542	0,128	0,397	0,671	0,704	0,260	0,093	0,567	0,436

*Tabelle 57: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48)*

	Über-aktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	Absichtliche Selbstverletzung	Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	Kognitive Probleme	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	Gedrückte Stimmung	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	Probleme in Beziehungen	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	Probleme durch die Wohnbedingungen	Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag
Mann-Whitney-U-Test	229	230	233	237	230	214	238	241	267	270	262	277
Signifikanz (p-Wert)	0,144	0,169	0,145	0,209	0,204	0,018	0,276	0,284	0,637	0,697	0,509	0,760

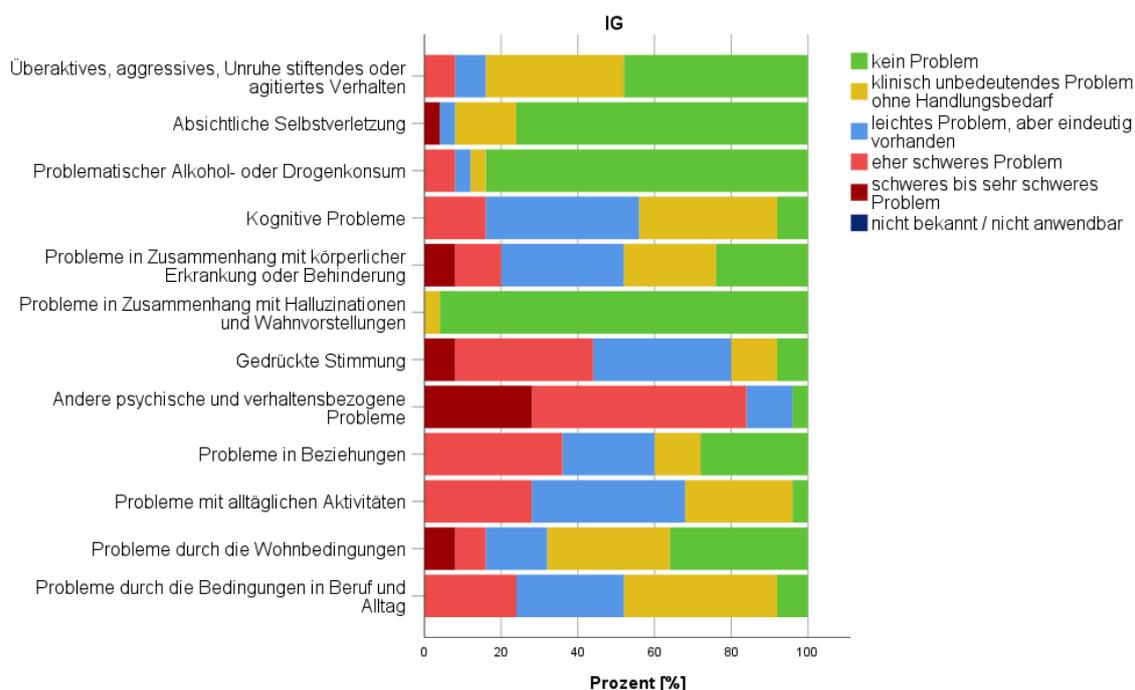


Abbildung 16: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung für Proband*innen der IG (Zahl der gültigen Fälle: N=25)

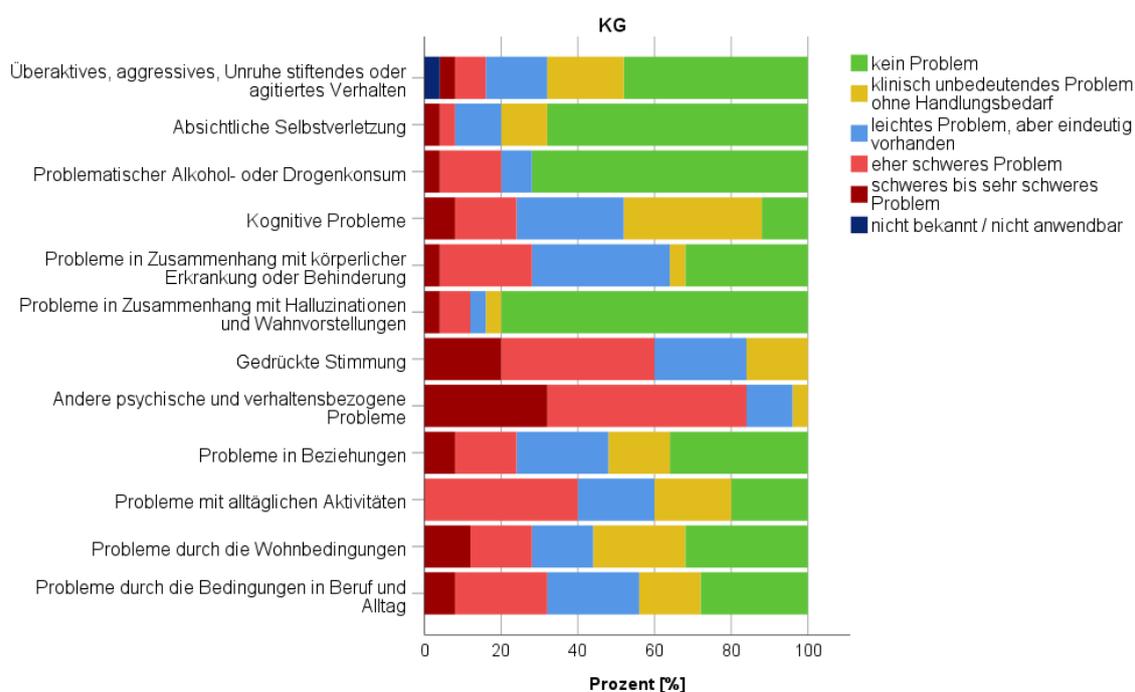


Abbildung 17: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung für Proband*innen der KG (Zahl der gültigen Fälle: N=25)

