

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit
Poliklinik

**Alltagsrelevanz von Teilhabe im Sinne der ICF
im Rahmen der Behandlung
auf psychiatrischer Akutstation**

Begleitung einer Qualitätssicherungsmaßnahme zur Verbesserung
der Versorgung, Planung und des Teamprozesses

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Scholdei-Taut, geb. Scholdei, Heinke

2019

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle

2. Berichterstatter: Professor Dr. G. Eschweiler

Tag der Disputation: 11.03.2019

meiner Mutter gewidmet

Inhalt

1	Einleitung.....	10
1.1	Finanzierung stationär psychiatrischer Versorgung.....	10
1.2	Rückfälle nach stationärer psychiatrischer Therapie.....	11
1.3	Klassifikation psychiatrischer Krankheitsbilder.....	12
1.4	Krankheitsbilder und Diagnostik in der Akutpsychiatrie.....	13
1.4.1	F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.....	14
1.4.1.1	F10.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom.....	14
1.4.2	F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen.....	15
1.4.2.1	F20.0 – Paranoide Schizophrenie.....	17
1.4.3	F3 – Affektive Störungen.....	18
1.4.3.1	F32.1 – Mittelgradige depressive Episode.....	20
1.4.3.2	F32.2 – Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome.....	20
1.4.3.3	F33.1 – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode.....	21
1.4.3.4	F33.2 – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome.....	21
1.4.4	F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	21
1.4.5	F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.....	22
1.4.5.1	F60.3 – Emotional instabile Persönlichkeitsstörung.....	22
1.5	Soziale Teilhabe von psychisch Kranken.....	23
1.6	Interprofessionelle Teamarbeit.....	32
1.6.1	Veränderungsprozesse im Team.....	34
1.7	Qualitätsmanagement in der psychiatrischen Behandlung.....	37
2	Fragestellung.....	38
3	Patienten und Methoden.....	39
3.1	Patienten.....	39
3.2	Methoden.....	40
3.2.1	Erhebungsinstrumente.....	40
3.2.2	Format der Untersuchung.....	42
3.2.3	Statistische Auswertung.....	42
4	Ergebnisse.....	43
4.1	Struktureller Vergleich von Maßnahmen- und Kontrollgruppe.....	43
4.2	Ergebnisse WHO DAS 2.0.....	47

4.2.1	Vergleich Maßnahmen-/Kontrollgruppe.....	47
4.2.2	Subgruppenanalyse WHO DAS 2.0	58
4.2.2.1	Gruppe und Geschlecht	58
4.2.2.2	Gruppe und Station	60
4.2.2.3	Gruppe und Alter.....	62
4.2.2.4	Gruppe und Behandlungsdauer	62
4.2.2.5	Stratifizierung innerhalb der Maßnahmengruppe.....	63
4.2.3	Zusammenfassung Ergebnisse WHO DAS 2.0.....	67
4.3	Ergebnisse TÜBB	67
5	Diskussion	73
5.1	Vergleichbarkeit von Kontroll- und Maßnahmengruppe	74
5.2	Änderung der Fähigkeiten zur sozialen Teilhabe während des Aufenthalts .. 75	
5.2.1	Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Domäne 5).....	75
5.2.1.1	Einflussfaktor Geschlecht.....	75
5.2.1.2	Einflussfaktor Diagnose.....	78
5.2.1.3	Exkurs: Neuropsychologische Fähigkeiten bei Suchterkrankungen....	79
5.2.1.4	Einflussfaktor Behandlungsdauer	80
5.2.1.5	Einflussfaktor Erkrankungsdauer.....	81
5.2.1.6	Fazit zu Fähigkeiten des täglichen Lebens.....	81
5.2.2	Fähigkeiten bzgl. anderer Domänen	82
5.2.2.1	Fähigkeiten bzgl. Verstehen und Kommunizieren (Domäne 1)	82
5.2.2.2	Domänenübergreifende Betrachtung der Fähigkeiten.....	83
5.2.3	Exkurs: Kulturelle Diversität von Patienten	84
5.3	Bewertung des Aufenthalts durch Patienten	86
5.4	Schlussfolgerung	87
6	Zusammenfassung	88
7	Literaturverzeichnis.....	92
8	Anhang	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Histogramm der Altersstufen der eingeschlossenen Patienten in der Kontrollgruppe (k) sowie der Maßnahmengruppe (m) und Vergleich mit Normalverteilung.....	44
Abbildung 2: Histogramm der absolvierten Schuljahre der eingeschlossenen Patienten in der Kontrollgruppe (k) sowie der Maßnahmengruppe (m) und Vergleich mit Normalverteilung	44
Abbildung 3: Histogramm der Scores für Domäne 1 („Kognition und Wahrnehmung“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m) mit Normalverteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme.	47
Abbildung 4: Histogramm der Scores für Domäne 2 („Mobilität“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m) mit Normalverteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme.	48
Abbildung 5: Histogramm der Scores für Domäne 3 („Selbstversorgung“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m) mit Normalverteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme.....	48
Abbildung 6: Histogramm der Scores für Domäne 4 („Umgang mit anderen Menschen“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m) mit Normalverteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme.	48
Abbildung 7: Histogramm der Scores für Domäne 5 („Tätigkeiten des alltäglichen Lebens“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m) mit Normalverteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme.	49
Abbildung 8: Histogramm der Scores für Domäne 6 („Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m) mit Normalverteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme.	49
Abbildung 9: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 1 des WHO DAS 2.0 („Kognition und Wahrnehmung“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	52
Abbildung 10: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 2 des WHO DAS 2.0 („Mobilität“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	52
Abbildung 11: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 3 des WHO DAS 2.0 („Selbstversorgung“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	52
Abbildung 12: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 4 des WHO DAS 2.0 („Umgang mit anderen Menschen“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	53
Abbildung 13: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 5 des WHO DAS 2.0 („Tätigkeiten des alltäglichen Lebens“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	53
Abbildung 14: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 6 des WHO DAS 2.0 („Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).....	53
Abbildung 15: Histogramm der Differenzen der Gesamtscores zwischen Aufnahme und Entlassung des WHO DAS 2.0 in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).....	54
Abbildung 16: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 1 des WHO DAS 2.0 („Kognition und Wahrnehmung“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	54

Abbildung 17: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 2 des WHO DAS 2.0 („Mobilität“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	55
Abbildung 18: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 3 des WHO DAS 2.0 („Selbstversorgung“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	55
Abbildung 19: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 4 des WHO DAS 2.0 („Umgang mit anderen Menschen“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	56
Abbildung 20: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 5 des WHO DAS 2.0 („Tätigkeiten des alltäglichen Lebens“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	56
Abbildung 21: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 6 des WHO DAS 2.0 („Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).....	57
Abbildung 22: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Gesamtscores zwischen Aufnahme und Entlassung des WHO DAS 2.0 in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	57
Abbildung 23: Abschneiden in Maßnahmengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe bei weiblichen und männlichen Patienten der Subgruppe in Subscore D5.....	59
Abbildung 24: Interaktionsplot für Station u. Geschlecht bezogen auf Subscore D5 ...	66
Abbildung 25: Histogramm der Ergebnisse von Item 22 des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	69
Abbildung 26: Histogramm der Ergebnisse von Item 29a des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	69
Abbildung 27: Histogramm der Ergebnisse von Item 29b des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	69
Abbildung 28: Histogramm der Ergebnisse von Item 30 des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	70
Abbildung 29: Histogramm der Ergebnisse von Item 31 des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	70
Abbildung 30: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 22 des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).....	71
Abbildung 31: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 29a des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	71
Abbildung 32: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 29b des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	72
Abbildung 33: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 30 des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).....	72
Abbildung 34: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 31 des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).....	73

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter und absolvierte Schuljahre der Patienten in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m), t-Test.	43
Tabelle 2: Mittelwerte, Mediane, Spannweite und Standardabweichung der Domänenscores des WHO DAS 2.0 in der Kontrollgruppe (k).	49
Tabelle 3: Mittelwerte, Mediane, Spannweite und Standardabweichung der Domänenscores des WHO DAS 2.0 in der Maßnahmengruppe (m)	50
Tabelle 4: Mittelwerte der Domänenscores bei Aufnahme für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m)..	51
Tabelle 5: Mittelwerte der Differenzen der Domänenscores zwischen Aufnahme und Entlassung für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).	51
Tabelle 6: Univariate Varianzanalyse für die Subskala D5 als abhängige Variable und Gruppe und Geschlecht als unabhängige Variablen.	59
Tabelle 7: Deskriptive Statistik der Patienten nach Geschlecht und Gruppe und Punktwertveränderungen in Subdomäne D5.	60
Tabelle 8: Univariate Varianzanalyse für die Subskala D1 als abhängige Variable und Gruppe und Stationszugehörigkeit als unabhängige Variablen.	61
Tabelle 9: Univariate Varianzanalyse für die Subskala D4 als abhängige Variable und Gruppe und Stationszugehörigkeit als unabhängige Variablen.	61
Tabelle 10: Univariate Varianzanalyse für die Subskala D5 als abhängige Variable und Gruppe und Stationszugehörigkeit als unabhängige Variablen.	61
Tabelle 11: Univariate Varianzanalyse für die Gesamtskala als abhängige Variable und Gruppe und Stationszugehörigkeit als unabhängige Variablen.	61
Tabelle 12: Verbesserung des Scores in Subskala D5 in Gesamt-Patientenkohorte abhängig von Station.	62
Tabelle 13: Korrelationsanalyse nach Pearson zwischen den Subscores und dem Gesamtscore einerseits und der Behandlungsdauer andererseits	63
Tabelle 14: Deskriptive Statistik der Maßnahmengruppe inklusive oberem Quartil.	63
Tabelle 15: Pearson Chi-Quadrat-Test für Geschlecht und Subscore D5 in oberem Quartil.	64
Tabelle 16: Pearson Chi-Quadrat-Test für Altersgruppe und Subscore D1 in oberem Quartil.	64
Tabelle 17: Relative Häufigkeiten der Altersgruppen 1, 2 und 3 im oberen Quartil (Gruppe 1) und im Rest der Patientenschaft (Gruppe 2).	64
Tabelle 18: Pearson Chi-Quadrat-Test für Stationszugehörigkeit und Subscore D5 in oberem Quartil.	65
Tabelle 19: Pearson Chi-Quadrat-Test für Stationszugehörigkeit und Gesamtscore in oberem Quartil.	65
Tabelle 20: Mann-Whitey U-Test für Behandlungsdauer und Subscore D5 in oberem Quartil.	66
Tabelle 21: Mittelwerte der Ergebnisse der Fragen aus dem TÜBB bei Entlassung mit t-Test.	68
Tabelle 22: Mittelwerte der Ergebnisse der Fragen aus dem TÜBB bei Entlassung mit U-Test.	68

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
APA	American Psychiatric Association
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.
BADO	Psychiatrische Basisdokumentation
BTHG	Bundesteilhabegesetz
D1	Domäne 1 (Kognition und Wahrnehmung) des WHO DAS 2.0
D2	Domäne 2 (Mobilität) des WHO DAS 2.0
D3	Domäne 3 (Selbstversorgung) des WHO DAS 2.0
D4	Domäne 4 (Umgang mit anderen Menschen) des WHO DAS 2.0
D5	Domäne 5 (Tätigkeiten des alltäglichen Lebens) des WHO DAS 2.0
D6	Domäne 6 (Teilnahme am gesellschaftlichen Leben) des WHO DAS 2.0
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis-related groups
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA	gamma-Aminobuttersäure
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
PDCA	Plan – Do – Check – Act
PEPP	Pauschalisiertes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik
PsychPV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
SGB	Sozialgesetzbuch
TÜBB	Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit
TüFoS	Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie
UN	Vereinte Nationen
WHO	World Health Organisation
WHO DAS	WHO Disability Assessment Schedule

1 Einleitung

1.1 Finanzierung stationär psychiatrischer Versorgung

Der politische Diskurs über das deutsche Gesundheitswesen und die praktische Entscheidungsfindung innerhalb dieses komplexen Systems werden schon seit Jahrzehnten vom immer weiter zunehmenden Kostendruck bestimmt (Eberhart et al. 2002; Fehler 1975; Flintrop 2014; Osterloh 2014; Stone 1979). Die Leistungserbringung im Krankenhaus stärker an wirtschaftlichen Zielen zu orientieren, war daher das politische Ziel eines ab dem Jahr 2000 begonnenen Reformprozesses bezogen auf das deutsche System der gesetzlichen Krankenversicherungen (Clade 2000, Flintrop 2006). Mit diesem hatten die Krankenhäuser - bei bis 2002 gültiger Abrechnungspraxis nach Tagessätzen - ab dem 01.01.2003 zunächst fakultativ die Möglichkeit einer Abrechnung nach den sogenannten Diagnosis-related groups (DRG). Seit dem 01.01.2004 ist diese Art der Abrechnung verpflichtend (Roeder und Rochell, 2001; Flintrop 2006).

Anstelle einer Finanzierung nach Länge des stationären Aufenthalts erfolgte mit der Umstellung auf das DRG-System eine Finanzierung pro Fall. Die Höhe des Entgelts orientiert sich damit - vereinfacht gesagt - an den Durchschnittskosten, die ein Fall mit einer bestimmten Diagnose verursacht. Für Aufenthalte, die kürzer oder länger dauern als die, die für eine bestimmte Diagnose als Durchschnittswert angenommen werden, wird das Entgelt geringfügig angepasst. Dies gilt ebenso für erschwerende Umstände eines Falls.

Ausgenommen vom DRG-System waren bisher psychiatrische Kliniken. Auch für diese wurde die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems lange diskutiert (Kunze et al. 2013). Dieses Pauschalisierte Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sollte 2017 die bisherige Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) ablösen. Aufgrund der von der Gewerkschaft verdi und zahlreichen Fachverbänden geäußerten Kritik hat die Bundesregierung nun die Neuregelung PsychVVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) entworfen, die zum 1. Januar 2017 in Kraft

getreten ist. Im PsychVVG wird weiter am bisherigen Budgetsystem festgehalten; das Budget einer Klinik kann von dieser mit der Krankenkasse frei verhandelt werden. Es ist festgeschrieben, dass eine gewisse Mindestpersonalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nicht unterschritten werden darf; diese ist jedoch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der die Richtlinien für den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung festlegt, noch nicht geregelt worden und wird wahrscheinlich erst 2020 konkret vorliegen. Um zu verhindern, dass mit den Krankenkassen ausgehandelte Personalmittel zweckentfremdet werden, müssen Kliniken den Krankenkassen gegenüber nachweisen, dass Personalgelder tatsächlich vollständig für die Besetzung von Stellen ausgegeben wurden. Zudem führt das PsychVVG das Konzept des „Home Treatment“ ein, einer „stationsäquivalenten Behandlung für schwer psychisch Kranke im häuslichen Umfeld“ (Bühning 2016a, Längle 2017).

Auch mit dem bisherigen System waren Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik nicht frei von Kostendruck (Deister et al. 2005). Dies gilt für Bereiche in der Akutversorgung (Klimke et al. 2015) ebenso wie für Abteilungen, die einen Schwerpunkt auf Psychotherapie legen (Normann et al. 2015).

1.2 Rückfälle nach stationärer psychiatrischer Therapie

Auch in Häusern, in denen ein akzeptabler Personalschlüssel vorhanden ist, kann der erreichte Therapieerfolg bei den Patienten oft nicht dauerhaft erhalten bleiben. Die Entlassung der Patientin oder des Patienten in das bisherige, unveränderte Umfeld kann zu Rückfällen und Chronifizierungen führen (Seemüller et al. 2016). Konkret liegt die Wiederaufnahmerate, d.h. der Anteil Patienten, welche innerhalb eines Jahres mindestens zwei Mal stationär aufgenommen wurden, im ZfP Südwürttemberg bei 25,32% (Medizincontrolling ZfP Südwürttemberg, Abrechnungsdaten Nexus/KIS bezogen auf das Jahr 2016).

Belastende Faktoren des häuslichen Umfeldes werden häufig während der Behandlung nicht oder erst spät erkannt (Seemüller et al. 2016). Bei der Aufnahme auf eine psychiatrische Akutstation handelt es sich um eine maximale Ausnahmesituation und das Verhalten der Patienten ist vom hohen Leidensdruck der subjektiv empfundenen Probleme geprägt. Krankmachende Zusammenhänge sind in diesem Zustand weder für Patienten selbst noch für Behandler direkt erkennbar. Erst wenn nach einigen Tagen Aufenthalt der akute Leidensdruck nachlässt, kann eine Exploration der Zusammenhänge begonnen werden.

1.3 Klassifikation psychiatrischer Krankheitsbilder

Um Erkrankungen zu kategorisieren und vergleichbar zu machen und diagnostische Validität zu sichern, wurden in verschiedenen Feldern der Medizin zu diesem Zweck Klassifizierungen und Ontologien geschaffen.

Die in der klinischen Medizin gebräuchlichste Klassifizierung ist die International Classification of Diseases (ICD); ihre sechste Fassung, die nach dem Zweiten Weltkrieg veröffentlicht wurde, enthielt erstmalig auch eine Klassifikation für psychische Erkrankungen (Hirsch et al. 2016). Diese Klassifikation für psychische Erkrankungen innerhalb der ICD-6 wurde vom APA Committee on Nomenclature and Statistics der American Psychiatric Association bearbeitet und angepasst und als erste Version des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) veröffentlicht. ICD-6 und ICD-7 wurden zum Zweck der Klassifikation psychischer Erkrankungen von Klinikern kaum akzeptiert, sodass DSM zu DSM-II und schließlich DSM-III, das erstmals ein multiaxiales System zur Diagnostik enthielt, weiterentwickelt wurde. Auch die darauffolgenden Versionen, DSM-III-R und DSM-IV, wurden in ihrer Entwicklung mit der zeitgleichen Entwicklung der aktuellen ICD-Versionen koordiniert. Spätestens beim DSM-IV stimmten die Arbeitsgruppen sich ab, um wieder eine größere Kongruenz zwischen Formulierungen und Kriterien in beiden Klassifikationen zu erreichen (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders 2011)

Die ICD liegt mittlerweile in der zehnten Fassung (ICD-10) vor; die elfte Fassung wurde Ende 2016 von der WHO vorgestellt und befindet sich zurzeit in der Testphase (Bartholomäus 2016). Zur Verwendung zur Codierung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Deutschland wird zurzeit die amtliche Fassung ICD-10-GM angewandt (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information o. J.). In der letzten Revision der ICD wurde unter anderem auch die Klassifikation psychischer Erkrankungen (mental and behavioural disorders) grundlegend überarbeitet (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders 2011).

1.4 Krankheitsbilder und Diagnostik in der Akutpsychiatrie

Die häufigsten (Prävalenz 5% und mehr) Krankheitsbilder in der Patientenpopulation der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, PP.rt, in Reutlingen, welche Gegenstand der Betrachtung in der vorliegenden Arbeit ist, sind gemäß Auswertung der psychiatrischen Basisdokumentation BADO (s. Kap. 2.2 Methoden) folgende:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol:
Abhängigkeitssyndrom (F10.2) mit 15%
- Paranoide Schizophrenie (F20.0) mit 9%
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) mit 9%
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) mit 8%
- Mittelgradige depressive Episode (F32.1) mit 7%
- Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) mit 5%
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) mit 5%

Sie werden im Folgenden - insbesondere auf die teilhaberelevanten Aspekte der Krankheitsbilder bezogen - kurz skizziert.

1.4.1 F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sind stoffgebundene von nicht stoffgebundenen Süchten zu unterscheiden. Stoffgebundene Süchte beziehen sich auf Medikamente und Drogen inklusive Alkohol (MacNicol 2017), bei nicht stoffgebundenen Süchten besteht eine Abhängigkeit von bestimmten Verhaltensweisen, beispielsweise dem Glücksspiel oder dem Computergebrauch (James und Tunney 2016).

Die Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms sind nach ICD-10:

- Starker Wunsch (Drang), die Substanz zu konsumieren; nachlassende Kontrollfähigkeit
- Entzugssymptome körperlicher Art und infolgedessen erneuter Konsum
- Toleranzentwicklung und Dosissteigerung
- Übliches soziales Verhalten wird (z.B. als Folge des Konsums) nicht mehr aufrecht erhalten
- Frühere Interessen und andere Vergnügen werden vernachlässigt
- Trotz substanzbedingter psychischer Beeinträchtigung, Organschäden und sozialer Nachteile wird der Konsum fortgesetzt

1.4.1.1 F10.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

Das Abhängigkeitssyndrom mit der höchsten Prävalenz ist die Alkoholabhängigkeit. Die Ein-Jahres-Prävalenz in Europa bei Menschen zwischen 18 und 64 Jahren in der EU beträgt 3,4% (1,7% unter Frauen, 5,2% unter Männern), was etwa 11 Millionen Betroffenen entspricht (Rehm et al. 2015).

Alkoholabhängigkeit geht häufig mit psychiatrischer Komorbidität einher. Die Prävalenz von Angststörungen, Depressionen und auch Schizophrenien bei Alkoholabhängigen beträgt etwa ein Drittel, wobei Angststörungen und Depressionen am häufigsten sind. Ob Alkoholabhängigkeit oder die komorbide Störung zuerst aufgetreten sind und wie die pathogenetische Verknüpfung ist, ist häufig schwer zu klären. Eine primäre Suchterkrankung kann zu einer sekundären Angststörung oder Depression führen, und eine primäre

Angststörung oder Depression kann im Sinne einer versuchten Selbstbehandlung des Patienten zu einer Alkoholabhängigkeit oder anderen Abhängigkeit führen. Auch eine Komorbidität mit anderen Suchterkrankungen ist häufig – so weisen etwa ein Drittel der Patienten, die an einem Opioid-Entzugsprogramm mit Opioid-Agonisten teilnehmen, auch einen Alkoholabusus auf (Nolan et al. 2016; Soyka 2015).

Erste Anlaufstelle für Alkoholabhängige sind häufig Suchtberatungsstellen; auf die Infrastruktur der Suchthilfe wird im Kapitel 1.5 näher eingegangen.

In der Therapie der Alkoholabhängigkeit unterscheidet man die Entgiftungsphase, die Kontaktphase, die Entwöhnungsphase und die Nachsorgephase. In der Nachsorgephase oder Rehabilitation sollen Selbsthilfe und Eigenständigkeit – auch im Sinne sozialer Teilhabe – weiter gefördert werden. Die Rehabilitation erfolgt ambulant und greift auf Suchtberatungsstellen und Selbsthilfeorganisationen zurück. Auch berufliche Rehabilitation und die Regelung behördlicher Angelegenheiten machen einen wichtigen Teil aus. Nicht berücksichtigte oder ungelöste Problembereiche bleiben eine ständige Quelle der Rückfallgefährdung (Fritzsche 2015, S. 96).

1.4.2 F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

Der Begriff der wahnhaften Störungen umfasst alle Störungen, die sich mit einem andauernden Wahnsystem präsentieren, bei denen aber keine anderen psychopathologischen Auffälligkeiten bestehen (Lawrie et al. 2016).

In der hier betrachteten Patientenpopulation ist lediglich die paranoide Schizophrenie mit einem Anteil von über 9% vertreten (siehe Kapitel 1.4). Diese hat weltweit eine Prävalenz von 4 bis 5 pro 1000 Einwohner sowie eine Inzidenz von 15 (in der männlichen Bevölkerung) und 10 (in der weiblichen Bevölkerung) pro 100.000 und zählt damit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Owen et al. 2016). Ein Maximum der Neuerkrankungen zeigt sich zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr, bei Frauen tendenziell etwas später bis zum 30. Lebensjahr. Weil diese somit mitten in die Phase der schulischen und Berufsausbildung fallen, wird häufig die spätere berufliche Rehabilitation

(siehe weiter unten in diesem Kapitel) erschwert. Entsprechende Früherkennungsprogramme versuchen, dem entgegenzuwirken (Bühning 2016b).

Die Symptome einer Schizophrenie lassen sich als verschiedene Aspekte einer Ich-Störung verstehen. Bei vielen Patienten äußert sich diese Ich-Störung in Form einer Regression, also Rückfall auf frühere Entwicklungsschritte (Morozova et al. 2015). Dies kann bei Angehörigen zu einem Überengagement und einer Dominanz führen, die sich wiederum negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt. In sogenannten High-Expressed Emotion (HEE)-Familien ist die Rückfallrate von an Schizophrenie Erkrankten höher als in anderen Familien; dies gilt besonders nach einer langen Krankheitsdauer von über 4,5 Jahren. Ein weiterer Prädiktor eines hohen Rückfallrisikos ist die Resignation der Angehörigen (Schulze Mönking und Buchkremer 1995). Die Mitbehandlung von Angehörigen in einer unterstützenden Psychotherapie kann daher notwendig werden (siehe unten).