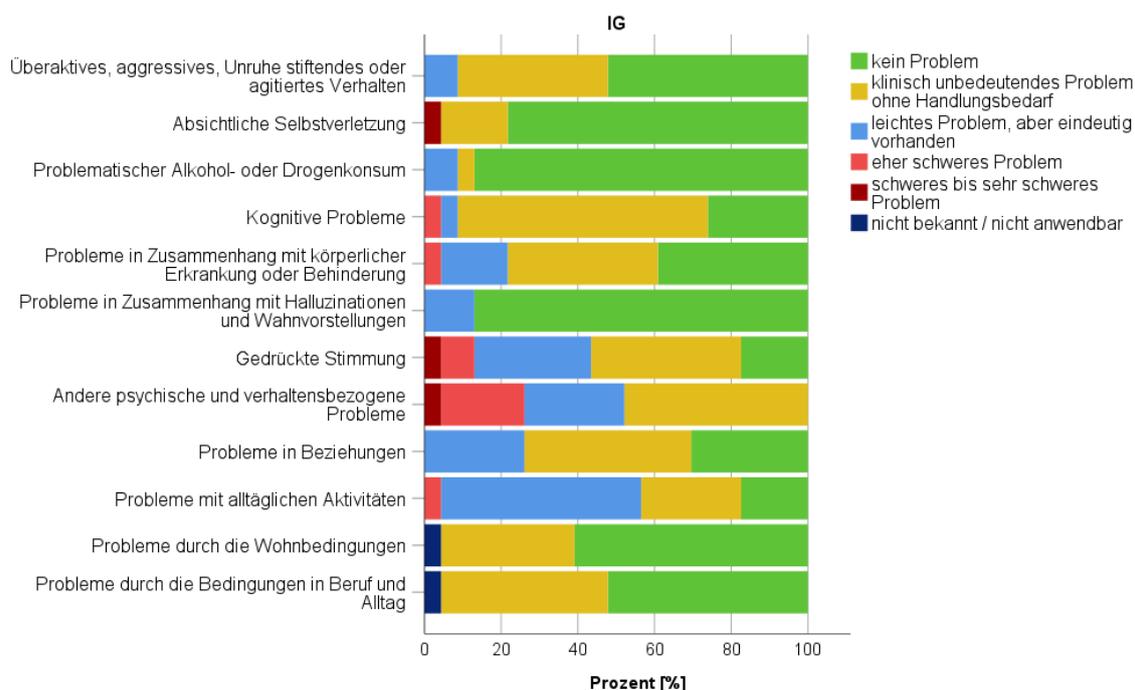


Abbildung 18: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung für Proband*innen der IG (Zahl der gültigen Fälle: N=23)

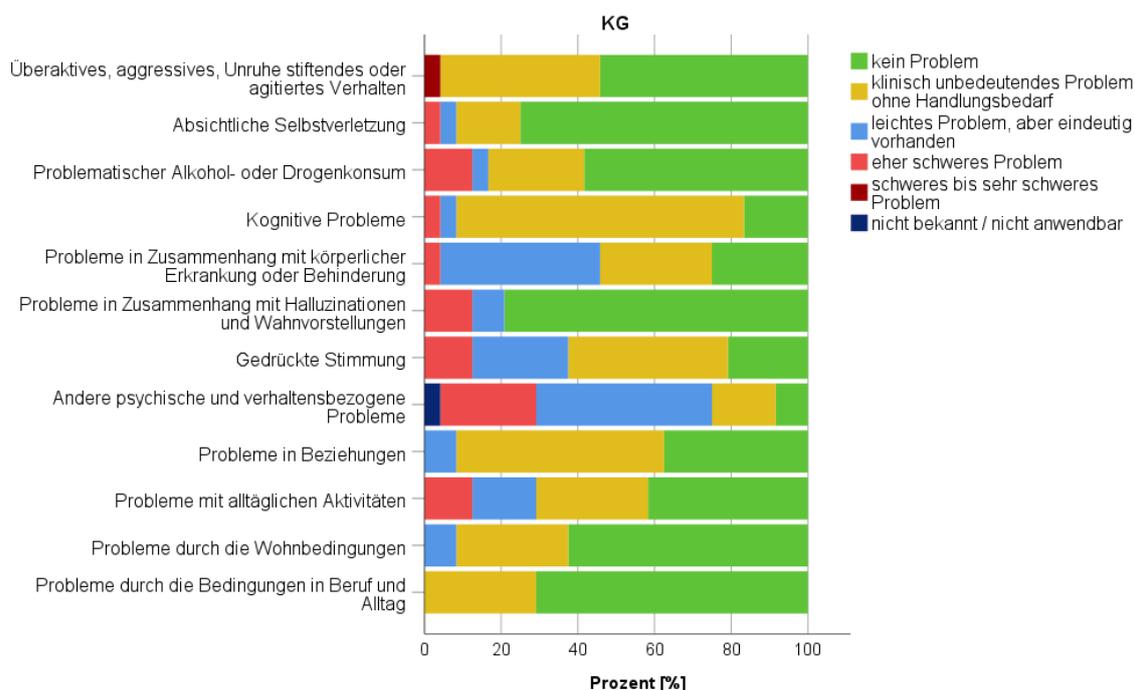


Abbildung 19: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung für Proband*innen der KG (Zahl der gültigen Fälle: N=24)

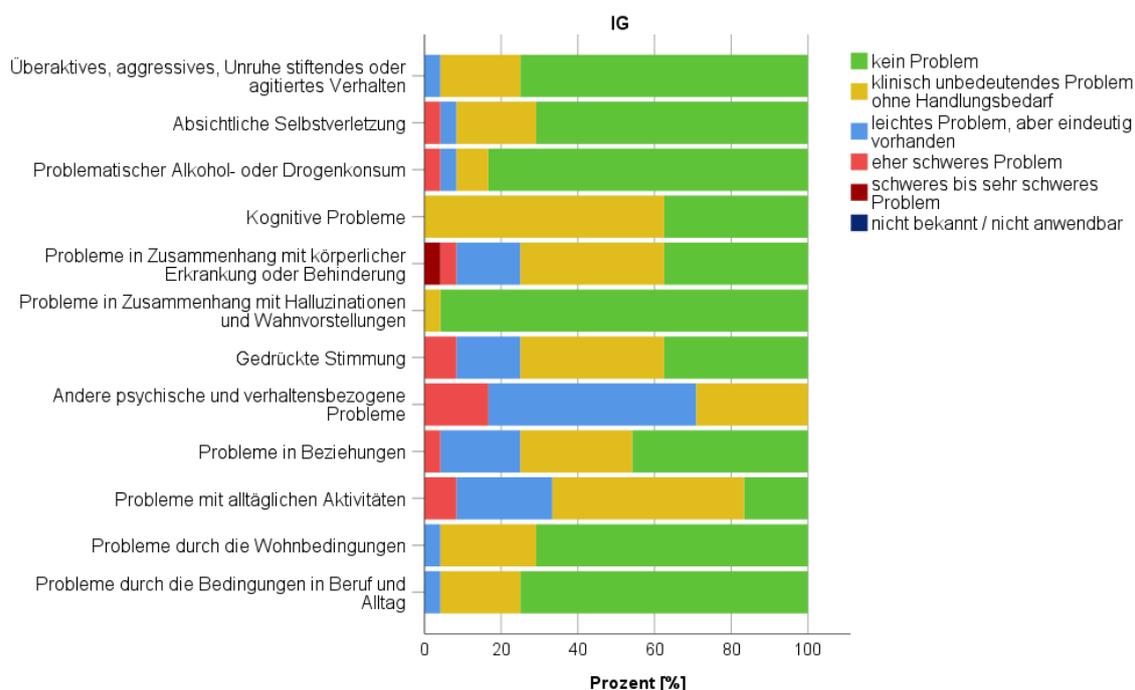


Abbildung 20: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung für Proband*innen der IG (Zahl der gültigen Fälle: N=24)

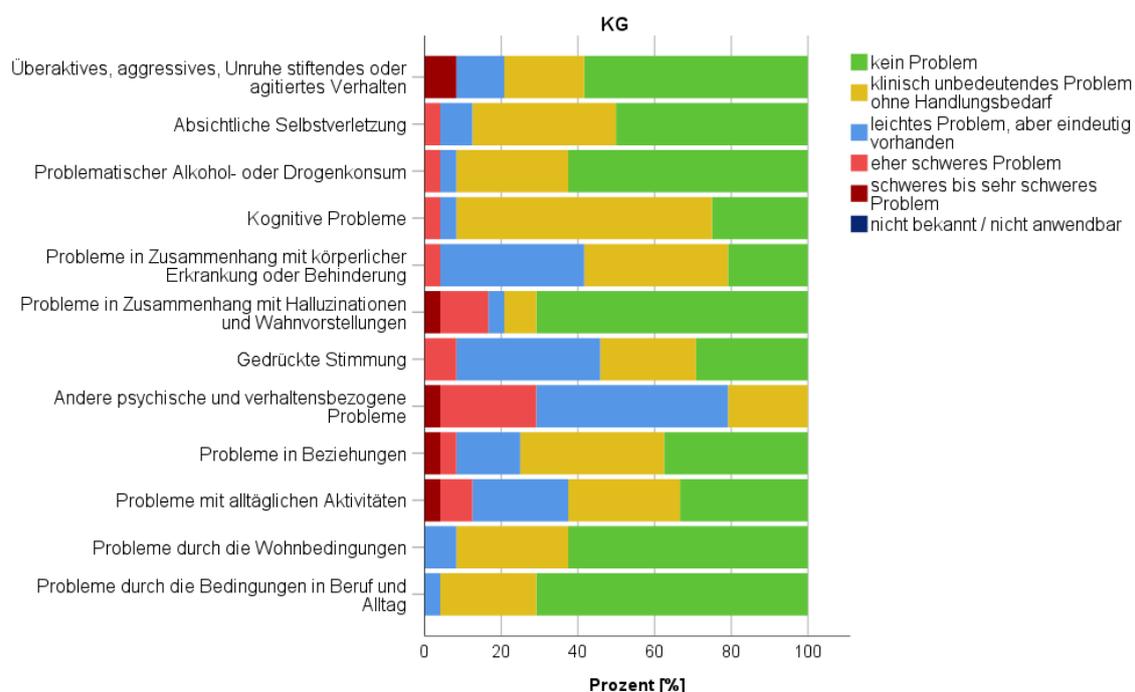


Abbildung 21: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung pro Item innerhalb des HoNOS-Fragebogens zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung für Proband*innen der KG (Zahl der gültigen Fälle: N=24)

*Tabelle 58: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der Baseline- und der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48)*

Teststatistiken ^a												
	Über- aktives, aggres- sives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	Absicht- liche Selbstver- letzung	Proble- mati- scher Alkohol- oder Drogen- konsum	Kognitive Probleme	Probleme in Zusam- menhang mit körper- licher Erkrank- ung oder Behinde- rung	Probleme in Zusam- menhang mit Halluzi- nationen und Wahn- vorstel- lungen	Ge- drückte Stim- mung	Andere psy- chische und verhal- tensbe- zogene Probleme	Probleme in Bezie- hungen	Probleme mit all- täglichen Aktivitäten	Probleme durch die Wohn- bedin- gungen	Probleme durch die Bedin- gungen in Beruf und Alltag
Z	-1,26 ^b	-0,07 ^c	-0,92 ^b	-4,41 ^b	-2,49 ^b	-0,60 ^c	-5,13 ^b	-4,94 ^b	-2,66 ^b	-2,96 ^b	-4,06 ^b	-5,06 ^b
Asymp. Sig. (2-seitig)	0,206	0,948	0,356	<0,001	0,013	0,547	<0,001	<0,001	0,008	0,003	<0,001	<0,001

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf positiven Rängen.

c. Basiert auf negativen Rängen.

*Tabelle 59: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der Baseline- und der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47)*

Teststatistiken ^a												
	Über-aktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	Absichtliche Selbstverletzung	Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	Kognitive Probleme	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	Ge-drückte Stimmung	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	Probleme in Beziehungen	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	Probleme durch die Wohnbedingungen	Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag
Z	-1,02 ^b	-1,27 ^b	-0,92 ^b	-3,75 ^b	-2,74 ^b	-0,99 ^c	-4,40 ^b	-5,40 ^b	-3,50 ^b	-3,47 ^b	-4,26 ^b	-5,15 ^b
Asymp. Sig. (2-seitig)	0,307	0,205	0,358	<0,001	0,006	0,321	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf positiven Rängen.

c. Basiert auf negativen Rängen.

*Tabelle 60: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des HoNOS-Fragebogens aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der 6M-FU- und der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=46)*

Teststatistiken^a												
	Über-aktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	Absichtliche Selbstverletzung	Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	Kognitive Probleme	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	Ge-drückte Stimmung	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	Probleme in Beziehungen	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	Probleme durch die Wohnbedingungen	Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag
Z	-0,31 ^b	-1,61 ^c	-0,74 ^b	-1,54 ^b	-1,17 ^c	-0,69 ^b	-1,50 ^b	-1,28 ^c	-0,42 ^c	-0,16 ^b	-0,53 ^c	-0,03 ^c
Asymp. Sig. (2-seitig)	0,753	0,108	0,462	0,124	0,243	0,488	0,133	0,201	0,678	0,872	0,593	0,978

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf positiven Rängen.

c. Basiert auf negativen Rängen.

9.1.3 Zu Kapitel 3.3.2 PSP-Skala

Tabelle 61: Häufigkeitsverteilung der Abstufungen pro Subskala der PSP-Skala zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=50); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	abwesend		leicht		offensichtlich		ausgeprägt		schwerwiegend		äußerst schwerwiegend	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen	3	6%	10	20%	18	36%	14	28%	3	6%	2	4%
Persönliche und soziale Beziehungen	6	12%	13	26%	15	30%	10	20%	5	10%	1	2%
Selbstpflege	17	34%	20	40%	10	20%	2	4%	0	0%	1	2%
Störendes und aggressives Verhalten	25	50%	12	24%	8	16%	4	8%	1	2%	0	0%

Tabelle 62: Häufigkeitsverteilung der Abstufungen pro Subskala der PSP-Skala zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	abwesend		leicht		offensichtlich		ausgeprägt		schwerwiegend		äußerst schwerwiegend	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen	12	26%	15	32%	11	23%	9	19%	0	0%	0	0%
Persönliche und soziale Beziehungen	19	40%	20	43%	6	13%	2	4%	0	0%	0	0%
Selbstpflege	27	57%	12	26%	5	11%	3	6%	0	0%	0	0%
Störendes und aggressives Verhalten	37	79%	7	15%	1	2%	2	4%	0	0%	0	0%

Tabelle 63: Häufigkeitsverteilung der Abstufungen pro Subskala der PSP-Skala zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	abwesend		leicht		offensichtlich		ausgeprägt		schwerwiegend		äußerst schwerwiegend	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen	9	19%	22	46%	8	17%	7	15%	2	4%	0	0%
Persönliche und soziale Beziehungen	17	35%	26	54%	3	6%	1	2%	1	2%	0	0%
Selbstpflege	29	60%	13	27%	4	8%	2	4%	0	0%	0	0%
Störendes und aggressives Verhalten	37	77%	8	17%	1	2%	0	0%	2	4%	0	0%

*Tabelle 64: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Subskala der PSP-Skala zwischen den Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=50)*

	Sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen	Persönliche und soziale Beziehungen	Selbstpflege	Störendes und aggressives Verhalten
Mann-Whitney-U-Test	298	231	272	309
Signifikanz (p-Wert)	0,770	0,104	0,399	0,942

*Tabelle 65: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Subskala der PSP-Skala zwischen den Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=47)*

	Sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen	Persönliche und soziale Beziehungen	Selbstpflege	Störendes und aggressives Verhalten
Mann-Whitney-U-Test	236	233	247	276
Signifikanz (p-Wert)	0,378	0,317	0,488	0,988

*Tabelle 66: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Subskala der PSP-Skala zwischen den Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung (Zahl der gültigen Fälle: N=48)*

	Sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen n	Persönliche und soziale Beziehungen	Selbstpflege	Störendes und aggressives Verhalten
Mann-Whitney-U-Test	263	270	227	273
Signifikanz (p-Wert)	0,577	0,669	0,149	0,673

9.1.4 Zu Kapitel 3.3.3 EQ-5D-5L

*Table 67: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Beweglichkeit / Mobilität“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=47) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

	keine Probleme haben, herumzugehen		leichte Probleme haben, herumzugehen		mäßige Probleme haben, herumzugehen		große Probleme haben, herumzugehen		nicht in der Lage sein, herumzugehen	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Beweglichkeit / Mobilität_Baseline	22	44%	15	30%	8	16%	4	8%	1	2%
Beweglichkeit / Mobilität_6M-FU	16	34%	12	26%	18	38%	1	2%	0	0%
Beweglichkeit / Mobilität_12M-FU	21	44%	9	19%	12	25%	6	13%	0	0%

*Table 68: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Für sich selbst sorgen“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

	keine Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen		leichte Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen		mäßige Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen		große Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen		nicht in der Lage sein, sich selbst zu waschen oder anzuziehen	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Für sich selbst sorgen_Baseline	31	62%	12	24%	4	8%	3	6%	0	0%
Für sich selbst sorgen_6M-FU	23	50%	12	26%	7	15%	3	7%	1	2%
Für sich selbst sorgen_12M-FU	29	60%	8	17%	8	17%	3	6%	0	0%

Tabelle 69: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Alltägliche Tätigkeiten“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	keine Probleme haben, den alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen		leichte Probleme haben, den alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen		mäßige Probleme haben, den alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen		große Probleme haben, den alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen		nicht in der Lage sein, den alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Alltägliche Tätigkeiten_Baseline	16	32%	11	22%	11	22%	12	24%	0	0%
Alltägliche Tätigkeiten_6M-FU	9	20%	16	35%	13	28%	5	11%	3	7%
Alltägliche Tätigkeiten_12M-FU	9	19%	16	33%	14	29%	4	8%	5	10%

Tabelle 70: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Schmerzen und körperliche Beschwerden“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	keine Schmerzen oder Beschwerden haben		leichte Schmerzen oder Beschwerden haben		mäßige Schmerzen oder Beschwerden haben		schwere Schmerzen oder Beschwerden haben		extreme Schmerzen oder Beschwerden haben	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Schmerzen / körperliche Beschwerden_Baseline	15	30%	16	32%	12	24%	3	6%	4	8%
Schmerzen / körperliche Beschwerden_6M-FU	12	26%	10	22%	16	35%	7	15%	1	2%
Schmerzen / körperliche Beschwerden_12M-FU	8	17%	13	27%	11	23%	11	23%	5	10%

*Table 71: Häufigkeitsverteilung der Levels der Dimension „Angst / Niedergeschlagenheit“ des EQ-5D-5L aller Proband*innen zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

	nicht ängstlich oder deprimiert sein		ein wenig ängstlich oder deprimiert sein		mäßig ängstlich oder deprimiert sein		sehr ängstlich oder deprimiert sein		extrem ängstlich oder deprimiert sein	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Angst / Niedergeschlagenheit_Baseline	10	20%	11	22%	12	24%	13	26%	4	8%
Angst / Niedergeschlagenheit_6M-FU	7	15%	12	26%	14	30%	7	15%	6	13%
Angst / Niedergeschlagenheit_12M-FU	7	15%	8	17%	19	40%	10	21%	4	8%

*Table 72: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Beweglichkeit / Mobilität“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=47) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48)*

	Baseline	6M-FU	12M-FU
Mann-Whitney-U-Test	310	265	258
Signifikanz (p-Wert)	0,951	0,795	0,513

*Tabelle 73: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Für sich selbst sorgen“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48)*

	Baseline	6M-FU	12M-FU
Mann-Whitney-U-Test	255	263	233
Signifikanz (p-Wert)	0,197	0,962	0,192

*Tabelle 74: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Alltägliche Tätigkeiten“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle; N=48)*

	Baseline	6M-FU	12M-FU
Mann-Whitney-U-Test	222	251	264
Signifikanz (p-Wert)	0,067	0,749	0,608

*Tabelle 75: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Schmerzen / körperliche Beschwerden“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48)*

	Baseline	6M-FU	12M-FU
Mann-Whitney-U-Test	241	265	251
Signifikanz (p-Wert)	0,149	1,000	0,434

*Tabelle 76: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Dimension „Angst / Niedergeschlagenheit“ des EQ-5D-5L zwischen den Proband*innen der IG und der KG zu den Befragungszeitpunkten Baseline (Zahl der gültigen Fälle: N=50), 6M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=46) und 12M-FU (Zahl der gültigen Fälle: N=48)*

	Baseline	6M-FU	12M-FU
Mann-Whitney-U-Test	274	249	207
Signifikanz (p-Wert)	0,437	0,726	0,082

9.1.5 Zu Kapitel 3.3.4 RAS-G

Die Anzahl der jeweils gültigen Fälle variiert aufgrund des teilweisen unvollständigen Beantwortens aller Items durch alle Proband*innen. Die jeweils gültigen und für die durchgeführten Untersuchungen verwendeten Fälle pro Item des RAS-G für die 3 Befragungszeitpunkte sind daher in den Tabellen 77, 78 und 79 zusammengefasst.

Tabelle 77: Gültige Fälle pro Item des RAS-G für den Befragungszeitpunkt Baseline

		Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	Ich sehe Sinn im Leben	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich
N	Gültig	50	49	49	50	50	49	49	49	50	49	50	50	50	50
	Fehlend	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0

Tabelle 78: Gültige Fälle pro Item des RAS-G für den Befragungszeitpunkt 6M-FU

		Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	Ich sehe Sinn im Leben	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich
N	Gültig	47	47	46	47	47	47	46	47	47	46	46	46	46	46
	Fehlend	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4

Tabelle 79: Gültige Fälle pro Item des RAS-G für den Befragungszeitpunkt 12M-FU

		Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	Ich sehe Sinn im Leben	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich
N	Gültig	47	48	48	48	48	48	48	47	48	47	48	48	48	48
	Fehlend	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2