Die Unterstimulation und Verarmung der Gedanken- und Gefühlswelt sowie der Kontakte des Patienten (die sogenannte Negativ-Symptomatik) wirken der Teilhabe am sozialen und Berufsleben entgegen. Mit herkömmlicher medikamentöser Therapie ist die Negativ-Symptomatik, im Gegensatz zur Positiv-Symptomatik, kaum beeinflussbar; neueste Behandlungsansätze mit nasalem Oxytocin zur Verbesserung der sozialen Interaktion und des Vertrauens haben aktuell erste vielversprechende Ergebnisse gezeigt (Jarskog et al. 2017).

Die Angehörigenarbeit und Familientherapie sind wichtige Bausteine der Therapie der Schizophrenie und wirken daran mit, die Sozialkontakte des Patienten aufrecht zu erhalten und einer negativen Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch das soziale Umfeld entgegenzuwirken (Tölle et al. 2011, S. 226).

In der sich anschließenden Rehabilitation spielt die Einbindung des Patienten in sein soziales Umfeld auch eine wichtige Rolle (Forunzandeh und Parvin 2013). Erfolge zeigten sich vor allem in der ambulanten, langzeitigen kognitiven

Verhaltenstherapie zur Prophylaxe von Rezidiven (Klingberg et al 2010). Ein selbständiges Wohnen ist insbesondere nach langem Krankheitsverlauf oft nicht mehr möglich. Zur Rehabilitation des Wohnens können Übergangseinrichtungen dienen. Die Arbeitsrehabilitation ist überaus wichtig, aber heutzutage am schwierigsten, da der erste Arbeitsmarkt Patienten mit chronischer Schizophrenie oder Residualzuständen kaum akzeptiert (Lystad et al. 2016). Auf dem zweiten Arbeitsmarkt – spezialisierten Arbeitsstätten für Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit – sind die Aussichten besser (Bayer et al. 2008). Eine Meta-Analyse von 87 Studien über die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben von an einer Schizophrenie erkrankten Menschen hat gezeigt, dass die Prognose für die zukünftige Teilhabe am Berufsleben am besten bei Erkrankten mit überwiegend depressiver Symptomatik und Positiv-Symptomatik ist; entsprechend am schlechtesten ist sie bei Erkrankten mit kognitiven Defiziten, Affektstörungen, sozialem Rückzug und Antriebsstörungen. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die letztgenannten Symptome von Arbeitskollegen nicht eindeutig als Ausdruck der Grunderkrankung interpretiert werden können. Die berufliche Rehabilitation hat daher bei Erkrankten mit depressiven Symptomen und mit Positiv-Symptomatik die beste Prognose (Kößmann 2005). In Kapitel 1.5 der vorliegenden Arbeit wird näher auf die berufliche Rehabilitation eingegangen.

1.4.2.1 F20.0 – Paranoide Schizophrenie

Diese Form der Schizophrenie ist mit biochemischen Auffälligkeiten (Morera-Fumero et al. 2017) und einem prämorbid geringen Selbstwertgefühl (Udachina et al. 2014) assoziiert. Dabei steht „paranoid“ für das prägende Symptom der Erkrankung, die sogenannte Paranoia, deren häufigste Ausprägung der Verfolgungswahn ist (Freeman 2017).

Schizophrene Erkrankungsformen, die mit einer Paranoia einhergehen, führen für den Patienten zu einem schlechteren funktionellen Outcome und einer Verschlechterung der sozialen Beziehungen im Vergleich zu schizophrenen Erkrankungen ohne Paranoia (Pinkham et al. 2016). Paranoide Symptome werden insbesondere durch die Eigenheiten einer urbanen Umgebung verstärkt

(Ellett et al. 2008), was die Wichtigkeit der oben bereits skizzierten sozialen Rehabilitation und Teilhabe unterstreicht – eine Wohnungslosigkeit kann durch nachteilige Einflüsse der Umgebung zu einer verstärkten paranoiden Symptomatik führen, die ihrerseits die soziale Teilhabe erschwert.

1.4.3 F3 – Affektive Störungen

Affektive Störungen betreffen die Stimmungslage und den Antrieb beim Betroffenen, wobei die Auslenkung zwischen den beiden entgegengesetzten Polen von Hochstimmung bis zu stark niedergerückter Stimmung je nach Krankheitsbild gegeben ist. Bei der Manie handelt es sich um eine Hochstimmungslage mit vermehrtem Antrieb, bei der Depression dagegen um eine niedergedrückte Stimmungslage mit Antriebsverlust. Wenn im Rahmen einer affektiven Störung beide Zustände episodenhaft auftreten, spricht man von einer bipolaren Störung. Depressive Störungen kommen häufig auch unipolar vor, während Manien hauptsächlich im Rahmen einer bipolaren Störung auftreten. Die Lebenszeitprävalenz für eine depressive Störung liegt bei 16-20% (Ebmeier et al. 2006). Beispielsweise ist eine belastende Arbeitssituation mit höherer Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Depression und Angststörungen assoziiert (Harvey et al. 2017). Im Gegensatz dazu scheint das Risiko für die Erstmanifestation einer bipolaren Störung eher genetisch als durch Umweltfaktoren determiniert zu sein und eine positive Familienanamnese ist ein recht zuverlässiger Prädiktor (Post et al. 2016). Die Lebenszeitprävalenz wird hier auf 1% bis 2% geschätzt (Clemente et al. 2015).

Die medikamentöse Therapie der melancholischen Depression erfolgt mit Antidepressiva (Erfolgsquote um die 70%) in Kombination mit ggf. weiteren Medikamenten (Tölle et al. 2011, S. 260), welche symptomorientiert eingesetzt werden, beispielsweise Neuroleptika bei zusätzlicher wahnhafter Komponente oder Beta-Blocker bei begleitender vegetativer Unruhe. Um die Wirksamkeit von Antidepressiva beim individuellen Patienten vor Therapiebeginn abzuschätzen, wurden in letzter Zeit genetische (Rosenblatt et al. 2017) und epigenetische (Lisoway 2017) Marker identifiziert, die gute Prädiktoren sind. Die

Kosteneffektivität solcher Untersuchungen ist jedoch noch zweifelhaft (Rosenblatt et al. 2017).

Zur medikamentösen Therapie einer bipolaren affektiven Störung werden Neuroleptika und sogenannte Stimmungsstabilisatoren wie bspw. Lithium und bestimmte Antikonvulsiva verwendet (DGBS und DGPPN 2012, S. 83). Zusätzlich zur medikamentösen Therapie kann eine Psychotherapie erfolgen (DGBS und DGPPN et al. 2012, S. 84).

Die medikamentöse Behandlung einer manischen Phase der Erkrankung ist oftmals schwierig, da die Patienten sich subjektiv wohl fühlen und oft auch keine Krankheits- und Behandlungseinsicht zeigen (DGBS und DGPPN 2012, S. 102). Im Sinne der Teilhabe ist sie jedoch dringend und möglichst frühzeitig indiziert, da die Patienten in diesen Phasen krankheitsbedingt ihre Sozialkontakte durch herausforderndes Verhalten aufs Spiel setzen und unter Umständen sogar dauerhaft verlieren können. Ebenso besteht für die Betroffenen in dieser Phase das Risiko gravierender finanzieller Fehlentscheidungen, welche zu einem dauerhaften Vermögensschaden mit folgendem (weiteren) sozialen Abstieg führen können (DGBS und DGPPN 2012, S. 76).

Eine effektive medikamentöse Prophylaxe erneuter Episoden sowohl der unipolaren als auch der bipolaren affektiven Störung ist insbesondere auch hinsichtlich der Wiedereingliederung der Patienten in das soziale und Berufsleben wichtig. Je nach Autor ist die Prophylaxe nach der ersten bis zweiten Episode einer depressiven, manischen oder bipolaren Störung indiziert (Vieta und Valenti 2013; Fountoulakis et al. 2016). Die S3-Leitlinie Bipolare Störungen gibt keine explizite Empfehlung dazu, nach wie vielen Episoden die Rezidivprophylaxe indiziert ist (DGBS und DGPPN 2012); in der S3 und Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression wird eine Prophylaxe nach „2 oder mehr depressiven Episoden mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit“ empfohlen (DGPPN et al. 2015, S. 83).

Bei der Wiedereingliederung von Patienten ins Arbeitsleben ist zu beachten, dass auch dort wiederum Faktoren auftreten können, die zur erneuten Destabilisierung beitragen und das Wiederauftreten einer erneuten Episode begünstigen können (Harvey et al., 2017).

Gemäß ICD10 werden depressive Episoden wie auch Episoden einer rezidivierenden depressiven Störung anhand ihres Schweregrades eingeteilt. In der betrachteten Klinikpopulation (siehe Kapitel 1.4) sind mittelgradige und schwere depressive Episoden vertreten und zwar sowohl als (aktuell noch) einmalige als auch im Zuge einer rezidivierenden depressiven Störung.

Die ICD10 nennt als Symptome depressiver Störungen

- gedrückte Stimmung und Verminderung von Antrieb und Aktivität,
- Verminderung von Fähigkeit zu Freude, Interesse und Konzentration,
- Müdigkeit auch bei geringen Anstrengungen,
- Schlafstörungen,
- Appetitminderung,
- Beeinträchtigung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- Schuldgefühle und Gedanken der Wertlosigkeit,

die teilweise also auch somatischer Natur sind (z.B. Appetitlosigkeit, Schlafstörungen und Libidoverlust). Auf der Basis von Anzahl und Schwere der Symptome wird eine Depression als leicht, mittelgradig oder schwer klassifiziert.

Die im Folgenden skizzierte Einteilung nach ICD10 beschränkt sich auf die Krankheitsbilder mit der höchsten Prävalenz in der Klinikpopulation.

1.4.3.1 F32.1 – Mittelgradige depressive Episode

Die mittelgradige depressive Episode zeichnet sich nach der ICD10 durch mindestens vier der o.g. Symptome aus.

1.4.3.2 F32.2 – Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Als schwer wird eine depressive Episode nach ICD10 klassifiziert, wenn zusätzlich zu den Merkmalen der mittelgradigen depressiven Episode auch

Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld hinzukommen; häufig auch Suizidgedanken und Suizidversuch.

1.4.3.3 F33.1 – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Die Symptomatik entspricht der o.g. Diagnose F32.1 (mittelgradige depressive Episode), allerdings im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, also nicht als erstmaliges Auftreten.

1.4.3.4 F33.2 – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Auch hier kann auf die Definition der entsprechenden Episode als alleinstehendes Vorkommnis zurückgegriffen werden (F32.2), jedoch im Rahmen einer rezidivierenden Störung.

1.4.4 F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Zu der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4 in der Systematik der ICD-10) zählen phobische Störungen (F40), andere Angststörungen (F41), Zwangsstörungen (F42), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), dissoziative oder Konversionsstörungen (F44) und somatoforme Störungen (F45) sowie einige andere unter F48 zusammengefasste Störungen wie die Neurasthenie und das Depersonalisationssyndrom (Freyberger et al. 1996).

Die größte Gruppe innerhalb dieser Störungen machen somatoforme Störungen aus, mit einer Prävalenz von 18% unter stationär Behandelten in der Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland (Pieh et al. 2010) und einer Lebenszeitprävalenz in Deutschland von etwa 13% (Meyer et al. 2000).

Der Verlauf der hier dargestellten Störungen kann sehr variabel sein. Oft, aber nicht immer, sind die Störungen chronisch (Karlsson et al. 2010), jedoch in den meisten Fällen nicht progredient. Im Gegenteil ist oft eine Abschwächung im Alter zu verzeichnen (Flint 1994), die aber auch mit Residualzuständen wie Schwächung der Vitalität und reduzierter Anteilnahme an der Umwelt einhergehen kann (Clewett et al. 2014). Besondere Risikofaktoren für die genannten Störungen im Alter, insbesondere für Angststörungen, sind

weibliches Geschlecht, der Status „Alleinstehend“ und zusätzliche Gesundheitsbeeinträchtigungen (Dong et al. 2014).

Eine Studie an einer Patientenkohorte aus Deutschland mit Zwei-Jahres-Follow-up hat gezeigt, dass eine Rehabilitation bei Patienten mit somatoformen Störungen umso erfolgversprechender ist, je kürzer zuvor eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (Hoffmann und Ruf-Ballauf 2007).

1.4.5 F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Die Ätiologie der Persönlichkeitsstörungen ist heterogen. Es handelt sich vermutlich um eine Kombination von genetischen Faktoren (Reichborn-Kjennerud et al. 2015) mit Entwicklungsbedingungen (Cirasola et al. 2017). Hinzu kann eine mit Teilleistungsschwächen verbundene Hirnfunktionsstörung kommen (Tang et al. 2016), die zwar nicht zwingend zu einer Persönlichkeitsstörung führen muss (wie auch die genetischen Faktoren und Entwicklungsbedingungen für sich genommen nicht), aber durch eine veränderte Interaktion des betroffenen Kindes mit der Umwelt zu einer Beziehungsstörung führen kann (Janssens et al. 2015).

Ebenso wie bei den neurotischen Störungen kann es bei den Persönlichkeitsstörungen nach langem und vor allem unbehandeltem Verlauf der „kompromisshaften Daseinsbewältigung“ zu einem Residualzustand mit Vitalitätsverlust der Persönlichkeit und Einengung der Umweltbeziehungen kommen (Black 2015).

1.4.5.1 F60.3 – *Emotional instabile Persönlichkeitsstörung*

Als emotional instabile oder (insbesondere im angelsächsischen Sprachraum) Borderline-Persönlichkeitsstörung wird ein Krankheitsbild bezeichnet, das sich durch fehlregulierte Verhaltensweisen, Emotionen, Kognitionen und zwischenmenschliche Beziehungen auszeichnet (Crowell 2016).

Als erfolgreich in der Behandlung dieser Persönlichkeitsstörung haben sich die kognitive Verhaltenstherapie (cognitive behavioral therapy, CBT) und dialektische Verhaltenstherapie (dialectical behavioral therapy, DBT) erwiesen.

Medikamentöse Interventionen scheinen dagegen nur geringe Effektivität zu haben (Choi-Kain et al. 2017; Kredlow et al. 2017).

Nach dem Abklingen der akuten Phase, in der oft auch Selbstverletzungen stattfinden, ist das Ansprechen auf eine der oben genannten Therapien meist gut, und es kommt zu einer Remission. Allerdings bleiben auch in der Remission häufig die Teilnahme am Arbeitsleben sowie soziale Beziehungen gestört und bedürfen einer längerfristigen Rehabilitation (Paris 2015).

1.5 Soziale Teilhabe von psychisch Kranken

Die Betrachtung des sozialen Umfeldes und der sozialen Fähigkeiten von Patienten nimmt in der Psychiatrie und Psychotherapie seit Jahren eine immer wichtigere Rolle ein. Die Entwicklung zu einem „biopsychosozialen, multidimensionalen therapeutischen Ansatz“, bestehend aus somatischen (insbesondere psychopharmakologischen), psychotherapeutischen und psychosozialen Therapieformen war somit konsequent. Diese Therapieformen beziehen explizit das Umfeld des Patienten in die Bewertung der Pathologie und die Therapieplanung ein. Psychosoziale Therapie setzt einerseits an den Fertigkeiten und Entwicklungspotenzialen des Patienten selbst an, beispielsweise in Form von Ergotherapie, Arbeitsrehabilitation und Fertigkeitentraining. Andererseits werden in der sogenannten Milieuthérapie die Milieufaktoren als zentrales Agens eingesetzt (Möller et al. 2011, S. 1052).

Zur sozialen Teilhabe zählen die Teilhabe an Bildung und Ausbildung, an sozialen Basisbedingungen wie Familien- und Freundschaftsverhältnissen und Partnerschaften sowie die Teilhabe an sozialrechtlicher Unterstützung und an der Gesundheitsversorgung. Ein weiteres, besonders wichtiges Feld der sozialen Teilhabe von psychisch Kranken ist die Teilhabe am Arbeitsleben oder berufliche Teilhabe (Ommert 2015, S. 8-9), wie sie auch in § 27 der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben ist. Hierzu zählen (Ommert 2015, S. 9):

- Anerkennung des Rechts auf Arbeit und des Rechts auf eigenständige Sorge für den Lebensunterhalt,

- ein offener und integrativer Arbeitsmarkt,
- die Schaffung von Rechtsvorschriften zum Schutz vor Diskriminierung bezüglich (unter anderem) Einstellung, Aufstieg, Arbeitsbedingungen, Arbeitsschutz, Entgeltgleichheit, Chancengleichheit und Schutz vor Belästigung,
- die gleichberechtigte Wahrnehmung von Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsrechten,
- Zugang zu Fach- und Berufsberatung, Stellenvermittlung bzw. Hilfe bei der Arbeitssuche, Berufsaus- und -weiterbildung,
- Erhalt des Arbeitsplatzes und berufliche Rehabilitation,
- Förderung der Arbeit im öffentlichen Dienst und der Selbständigkeit,
- Anreize und Förderprogramme zur Beschäftigung in der Privatwirtschaft,
- Angebot und Förderung der Anpassung von Arbeitsplätzen sowie
- der Schutz vor Zwangs- und Pflichtarbeit.

Der Bereich der Sozialpsychiatrie, der sich unter anderem mit der sozialen Eingliederung und Teilhabe psychisch kranker Menschen beschäftigt, sowie der Bereich der Behandlung von Menschen mit einer Suchterkrankung erreichte einen ersten frühen Meilenstein im Jahr 1968, als durch das Bundessozialgericht festgestellt wurde, dass es sich bei Alkoholismus um eine Krankheit handelt. Die Behandlung von Suchtkranken müsse also nach Ansicht des Gerichts von den Trägern der Sozialversicherung finanziert werden. Da die Einrichtungen der deutschen Sozialversicherung jedoch streng nach Kranken- und Rentenversicherung getrennt agieren, ergab sich daraus eine Trennung in Akutversorgung von Intoxikationen und akutem Entzug einerseits sowie Entwöhnungsbehandlung im Sinne der Rehabilitation andererseits. Ersteres fiel (und fällt) in den Bereich der Krankenversicherung, letzteres in den Bereich der Rentenversicherung. Es wurde bald klar, dass die Orientierung der Versorgung an der Art der Institution und nicht am Patienten wenig zu einer sinnvollen und frühzeitigen Behandlung und Förderung der Teilhabe beiträgt. Die Sektorgrenzen erwiesen sich als schwer zu überwinden. Seit Mitte der 2000er Jahre konnten jedoch zunehmend Veränderungen erreicht werden (Längle 2008a).

Im Bereich der Allgemeinpsychiatrie und vermehrt auch im Bereich der Versorgung Suchtkranker wird die Förderung der Teilhabe von psychisch kranken Menschen nunmehr durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund und die Hilfeplankonferenzen strukturiert, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Es wird jedoch auch heute noch von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) kritisiert, dass „Angebote zur beruflichen Rehabilitation nicht ausreichend bei den Betroffenen ankommen“ (Gießelmann und Bartholomäus 2017); aus diesem Grund hat die Gesellschaft einen Online-Teilhabe-Kompass mit zahlreichen praktischen Beispielen für Ratsuchende ins Leben gerufen (www.teilhabe-kompass.de).

Hilfeplankonferenzen sind regionale Konferenzen, in denen Leistungserbringer und Kostenträger sich bezüglich der Versorgung von erwachsenen rehabilitationsbedürftigen Menschen abstimmen und dabei die Verantwortung für die Versorgung in dieser Region übernehmen (Peukert et al. 2006). Auch die Patienten (Klienten) selbst können der für sie zuständigen Hilfeplankonferenz beiwohnen. Hilfeplankonferenzen spielen durch die angestrebte Einbeziehung aller Leistungserbringer eine wesentliche Rolle dabei, auch die schwächsten Klienten in einem Versorgungsgebiet zu erreichen. In Bezug auf Fragestellungen in Verwaltung und Finanzierung können die Beschlüsse der Konferenzen zudem

- zur Beschreibung des Hilfebedarfs und der notwendigen Hilfen nach § 10 SGB IX dienen und
- die Finanzierung erleichtern, wenn Leistungsträger in das Verfahren eingebunden sind.

Es wird berichtet, dass nach Einführung der Hilfeplankonferenzen die Widersprüche von Leistungsberechtigten zurückgegangen seien. Dies kann auf eine erhöhte Klientenzufriedenheit hinweisen. Anekdotisch geben Klienten zudem an, dass in den Hilfeplankonferenzen häufiger unkonventionelle Lösungen gefunden werden, statt lediglich einen Platz auf einer Warteliste zu vergeben (Peukert et al., 2006).

Verantwortlich für die Durchführung der Hilfeplankonferenzen sind die Gemeindepsychiatrischen Verbände.

Die Dachorganisation der Gemeindepsychiatrischen Verbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) e.V., wurde 2005 nach einer Initiative der Aktion Psychisch Kranke e.V. gegründet. Zweck dieser Arbeitsgemeinschaft war und ist die Förderung der „Entwicklung bedarfsgerechter personenzentrierter gemeindepsychiatrischer Versorgung“ (BAG GPV e.V. 2005, S. 1), also der lokalen Gemeindepsychiatrischen Verbände. Zu diesen sollen sich die wesentlichen Leistungserbringer einer Versorgungsregion verbindlich zusammenschließen; auch die Kommune soll im jeweiligen Verbund vertreten sein (BAG GPV e.V. 2005, S. 3). Der Grundstein zu den Gemeindepsychiatrischen Verbänden in Baden-Württemberg wurde jedoch bereits in den 1990er Jahren gelegt, als im Landesarbeitskreis Psychiatrie, der dem Sozialministerium beratend zur Seite stand, die „Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)“ entwickelt wurde (Meyder et al. 2015, S. 57). Durch verbesserte Planung sollten laut dieser Konzeption unzureichend vorhandene Angebote ausgebaut sowie an anderer Stelle Überkapazitäten und Doppelstrukturen aufgedeckt werden.

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände in Baden-Württemberg sind erneut im Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg (Meyder et al. 2015) geregelt worden. Dieses sieht vor, dass die von den Gemeindepsychiatrischen Verbänden und anderen Einrichtungen wie beispielsweise den sozialpsychiatrischen Diensten und Beratungsstellen geleisteten Hilfen ergänzend zu den nach anderen Rechtsvorschriften (beispielsweise den Sozialgesetzbüchern) geleisteten Hilfen sind und diese nicht ersetzen sollen. Ziele der Hilfen sind die Erhaltung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft sowie die Vermeidung von Maßnahmen, die die selbständige Lebensführung einschränken sowie Früherkennung und frühzeitige Behandlung von psychischen Erkrankungen (Meyder et al. 2015, S. 49). Die Kernstruktur eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist das Gemeindepsychiatrische Zentrum, und im Gesetz werden folgende wesentliche Partner eines Verbundes festgelegt, die im Rahmen des

Verbundes ihre Ressourcen bündeln und damit die Effektivität und Effizienz der Versorgung verbessern sollen:

- Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste, z.B. der psychiatrischen Kliniken, des betreuten Wohnens, Werkstätten für psychisch Behinderte, von Heimen und Rehabilitationseinrichtungen,
- Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe

Die Partner schließen „eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, eine möglichst bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung für die psychisch kranken und behinderten Personen in ihrer Versorgungsregion zu erreichen“ (Meyder et al. 2015, S. 58) und gehen damit eine „vertragliche Versorgungsverpflichtung zu Gunsten der psychisch kranken oder behinderten Personen“ (Meyder et al. 2015, S. 58) ein.

Wesentliche Aufgaben der Gemeindepsychiatrischen Verbände sind somit:

- Sicherstellung von sozialpsychiatrischer Grundversorgung und sozialpsychiatrischer Hilfe in den Bereichen Selbstversorgung, Wohnen, Tagesgestaltung, Ausbildung und Beschäftigung,
- Sicherstellung von speziellen Therapieverfahren,
- Sicherstellung von Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung,
- Koordination von Komplexleistungen,
- kontinuierliche Qualitätsverbesserung und
- Beteiligung an der regionalen Steuerung durch Austausch mit Verwaltungen, Leistungsträgern, Organisationen von Betroffenen und Angehörigen

Auch regionale Maßnahmen des Qualitätsmanagements sind in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden vorgeschrieben; für den Einzelfall sind die Qualitätsstandards unter anderem folgende (BAG GPV e.V. 2005, S. 4):

- Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung der psychisch Kranken,
- bedarfsgerechte, flexible und wirtschaftliche personenzentrierte Hilfen,

- Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen, anderen Bezugspersonen und Selbsthilfegruppen,
- Beachtung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Betroffenen.