Tabelle 80: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung; aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	Stimmt gar nicht		Stimmt kaum		Teils teils		Stimmt ziemlich		Stimmt völlig	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	4	8%	6	12%	11	22%	10	20%	19	38%
Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	3	6%	7	14%	10	20%	7	14%	22	45%
Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	7	14%	7	14%	17	35%	5	10%	13	27%
Ich sehe Sinn im Leben	7	14%	12	24%	11	22%	9	18%	11	22%
Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	9	18%	9	18%	20	40%	7	14%	5	10%
Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	10	20%	12	24%	12	24%	9	18%	6	12%
Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	10	20%	8	16%	14	29%	10	20%	7	14%
Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	18	37%	9	18%	11	22%	7	14%	4	8%
Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	16	32%	5	10%	17	34%	7	14%	5	10%
Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	1	2%	5	10%	7	14%	21	43%	15	31%
Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	0	0%	4	8%	8	16%	17	34%	21	42%
Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	1	2%	3	6%	16	32%	16	32%	14	28%
Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	2	4%	4	8%	7	14%	11	22%	26	52%
Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich	2	4%	4	8%	10	20%	14	28%	20	40%

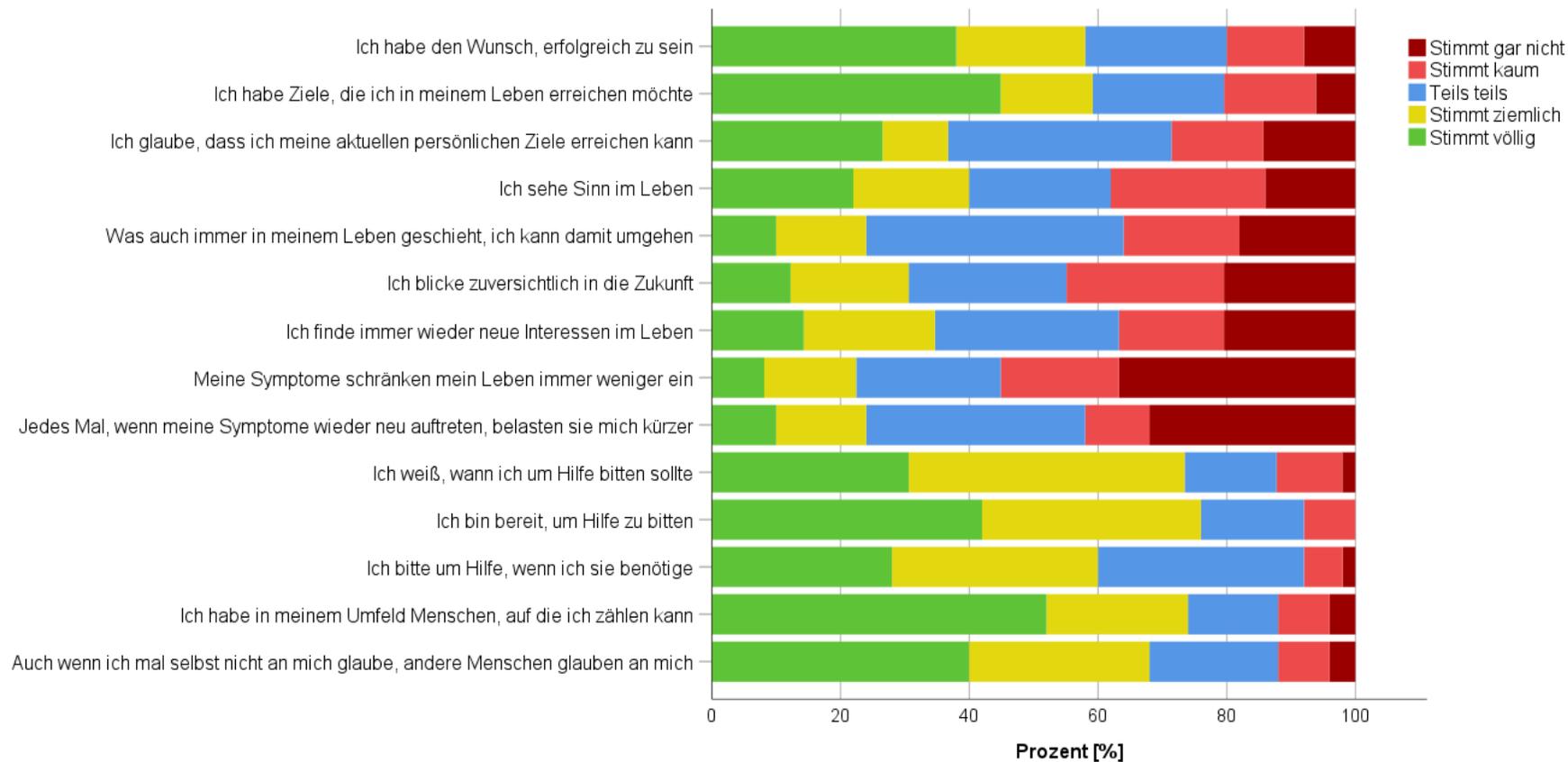


Abbildung 22: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung

Tabelle 81: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung; aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	Stimmt gar nicht		Stimmt kaum		Teils teils		Stimmt ziemlich		Stimmt völlig	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	5	11%	2	4%	8	17%	12	26%	20	43%
Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	4	9%	2	4%	8	17%	17	36%	16	34%
Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	3	7%	7	15%	18	39%	12	26%	6	13%
Ich sehe Sinn im Leben	3	6%	6	13%	12	26%	10	21%	16	34%
Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	6	13%	7	15%	21	45%	9	19%	4	9%
Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	7	15%	7	15%	18	38%	10	21%	5	11%
Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	7	15%	14	30%	7	15%	12	26%	6	13%
Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	12	26%	14	30%	12	26%	6	13%	3	6%
Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	13	28%	9	19%	13	28%	11	23%	1	2%
Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	2	4%	2	4%	9	20%	18	39%	15	33%
Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	1	2%	5	11%	6	13%	15	33%	19	41%
Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	3	7%	2	4%	7	15%	15	33%	19	41%
Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	1	2%	2	4%	5	11%	11	24%	27	59%
Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich	1	2%	6	13%	6	13%	15	33%	18	39%

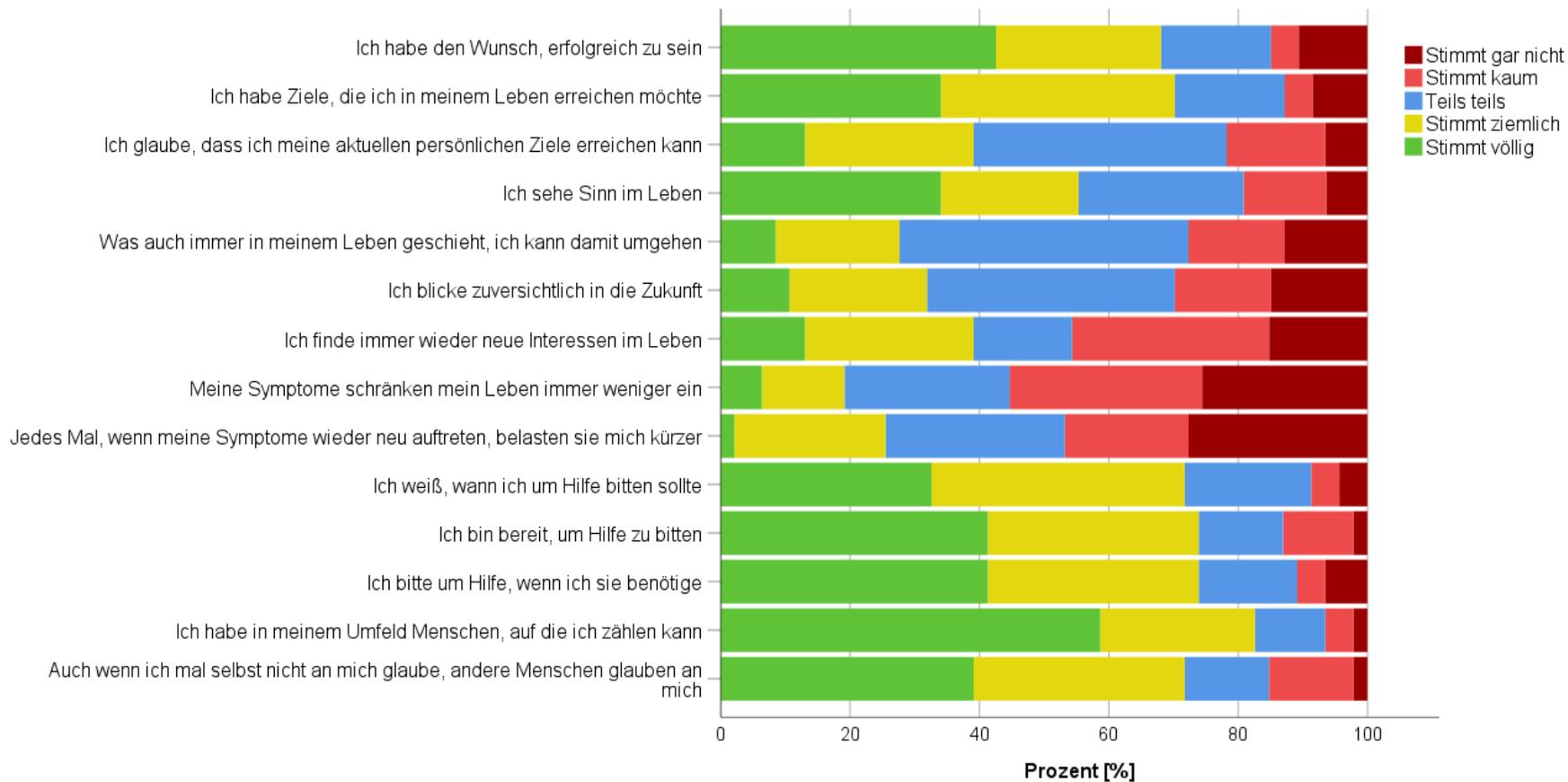


Abbildung 23: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung

Tabelle 82: Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung; aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen

	Stimmt gar nicht		Stimmt kaum		Teils teils		Stimmt ziemlich		Stimmt völlig	
	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl als Zeilen (%)
Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	4	9%	3	6%	8	17%	16	34%	16	34%
Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	5	10%	4	8%	4	8%	20	42%	15	31%
Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	8	17%	12	25%	13	27%	13	27%	2	4%
Ich sehe Sinn im Leben	5	10%	5	10%	14	29%	10	21%	14	29%
Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	10	21%	4	8%	22	46%	8	17%	4	8%
Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	10	21%	3	6%	18	38%	13	27%	4	8%
Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	10	21%	10	21%	11	23%	9	19%	8	17%
Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	13	28%	14	30%	12	26%	6	13%	2	4%
Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	16	33%	10	21%	11	23%	8	17%	3	6%
Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	1	2%	2	4%	8	17%	20	43%	16	34%
Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	5	10%	3	6%	10	21%	16	33%	14	29%
Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	2	4%	2	4%	12	25%	17	35%	15	31%
Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	1	2%	4	8%	4	8%	11	23%	28	58%
Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich	0	0%	3	6%	12	25%	14	29%	19	40%

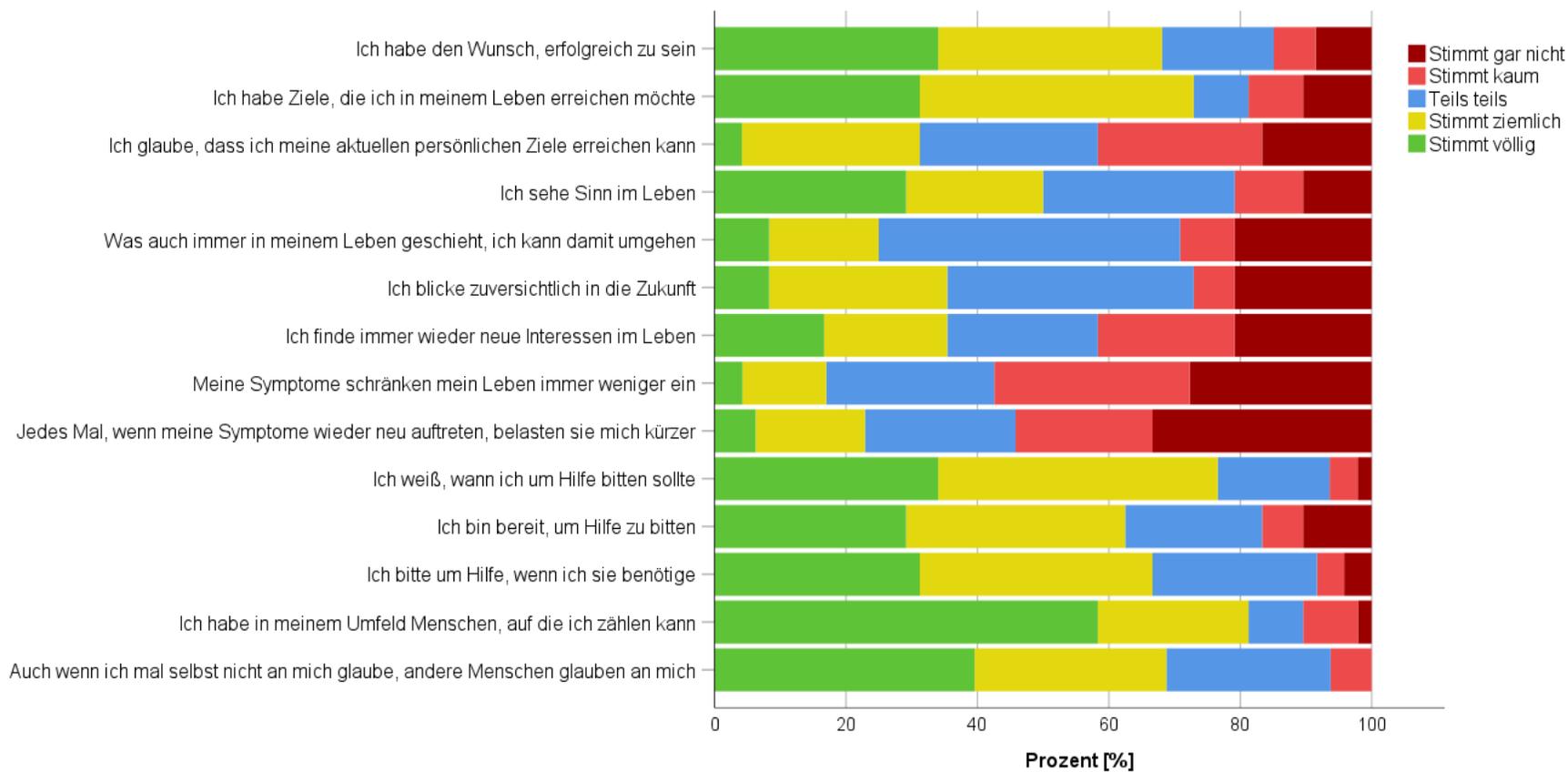


Abbildung 24: Gestapeltes Balkendiagramm zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Werte auf der Likert-Skala pro Item innerhalb des RAS-G zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung

*Tabelle 83: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung*

	Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	Ich sehe Sinn im Leben	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich
Mann-Whitney-U-Test	301	278	190	277	267	263	288	268	220	290	303	303	303	306
Signifikanz (p-Wert)	0,816	0,634	0,023	0,481	0,352	0,443	0,806	0,500	0,062	0,832	0,844	0,847	0,833	0,887

*Tabelle 84: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 6M-FU-Befragung*

	Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	Ich sehe Sinn im Leben	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich
Mann-Whitney-U-Test	208	269	236	232	249	251	265	239	269	226	231	227	203	255
Signifikanz (p-Wert)	0,124	0,867	0,506	0,327	0,537	0,581	1,000	0,416	0,878	0,366	0,436	0,383	0,127	0,817

Tabelle 85: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G zwischen Proband*innen der IG und der KG zum Zeitpunkt der 12M-FU-Befragung

	Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	Ich sehe Sinn im Leben	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich
Mann-Whitney-U-Test	250	283	272	286	245	269	246	272	268	268	284	280	264	279
Signifikanz (p-Wert)	0,563	0,913	0,726	0,958	0,347	0,675	0,371	0,921	0,662	0,856	0,932	0,863	0,577	0,836

Tabelle 86: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der Baseline- und der 12M-FU-Befragung

	Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	Ich sehe Sinn im Leben	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich
Z	-0,584 ^b	-0,269 ^c	-2,180 ^c	-1,770 ^b	-0,488 ^b	-0,770 ^b	-0,337 ^b	-0,064 ^c	-0,875 ^c	-0,556 ^b	-2,539 ^c	-0,520 ^b	-0,448 ^b	-0,359 ^b
Signifikanz (p-Wert)	0,559	0,788	0,029	0,077	0,626	0,441	0,736	0,949	0,382	0,578	0,011	0,603	0,654	0,719

b. Basiert auf negativen Rängen.

c. Basiert auf positiven Rängen.

Tabelle 87: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der Baseline- und der 6M-FU-Befragung

	Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	Ich sehe Sinn im Leben	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich
Z	-0,759 ^b	-0,319 ^b	-0,254 ^b	-2,792 ^b	-1,399 ^b	-1,080 ^b	-0,370 ^b	-0,868 ^b	-0,089 ^b	-0,195 ^b	-0,717 ^c	-1,437 ^b	-1,242 ^b	-0,171 ^b
Signifikanz (p-Wert)	0,448	0,750	0,799	0,005	0,162	0,280	0,712	0,386	0,929	0,846	0,473	0,151	0,214	0,864

b. Basiert auf negativen Rängen.

c. Basiert auf positiven Rängen.

Tabelle 88: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Häufigkeitsverteilung pro Item des RAS-G aller Proband*innen zwischen dem Zeitpunkt der 6M-FU- und der 12M-FU-Befragung

	Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann	Ich sehe Sinn im Leben	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich
Z	-1,273 ^b	-0,524 ^b	-1,850 ^b	-0,354 ^b	-0,558 ^b	-0,206 ^c	-0,072 ^b	-0,446 ^b	-0,853 ^b	-1,436 ^c	-1,805 ^b	-0,682 ^b	-0,513 ^b	-0,349 ^c
Signifikanz (p-Wert)	0,203	0,601	0,064	0,723	0,577	0,836	0,943	0,656	0,394	0,151	0,071	0,495	0,608	0,727

b. Basiert auf positiven Rängen.

c. Basiert auf negativen Rängen.

9.1.6 Zu Kapitel 3.4.1 Stationäre Wiederaufnahme

*Table 89: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsart der stationären Wiederaufnahme (StäB bzw. vollstationär) in Bezug auf die Indexbehandlung: StäB in der IG und vollstationär in der KG; aufgeteilt nach Proband*innen der IG und KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen am Studienzentrum Reutlingen (N=23); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

Art der stationären Wiederaufnahme in Bezug auf die Indexbehandlung	Behandlungsart der Wiederaufnahme entspricht der Behandlungsart der Indexbehandlung	Anzahl	Gruppe		Gesamt
			IG	KG	
			2	10	12
		% von Gruppe	22%	71%	52%
	Behandlungsart der Wiederaufnahme unterscheidet sich von der Behandlungsart der Indexbehandlung	Anzahl	7	4	11
		% von Gruppe	78%	29%	48%
Gesamt	Anzahl	9	14	23	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

*Table 90: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsart der stationären Wiederaufnahme (StäB bzw. vollstationär) in Bezug auf die Indexbehandlung: StäB in der IG und vollstationär in der KG; aufgeteilt nach Proband*innen der IG und KG sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen am Studienzentrum Zwiefalten (N=23); aufgrund von Rundung der Prozentangaben auf ganze Zahlen können diese in Summe von 100% abweichen*

Art der stationären Wiederaufnahme in Bezug auf die Indexbehandlung	Behandlungsart der Wiederaufnahme entspricht der Behandlungsart der Indexbehandlung	Anzahl	Gruppe		Gesamt
			IG	KG	
			3	10	13
		% von Gruppe	27%	83%	57%
	Behandlungsart der Wiederaufnahme unterscheidet sich von der Behandlungsart der Indexbehandlung	Anzahl	8	2	10
		% von Gruppe	73%	17%	43%
Gesamt	Anzahl	11	12	23	
	% von Gruppe	100%	100%	100%	

*Table 91: Statistische Werte zur Anzahl der abrechenbaren Tage in einer StäB pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen des Studienzentrums Reutlingen und Zwiefalten sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=46); gerundet auf ganze Zahlen*

	Reutlingen	Zwiefalten	Gesamt
Anzahl der gültigen Fälle	23	23	46
Mittelwert [Tage]	24	9	16
Median [Tage]	0	0	0
Standardabweichung [Tage]	44	18	34
Minimum [Tage]	0	0	0
Maximum [Tage]	178	65	178
Spannbreite [Tage]	178	65	178
Summe [Tage]	541	212	753

*Table 92: Statistische Werte zur Anzahl der abrechenbaren Tage in vollstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken pro Proband*in innerhalb von 12 Monaten nach der Indexbehandlung, aufgeteilt nach Proband*innen des Studienzentrums Reutlingen und Zwiefalten sowie aller wiederaufgenommenen Proband*innen (N=46); gerundet auf ganze Zahlen*