Im Qualitätsmanagement allgemein und auch im Bereich der Gemeindepsychiatrischen Verbände werden die drei Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet (Brieger und Kirschenbauer 2004). Die Strukturqualität ist dabei sicherlich am einfachsten zu erfassen, beispielsweise mit Hilfe des European Service Mapping Schedule (Ala-Nikkola et al. 2016; Johnson et al. 2000). Die Prozessqualität ist schwieriger zu erheben, da eine Vielzahl von Leistungsträgern, Patienten und anderen interessierten Parteien beteiligt sind. Hilfen zur Erhebung der Prozessqualität, vor allem in Form von Fragebögen, zur Erhebung der Prozessqualität werden unter anderem von der Aktion Psychisch Kranke e.V. und dem Bundesgesundheitsministeriums zur Verfügung gestellt (Brieger und Kirschenbauer 2004).

Die Ergebnisqualität der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist dagegen schwer zu ermitteln. Mit den Methoden der evidenzbasierten Medizin liegen zwar im Prinzip entsprechende Instrumente vor; die Durchführung von randomisierten kontrollierten oder auch nur kontrollierten Studien, die den Goldstandard in der evidenzbasierten Medizin darstellen, stößt jedoch auf zahlreiche rechtliche und praktische Hürden. Die Umsetzung der Erkenntnisse aus der evidenzbasierten Versorgungsforschung in die gemeindepsychiatrische Versorgung wird unter anderem von unterschiedlichen Kommunikationsgewohnheiten in Wissenschaft und Verwaltung behindert. Ein anderer Grund für die mühsame Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse sind Rechtsvorschriften und kleinteilige Finanzierungswege (Brieger und Kirschenbauer 2004).

Ebenfalls beteiligt in der gemeindepsychiatrischen Versorgung sind die Suchtihilfenetzwerke wie sie Anfang des 21. Jahrhunderts in Baden-Württemberg entwickelt wurden (Längle und Röhm 2008). In den 1970er Jahren

waren in der BRD bereits Defizite in der Versorgung von Suchtkranken erkannt und auch, im Rahmen der Psychiatrie-Enquete, im Bundestag offen diskutiert worden. Es wurde insbesondere das Fehlen von Angeboten zur Prävention oder Frühintervention kritisiert, sowie der Mangel an interdisziplinärer Zusammenarbeit, an fachspezifischer stationärer Akutbehandlung, an teilstationären Behandlungsmöglichkeiten sowie an Nachsorgeangeboten. Die vorhandenen Angebote zur Entwöhnungsbehandlung waren fast ausschließlich wohnortfern organisiert. Die Psychiatrie-Enquete forderte auf, mit der Beachtung folgender etablierter Prinzipien der Psychiatrie Abhilfe zu schaffen: „Ambulant vor stationär, Versorgung vor Ort, im normalen sozialen Umfeld, vorsichtige Einbeziehung der Selbsthilfe und die Festlegung von Pflichtversorgungsgebieten auch für ggf. notwendige überregionale Anbieter“ (Längle und Röhm 2008). So wurde damals bereits eine integrierte Versorgung mit Fachambulanzen, speziellen Aufnahmestationen, Suchtabteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern, Suchtfachkliniken und auch – für die Wiedereingliederung – Übergangseinrichtungen als sinnvoll und notwendig erkannt. Die Umsetzung gelang jedoch zunächst lückenhaft: In Baden-Württemberg wurden stattdessen schwerpunktmäßig Suchtberatungsstellen ausgebaut. In den Worten von Längle (2008): „Insgesamt wurde das System also stark ausgebaut, von den Forderungen der Psychiatrie-Enquete wurde jedoch nur wenig berücksichtigt.“

Lediglich im Bereich der spezialisierten Suchtabteilungen ließ sich ebenfalls ein Zuwachs erkennen.

Interessanterweise gab es in den 1980er und 1990er Jahren durchaus eine Bewegung in Richtung gemeindepsychiatrischer Versorgungsformen, die jedoch auf den Bereich der Allgemeinpsychiatrie beschränkt blieb und kaum den Bereich der Suchterkrankungen mit erfasste. Das System der Versorgung von Suchterkrankungen erfasste jedoch in seiner herkömmlichen Form nur 15% der Betroffenen, und dies auch oft erst nach langer Krankheitsphase. Letztere dauert in der Regel etwa zehn Jahre (Beginn der Abhängigkeit bis zur ersten Entzugsbehandlung). In dieser Zeit kommt es beim Betroffenen zu zahlreichen gesundheitlichen und sozialen Begleitschäden (Längle 2008a; Längle 2008b).

Durch einige gesetzliche Neuerungen und einen Paradigmenwechsel hin zu verstärkter wohnortnaher Versorgung und einer Anerkennung der Verpflichtung von Kommunen im Bereich der Versorgung Anfang der 2000er Jahre wurde dann schließlich in Baden-Württemberg das Landeskonzept der kommunalen Suchthilfenetzwerke geschaffen.

Suchthilfenetzwerke sind, wie der Name erkennen lässt, spezifisch für Suchterkrankungen. Da Suchterkrankungen jedoch häufig in Komorbidität mit weiteren psychischen Erkrankungen auftreten (Dennis et al. 2015), sind die Hilfen für Suchtkranke nicht nur für eine eng umrissene Patientenpopulation von ausschließlich Suchtkranken relevant. Wenn Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch genommen haben, so wurden sie häufig darauf hingewiesen, dass die Behandlung der Suchterkrankung Vorrang habe, im Sinne einer „Therapiekette“ von Entgiftung – Beratung – Behandlung. Da mit diesem Ansatz die Betroffenen häufig nicht erreicht wurden, geht die Entwicklung weg von der Therapiekette hin zum Beratungsnetz. Das Beratungsnetz kann aus einer Vielzahl von Bausteinen bestehen: Streetwork, Entzug, ambulante Therapie etc. Formalisiert wurde der Ansatz des Beratungsnetzes mit der Schaffung von Suchthilfenetzwerken. Mit diesen sollte Verbindlichkeit in der Kooperation der einzelnen Akteure geschaffen werden, besonders auch hinsichtlich der politischen Verantwortung der Kommunen für das Netzwerk. Betont wird eine „Beschränkung auf das Wesentliche und Leistbare mit hoher Verbindlichkeit“; die Unterschiedlichkeit der Beteiligten soll dabei kein Hindernis, sondern eine Ressource sein (Piram 2011).

Zentrale Bestandteile des Konzeptes der Suchthilfenetzwerke sind:

- „niederschwelliger, wohnortnaher Zugang sowie rasche Einleitung von Hilfe,
- interdisziplinäre Fallkonferenzen bei Patienten mit komplexem Hilfebedarf,
- kooperative Mitwirkung aller an der Versorgung Suchtkranker Beteiligter,
- Einrichtung von Konsiliar- und Liaisondiensten,

- Sicherstellung der zeitnahen Auf- und Übernahme von Hilfesuchenden,
- verbindliche Mitwirkung der psychosozialen Beratungsstelle und der psychiatrischen stationären Akuteinheit der Region im Suchthilfenetzwerk,
- Verfügbarkeit (teil-)stationärer und komplementärer Versorgung,
- Entwicklung einheitlicher Dokumentation,
- Existenz von Kooperationsvereinbarung und Geschäftsordnungen,
- Vereinbarung verbindlicher Finanzierungsregelungen bei neuen Aufgaben,
- Zusammenarbeit bei Fortbildung, Qualitätssicherung und in der Öffentlichkeitsarbeit“ (Längle und Röhm 2008).

Suchthilfenetzwerke haben zur Aufgabe, auf kommunaler Ebene (Limberger 2014, S. 6)

- die bedarfsgerechte Versorgung weiterzuentwickeln,
- Suchtkranke und Suchtgefährdete wie auch ihre Angehörige zeit- und wohnortnah zu behandeln und zu beraten und
- mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung engmaschig zu kooperieren und möglichst ein gemeinsames Qualitätsmanagement zu realisieren.

Die Suchthilfenetzwerke beinhalten folgende Akteure (Limberger 2014, S. 7):

- Den stationären und teilstationären Bereich,
- den ambulanten Bereich,
- die Ärzteschaft,
- Selbsthilfegruppen,
- Kostenträger sowie
- Kommunen

Die Bedarfe von Menschen im hier beschriebenen gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem können mit Hilfe der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) systematisiert werden. Die ICF geht von einem bio-psycho-sozialen Modell der Person aus. Eine der Zielperspektiven ist

die Inklusion und das Recht auf Teilhabe (Partizipation), also Einbezogenheit und Dazugehören (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2010, S. 2). Sie beschreibt Aktivitäten und Teilhabebereiche so, dass auch hemmende und fördernde Kontextbedingungen erfasst werden (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2010, S. 6). Auch im Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz, BTHG) findet die ICF Berücksichtigung (Miles-Paul 2016), jedoch nach Ansicht von Kritikern mit einem bei weitem nicht ausreichend hohen Stellenwert; zudem seien „viele ICF-Aspekte willkürlich verstümmelt“ worden (Seidel 2016). Eine deutsche Ausgabe der ICF, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, wurde 2005 vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, herausgegeben (WHO 2005), deren Nomenklatur jedoch im aktuellen Gesetzesentwurf weitgehend ignoriert wurde. Weitere Kritikpunkte sind geplante Einschnitte in der Eingliederungshilfe und Assistenzleistungen der Gesundheitsversorgung (Seidel 2016).

Die ICF bleibt für Fachleute maßgebend für die Klassifikation von Bedarfen im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem. Inwiefern sich dies auch in der endgültigen Fassung des BTHG wiederfinden wird, bleibt abzuwarten. Ein Werkzeug, mit dem die Bedarfe von Menschen gemäß ICF festgestellt werden können, ist der Fragebogen WHO Disability Assessment Schedule (WHO DAS) 2.0 (Näheres dazu im Methodenteil der vorliegenden Arbeit).

1.6 Interprofessionelle Teamarbeit

Ebenso wie in der Gemeindepsychiatrie ist auch bei der stationären Behandlung die Kooperation einer Anzahl unterschiedlicher Akteure gefragt. Die Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen des Gesundheitssystems im Team auf einer Station oder in einer Ambulanz wird als interprofessionelle oder multiprofessionelle Teamarbeit bezeichnet. Jedes Teammitglied wirkt dabei mit seiner sowohl berufsgruppenspezifischen als auch persönlichen Kompetenz an der Lösung der jeweiligen Aufgabe mit (Amberger 2010, S. 104). Interprofessionelle Teamarbeit ist „ein wesentlicher Erfolgs- und

Qualitätsfaktor in der medizinischen Versorgung“ sowie „eine wesentliche Voraussetzung für eine patientenorientierte Behandlung“ (Körner 2014, S. 3).

Im Bereich der stationären interprofessionellen Teamarbeit unterscheidet man zwei Arten von Teams (Amberger 2010, S. 104):

- Das Stationsteam, das die stationäre Behandlung der Patienten sicherstellt und zu dem alle Personen gehören, die mit einem klaren Auftrag an dieser Gesamtaufgabe mitarbeiten. Hierzu zählen neben dem Behandlungsteam (siehe folgenden Punkt) beispielsweise auch Reinigungs- und Verwaltungskräfte auf der Station.
- Das Behandlungsteam, das für Patienten auf der Station therapeutisch verantwortlich ist.

Auch Personen, die „nur“ dem stationären Team und nicht dem Behandlungsteam angehören, haben jedoch Anteil am Therapieerfolg. Die Teamarbeit im Stationsteam hat einen wesentlichen Einfluss auf die Milieugestaltung auf der Station, und bereits das Milieu auf der Station soll „Wachstum, positive Veränderung und Heilung“ (Amberger 2010, S. 104) möglich machen. Andererseits kann sich ein negatives Organisationsklima hinderlich auf Therapie und Therapieerfolg auswirken (Sutton et al. 2016).

Erfolgreiche interprofessionelle Teamarbeit erfordert einerseits die klare Zuweisung und Abgrenzung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten unter den Berufsgruppen und beteiligten Personen. Andererseits muss die Zusammenarbeit von gemeinsam gefundenen Leitlinien und Regeln bestimmt werden. Die wichtigsten Grundprinzipien nach Amberger (Amberger 2010, S. 104/105) sind:

- Einheitlichkeit

Haltung gegenüber und Botschaften an die Patienten müssen stets konsistent und einheitlich sein, um Sicherheit und Orientierung sowohl für Patienten als auch für das Team zu schaffen und die Glaubwürdigkeit des Teams zu sichern. Dies erfordert die Einhaltung und Umsetzung von Regeln und Vereinbarungen seitens der Teammitglieder.

- Verschiedenheit

Die unterschiedlichen Kompetenzen der Teammitglieder sowohl auf individueller als auch auf professioneller Ebene stellen die wichtigste Ressource eines interprofessionellen Teams dar. Diese darf nicht zugunsten der im vorigen Punkt besprochenen Einheitlichkeit vernachlässigt werden. Um hier einen guten Kompromiss zu schaffen, sollte stets offene Kommunikation darüber herrschen, in welchen Bereichen Regeln einheitlich befolgt werden sollten und wo Platz für individuelle Ausgestaltungen bleibt.

- Offenheit

Für den Therapieerfolg der Patienten ist es wesentlich, dass auf der Station eine Kultur der offenen Kommunikation herrscht, in der auch scham- oder anderweitig negativ besetzte Sachverhalte frei angesprochen werden können. Diese Kultur der Offenheit muss bereits im Team umgesetzt werden; notwendig hierzu ist ein grundlegend respektvoller Umgang miteinander. Die Kultur der Offenheit darf jedoch nicht in Konflikt geraten mit einerseits dem Recht auf Privatsphäre und andererseits dem Recht auf Schutz, wenn eine Person nicht in der Lage ist, mit einer Information angemessen umzugehen. Wichtig ist zudem, dass den Mitarbeitern geschützte Räume vorbehalten bleiben, um ungefiltert über Patienten sprechen zu können. Dies dient der emotionalen Entlastung, darf jedoch nicht dazu führen, dass anderen Teammitgliedern Informationen über Patienten vorenthalten werden.

- Transparenz

Transparenz ergänzt das Prinzip der Offenheit: Informationen müssen nicht nur zugänglich, sondern auch übersichtlich und verständlich sein. Gegenüber Patienten beinhaltet dies nicht nur Informationen über Therapieablauf und -inhalte, sondern auch klare Kommunikation personeller Zuständigkeiten.

1.6.1 Veränderungsprozesse im Team

Innerhalb dieser gegenseitigen Abhängigkeiten stellt sich die Frage, wie sich Veränderungen im Teamprozess am besten implementieren lassen. Klar wird aus den obigen Ausführungen, dass ein präskriptives Vorgehen „von oben“

nicht im Sinne von Kooperation, Eigenverantwortung und der Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten Einzelner im Team sein kann.

Veränderungen – insbesondere natürlich solche, die eine Verbesserung der Qualität erzielen sollen – können durch den sogenannten PDCA-Zyklus beschrieben werden. PDCA steht für Plan – Do – Check – Act (Greßler und Göppel 2012, S. 117) und beschreibt die vier Schritte, die bei einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung immer wieder von Neuem durchlaufen werden.

Es muss also zunächst eine strategische Planung („Plan“ im PDCA-Zyklus) erfolgen, wie die Veränderungen der bisherigen Prozesse aussehen sollen. Diese soll bereits durch das Team selbst durchgeführt werden, gegebenenfalls gemeinsam mit Vertretern der Klinikleitung. Sobald der gewünschte neue Prozess definiert ist, muss dieser im Team implementiert werden.

Ein Mittel, um nachhaltige Veränderungen im Team zu bewirken, ist die interprofessionelle Weiterbildung durch beispielsweise Trainings oder Workshops (Körner 2014, S. 12). Interprofessionelle Weiterbildung setzt der traditionellen Aus- und Weiterbildung, die in Gesundheitsberufen eher nach Berufsgruppen abgeschlossen stattfindet, ein neues Konzept entgegen. In der traditionellen Aus- und Weiterbildung fehlt die Möglichkeit, von anderen Berufsgruppen zu lernen und auch Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit zu lernen, die in der praktischen Ausübung des Berufs eine große Rolle spielen. Interprofessionelle Weiterbildung ermöglicht dies, und eine Form dieser Weiterbildung, die sich als effektiv erwiesen hat, ist die Simulation (Boet et al. 2014).

Die Weiterbildung durch Simulation von klinischen Szenarien ist nicht ohne logistische Tücken; so muss etwa sichergestellt werden, dass Angehörige verschiedener Rollen im Gesundheitswesen zur gleichen Zeit anwesend sein können. Zudem sollten Szenarien entwickelt werden, die für alle Berufsgruppen gleichermaßen relevant sind und auch die Wirklichkeit realistisch abbilden (Boet et al. 2014). Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann beispielsweise die neue Strukturierung des Teamprozesses, die in der vorliegenden Arbeit

entworfen und begleitet wird, innerhalb von Simulationen zunächst ohne Patientenkontakt eingeübt werden und der Erfolg von begleitenden Dozenten evaluiert werden.

Nach entsprechendem Training – ob durch Simulation oder andere Schulungsverfahren – soll der neue Prozess in die Praxis umgesetzt werden („Do“ im PDCA-Zyklus).

Der Erfolg des neuen Handelns kann mit Hilfe verschiedener Instrumente des Qualitätsmanagements kontrolliert werden („Check“ im PDCA-Zyklus).

Greßler und Göppel (Greßler und Göppel 2012, S. 51) beschreiben dazu: Am Anfang kann ein Brainstorming innerhalb des Teams stehen, um bisher aufgetretene Hindernisse in der Umsetzung des neuen Prozesses zu identifizieren. Ein anderes weit verbreitetes Instrument ist das Pareto-Diagramm (Greßler und Göppel 2012, S. 41), in dem die entdeckten Fehlerquellen ihrer Häufigkeit nach in einem Balkendiagramm aufgezeichnet werden. Die vorhandenen Ressourcen sollten dann zuerst genutzt werden, um die am häufigsten auftretenden Fehler zu beseitigen. Ein weiteres Instrument, das die Verhältnisse auf der Station sicherlich gut abbilden kann, ist die sogenannte Kräftefeld-Analyse (Greßler und Göppel 2012, S. 51). Nach Kurt Lewin, auf den Greßler und Göppel sich beziehen, gibt es treibende Kräfte, die eine Situation zu verändern suchen, und ihnen entgegengesetzte Rückhaltekräfte. Diese werden in der Kräftefeld-Analyse einander gegenübergestellt. Ein häufiges hemmendes Element innerhalb des Gesundheitswesens ist beispielsweise Zeit- oder Personalmangel.

Wenn Fehler und Hindernisse identifiziert wurden, wird im letzten Schritt des PDCA-Zyklus festgelegt, wie mit diesen umgegangen wird („Act“). Es kann beispielsweise an der Behebung der Hindernisse gearbeitet werden, oder es kann anerkannt werden, dass einige Hindernisse sich nicht beseitigen lassen. Diese müssen dann in den ursprünglichen Prozess eingearbeitet werden, und es müssen gegebenenfalls neue Ziele definiert werden.

In der PP.rt in Reutlingen werden seit eh und je Prozesse laufend neu geplant, ausgeführt, überprüft und verbessert, um so im ständigen Qualitätsverbesserungsprozess zu bleiben. Die Einrichtung befindet sich somit laufend und fortgesetzt innerhalb dieser oben beschriebenen Zyklen. Zudem liegt ihrer Arbeit ein Qualitätsmanagementsystem mit Zertifizierung der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zugrunde (Möller 2001), in dessen Rahmen ebenfalls der oben genannte PDCA-Zyklus regelmäßig durchlaufen wird.

1.7 Qualitätsmanagement in der psychiatrischen Behandlung

Während das zuvor genannte Qualitätsmanagement nach KTQ eine etablierte, fachrichtungsübergreifende Methode darstellt, sind jedoch in der Psychiatrie zusätzlich besondere Aspekte zu berücksichtigen, die die Qualität der Behandlung beeinflussen und in anderen Fachgebieten so nicht zum Tragen kommen. Hauptgrund hierfür ist, dass in der Psychiatrie – mehr noch als in anderen medizinischen Gebieten – der Patient sowohl Produzent als auch Konsument des Produktes, der erfolgreichen psychiatrischen Behandlung, ist. Eine Einbeziehung der Patientenzufriedenheit, nicht nur mit der ärztlichen Behandlung, sondern mit der Gesamterfahrung in psychiatrischer Behandlung inklusive anderer Behandlungsbereiche, ist daher zur Qualitätserhebung und -verbesserung in der Psychiatrie geboten. In der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie wurde daher der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB) zur Messung der Patientenzufriedenheit mit stationärer psychiatrischer Behandlung entwickelt und validiert (Längle et al. 2002).

Da die Originalversion des TÜBB sehr umfangreich ist, wurden in der vorliegenden Arbeit in Expertengesprächen fünf Items identifiziert, die für die hier bearbeitete Fragestellung – die Auswirkung stationärer Therapie auf die soziale Teilhabe nach Therapie – besonders relevant sind. Diese sind im Einzelnen:

- Zusammenarbeit der Mitarbeiter bezogen auf die Behandlung des antwortenden Patienten

- Sicherstellung der poststationären Weiterbehandlung aus Sicht des Patienten
- Sicherstellung der poststationären Psychotherapie aus Sicht des Patienten
- Ausreichende Information des Patienten über Möglichkeiten der Behandlung und Betreuung poststationär
- Gesamtzufriedenheit des Patienten mit dem Aufenthalt in der Klinik

Es wird erwartet, dass die Antworten auf diese Items aufschlussreiche Einsichten in die Qualität der stationären Therapie mit besonderem Blick auf die poststationäre soziale Teilhabe aus Sicht des Patienten liefern werden. In der vorliegenden Arbeit sollte hiermit insbesondere untersucht werden, inwiefern die Integration der teilhaberelevanten ICF-Items anhand des WHO DAS 2.0 in die Therapiezielplanung sich aus Sicht der Patienten positiv auf die Qualität der stationären Therapie auswirkt.

2 Fragestellung

In der PP.rt gingen Exploration und Berücksichtigung der Umweltfaktoren, die im Rahmen der stationären Therapie erfolgten, bisher nicht systematisch vonstatten. Sowohl der Prozess als auch das Outcome waren von der Person der Behandelnden abhängig. Um hier zu Optimierung und Ausgleich im Sinne einer effizienteren Basis zu gelangen, wurde daher im Rahmen einer QM-Maßnahme ein System implementiert, mit dessen Hilfe die Einbeziehung des Patientenumfeldes systematisiert werden sollte.

Die Fragestellung in der vorliegenden Arbeit lautet:

1. Wirkt sich die Integration von WHO DAS 2.0 als Routineinstrument in die Therapiezielplanung positiv auf Patientenoutcomes aus?
2. Welche Untergruppen von Patienten profitieren besonders?
3. Korreliert die Nutzung des WHO DAS 2.0 bei der Therapiezielplanung in der Facharztvisite mit einer besseren Beachtung der Therapieziele im Verlauf?

4. Schlägt sich die Einführung des WHO DAS 2.0 in einer besseren Qualität der stationären Therapie aus Sicht der Patienten, gemessen anhand fünf ausgewählter Items des TÜBB, nieder?

Somit stellt die vorliegende Untersuchung die Begleitung einer Verbesserungsmaßnahme im Rahmen des Qualitätsmanagements der Klinik dar, welche im beschriebenen Zeitraum neu eingeführt wurde.

3 Patienten und Methoden

3.1 Patienten

In der PP.rt mit insgesamt sieben Stationen, die ein umfassendes psychiatrisches Behandlungsangebot abdecken, werden auf den drei hier betrachteten Stationen Patienten mit Suchterkrankungen, mit depressiven Erkrankungen sowie mit allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen behandelt. Zum Startzeitpunkt der Untersuchung werden 30 Patienten pro Station, also insgesamt 90 Patienten, die nach dem herkömmlichen Verfahren exploriert und behandelt werden, in die Untersuchung eingeschlossen und jeweils bei Aufnahme und Entlassung als Kontrollgruppe befragt. Zu einem späteren Zeitpunkt werden erneut 30 Patienten pro Station, also 90 Patienten, als Maßnahmengruppe eingeschlossen. Bei diesen wird die im folgenden Kapitel beschriebene Einbeziehung des WHO DAS 2.0 als Routinemaßnahme eingeführt. Auch hier erfolgt die Befragung bei Aufnahme und Entlassung. In der vorliegenden Untersuchung handelt sich somit um ein Spiegeldesign.

Ausschlusskriterium für die Befragung ist ein stationärer Aufenthalt von weniger als 7 Tagen. Ebenso ausgeschlossen von der Befragung werden aus der Maßnahmengruppe solche Patienten, die bereits in der Kontrollgruppe an der Befragung teilgenommen haben. Bei Ausschluss von Patienten aus einem dieser Gründe erfolgt eine weitere Rekrutierung von Patienten, bis die Gesamtzahl von je 30 Patienten pro Station und pro Kohorte erreicht ist.

3.2 Methoden

3.2.1 Erhebungsinstrumente

Routinemäßig im Rahmen des stationären Aufenthalts erfasste Daten sind Stammdaten wie Alter und Geschlecht, die Liegedauer sowie die psychiatrische Basisdokumentation BADO (siehe Anhang). Letztere basiert auf der BADO der DGPPN (Cording 1995), wurde jedoch in einer Expertenrunde an die konkreten Anforderungen der PP.rt angepasst. Diese Daten werden für die Zwecke der Arbeit als Ergänzung zu den Daten zur sozialen Teilhabe hinzugefügt. Letztere werden mit Hilfe des auf der ICF beruhenden Instruments WHO DAS 2.0 (36 Item-Version, Interviewer Fragebogen; siehe Anhang) erhoben. Die ICF (siehe auch Kapitel 1.5) ist eine etablierte Klassifikation zur krankheitsunabhängigen Einschätzung der Beeinträchtigungen von Fähigkeiten und Teilhabe; sie wurde 2001 erstmals von der WHO veröffentlicht und stellt standardisierte Definitionen für diagnostische Kriterien zur Verfügung (Baron und Linden 2008). Der WHO DAS 2.0 ist ein Fragebogen, dessen 36 Fragen sich ausschließlich auf Items der Komponente „Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)“ der ICF beziehen. Diese sind in 6 Domänen zusammengefasst entsprechend dem Gliederungsprinzip der ICF, in der die Komponente Aktivitäten und Partizipation nach Lebensbereichen (life domains, Domänen) gegliedert ist. Die Beeinträchtigung von Fähigkeiten laut ICF kann mit dem WHO DAS 2.0 gemessen werden (de Pedro-Cuesta et al. 2011); eine gute Diskriminationsfähigkeit zwischen den Items des Fragebogens und eine hohe Validität zur Einschätzung von Beeinträchtigungen wurden nachgewiesen und die guten psychometrischen Eigenschaften in 18 verschiedenen Ländern belegt (Luciano et al. 2010), und er ist in der Vergangenheit bereits erfolgreich zur Evaluation der Effektivität von psychiatrischen Interventionen verwendet worden (Chen et al. 2014; Gildengers et al. 2013; Luciano et al. 2010). Die Auswertung erfolgte gemäß WHO DAS 2.0 Manual (Üstün et al. 2010).

Konkret erfolgt die erste Patientenbefragung mit dem WHO DAS 2.0 in den ersten Tagen des stationären Aufenthalts innerhalb der Aufnahmeroutine. Die Entlassbefragung erfolgt im Rahmen der konkreten Entlassvorbereitungen während der letzten Woche des stationären Aufenthaltes ebenfalls mit dem

WHO DAS 2.0 sowie mit fünf ausgewählten Fragen aus dem Evaluationsbogen TÜBB (dritte überarbeitete Version, siehe Anhang), der von der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie (TüFoS) entwickelt wurde (Längle et al. 2002; Längle et al. 2003). Es wurden aus dem sehr umfangreichen Gesamt-TÜBB diejenigen Items ausgewählt, die nach Expertenmeinung die beste Aussagekraft bezüglich der hier untersuchten Fragestellung des Einflusses der stationären Therapie auf die poststationäre soziale Teilhabe aufweisen.

Die Auswertung erfolgte auf der Basis der Ordinalskala des TÜBB.

Die wöchentliche Facharztvisite wird im Vorfeld der QM-Maßnahme von einer Arbeitsgruppe so überarbeitet, dass für die Befragung der Maßnahmengruppe im zweiten Abschnitt eine Integration des WHO DAS 2.0 möglich und sinnvoll ist und im Rahmen der Exploration teilhaberelevante Einschränkungen aufgedeckt werden können. Hierzu wurde die „AG Therapiezielplanung“ auf übergeordneter Ebene des Klinikverbundes ZfP Südwürttemberg, zu dem auch die PP.rt gehört, zusammengestellt. Zum Team gehörten Leitung und Mitarbeiter des Bereichs Medizinische Dokumentation und des ärztlichen und des pflegerischen Bereiches. Von der Beauftragung durch die Geschäftsleitung im Januar 2013 bis September 2014 arbeitete sie im Rahmen ihrer Treffen in mehrwöchigen Abständen und in einem an den PDCA-Zyklus angelehnten Verfahren ein Konzept zur Visitendokumentation aus, welches ein strukturiertes und einheitliches Vorgehen möglich machen sollte. Ein neues Dokumentationsschema entstand, an welches das bestehende Schema angepasst wurde. Eine Pilotphase wurde beschlossen und als Pilotheus wurde die PP.rt ausgewählt, da hier alle relevanten Fachbereiche vorhanden waren. Hier wurde in den Stationsteams der ausgewählten drei Stationen nach Abschluss des ersten Abschnitts der Patientenbefragungen die ICF eingeführt und die Nutzung einer – entsprechend den Domänen des WHO DAS 2.0 - festgelegten Auswahl an Items der ICF als neuer Teil der Therapieplanung in die wöchentliche Stationsroutine integriert.

3.2.2 Format der Untersuchung

In der vorliegenden Arbeit wird die Effektivität der genannten Maßnahmen evaluiert; Anfangs- und Endpunkte werden in Form eines Spiegeldesigns verglichen, relevante Outcomes sind Veränderungen des Therapieprozesses sowie die Einschätzung des Patienten bezüglich seiner eigenen Fähigkeit zur Teilhabe. Zur Evaluation werden patientenbezogene Daten aus dem WHO DAS 2.0 und dem hauseigenen Fragebogen TÜBB (siehe Anhang) mit den Daten der BADO sowie den seitens der Klinik generierten Leistungsdaten gemäß §21 KHEntgG pseudonymisiert ausgewertet. Im Zentrum der Evaluation stand die Befindlichkeit des Patienten.

3.2.3 Statistische Auswertung

Zum Vergleich der Mittelwerte zweier Stichproben – konkret in der vorliegenden Arbeit der Mittelwerte der Domänenscores in der Kontroll- bzw. Maßnahmengruppe (Kapitel 4.2.1) und Mittelwerte der TÜBB-Scores (Kapitel 4.3) – wird der t-Test verwendet. Mit seiner Hilfe kann festgestellt werden, ob die Mittelwerte zweier Stichproben sich signifikant voneinander unterscheiden. In der Regel wird hierfür eine normalverteilte Grundgesamtheit erwartet. Nicht in jeder Domäne in der vorliegenden Untersuchung sind die Scores normalverteilt (siehe Abbildung 3 bis Abbildung 8).

Da der t-Test jedoch bezüglich Abweichungen von der Normalverteilung relativ robust ist, wurde bei den entsprechenden Signifikanztests trotzdem auf diesen zurückgegriffen.

Die Subgruppenanalyse in der vorliegenden Arbeit (Kapitel 4.2.2) wurde in Form einer univariaten Varianzanalyse durchgeführt. Im Anschluss an diese wurde das partielle Eta-Quadrat berechnet; dies entspricht dem Anteil der Streuung der abhängigen Variablen, der durch den Effekt erklärt wird. Die Konventionen zur Interpretation des Eta-Quadrats (Cohen 1988) lauten:

- Eta-Quadrat = 0,01: kleiner Effekt
- Eta-Quadrat = 0,06: mittlerer Effekt
- Eta-Quadrat = 0,14: großer Effekt

4 Ergebnisse

4.1 Struktureller Vergleich von Maßnahmen- und Kontrollgruppe

96 Patienten mit gültigen Daten wurden in die Kontrollgruppe eingeschlossen, 98 Patienten in die Maßnahmengruppe. Zunächst sind die allgemeinen Charakteristika der eingeschlossenen Patienten zu vergleichen:

Das durchschnittliche Alter der Patienten in der Kontrollgruppe betrug 46,8 Jahre, das durchschnittliche Alter der Patienten in der Maßnahmengruppe 44,5 Jahre. Mit einem p-Wert von 0,22 ergibt sich hier kein signifikanter Unterschied. Patienten in der Kontrollgruppe hatten im Schnitt 13,1 Schuljahre absolviert, Patienten in der Maßnahmengruppe 13,8 Schuljahre. Auch hier ist die Differenz nicht signifikant mit einem p-Wert von 0,10 (siehe auch Tabelle 1, Abbildung 1 und Abbildung 2).

Tabelle 1: Alter und absolvierte Schuljahre der Patienten in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m), t-Test.

t-Tests; Gruppen: (Patientendaten.sta)											
Gruppe1: k											
Gruppe2: m											
Variable	Mittelw. k	Mittelw. m	t-Wert	FG	p	Gült. N k	Gült. N m	Stdabw. k	Stdabw. m	F-Quot. Varianzen	p Varianzen
Alter	46,84375	44,52041	1,22386	192	0,222504	96	98	13,03059	13,40275	1,057935	0,783762
Schuljahre	13,06250	13,82653	-1,63241	192	0,104233	96	98	3,50282	3,00181	1,361665	0,131841

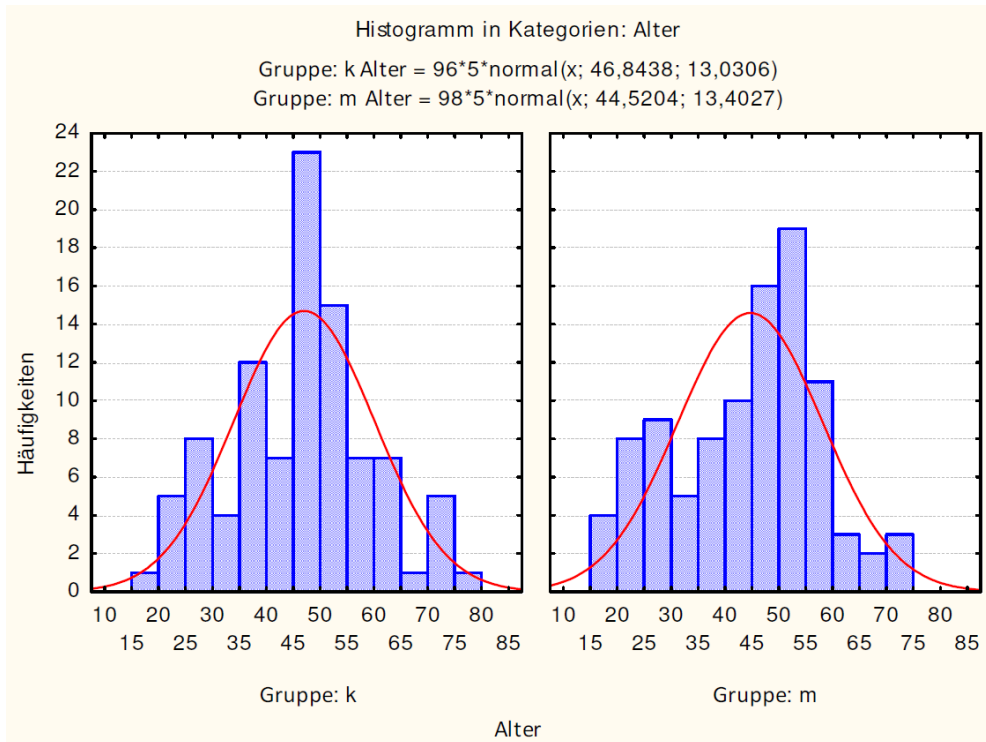


Abbildung 1: Histogramm der Altersstufen der eingeschlossenen Patienten in der Kontrollgruppe (k) sowie der Maßnahmengruppe (m) und Vergleich mit Normalverteilung (rot).

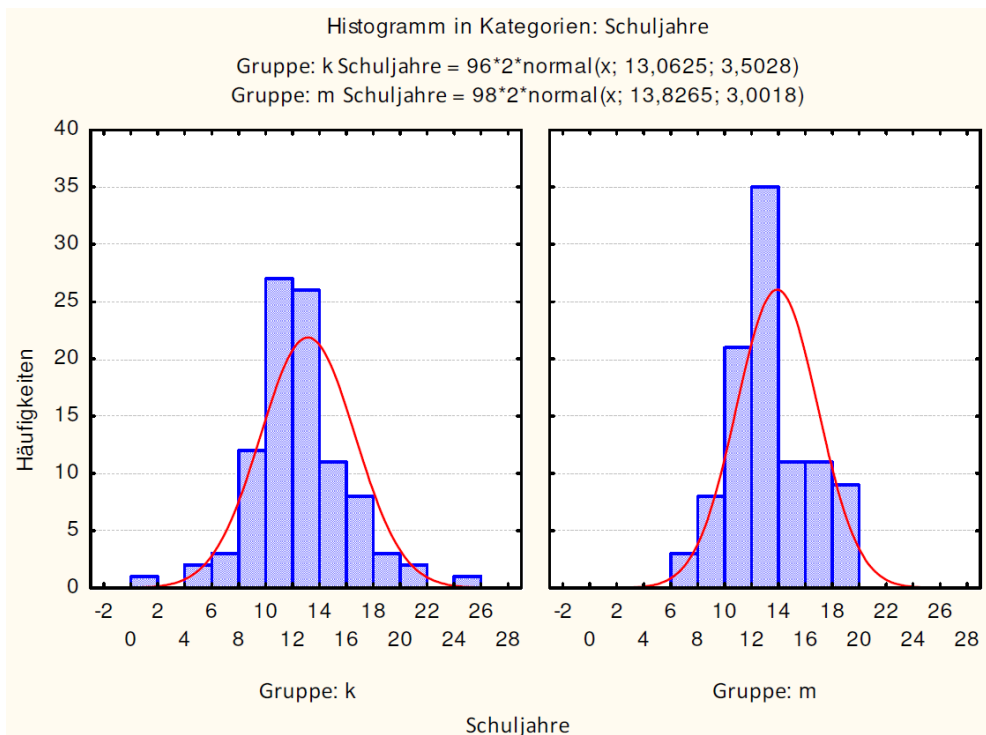


Abbildung 2: Histogramm der absolvierten Schuljahre der eingeschlossenen Patienten in der Kontrollgruppe (k) sowie der Maßnahmengruppe (m) und Vergleich mit Normalverteilung (rot).

Von den 96 Patienten in der Kontrollgruppe waren 28 (29,17%) der Station 1 zugeordnet, 35 (36,46%) der Station 4 und 33 (34,38%) der Station 7. Von den 98 Patienten der Maßnahmengruppe waren 36 (36,73%) Patienten der Station 1 zugeordnet, 31 (31,63%) Patienten der Station 4 und weitere 31 (31,63%) Patienten der Station 7. Hier lag somit ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied vor ($p = 0,53$ im Pearson-Chi-Quadrat-Test, nicht grafisch dargestellt).

Die Kontrollgruppe enthielt 55 Patientinnen, also einen Frauenanteil von 57,29%, die Maßnahmengruppe 52 Patientinnen (53,06%). Auch hier zeigte sich im Pearson-Chi-Quadrat-Test keine Signifikanz ($p = 0,55$, nicht grafisch dargestellt).

Nach Stationen aufgeschlüsselt waren auf Station 1 von den 64 Patienten 46 weiblich (71,88%), auf Station 4 von 66 Patienten 40 weiblich (60,60%) und auf Station 7 von 64 Patienten 21 weiblich (32,81%).

Die Kontrollgruppe enthielt zudem fünf Patienten mit türkischer Muttersprache, die Maßnahmengruppe zwei. Alle nicht-deutschen Muttersprachler hatten ein mittleres bis gutes Verständnis der deutschen Sprache. Andere Muttersprachen als Deutsch und Türkisch waren im Patientenkollektiv nicht vertreten.

In der Kontrollgruppe waren 35 Patienten nie verheiratet gewesen (36,46%), 33 waren zum Zeitpunkt der Behandlung verheiratet (34,38%). Drei waren getrennt lebend (3,13%), 18 geschieden (18,75%), vier verwitwet (4,17%) und drei in einer Partnerschaft lebend (3,13%). In der Maßnahmengruppe waren 45 Patienten nie verheiratet (45,92%), 29 zum Zeitpunkt der Behandlung verheiratet (29,59%), zwei getrennt lebend (2,04%), 19 geschieden (19,39%), drei verwitwet (3,06%) und niemand in Partnerschaft lebend (0%). Es ergab sich keine signifikante Korrelation zwischen der Gruppenzugehörigkeit zu Kontroll- oder Maßnahmengruppe und dem Familienstand ($p = 0,43$ im Chi-Quadrat-Test, nicht grafisch dargestellt).

Die Betrachtung der beruflichen Aktivität der Patienten zeigte, dass in der Kontrollgruppe 20 einer bezahlten Arbeit nachgingen (20,83%), 4 selbständig

mit eigenem Unternehmen waren (4,17%), niemand unbezahlter Arbeit oder einem Ehrenamt nachging (0%) oder Schüler/Student/Auszubildender war (0%), 9 Hausfrau oder Hausmann waren (9,38%), 14 im Ruhestand waren (14,58%), 15 aus gesundheitlichen Gründen (15,63%) und 7 aus anderen Gründen (7,29%) arbeitslos waren sowie 27 in beschützenden Einrichtungen tätig waren (28,13%).

In der Maßnahmengruppe gingen 33 Patientinnen und Patienten einer bezahlten Arbeit nach (33,67%), 3 waren selbständig mit eigenem Unternehmen (3,06%), 8 waren Schüler, Student oder in Ausbildung befindlich (8,16%), 6 waren Hausmann oder Hausfrau (6,12%), 8 waren im Ruhestand (8,16%), 22 aus gesundheitlichen Gründen (22,45%) und 4 aus anderen Gründen arbeitslos (4,08%) sowie 14 in einer beschützenden Einrichtung beschäftigt (14,29%).

Die berufliche Aktivität war nach dem Ergebnis des Pearson Chi-Quadrat-Tests signifikant mit der Gruppenzugehörigkeit (Kontroll- oder Maßnahmengruppe) korreliert ($p = 0,06$, nicht grafisch dargestellt). So gingen in der Kontrollgruppe weniger Patienten einer bezahlten Arbeit im ersten Arbeitsmarkt nach (20 im Vergleich zu 33 in der Maßnahmengruppe), dafür waren fast doppelt so viele Patienten in einer beschützenden Werkstätte tätig (27 im Vergleich zu 14 in der Maßnahmengruppe). In der Kontrollgruppe gab es keinen einzigen Schüler im Vergleich zu 8 in der Maßnahmengruppe, aber mit 14 Ruheständlern fast doppelt so viele wie in der Maßnahmengruppe (8 im Ruhestand).

Zusammenfassend unterschieden sich die Maßnahmen- und Kontrollgruppe in ihren deskriptiven Merkmalen also lediglich in den beruflichen Aktivitäten der Patienten. In der Diskussion wird dieser Punkt in Kapitel 5.1 aufgegriffen.

4.2 Ergebnisse WHO DAS 2.0

Der WHO DAS 2.0 enthält 36 Items aus folgenden Domänen (siehe auch Kapitel 3.2.1 und Anhang):

Domäne 1: Kognition und Wahrnehmung

Domäne 2: Mobilität

Domäne 3: Selbstversorgung

Domäne 4: Umgang mit anderen Menschen

Domäne 5: Tätigkeiten des alltäglichen Lebens

Domäne 6: Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

4.2.1 Vergleich Maßnahmen-/Kontrollgruppe

Die Befragung anhand des WHO DAS 2.0 wurde sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung durchgeführt, so dass hier jeweils zwei Datensätze entstanden sind. Zu jedem Item jeder der sechs Domänen wurde somit ein Score bei Aufnahme und einer bei Entlassung aufgezeichnet. Aus den Scores wurden die Scores pro Domäne bei Aufnahme und Entlassung sowie ein Gesamtscore bei Aufnahme und Entlassung berechnet.

Hinsichtlich der Scores bei Aufnahme wurde zunächst statistisch erhoben, ob Kontroll- und Maßnahmengruppe (Abbildungen 3 bis 8) sich zu diesem Basiszeitpunkt unterschieden (zur statistischen Analyse siehe Kapitel 3.2.3 der vorliegenden Arbeit).

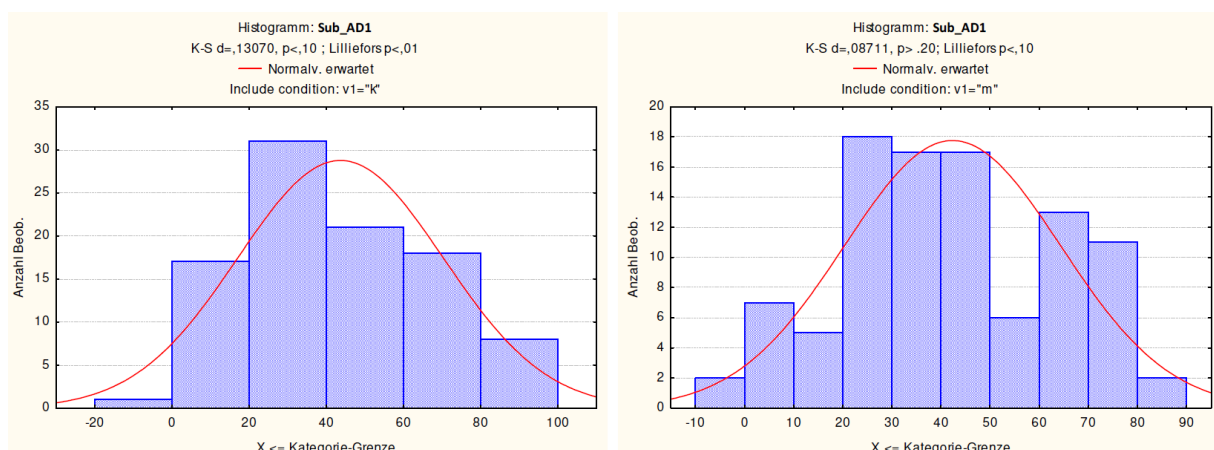


Abbildung 3: Histogramm der Scores für Domäne 1 („Kognition und Wahrnehmung“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k), linke Seite der Abbildung und Maßnahmengruppe (m), rechte Seite der Abbildung mit Normalverteilung (rot) zum Zeitpunkt der Aufnahme.

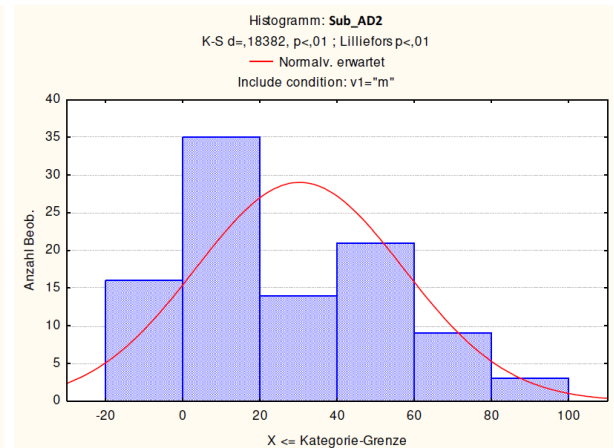
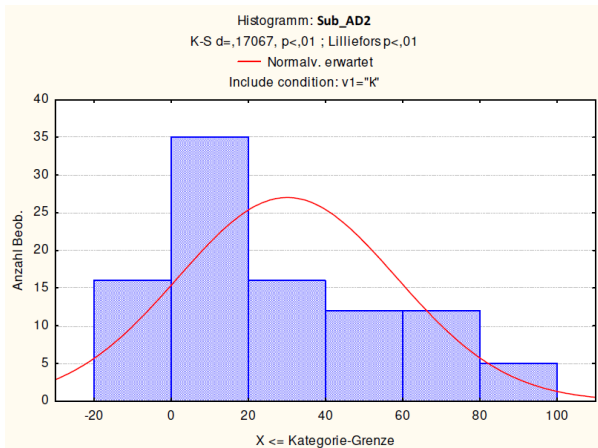


Abbildung 4: Histogramm der Scores für Domäne 2 („Mobilität“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) linke Seite der Abbildung und Maßnahmengruppe (m), rechte Seite der Abbildung mit Normalverteilung (rot) zum Zeitpunkt der Aufnahme.