	Reutlingen	Zwiefalten	Gesamt
Anzahl der gültigen Fälle	23	23	46
Mittelwert [Tage]	76	45	60
Median [Tage]	47	21	38
Standardabweichung [Tage]	72	56	66
Minimum [Tage]	0	0	0
Maximum [Tage]	273	172	273
Spannbreite [Tage]	273	172	273
Summe [Tage]	1.737	1.031	2.768

9.1.7 Zu Kapitel 3.4.2.2 Ambulanter Bereich

*Table 93: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Anzahl der jeweiligen Art der in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen zwischen Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten für den Zeitraum von 3 Monaten vor der 6M-FU-Befragung (N=88)*

	Ambulante Kontakte bei dem*der niedergelassenen Psychiater*in	Ambulante Kontakte bei dem*der niedergelassenen Psycholog*in	Ambulante Kontakte in einer PIA	Ambulante Kontakte in einer Psychotherapeutischen Ambulanz	Ambulante Kontakte bei dem*der Hausarzt* Hausärztin	Ambulante Kontakte bei sonstige Ärzt*innen / in sonstigen Einrichtungen
Mann-Whitney-U-Test	939	958	819	920	845	924
Signifikanz (p-Wert)	0,818	0,981	0,165	0,194	0,331	0,729

*Table 94: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Anzahl der jeweiligen Art der in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen zwischen Proband*innen der Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten für den Zeitraum von 3 Monaten vor der 12M-FU-Befragung (N=91)*

	Ambulante Kontakte bei dem*der niedergelassenen Psychiater*in	Ambulante Kontakte bei dem*der niedergelassenen Psycholog*in	Ambulante Kontakte in einer PIA	Ambulante Kontakte in einer Psychotherapeutischen Ambulanz	Ambulante Kontakte bei dem*der Hausarzt* Hausärztin	Ambulante Kontakte bei sonstige Ärzt*innen / in sonstigen Einrichtungen
Mann-Whitney-U-Test	917	982	959	989	983	821
Signifikanz (p-Wert)	0,249	0,527	0,504	0,178	0,692	0,060

9.2 Verwendete Fragebögen: Fragebögen der Follow-up-Befragungen innerhalb AKtiV-Studie

Patientenfragebogen – 12 Monats-Follow Up

Patientenfragebogen – 12 Monats-Follow-Up			
Identifikation			
1.1 Zentrum:	<input type="checkbox"/> Charité Mitte, Berlin	<input type="checkbox"/> zFP Südwestfalen Zwiefalen	<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
<input type="checkbox"/> Immanuel Klinik, Rüdersdorf			
1.2 Probanden-ID:	□□□□□□□□		
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	□□□□□□□□		
1.5 Erhebungsdatum (dd.mm.yyyy)	□□,□□,□□□□		

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:

[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 in den **letzten 6 Monaten** noch 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 und Name der Einrichtung	Kodierung (siehe 1.1)	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 während der letzten 6 Monate auf.			
Inanspruchnahme von Leistungen [cs0s40y]		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Stationärer Bereich Einrichtung und Kodierung	Alle stationären Krankenhausaufenthalte während der 6 letzten 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 während der letzten 6 Monate auf.			
Inanspruchnahme von Leistungen [css050y]		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Teilstationärer Bereich Einrichtung und Kodierung	Alle teilstationären Klinikaufenthalte während der 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 während der letzten 6 Monate auf			
Inanspruchnahme von Leistungen in den letzten 6 Monaten [css055y]		<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nein
Stationsäquivalente Behandlung	Alle StäB-Leistungen während der letzten 6 Monate		
	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	Einrichtung Name und Kodierung	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
	Einrichtung Name und Kodierung	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.]
Gemeindegewerkschaft [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. Medikation			
4.1 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?	<input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> 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

<p>Beurteilen Sie für jedes der 12 Items das jeweils schwerste Problem, das während der letzten 7 Tage aufgetreten ist.</p>	<p>Legende: Tragen Sie für jedes Item 0-4 oder 9 in die Kästchen ein.</p> <table border="0"> <tr> <td>0 kein Problem</td> <td>1 klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</td> </tr> <tr> <td>2 leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden</td> <td>3 eher schweres Problem</td> </tr> <tr> <td>4 schweres bis sehr schweres Problem</td> <td>9 nicht bekannt / nicht anwendbar</td> </tr> </table>		0 kein Problem	1 klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf	2 leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden	3 eher schweres Problem	4 schweres bis sehr schweres Problem	9 nicht bekannt / nicht anwendbar												
0 kein Problem	1 klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf																			
2 leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden	3 eher schweres Problem																			
4 schweres bis sehr schweres Problem	9 nicht bekannt / nicht anwendbar																			
1) Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten:	<input type="checkbox"/>	8) Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme <input type="checkbox"/>																		
2) Absichtliche Selbstverletzung:	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Falls andere psychische /verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an <div style="text-align: right;">↓</div>																		
3) Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>A) Phobisch</td> <td>B) Angst</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C) Zwangsgedanken/-handlungen</td> <td>D) Psychische Belastung/Anspannung</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E) Dissoziativ</td> <td>F) Somatoform</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G) Essen</td> <td>H) Schlaf</td> <td></td> </tr> <tr> <td>I) Sexuell</td> <td>J) Andere (spezifizieren):</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table>	A) Phobisch	B) Angst	<input type="checkbox"/>	C) Zwangsgedanken/-handlungen	D) Psychische Belastung/Anspannung		E) Dissoziativ	F) Somatoform		G) Essen	H) Schlaf		I) Sexuell	J) Andere (spezifizieren):			_____	
A) Phobisch	B) Angst	<input type="checkbox"/>																		
C) Zwangsgedanken/-handlungen	D) Psychische Belastung/Anspannung																			
E) Dissoziativ	F) Somatoform																			
G) Essen	H) Schlaf																			
I) Sexuell	J) Andere (spezifizieren):																			

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>
--	--

**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 <u>keine</u> Probleme haben herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>leichte</u> Probleme haben herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßige</u> Probleme haben herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>große</u> Probleme haben herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>nicht in der Lage</u> sind herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
-

FÜR SICH SELBST SORGEN

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

- | | |
|--|--------------------------|
| Sie <u>keine</u> Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>leichte</u> Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßige</u> Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>große</u> Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>nicht in der Lage</u> sind, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
-

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN

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

- | | |
|--|--------------------------|
| Sie <u>keine</u> Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>leichte</u> Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßige</u> Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>große</u> Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>nicht in der Lage</u> sind, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
-

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"/> |
-

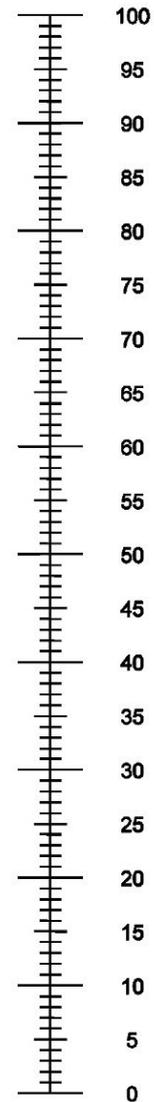
EQ-5D VAS

- 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

Gefördert durch:

Patientenfragebogen – 12 Monate-Follow Up



AKTIV

 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.