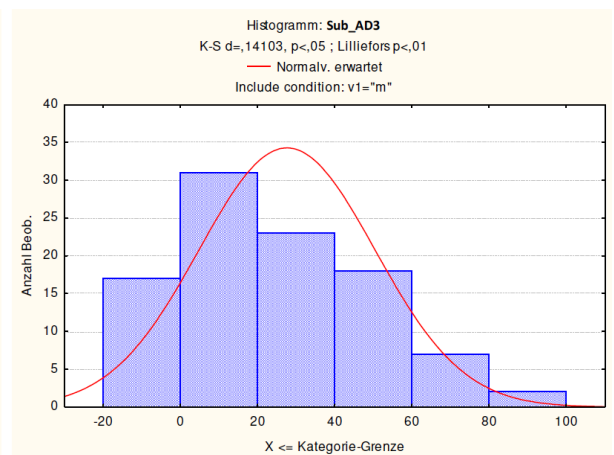
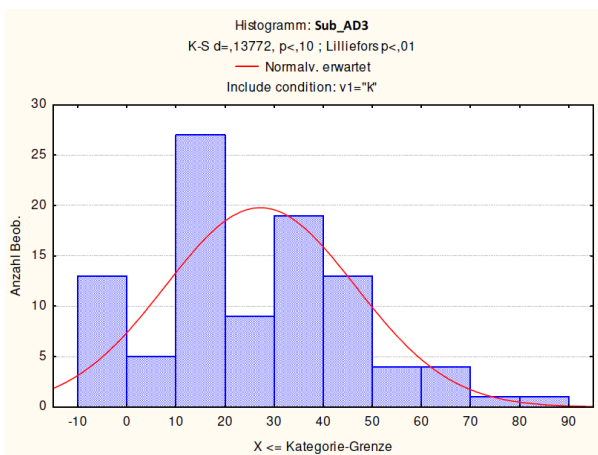


Abbildung 5: Histogramm der Scores für Domäne 3 („Selbstversorgung“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) linke Seite der Abbildung und Maßnahmengruppe (m), rechte Seite der Abbildung mit Normalverteilung (rot) zum Zeitpunkt der Aufnahme.

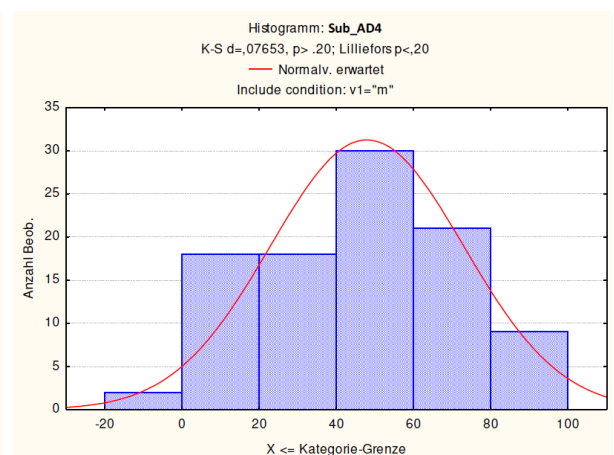
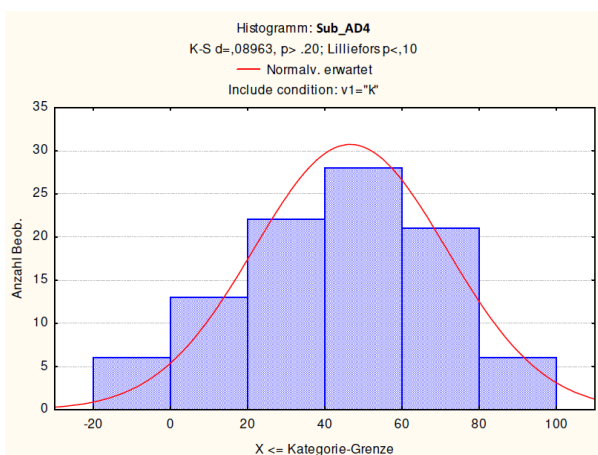


Abbildung 6: Histogramm der Scores für Domäne 4 („Umgang mit anderen Menschen“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) linke Seite der Abbildung und Maßnahmengruppe (m), rechte Seite der Abbildung mit Normalverteilung (rot) zum Zeitpunkt der Aufnahme.

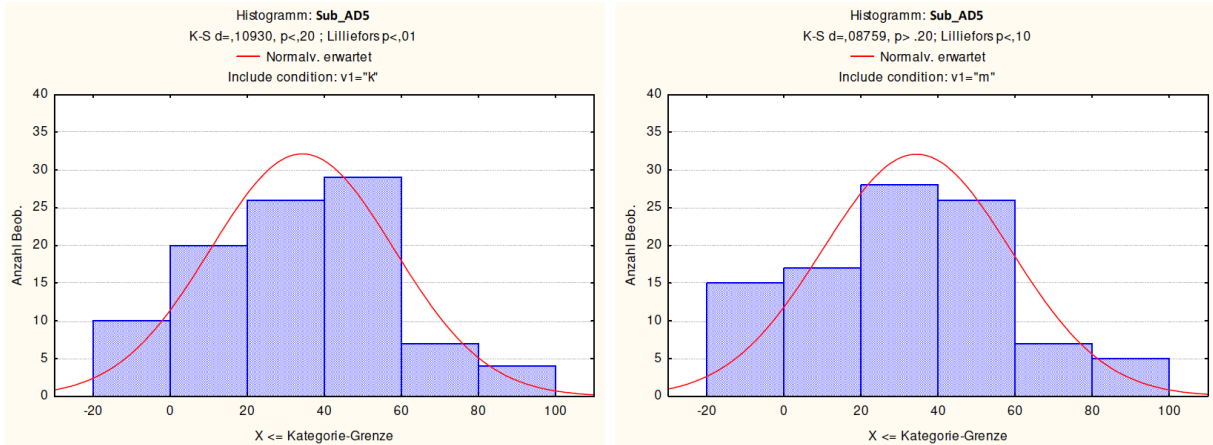


Abbildung 7: Histogramm der Scores für Domäne 5 („Tätigkeiten des alltäglichen Lebens“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) linke Seite der Abbildung und Maßnahmengruppe (m), rechte Seite der Abbildung mit Normalverteilung (rot) zum Zeitpunkt der Aufnahme.

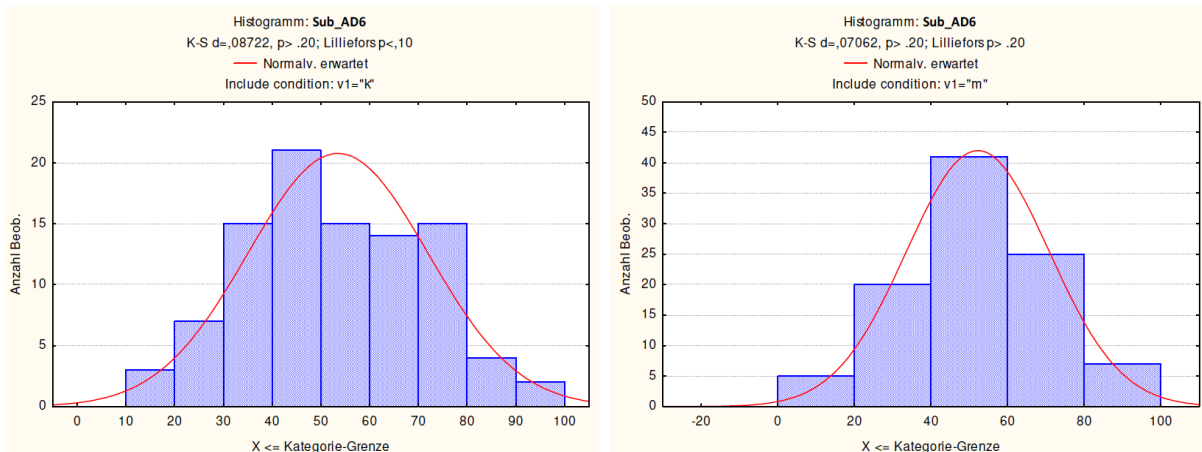


Abbildung 8: Histogramm der Scores für Domäne 6 („Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“) des WHO DAS 2.0 für Kontrollgruppe (k) linke Seite der Abbildung und Maßnahmengruppe (m), rechte Seite der Abbildung mit Normalverteilung (rot) zum Zeitpunkt der Aufnahme.

Mittelwerte und Mediane sind in Tabelle 2 und Tabelle 3 angegeben.

Tabelle 2: Mittelwerte, Mediane, Spannweite und Standardabweichung der Domänenscores des WHO DAS 2.0 in der Kontrollgruppe (k).

Variable	Deskriptive Statistik (Patientendaten.sta)					
	Gült. N	Mittelw.	Median	Minimum	Maximum	Stdabw.
Sub_AD1	96	43,70660	37,50000	0,00000	100,0000	26,63509
Sub_AD2	96	30,11719	20,00000	0,00000	100,0000	28,34705
Sub_AD3	96	27,21354	25,00000	0,00000	81,2500	19,36447
Sub_AD4	96	46,61458	45,00000	0,00000	95,0000	24,94726
Sub_AD5	96	34,30990	37,50000	0,00000	100,0000	23,82942
Sub_AD6	96	53,51563	53,12500	15,62500	96,8750	18,44739
Ges AD	96	39,24624	37,60417	6,42361	73,2292	17,54820

Tabelle 3: Mittelwerte, Mediane, Spannweite und Standardabweichung der Domänenscores des WHO DAS 2.0 in der Maßnahmengruppe (m)

Variable	Deskriptive Statistik (Patientendaten.sta)					
	Include condition: v1="m"					
	Gült. N	Mittelw.	Median	Minimum	Maximum	Stdabw.
Sub_AD1	98	42,34694	39,58333	0,00000	83,3333	22,02107
Sub_AD2	98	30,25510	20,00000	0,00000	95,0000	26,93417
Sub_AD3	98	27,61480	25,00000	0,00000	100,0000	22,80866
Sub_AD4	98	47,90816	50,00000	0,00000	100,0000	25,03527
Sub_AD5	98	34,40689	37,50000	0,00000	96,8750	24,36159
Sub_AD6	98	52,20938	53,12500	6,25000	90,6250	18,62789
Ges AD	98	39,12354	38,73264	10,97222	81,5625	17,07823

Bezüglich der Unterschiede in den Domänenscores der Patienten in der Kontrollgruppe und der Maßnahmengruppe bei Aufnahme wurde zunächst berechnet, ob die Varianzen der Gruppen sich signifikant unterscheiden. Bei den Domänenscores bei Aufnahme war dies nicht der Fall (siehe Tabelle 4) – hier war die Varianz der Kontrollgruppe nicht signifikant anders als die der Maßnahmengruppe.

Wenn man jedoch die Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung betrachtet, unterscheidet sich in den Domänen 1 und 4 sowie im Gesamtscore die Varianz der Maßnahmengruppe signifikant von der der Kontrollgruppe (siehe Spalte „p-Varianzen“ in Tabelle 5). Aus diesem Grund wurde für die Differenzen der Domänenscores 1 und 4 sowie für die Differenz des Gesamtscores der t-Test für inhomogene Varianzen statt des herkömmlichen t-Tests angewendet (siehe Spalte „t getr. Varianz“ in Tabelle 5).

Im Sinne der Interpretation der Zahlenwerte ist anzumerken, dass - bedingt durch das Antwortformat des Fragebogens - „weniger Schwierigkeiten“ bei der Teilhabe mit kleinen Zahlen codiert sind und somit eine Verbesserung der Teilhabe an der Verkleinerung des Zahlenwertes ablesbar sind. Aus diesem Effekt ergibt sich ebenfalls, dass sich die betrachteten Differenzwerte im Negativbereich befinden. Größere Zahlenwerte mit negativem Vorzeichen sind als größere Verbesserung zu interpretieren.

Tabelle 4: Mittelwerte der Domänenscores **bei Aufnahme** für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m). Die Varianzen sind in keiner Domäne inhomogen (p Varianzen $> 0,05$), daher müssen nur die Resultate des herkömmlichen t-Test berücksichtigt werden (Spalten „t-Wert“, „FG“, „p“).

Variable	t-Tests; Gruppen: (Patientendaten.sta)														
	Gruppe1: k		Gruppe2: m		t-Wert	FG	p	t getr. Varianz	FG	p 2-seit.	Gült. N k	Gült. N m	Stdabw. k	Stdabw. m	F-Quot. Varianzen
Mittelw. k	Mittelw. m														
Sub AD1	43,70660	42,34694	0,387839	192	0,698565	0,387084	184,0142	0,699141	96	98	26,63509	22,02107	1,462956	0,063555	
Sub AD2	30,11719	30,25510	-0,034744	192	0,972320	-0,034726	191,0158	0,972335	96	98	28,34705	26,93417	1,107665	0,616863	
Sub AD3	27,21354	27,61480	-0,131963	192	0,895152	-0,132185	188,2161	0,894979	96	98	19,36447	22,80866	1,387356	0,110821	
Sub AD4	46,61458	47,90816	-0,360449	192	0,718907	-0,360462	191,9432	0,718898	96	98	24,94726	25,03527	1,007068	0,973114	
Sub AD5	34,30990	34,40689	-0,028027	192	0,977670	-0,028033	191,9996	0,977665	96	98	23,82942	24,36159	1,045164	0,829691	
Sub AD6	53,51563	52,20938	0,490673	192	0,624218	0,490723	191,9768	0,624183	96	98	18,44739	18,62789	1,019665	0,924765	
Ges AD	39,24624	39,12354	0,049353	192	0,960689	0,049340	191,5612	0,960700	96	98	17,54820	17,07823	1,055794	0,790244	

Tabelle 5: Mittelwerte der Differenzen der Domänenscores **zwischen Aufnahme und Entlassung** für Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m). Die Varianzen sind in Domänen 1 und 4 sowie dem Gesamtscore inhomogen (p Varianzen $\leq 0,05$); hier gelten die Resultate des t-Test für inhomogene Varianzen (Spalten „t getr. Varianz“, „FG“, „p 2-seit.“).

Variable	t-Tests; Gruppen: (Patientendaten.sta)														
	Gruppe1: k		Gruppe2: m		t-Wert	FG	p	t getr. Varianz	FG	p 2-seit.	Gült. N k	Gült. N m	Stdabw. k	Stdabw. m	F-Quot. Varianzen
Mittelw. k	Mittelw. m														
DSub_D1	-11,4149	-15,2211	1,199421	192	0,231842	1,195818	175,1496	0,233384	96	98	25,14028	18,64448	1,818192	0,003691	
DSub_D2	-7,2526	-9,0306	0,555802	192	0,578993	0,555361	190,1977	0,579301	96	98	23,12482	21,41464	1,166098	0,452449	
DSub_D3	-8,2031	-8,9923	0,255701	192	0,798456	0,255210	184,1891	0,798846	96	98	23,42598	19,41614	1,455694	0,067077	
DSub_D4	-7,7083	-8,3163	0,206913	192	0,836297	0,206341	177,3748	0,836761	96	98	23,06646	17,54147	1,729139	0,007757	
DSub_D5	-21,5820	-23,8520	0,668710	192	0,504484	0,668496	191,4894	0,504622	96	98	24,00606	23,27483	1,063821	0,761891	
DSub_D6	-11,5885	-11,5206	-0,024832	192	0,980215	-0,024861	190,4425	0,980192	96	98	17,95414	20,07190	1,249821	0,276895	
DGes_D	-11,2916	-12,8222	0,742822	192	0,458497	0,740908	179,0397	0,459720	96	98	16,05676	12,45114	1,663019	0,013329	

Die Betrachtung der jeweils relevanten p-Werte in Tabelle 5 (Spalte „p“ für Domänen 2, 3, 5 und 6; Spalte „p 2-seit.“ für Domänen 1 und 4 sowie den Gesamtscore) zeigt, dass kein p-Wert $\leq 0,05$ beträgt und sich daher in keiner Domäne die Differenz zwischen Aufnahme- und Entlassscores zwischen der Kontrollgruppe und der Maßnahmengruppe signifikant unterscheidet. Dies kann anhand der Histogramme und Boxplots anschaulich gemacht werden (siehe Abbildung 9 bis Abbildung 22).

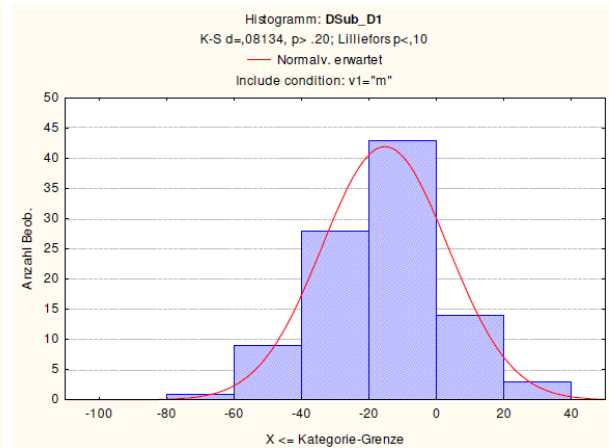
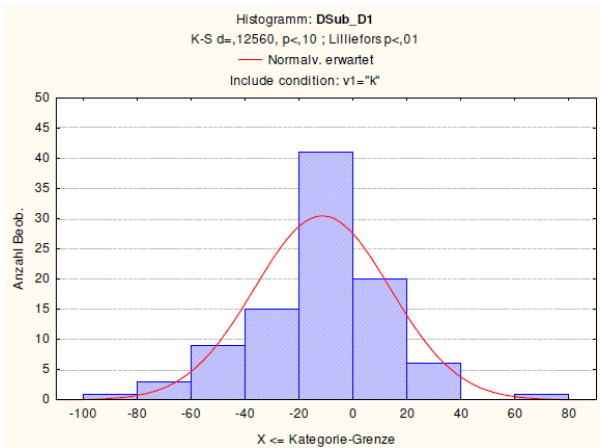


Abbildung 9: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 1 des WHO DAS 2.0 („Kognition und Wahrnehmung“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

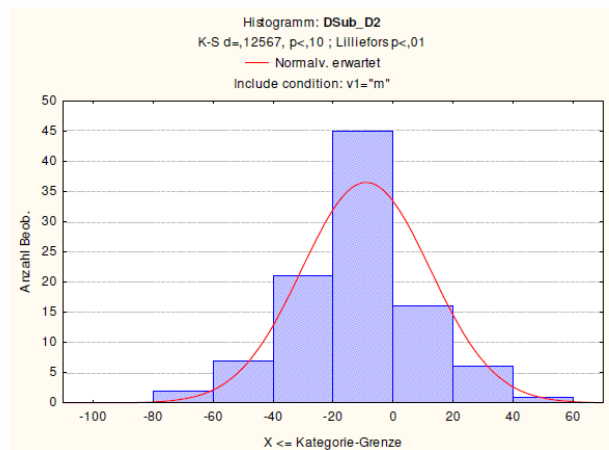
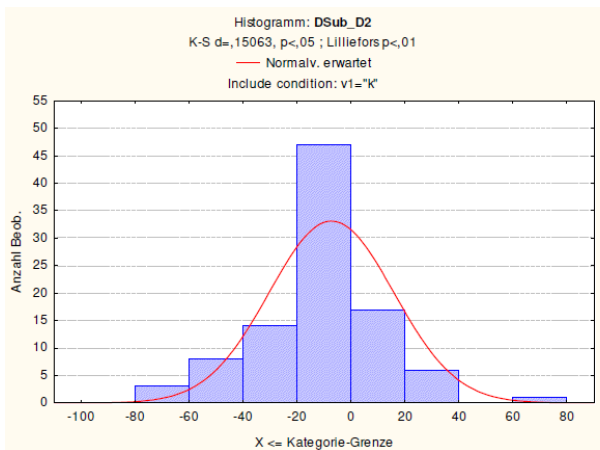


Abbildung 10: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 2 des WHO DAS 2.0 („Mobilität“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

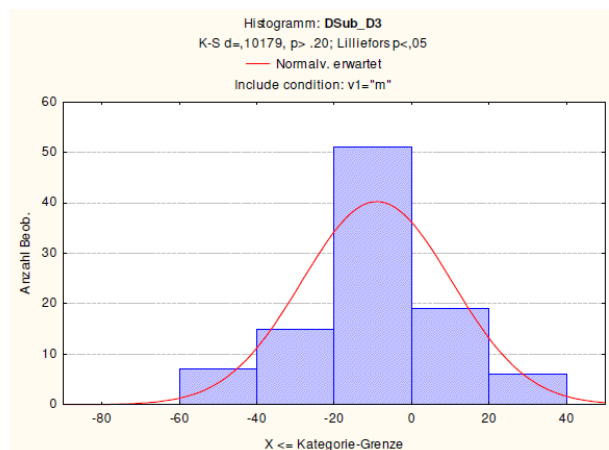
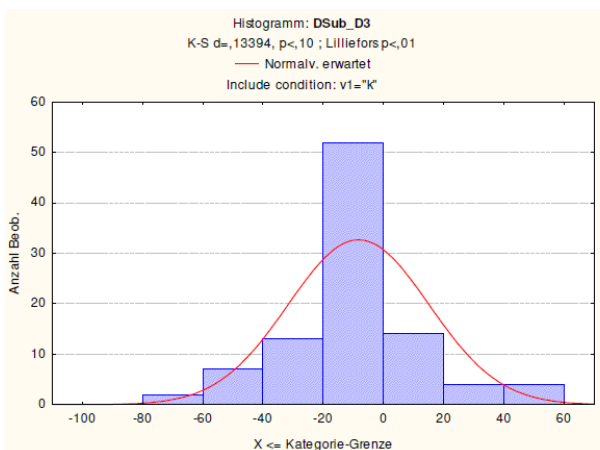


Abbildung 11: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 3 des WHO DAS 2.0 („Selbstversorgung“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

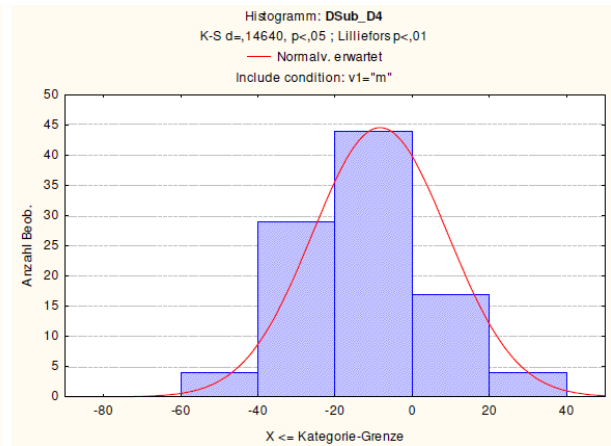
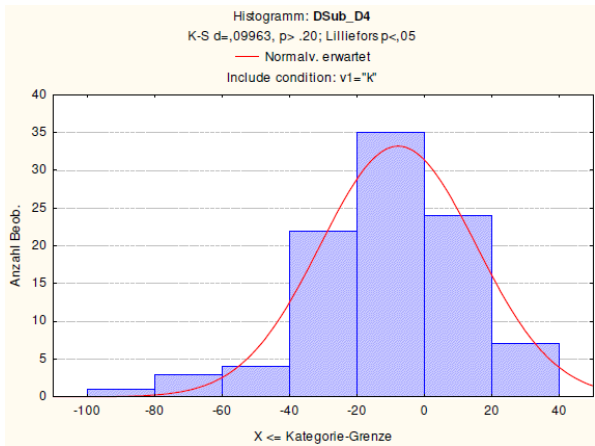


Abbildung 12: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 4 des WHO DAS 2.0 („Umgang mit anderen Menschen“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

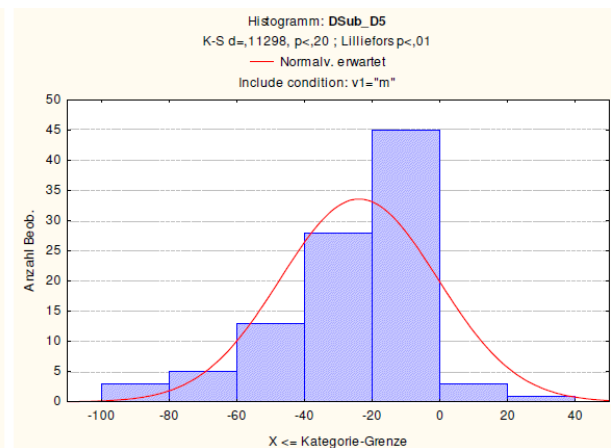
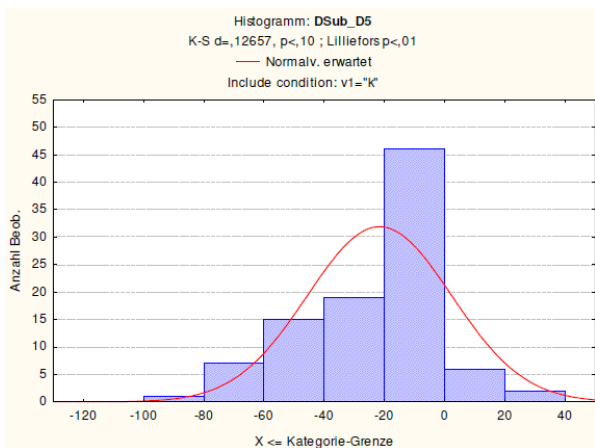


Abbildung 13: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 5 des WHO DAS 2.0 („Tätigkeiten des alltäglichen Lebens“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe

(m).

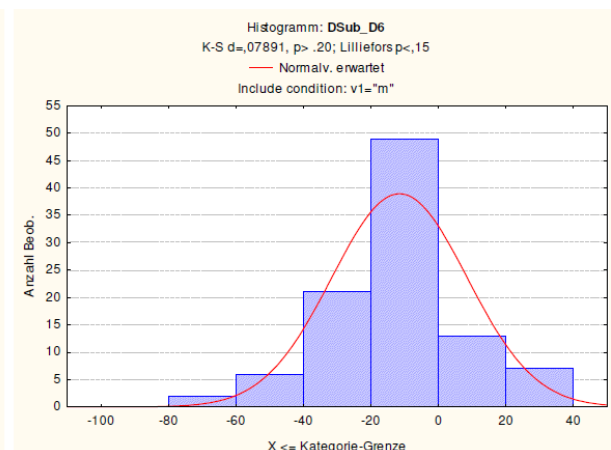
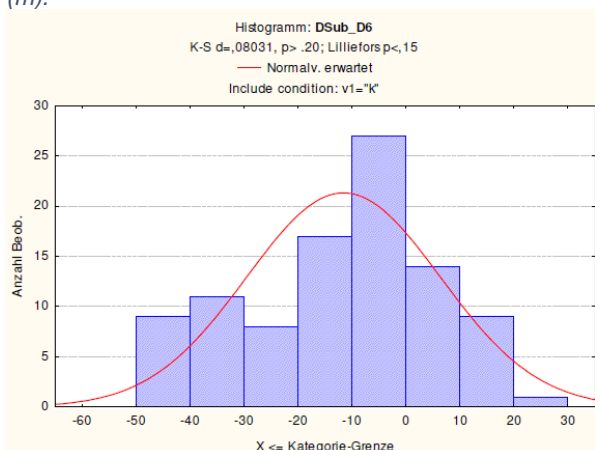


Abbildung 14: Histogramm der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 6 des WHO DAS 2.0 („Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

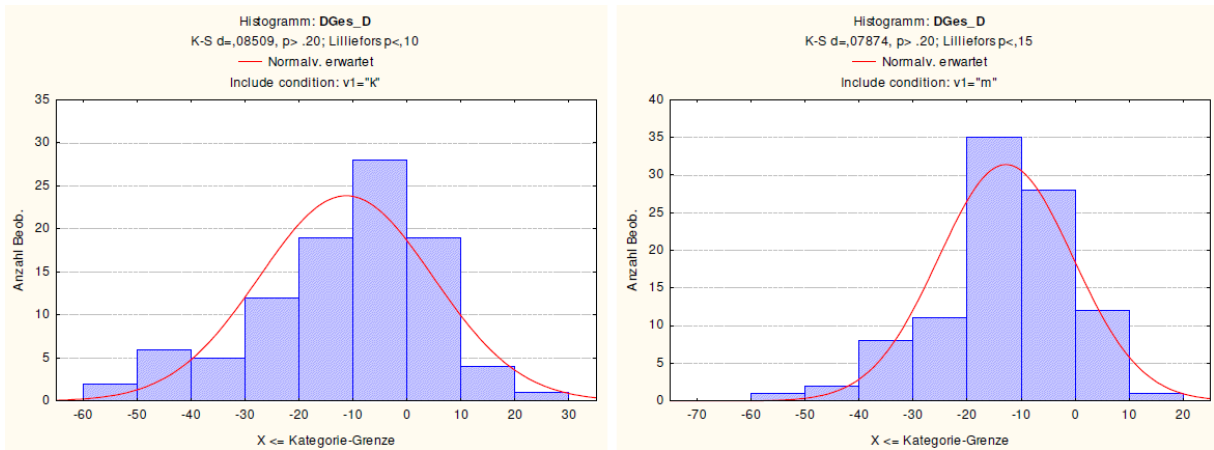


Abbildung 15: Histogramm der Differenzen der Gesamtscores zwischen Aufnahme und Entlassung des WHO DAS 2.0 in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

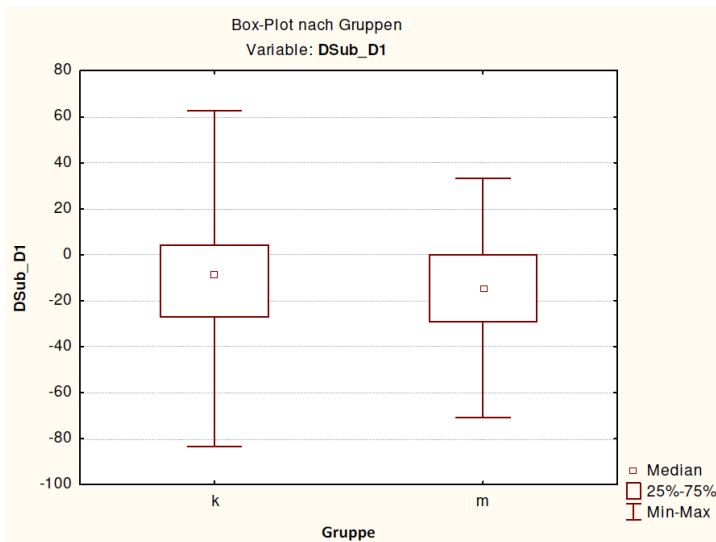


Abbildung 16: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 1 des WHO DAS 2.0 („Kognition und Wahrnehmung“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

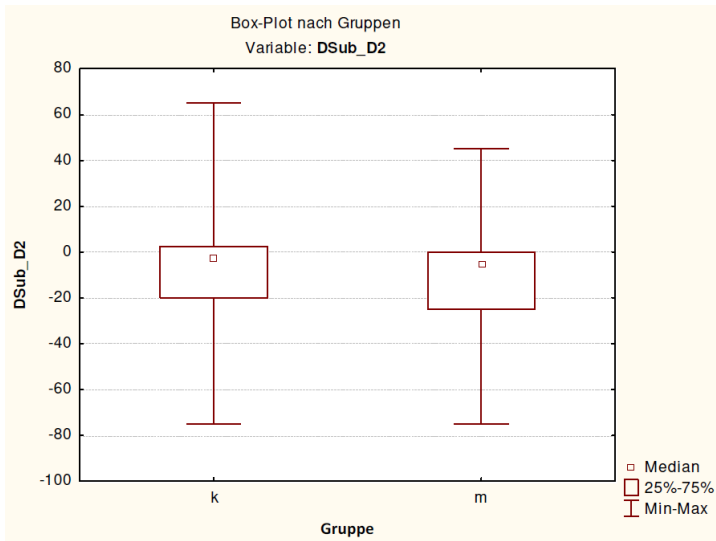


Abbildung 17: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 2 des WHO DAS 2.0 („Mobilität“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

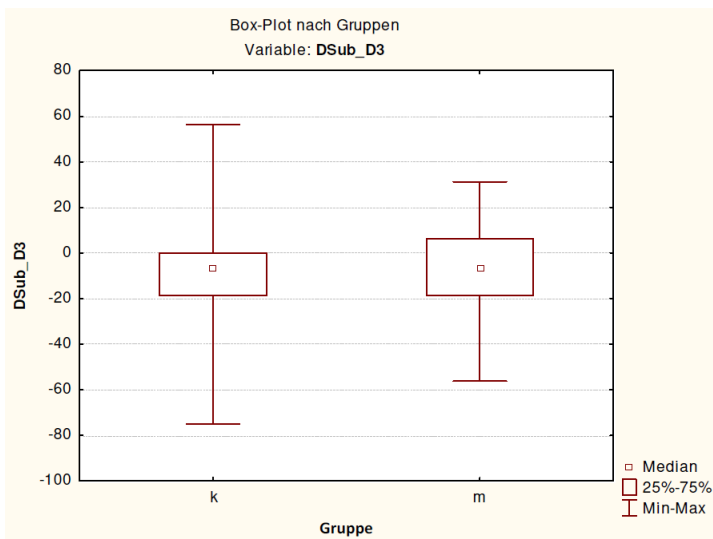


Abbildung 18: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 3 des WHO DAS 2.0 („Selbstversorgung“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

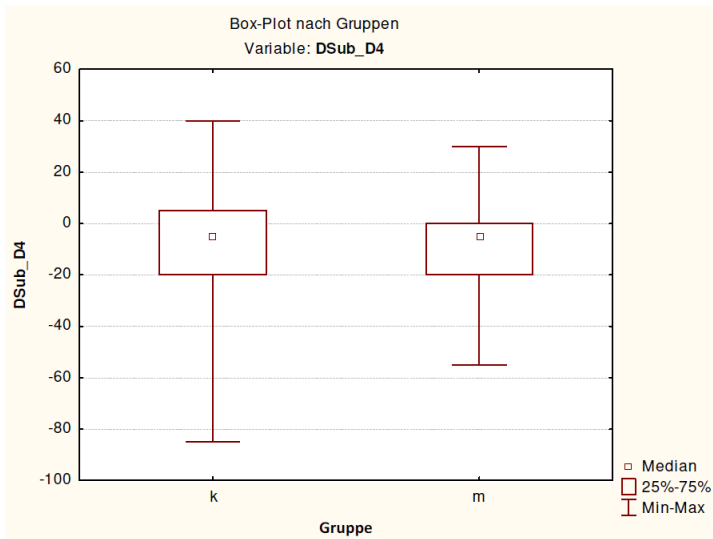


Abbildung 19: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 4 des WHO DAS 2.0 („Umgang mit anderen Menschen“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

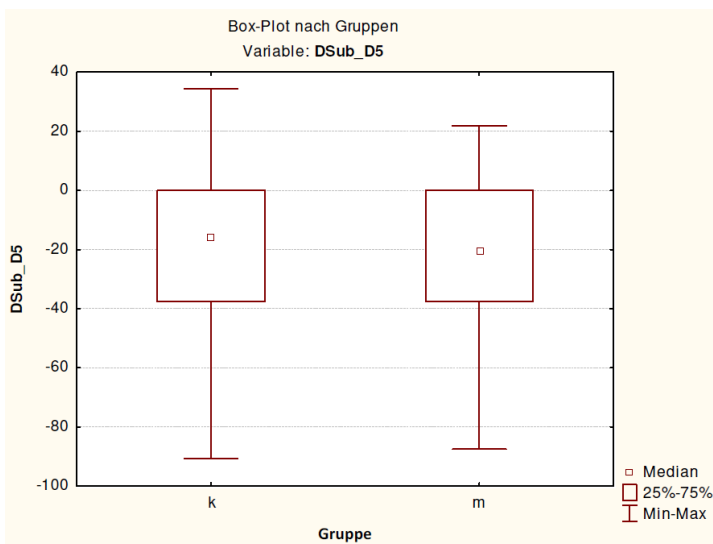


Abbildung 20: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 5 des WHO DAS 2.0 („Tätigkeiten des alltäglichen Lebens“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

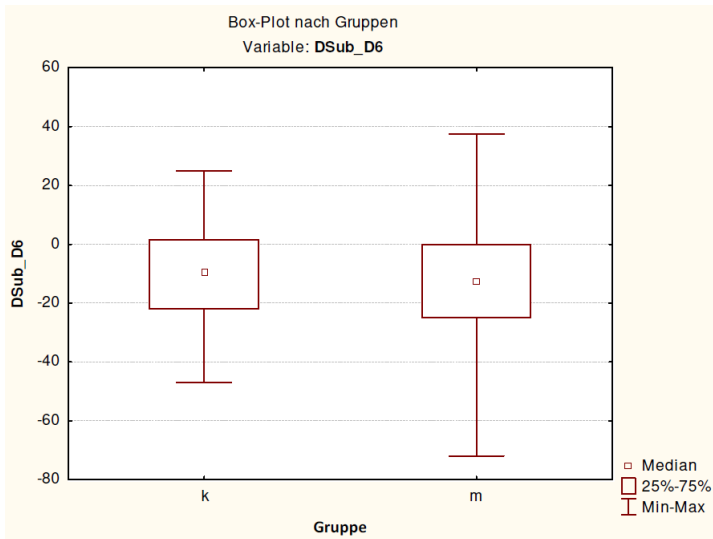


Abbildung 21: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Scores zwischen Aufnahme und Entlassung von Domäne 6 des WHO DAS 2.0 („Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“) in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

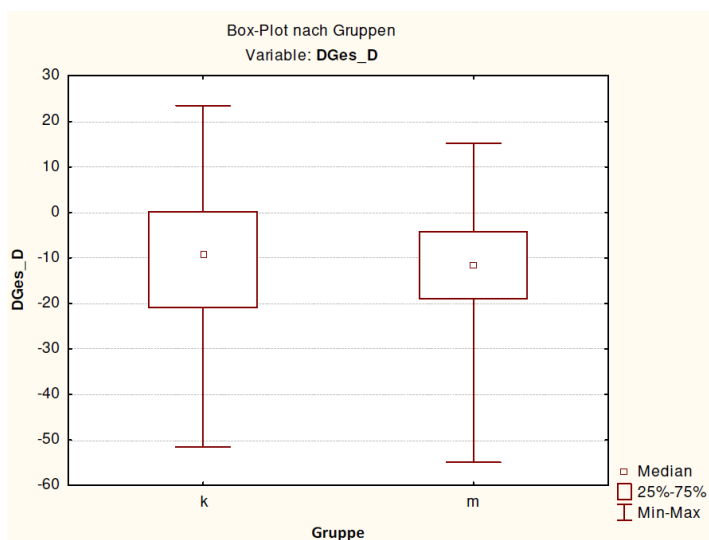


Abbildung 22: Median, Quartile und Spannweite der Differenzen der Gesamtscores zwischen Aufnahme und Entlassung des WHO DAS 2.0 in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

4.2.2 Subgruppenanalyse WHO DAS 2.0

Neben der Analyse der Ergebnisse (Differenzen zwischen Aufnahme- und Entlassscores) im Vergleich von Maßnahmen- zu Kontrollgruppe (siehe Kapitel 4.2.1) wurde eine Analyse der Ergebnisse (Differenzen zwischen Aufnahme- und Entlassscores) im Vergleich der folgenden Subgruppen, definiert durch die Kombination der unabhängigen Variablen „Gruppe“ mit den unabhängigen Variablen „Geschlecht“, „Station“, „Alter“ und „Behandlungsdauer“ durchgeführt:

- Gruppe (k, m) und Geschlecht (m, w)
- Gruppe (k, m) und Station (1, 4, 7)
- Gruppe (k, m) und Alter. Hier wurden drei Cluster gebildet:
Cluster 1 (18-30 Jahre), Cluster 2 (31-50 Jahre), Cluster 3 (Alter 51+).
- Gruppe (k, m) und Behandlungsdauer

Es wurde für die drei erstgenannten jeweils eine univariate Varianzanalyse für jede der Subskalen des WHO DAS 2.0 sowie die Gesamtskala als abhängige Variablen durchgeführt. Diese statistische Analyse beantwortet die Frage, ob sich die Mittelwerte der Differenzen zwischen Aufnahme und Entlassung der Gruppen (Kontroll- und Maßnahmengruppe) signifikant unterscheiden. In Bezug auf die Behandlungsdauer wurde die Korrelation zwischen dieser und den Werten von Subskalen und Gesamtskala betrachtet.

4.2.2.1 Gruppe und Geschlecht

Bezogen auf die Subskala D5 zeigte sich bereits beim Vergleich von Maßnahme- und Kontrollgruppe (Kap. 4.2.1), dass die weiblichen Patientinnen in der Maßnahmengruppe eine deutliche Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe zeigten (im Schnitt 7 Punkte besseres Abschneiden in Subskala D5) als männliche Patienten, die sogar ein geringfügig schlechteres Abschneiden in der Maßnahmengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwiesen (siehe Abbildung 23).

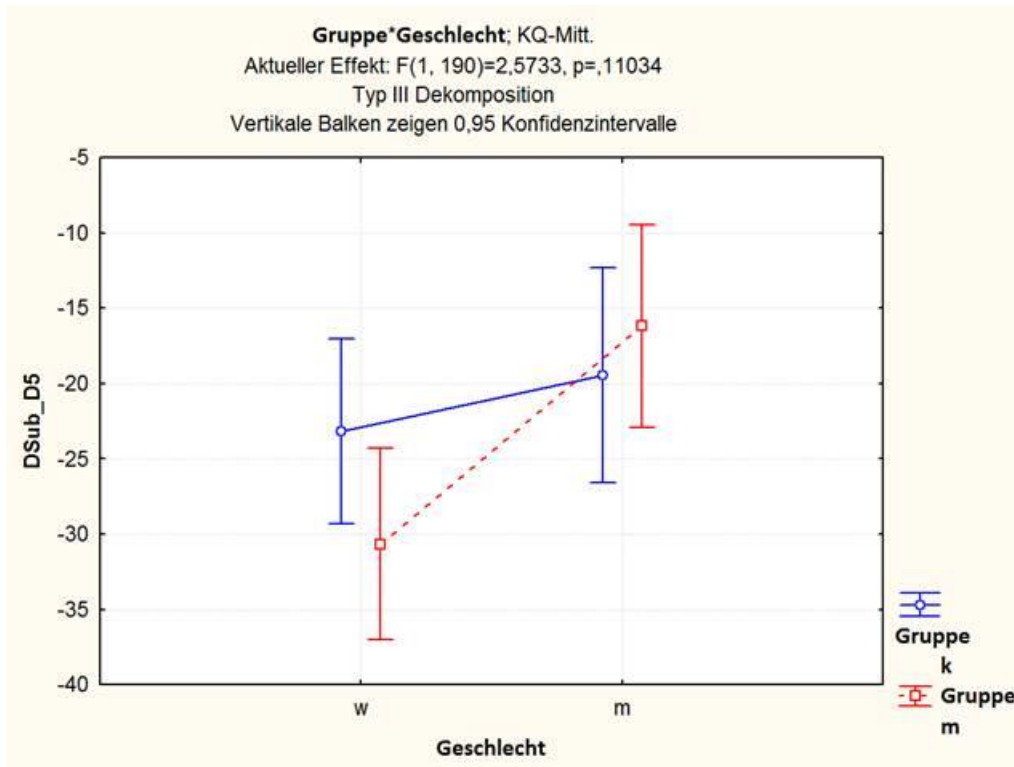


Abbildung 23: Abschneiden in Maßnahmengruppe (rot) im Vergleich zur Kontrollgruppe (blau) bei weiblichen und männlichen Patienten in Subscore D5.

In der Subgruppenanalyse ergab sich ebenso lediglich für die Subskala D5 ein signifikanter Effekt für das Geschlecht (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Univariate Varianzanalyse für die Subskala D5 als abhängige Variable und Gruppe und Geschlecht als unabhängige Variablen.

Effekt	Univariate Tests für Signifikanz, Effektgröße und Teststärke für DSub_D5 (Patientendaten.sta) Sigmabeschränkte Parametrisierung Typ III Dekomposition							
	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadr.	Nicht-Zentralität t	Teststärke (alpha=0,05)
Konstante	95744,4	1	95744,40	178,6160	0,000000	0,484559	178,6160	1,000000
Gruppe	211,1	1	211,12	0,3939	0,531030	0,002069	0,3939	0,095726
Geschlecht	3976,5	1	3976,47	7,4183	0,007058	0,037577	7,4183	0,773344
Gruppe*Geschlecht	1379,4	1	1379,36	2,5733	0,110345	0,013362	2,5733	0,358142
Fehler	101846,6	190	536,03					

Das partielle Eta-Quadrat (siehe statistische Auswertung, Kapitel 3.2.3) beträgt für das Geschlecht gerundet 0,04; das entspricht einem kleinen bis mittleren Effekt.

Ein Vergleich der deskriptiven Statistiken der Patientengruppen mit Unterteilung nach Geschlecht (siehe Tabelle 7) zeigt, dass Patientinnen in der Subdomäne

D5 in der Maßnahmengruppe deutlich besser abschneiden als männliche Patienten. Im Mittel schneiden Patientinnen der Maßnahmengruppe in D5 um rund 7 Punkte besser ab als in der Kontrollgruppe, während männliche Patienten um rund 3 Punkte schlechter abschneiden.

Tabelle 7: Deskriptive Statistik der Patienten nach Geschlecht und Gruppe und Punktwertveränderungen in Subdomäne D5.

Effekt	Deskriptive Statistiken (Patientendaten.sta)							
	Stufe v. Faktor	Stufe v. Faktor	N	DSub_D5 Mittel	DSub_D5 Std.Abw.	DSub_D5 Std.Fe.	DSub_D5 -95,00%	DSub_D5 +95,00%
Gesamt			194	-22,7287	23,60558	1,694782	-26,0714	-19,3861
Gruppe	k		96	-21,5820	24,00606	2,450108	-26,4461	-16,7180
Gruppe	m		98	-23,8520	23,27483	2,351113	-28,5183	-19,1857
Geschlecht	w		107	-26,8107	22,88776	2,212644	-31,1975	-22,4240
Geschlecht	m		87	-17,7083	23,63491	2,533928	-22,7456	-12,6711
Gruppe*Geschlecht	k	w	55	-23,1818	22,24953	3,000126	-29,1967	-17,1669
Gruppe*Geschlecht	k	m	41	-19,4360	26,30864	4,108720	-27,7400	-11,1319
Gruppe*Geschlecht	m	w	52	-30,6490	23,13873	3,208764	-37,0909	-24,2072
Gruppe*Geschlecht	m	m	46	-16,1685	21,14665	3,117903	-22,4483	-9,8887

In den anderen Subskalen und der Gesamtskala gab es keine signifikanten Effekte des Geschlechts.

4.2.2.2 Gruppe und Station

Hier zeigten sich signifikante Effekte für die Subskalen D1, D4, D5 und die Gesamtskala. Es wurden, wie im vorigen Kapitel beschrieben, partielle Eta-Quadrate berechnet (Anteil der Streuung der abhängigen Variablen, der durch die Stationszugehörigkeit erklärt wird).

Der größte Effekt der Stationszugehörigkeit zeigte sich in Subskala D5, mit einem Eta-Quadrat von gerundet 0,13 (siehe Tabelle 10).

In den anderen Subskalen und in der Gesamtskala wurden kleine bis mittlere Effekte nachgewiesen (siehe Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 11).

Tabelle 8: Univariate Varianzanalyse für die Subskala D1 als abhängige Variable und Gruppe und Stationszugehörigkeit als unabhängige Variablen.

Univariate Tests für Signifikanz, Effektgröße und Teststärke für DSub_D1 (Patientendaten.sta) Sigmabeschränkte Parametrisierung Typ III Dekomposition								
Effekt	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadr.	Nicht-Zentralität t	Teststärke (alpha=0,05)
Konstante	33731,98	1	33731,98	71,50776	0,000000	0,275552	71,50776	1,000000
Gruppe	458,85	1	458,85	0,97270	0,325275	0,005147	0,97270	0,165489
Station	3733,17	2	1866,59	3,95694	0,020735	0,040395	7,91388	0,705192
Gruppe*Station	1099,94	2	549,97	1,16587	0,313894	0,012251	2,33174	0,253790
Fehler	88684,26	188	471,72					

Tabelle 9: Univariate Varianzanalyse für die Subskala D4 als abhängige Variable und Gruppe und Stationszugehörigkeit als unabhängige Variablen.

Univariate Tests für Signifikanz, Effektgröße und Teststärke für DSub_D4 (Patientendaten.sta) Sigmabeschränkte Parametrisierung Typ III Dekomposition								
Effekt	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadr.	Nicht-Zentralität t	Teststärke (alpha=0,05)
Konstante	12307,45	1	12307,45	30,07386	0,000000	0,137907	30,07386	0,999764
Gruppe	1,34	1	1,34	0,00327	0,954472	0,000017	0,00327	0,050371
Station	3138,25	2	1569,12	3,83423	0,023328	0,039191	7,66847	0,690563
Gruppe*Station	232,06	2	116,03	0,28352	0,753446	0,003007	0,56705	0,094436
Fehler	76937,27	188	409,24					

Tabelle 10: Univariate Varianzanalyse für die Subskala D5 als abhängige Variable und Gruppe und Stationszugehörigkeit als unabhängige Variablen.

Univariate Tests für Signifikanz, Effektgröße und Teststärke für DSub_D5 (Patientendaten.sta) Sigmabeschränkte Parametrisierung Typ III Dekomposition								
Effekt	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadr.	Nicht-Zentralität t	Teststärke (alpha=0,05)
Konstante	99340,17	1	99340,17	200,2329	0,000000	0,515755	200,2329	1,000000
Gruppe	80,74	1	80,74	0,1627	0,687099	0,000865	0,1627	0,068650
Station	13920,04	2	6960,02	14,0288	0,000002	0,129862	28,0576	0,998385
Gruppe*Station	78,59	2	39,30	0,0792	0,923878	0,000842	0,1584	0,061898
Fehler	93271,17	188	496,12					

Tabelle 11: Univariate Varianzanalyse für die Gesamtskala als abhängige Variable und Gruppe und Stationszugehörigkeit als unabhängige Variablen.

Univariate Tests für Signifikanz, Effektgröße und Teststärke für DGes_D (Patientendaten.sta) Sigmabeschränkte Parametrisierung Typ III Dekomposition								
Effekt	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadr.	Nicht-Zentralität t	Teststärke (alpha=0,05)
Konstante	27825,13	1	27825,13	139,7676	0,000000	0,426423	139,7676	1,000000
Gruppe	51,55	1	51,55	0,2590	0,611437	0,001376	0,2590	0,079844
Station	1792,87	2	896,43	4,5029	0,012298	0,045713	9,0057	0,763917
Gruppe*Station	220,25	2	110,13	0,5532	0,576058	0,005850	1,1063	0,140665
Fehler	37427,30	188	199,08					

Es zeigt sich damit in Bezug auf Subscore D5 ein Ranking der Stationen (siehe Tabelle 12): Am meisten verbesserte sich – sowohl in der Maßnahmen- als auch in der Kontrollgruppe – der Subscore D5 bei Patienten auf Station 1, der Depressionsstation. Es folgt die akutpsychiatrische Station und darauf, mit der geringsten Verbesserung, die Suchtstation.

Da sich die Verbesserung der D5-Scores zwischen Aufnahme und Entlassung zwischen Kontroll- und Maßnahmengruppe nicht signifikant unterscheidet (siehe Kapitel 4.2.1 und Tabelle 5), wird in Tabelle 12 die Verbesserung über die ganze Patientenkohorte (in Maßnahmen- und Kontrollgruppe) abhängig von der Station dargestellt.

Tabelle 12: Verbesserung des Scores in Subskala D5 in Gesamt-Patientenkohorte abhängig von Station.

Rang	MW DSub_D5	Codierung	Beschreibung
1	-32,4219	1	Depressionsstation
2	-24,1477	4	Akutpsychiatrische Station
3	-11,5723	7	Suchtstation

4.2.2.3 Gruppe und Alter

Signifikante Effekte der Altersgruppen (Cluster 1: 18-30 Jahre, Cluster 2: 31-50 Jahre, Cluster 3: Alter 51+) waren weder auf die Subskalen noch auf die Gesamtskala zu verzeichnen.

4.2.2.4 Gruppe und Behandlungsdauer

Die vergleichende Analyse der Mittelwerte der Behandlungsdauer zwischen den Gruppen zeigte keinen signifikanten Unterschied: Der Mittelwert der Behandlungsdauer in der Kontrollgruppe betrug 27,78 Tage, in der Maßnahmengruppe 28,72 Tage (p-Wert 0,79).

Eine daraufhin durchgeführte Korrelationsanalyse nach Pearson ergab keine signifikante Korrelation zwischen Behandlungsdauer und Werten in den Subskalen oder der Gesamtskala; weder in der Gesamtgruppe (siehe Tabelle 13) noch in Kontroll- oder Maßnahmengruppe separat betrachtet.

Tabelle 13: Korrelationsanalyse nach Pearson zwischen den Subscores und dem Gesamtscore einerseits und der Behandlungsdauer andererseits

Var. X und Y	Korrelationen (Patientendaten.sta) Markierte Korr. signifikant für $p < ,05000$ (Fallweiser Ausschluss von MD)										
	Mittelw.	Stdabw.	r(X,Y)	r ²	t	p	N	Konst. abh: Y	Steig. abh: Y	Konst. abh: X	Steig. abh: X
BehD AEBefr	28,2604	24,37458									
DSub D1	-13,5851	22,10347	-0,062922	0,003959	-0,86904	0,385920	192	-11,9726	-0,057059	27,31779	-0,069387
BehD AEBefr	28,2604	24,37458									
DSub D2	-8,2357	22,33771	-0,034732	0,001206	-0,47904	0,632460	192	-7,3361	-0,031830	27,94829	-0,037899
BehD AEBefr	28,2604	24,37458									
DSub D3	-8,6589	21,54400	0,009800	0,000096	0,13509	0,892682	192	-8,9036	0,008662	28,35642	0,011088
BehD AEBefr	28,2604	24,37458									
DSub D4	-8,1250	20,47537	0,064687	0,004184	0,89352	0,372707	192	-9,6606	0,054339	28,88609	0,077006
BehD AEBefr	28,2604	24,37458									
DSub D5	-22,6074	23,52319	-0,122453	0,014995	-1,70070	0,090635	192	-19,2677	-0,118176	25,39187	-0,126885
BehD AEBefr	28,2604	24,37458									
DSub D6	-11,7885	18,94588	-0,053953	0,002911	-0,74477	0,457332	192	-10,6034	-0,041936	27,44215	-0,069412
BehD AEBefr	28,2604	24,37458									
DGes D	-12,1668	14,34783	-0,052664	0,002773	-0,72693	0,468163	192	-11,2907	-0,031000	27,17189	-0,089467

4.2.2.5 Stratifizierung innerhalb der Maßnahmengruppe

Schließlich wurde noch das in Bezug auf die Verbesserung der Subscores und des Gesamtscores obere Quartil (25%) der Maßnahmengruppe separat betrachtet (Abgrenzung des oberen Quartils siehe Tabelle 14) und deskriptiv sowie mittels des Pearson-Chi-Quadrat-Verfahrens analysiert. Anzumerken ist auch hier, dass die Differenzwerte – bedingt durch das Fragebogenformat – umso negativer sind, je mehr sich die Schwierigkeiten in den Subskalen bei Entlassung gegenüber der Aufnahme verringert haben und daher eine Verbesserung bedeuten (siehe auch Kapitel 4.2.1). Das obere Quartil der Patienten mit der meisten Verbesserung ist daher mathematisch betrachtet im unteren Quartil abgebildet.

Tabelle 14: Deskriptive Statistik der Maßnahmengruppe inklusive oberem Quartil.

Variable	Deskriptive Statistik (Patientendaten.sta) Include condition: v1="m"							
	Gült. N	Mittelw.	Median	Minimum	Maximum	Perzentil 25,00000	Perzentil 75,00000	Stdabw.
DSub D1	98	-15,2211	-14,5833	-70,8333	33,33333	-29,1667	0,00000	18,64448
DSub D2	98	-9,0306	-5,0000	-75,0000	45,00000	-25,0000	0,00000	21,41464
DSub D3	98	-8,9923	-6,2500	-56,2500	31,25000	-18,7500	6,25000	19,41614
DSub D4	98	-8,3163	-5,0000	-55,0000	30,00000	-20,0000	0,00000	17,54147
DSub D5	98	-23,8520	-20,3125	-87,5000	21,87500	-37,5000	0,00000	23,27483
DSub D6	98	-11,5206	-12,5000	-71,8750	37,50000	-25,0000	0,00000	20,07190
DGes D	98	-12,8222	-11,5451	-54,9306	15,17361	-19,0278	-4,20139	12,45114

Hier zeigte sich, dass im oberen Quartil das Geschlecht signifikant ($p = 0,021$) mit dem Abschneiden in Subscore D5 korreliert (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Pearson Chi-Quadrat-Test für Geschlecht und Subscore D5 in oberem Quartil.

Statistik : DSub_D5_25P(2) x Geschlecht(2) (Patientendaten.sta)			
Include condition: v1="m"			
Statistik	Chi-Quadr.	FG	p
Pearson Chi-Quadr.	5,309699	FG=1	p=,02121
M-L Chi-Quadr.	5,460485	FG=1	p=,01945
Yates Chi-Quadr.	4,327446	FG=1	p=,03751
Fisher exakt, einseitig			p=,01792
zweiseitig			p=,02590
McNemar Chi-Quadr. (A/D)	4,982759	FG=1	p=,02560
(B/C)	13,22500	FG=1	p=,00028

Außerdem korrelierte in diesem Quartil die Altersgruppe signifikant ($p = 0,018$) mit dem Abschneiden in Subscore D1 (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Pearson Chi-Quadrat-Test für Altersgruppe und Subscore D1 in oberem Quartil.

Statistik : DSub_D1_25P(2) x Alter3(3) (Patientendaten.sta)			
Include condition: v1="m"			
Statistik	Chi-Quadr.	FG	p
Pearson Chi-Quadr.	8,069591	FG=2	p=,01769
M-L Chi-Quadr.	7,961729	FG=2	p=,01867

Die mittlere Altersgruppe von 31 bis 50 Jahren war dabei im oberen Quartil deutlich überrepräsentiert mit einem Anteil von ca. 68% (Tabelle 17).

Tabelle 17: Relative Häufigkeiten der Altersgruppen 1, 2 und 3 im oberen Quartil (Gruppe 1) und im Rest der Patientenschaft in D1

Zweidimensionale Tabelle: Häufigkeit				
Markierte Häufigkeiten > 10				
Include condition: v1="m"				
DSub_D1_25P: =iif(v1="m";iif(v230<=-29,1667;1;2):-9999999	Alter3 1	Alter3 2	Alter3 3	Zeile Gesamt
1	21	13	4	19
Zeilen-%	10,53%	68,42%	21,05%	
2	19	26	34	79
Zeilen-%	24,05%	32,91%	43,04%	
Ges.	21	39	38	98

Ebenso zeigte sich in dieser mittleren Altersgruppe der beste Mittelwert für das verbesserte Abschneiden (-19 Punkte) in der Maßnahmengruppe (Daten nicht tabellarisch dargestellt).

Die Stationszugehörigkeit korrelierte im oberen Quartil mit dem Subscore D5 ($p = 0,034$) und dem Gesamtscore ($p = 0,035$; siehe Tabelle 18 und Tabelle 19). Im oberen Quartil für Domäne 5 waren Stationsangehörige von Station 1 deutlich überrepräsentiert mit einem Anteil von etwa 54%, während in der restlichen Patientenschaft die Stationen etwa gleich vertreten waren. Ähnliches gilt für den Gesamtscore: Hier stammten 58% der Patienten im oberen Quartil von Station 1 (Daten nicht tabellarisch dargestellt).

Tabelle 18: Pearson Chi-Quadrat-Test für Stationszugehörigkeit und Subscore D5 in oberem Quartil.

		Statistik : DSub_D5_25P(2) x Station(3) (Patientendaten.sta)		
		Include condition: v1="m"		
Statistik	Chi-Quadr.	FG	p	
Pearson Chi-Quadr.	6,757258	FG=2	p=,03410	
M-L Chi-Quadr.	7,165967	FG=2	p=,02780	

Tabelle 19: Pearson Chi-Quadrat-Test für Stationszugehörigkeit und Gesamtscore in oberem Quartil.

		Statistik : DGes_D_25P(2) x Station(3) (Patientendaten.sta)		
		Include condition: v1="m"		
Statistik	Chi-Quadr.	FG	p	
Pearson Chi-Quadr.	6,728817	FG=2	p=,03459	
M-L Chi-Quadr.	6,687555	FG=2	p=,03531	

Bezogen auf das Abschneiden in Subscore D5 zeigte sich auch, dass auf Station 4 und Station 7 Frauen in der Gruppe des oberen Quartils gegenüber der übrigen Gruppe überrepräsentiert waren. Für Station 1 war dies nicht der Fall. Hier waren beide Geschlechter etwa ausgeglichen sowohl im oberen Quartil als auch in der übrigen Gruppen repräsentiert (Abbildung 24).

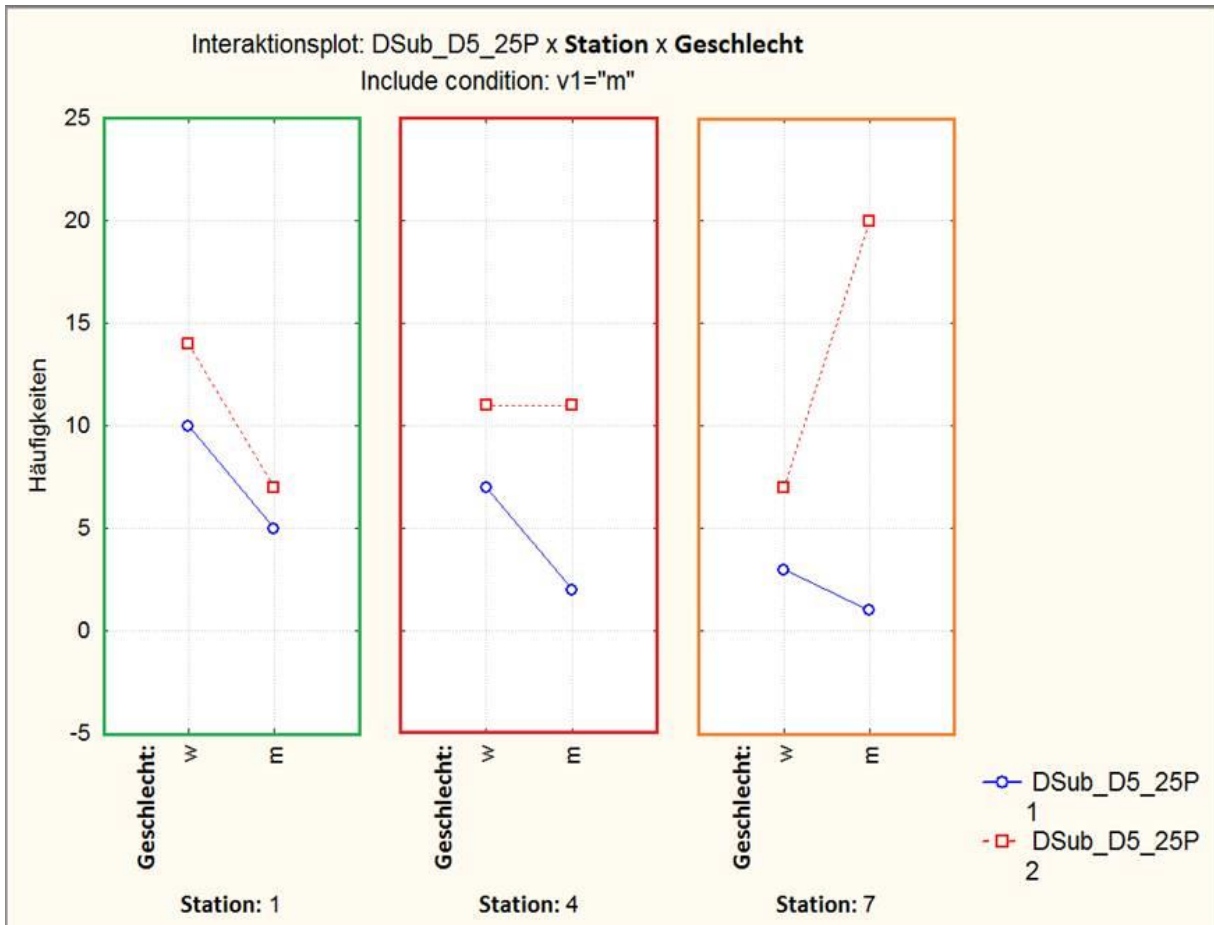


Abbildung 24: Interaktionsplot für Station und Geschlecht bezogen auf Subscore D5, der eine deutliche Überrepräsentierung von Frauen im oberen Quartil auf Station 4 und 7, dagegen nicht auf Station 1, zeigt. Der Interaktionseffekt ist anhand der unterschiedlichen Geradensteigung abzulesen. Auf Station 7 ist er am stärksten ausgeprägt, auf Station 4 weniger stark, jedoch vorhanden; auf Station 1 ist er nicht nachweisbar.

Der Zusammenhang zwischen den Scores und der Behandlungsdauer für das obere Quartil wurde anhand eines U-Tests nach Mann-Whitney ermittelt und war ebenfalls für Subscore D5 signifikant (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Mann-Whitney U-Test für Behandlungsdauer und Subscore D5 in oberem Quartil.

Mann-Whitney U-Test (Patientendaten.sta)										
Nach Var.: DSub_D5_25P										
Markierte Tests signifikant ab $p < ,05000$										
Include condition: v1="m"										
Variable	Rgsumme Gruppe1	Rgsumme Gruppe2	U	Z	p-Niveau	Z korr.	p-Niveau	Gült. N Gruppe1	Gült. N Gruppe2	2* eins. exakt p
BehD_AEBefr	1638,500	3212,500	727,5000	1,985667	0,047071	1,986966	0,046927	28	70	0,046644

Die Patienten, die bei Subscore D5 im oberen Quartil abschnitten, befanden sich also signifikant ($p < 0,04$) länger in Behandlung als Patienten außerhalb des oberen Quartils, mit einem Mittelwert von 32,9 Tagen gegenüber 27,1 Tagen.

4.2.3 Zusammenfassung Ergebnisse WHO DAS 2.0

Die Auswertung der Subscores der Domänen 1 bis 6 sowie des Gesamtscores des WHO DAS 2.0 zeigte, dass sich in keiner Domäne die Differenz zwischen Aufnahme- und Entlassscores zwischen der Kontrollgruppe und der Maßnahmengruppe signifikant unterscheidet. Auch die Differenz des Gesamtscores zwischen Aufnahme und Entlassung unterscheidet sich nicht signifikant zwischen Kontroll- und Maßnahmengruppe. Eine Analyse verschiedener Subgruppen zeigte dagegen folgende Signifikanzen:

- Weibliche Patientinnen schneiden signifikant besser in Domäne 5 ab (Tätigkeiten des alltäglichen Lebens).
- Unabhängig von Zugehörigkeit zur Kontroll- oder Maßnahmengruppe zeigen Patienten auf der Depressionsstation die deutlichste Verbesserung ihrer Scores zwischen Aufnahme und Entlassung, Patienten der Suchtstation die geringste.
- Bei Betrachtung nur des oberen Quartils an Patienten (in Bezug auf die Verbesserung der zwischen Aufnahme und Entlassung) zeigte sich, dass die mittlere Altersgruppe von 31 bis 50 Jahren im oberen Quartil für Domäne 1 deutlich überrepräsentiert war.
- Ebenfalls nur im oberen Quartil zeigte sich eine positive Auswirkung einer längeren Behandlungsdauer.
- In Bezug auf Gesamtscore und den Score von Domäne 1 waren Patienten der Station 1 (Depressionsstation) gegenüber anderen Stationen überrepräsentiert.

4.3 Ergebnisse TÜBB

Die Befragung mittels des TÜBB (siehe Anhang) ist spezifisch für die Entlassungssituation und wurde somit nur einmal während des Aufenthalts durchgeführt, vor Entlassung. Ein Vergleich von Ausgangswerten bei Aufnahme ist hier also nicht möglich oder sinnvoll.

Beim Vergleich der mit dem TÜBB erhobenen Werte in der Kontroll- und in der Maßnahmengruppe zeigte sich ein sowohl im t-Test als auch im U-Test signifikanter Unterschied der Mittelwerte bei den Resultaten der folgenden Fragen:

22 – „Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Mitarbeiter aus den übrigen Therapiebereichen) bezogen auf meine Behandlung war gut.“ (Skala von 1 – trifft überhaupt nicht zu bis 7 – trifft vollkommen zu)

31 – „Mit meinem Aufenthalt als Patient/Patientin in der hiesigen Klinik bin ich insgesamt:“ (Skala von 1 – sehr unzufrieden bis 7 – sehr zufrieden)

Frage 22 führte in der Kontrollgruppe zu einem Mittelwert von 5,30 gegenüber einem Mittelwert von 5,80 in der Maßnahmengruppe (p-Wert von 0,014 im t-Test und 0,002 im U-Test). Bei Frage 31 stand ein Mittelwert von 5,30 in der Kontrollgruppe einem Mittelwert von 5,64 in der Maßnahmengruppe gegenüber (p-Wert von 0,037 im t-Test und 0,010 im U-Test). Siehe hierzu auch Tabelle 21 und Tabelle 22 sowie Abbildungen 25 bis 34.

Tabelle 21: Mittelwerte der Ergebnisse der Fragen aus dem TÜBB bei Entlassung mit t-Test.

t-Tests; Gruppen: (Patientendaten.sta)														
Gruppe1: k														
Gruppe2: m														
Variable	Mittelw. k	Mittelw. m	t-Wert	FG	p	t getr. Varianz	FG	p 2-seit.	Gült. N k	Gült. N m	Stdabw. k	Stdabw. m	F-Quot. Varianzen	p Varianzen
TUEBB_22	5,302083	5,795918	-2,49027	192	0,013614	-2,49012	191,8647	0,013620	96	98	1,385031	1,376977	1,011733	0,953986
TUEBB_29a	5,062500	5,612245	-1,87679	192	0,062064	-1,87270	182,2766	0,062711	96	98	2,246928	1,814220	1,533904	0,037099
TUEBB_29b	3,739583	4,367347	-1,48709	192	0,138632	-1,48725	191,9789	0,138590	96	98	2,924470	2,954597	1,020710	0,920788
TUEBB_30	5,385417	5,622449	-0,99560	192	0,320699	-0,99366	184,0392	0,321692	96	98	1,808575	1,495804	1,461920	0,064046
TUEBB_31	5,229167	5,642857	-2,10547	192	0,036550	-2,10655	191,8405	0,036456	96	98	1,333607	1,401398	1,104250	0,628648

Tabelle 22: Mittelwerte der Ergebnisse der Fragen aus dem TÜBB bei Entlassung mit U-Test.

Mann-Whitney U-Test (Patientendaten.sta)									
Nach Var.: Gruppe									
Markierte Tests signifikant ab p < ,05000									
Variable	Rgsumme k	Rgsumme m	U	Z	p-Niveau	Z korr.	p-Niveau	Gült. N k	Gült. N m
TUEBB_22	8141,000	10774,00	3485,000	-3,11766	0,001823	-3,24259	0,001185	96	98
TUEBB_29a	8822,000	10093,00	4166,000	-1,37596	0,168834	-1,45114	0,146741	96	98
TUEBB_29b	8872,500	10042,50	4216,500	-1,24681	0,212469	-1,40898	0,158841	96	98
TUEBB_30	9170,500	9744,50	4514,500	-0,48466	0,627921	-0,50188	0,615755	96	98
TUEBB_31	8347,000	10568,00	3691,000	-2,59080	0,009576	-2,67710	0,007427	96	98

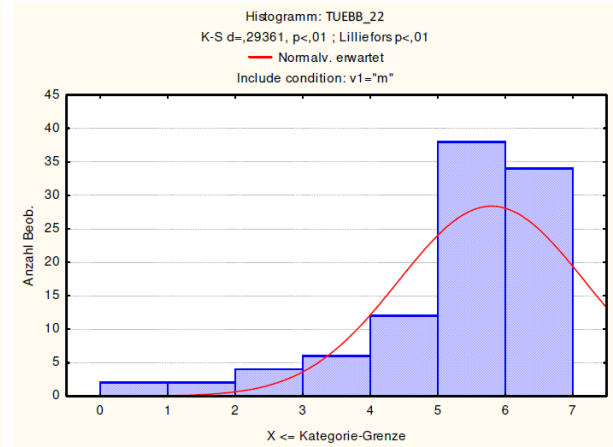
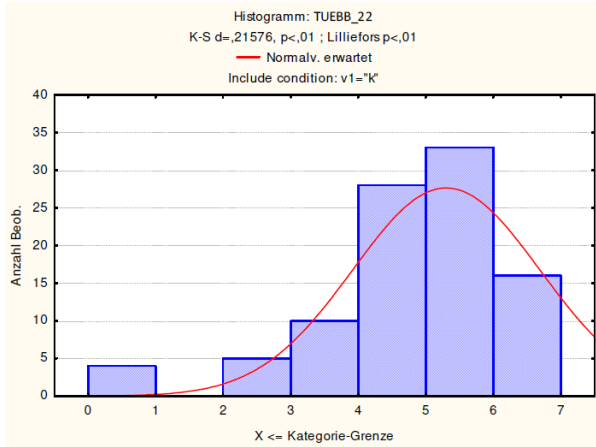


Abbildung 25: Histogramm der Ergebnisse von Item 22 („Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter [Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Mitarbeiter aus den übrigen Therapiebereichen] bezogen auf meine Behandlung war gut.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

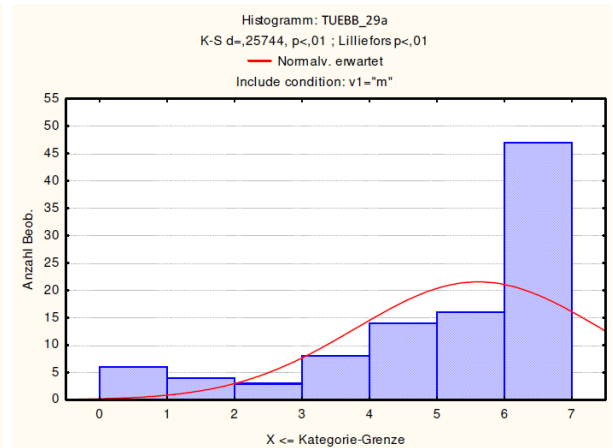
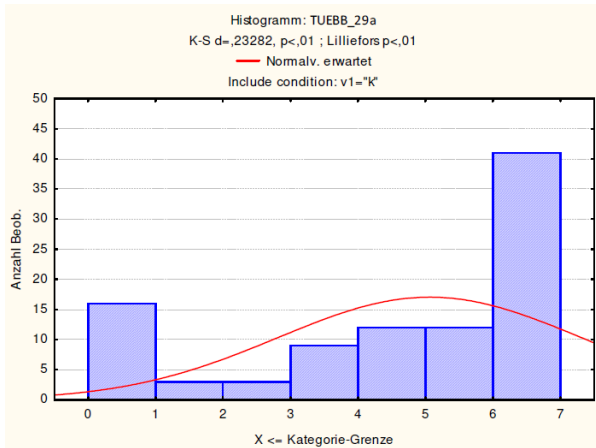


Abbildung 26: Histogramm der Ergebnisse von Item 29a („Die Weiterbehandlung [PIA, Tagesklinik, niedergelassener Facharzt, Sozialpsychiatrischer Dienst usw.] nach meinem Klinikaufenthalt ist sichergestellt und gut organisiert.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

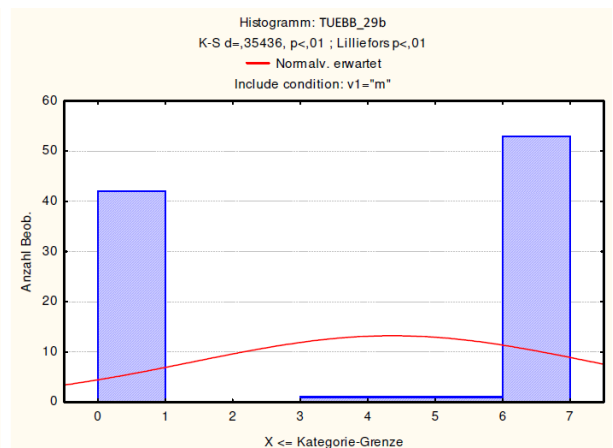
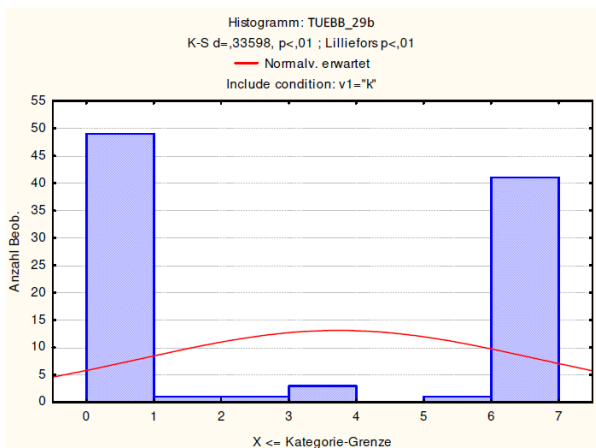


Abbildung 27: Histogramm der Ergebnisse von Item 29b („Die Psychotherapie nach meinem Klinikaufenthalt ist sichergestellt und gut organisiert.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

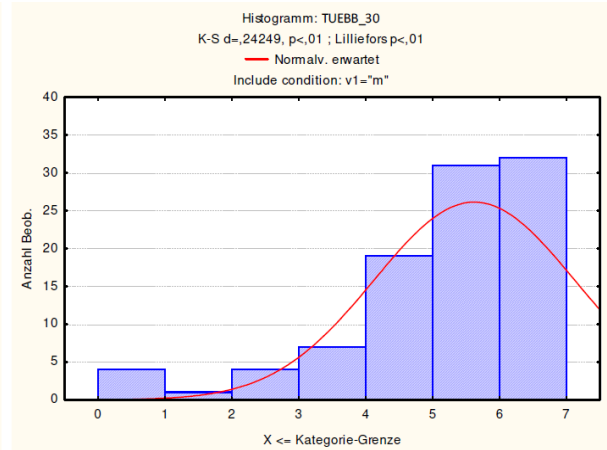
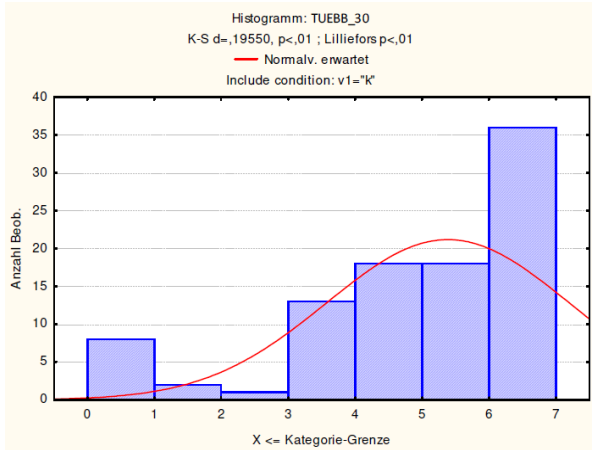


Abbildung 28: Histogramm der Ergebnisse von Item 30 („Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung nach meinem Klinikaufenthalt [z.B. Adressen von Selbsthilfegruppen, sonstigen Einrichtungen, ...] wurde ich ausreichend informiert.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

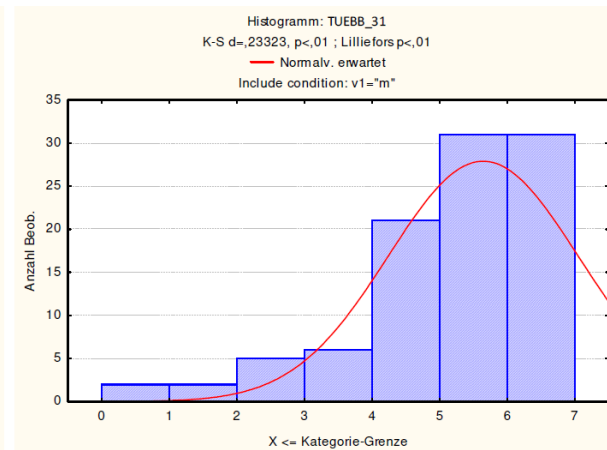
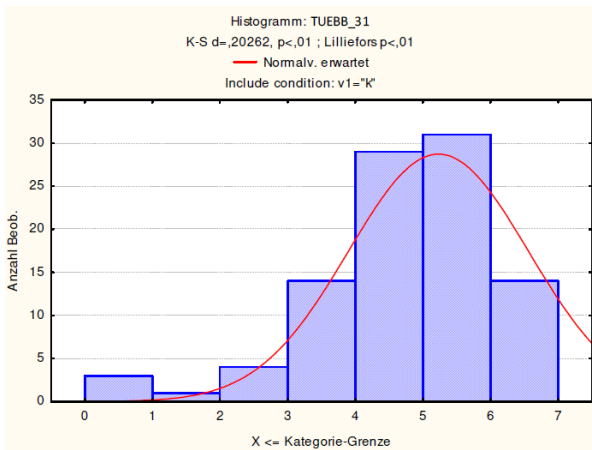


Abbildung 29: Histogramm der Ergebnisse von Item 31 („Mit meinem Aufenthalt als Patient/Patientin in der hiesigen Klinik bin ich insgesamt {sehr unzufrieden bis sehr zufrieden}.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

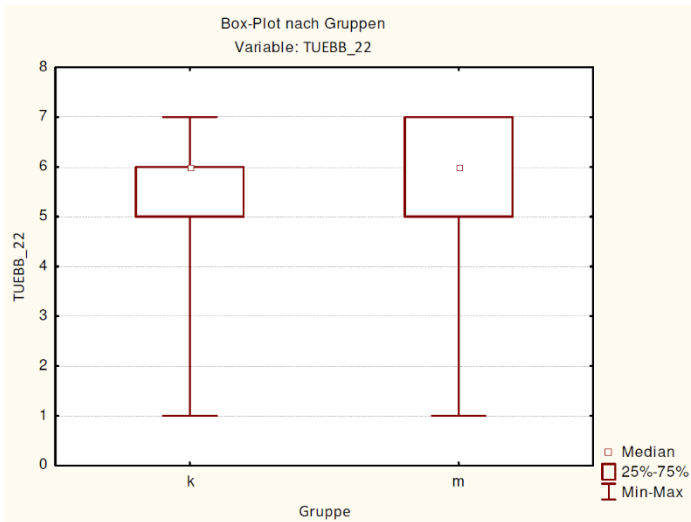


Abbildung 30: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 22 („Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter [Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Mitarbeiter aus den übrigen Therapiebereichen] bezogen auf meine Behandlung war gut.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

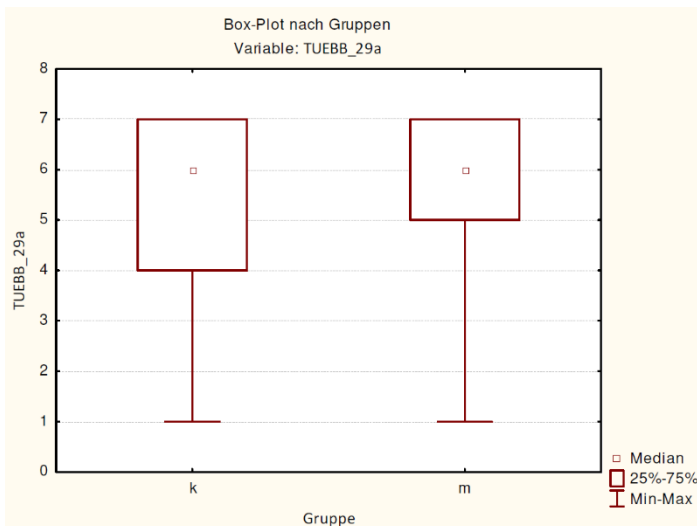


Abbildung 31: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 29a („Die Weiterbehandlung [PIA, Tagesklinik, niedergelassener Facharzt, Sozialpsychiatrischer Dienst usw.] nach meinem Klinikaufenthalt ist sichergestellt und gut organisiert.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

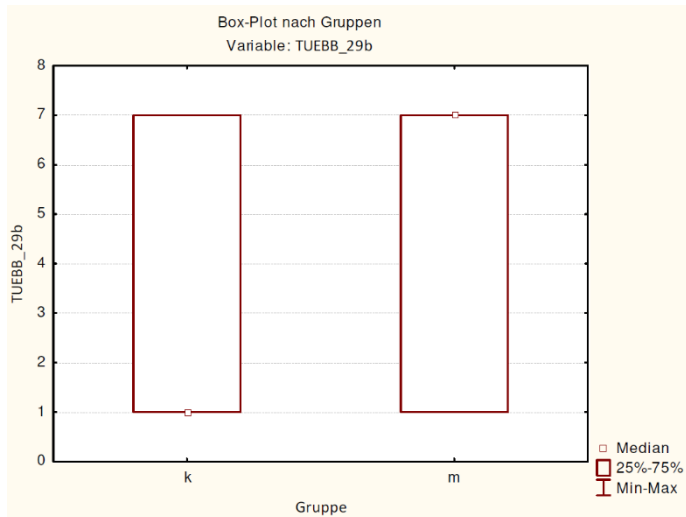


Abbildung 32: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 29b („Die Psychotherapie nach meinem Klinikaufenthalt ist sichergestellt und gut organisiert.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

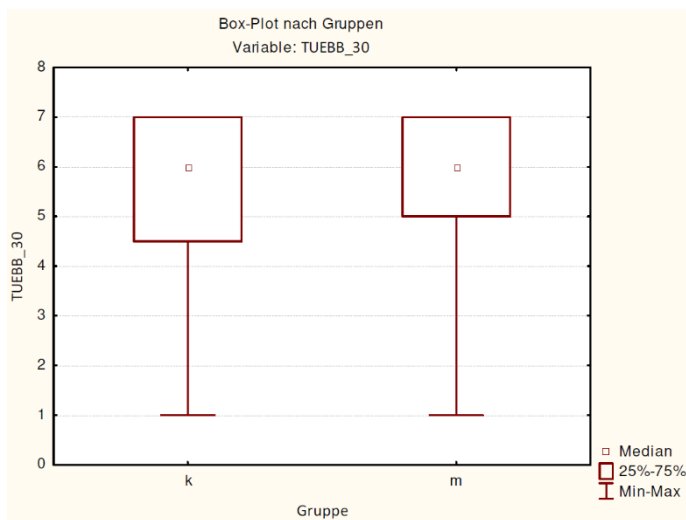


Abbildung 33: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 30 („Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung nach meinem Klinikaufenthalt [z.B. Adressen von Selbsthilfegruppen, sonstigen Einrichtungen, ...] wurde ich ausreichend informiert.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

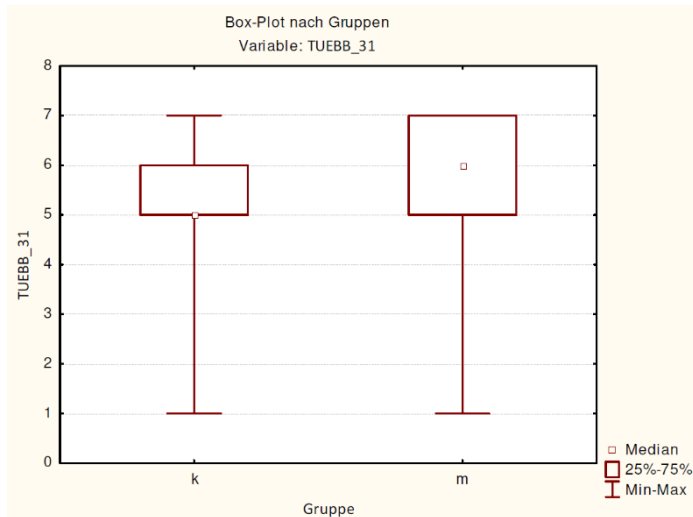


Abbildung 34: Median, Quartile und Spannweite der Ergebnisse von Item 31 („Mit meinem Aufenthalt als Patient/Patientin in der hiesigen Klinik bin ich insgesamt {sehr unzufrieden bis sehr zufrieden}.“) des TÜBB in Kontrollgruppe (k) und Maßnahmengruppe (m).

5 Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit sollten folgende Fragen beantwortet werden (vgl. Kapitel 2):

- Wirkt sich die Integration des WHO DAS 2.0 als Routineinstrument in die Therapiezielplanung positiv auf Patientenoutcomes aus?
- Welche Untergruppen von Patienten profitieren besonders?
- Korreliert die Nutzung des WHO DAS 2.0 bei der Therapiezielplanung in der Facharztvisite mit einer besseren Beachtung der Therapieziele im Verlauf?
- Schlägt sich die Einführung des WHO DAS 2.0 in einer besseren Qualität der stationären Therapie aus Sicht der Patienten, gemessen anhand fünf ausgewählter Items des TÜBB, nieder?

Es wurde somit die übergreifende Fragestellung bearbeitet, ob die Versorgung der Patienten durch die Strukturierung des Teamprozesses (Kapitel 1.6 und 1.7) in Anlehnung an den PDCA-Zyklus verbessert werden konnte. Die Strukturierung dieses Teamprozesses erfolgte durch die Einführung eines neuen Routinekonzeptes zur Visitendokumentation unter Nutzung der teilhaberelevanten ICF-Items gemäß WHO DAS 2.0.

Anhand der gemäß Kapitel 3.2 erhobenen Daten – jeweils von Patienten, die vor der Neustrukturierung behandelt wurden, und Patienten, die nach dieser behandelt wurden – wird im Folgenden diskutiert, ob die Strukturierung des Teamprozesses einen positiven Effekt auf einerseits die Fähigkeiten der Patienten gemäß WHO DAS 2.0, andererseits auf die Bewertung des stationären Aufenthalts gemäß TÜBB, hatte.

Um die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass ein auf einem statistischen Bias beruhender Effekt festgestellt wird, dem keine realen Effekte der Intervention entsprechen, wurde dabei zunächst betrachtet, ob die Charakteristika der Patienten in der Maßnahmengruppe mit denen in der Kontrollgruppe vergleichbar sind. Daraufhin wurden die Ergebnisse beider Gruppen in den Domänen des WHO DAS 2.0 verglichen – mit Berücksichtigung von Subgruppen, die innerhalb der Patientengruppen abgrenzbar waren. Ebenso wurde die Bewertung des stationären Aufenthalts durch die Patienten gemäß TÜBB verglichen.

Aus diesen Ergebnissen sollten Schlussfolgerungen für die zukünftige Strukturierung des Teamprozesses gezogen werden.

5.1 Vergleichbarkeit von Kontroll- und Maßnahmengruppe

Die demographischen Charakteristika der jeweils in der Kontrollgruppe und der Maßnahmengruppe eingeschlossenen Patienten unterschieden sich nicht signifikant, außer in der beruflichen Aktivität. Diesbezüglich ist das Ergebnis zurückhaltend zu bewerten. Die große Anzahl der im Erhebungsinstrument abzufragenden Möglichkeiten der beruflichen Aktivität ist zwar gut geeignet, um ein differenziertes Bild der Realität abzubilden, sie ist jedoch bei kleinen Fallzahlen statistisch nicht auswertbar.

Die Ausgangswerte – d.h. die Domänenscores bei Aufnahme – des WHO DAS 2.0 in der Maßnahmengruppe waren nicht signifikant unterschiedlich von denen der Kontrollgruppe (Kapitel 4.2.1). Die bei den Patienten bei Aufnahme vorliegenden Fähigkeiten zur sozialen Teilhabe waren also in beiden Gruppen vergleichbar.

Die Behandlungsdauer (Kapitel 4.2.2.4) unterschied sich in beiden Gruppen ebenfalls nicht signifikant.

Zusammenfassend kann also ein möglicher Bias der Ergebnisse aufgrund der demographischen Merkmale der Patienten zwischen Maßnahmen- und Kontrollgruppe bei Aufnahme weitgehend verneint werden.

5.2 Änderung der Fähigkeiten zur sozialen Teilhabe während des Aufenthalts

Bei Betrachtung der Gesamtpopulation in den Gruppen unterschied sich in keiner Domäne des WHO DAS 2.0 die Differenz zwischen Aufnahme- und Entlassscores zwischen der Kontrollgruppe und der Maßnahmengruppe signifikant.

Es wurde jedoch zusätzlich eine Stratifizierung der Patienten entsprechend ihrer Verbesserung in der Maßnahmengruppe im Gesamtscore bzw. den Subscores vorgenommen. Dies geschah mit dem Ziel, die Subgruppe von Patienten zu identifizieren, bei denen die Therapie am effektivsten war, und hier wiederum Einflussfaktoren auf die Effektivität der Therapie zu untersuchen. Diese Analysen von Subgruppen zeigten Tendenzen, die im Folgenden diskutiert werden sollen.

5.2.1 Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Domäne 5)

Domäne 5 des WHO DAS 2.0 bezieht sich auf Aktivitäten des täglichen Lebens: Bewältigung von Haushaltstätigkeiten und die Tätigkeit bezogen auf Arbeit bzw. Schule.

5.2.1.1 Einflussfaktor Geschlecht

In der Subgruppenanalyse (Kapitel 4.2.2) deutete sich an, dass das Geschlecht einen kleinen bis mittleren Effekt auf das Abschneiden der Patienten in Domäne 5 des WHO DAS 2.0 in der Maßnahmen- im Vergleich zur Kontrollgruppe hat (Kapitel 4.2.1.1). Nähere Betrachtung des Faktors Geschlecht zeigte, dass Patientinnen deutlich mehr von der Teilnahme in der Maßnahmengruppe profitieren als männliche Patienten; sie schneiden im Schnitt in der

Maßnahmengruppe rund 7 Punkte besser ab als in der Kontrollgruppe, während männliche Patienten sogar rund 3 Punkte schlechter abschneiden.

Da sich zum Aufnahmezeitpunkt Frauen und Männer nicht signifikant in ihrem Abschneiden im WHO DAS 2.0 unterscheiden, zeigen diese Ergebnisse, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen – welche unbehandelt keine bessere Kompetenz in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens haben als Männer - unter der Intervention jedoch deutlich ihre Kompetenzen verbessern. Dieses im Vergleich verbesserte Ansprechen auf die Therapie scheint insbesondere bei Frauen mit einer depressiven Erkrankung gezeigt zu werden.

Während man Frauen traditionell bessere Kompetenzen in eigenständiger Lebensführung zuschreibt als Männern und erstere bis heute im Durchschnitt einen größeren Anteil der Haushaltstätigkeit übernehmen (Wagman et al. 2017), scheint dies nicht zwingend dazu zu führen, dass Frauen auch im Krankheitsfall oder im Alter bessere funktionelle Kompetenzen berichten. So zeigte eine Studie an einem polnischen Seniorenkollektiv (Personen über 60 Jahre), dass Frauen nach eigener Aussage signifikant mehr Hilfe beim Baden, beim Treppensteigen, bei der Bewegung außerhalb des Haushalts und beim Einkaufen benötigten. Lediglich bei der selbstständigen Essenszubereitung berichteten sie weniger Schwierigkeiten als die männlichen Angehörigen des Kollektivs (Talarska et al. 2017). Ähnliches zeigte eine ältere japanische Studie: Hier gaben ebenfalls die Frauen der Kohorte größere Schwierigkeiten beim Verlassen der Wohnung an und sprachen sich selbst ein höheres Fallrisiko zu, bewerteten ihre Unabhängigkeit von anderen bei Aktivitäten des täglichen Lebens aber im Kontrast dazu im Durchschnitt besser als die Männer (Sun et al. 2007).

Im Bereich der psychischen Erkrankungen zeigte eine Studie an australischen Patienten mit Schizophrenie, schizoaffektiven Störungen, affektiven Psychosen und anderen Psychosen allerdings, dass durch alle Diagnosegruppen hindurch Frauen ein besseres funktionelles Niveau vor Beginn der Erkrankung hatten, während der Erkrankung einen geringeren Grad an Behinderung zeigten und besser in die Gemeinschaft integriert waren. Die Unterschiede in Bezug auf

soziale Einbindung und funktionelles Niveau waren jedoch zwischen den Diagnosegruppen deutlicher ausgeprägt als zwischen den Geschlechtern (Morgan et al. 2008).

Bei Frauen ging der Erkrankung häufiger als bei Männern ein psychosozial belastendes Erlebnis voraus; bei Männern war der Verlauf aller untersuchten Psychosen häufiger chronisch als bei Frauen. Die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens unterschied sich zwischen Frauen und Männern nicht signifikant, mit der einzigen Ausnahme, dass von Schizophrenie betroffene Frauen häufiger als Männer den Hausarzt aufsuchten.

Diese Ergebnisse bestätigen die Resultate der vorliegenden Untersuchung: Frauen zeigen eine deutliche Besserung in den Alltagsfähigkeiten und sozialer Teilhabe gemäß WHO DAS 2.0, und Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen haben bessere funktionelle Outcomes als Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie. Ergebnisse einer Studie an einem US-amerikanischen Patientenkollektiv hatten gezeigt, dass das im Krankheitsverlauf einer Psychose bessere funktionelle Niveau von Frauen nicht durch bessere prämorbid funktionelle Funktionalität bedingt ist (Grossman et al. 2008).

Das durchschnittlich um 3 Punkte schlechtere Abschneiden der Männer in der Maßnahmen- im Vergleich zur Kontrollgruppe, das im Kontrast zum im Durchschnitt um 7 Punkte besseren Abschneiden der Frauen steht, ist möglicherweise durch individuelle Charakteristika der in der Kohorte enthaltenen Patienten bedingt – etwa durch chronische Krankheitsverläufe, die wie oben diskutiert bei Männern häufiger sind. Um hier eine statistische Aussagekraft zu erreichen, sind allerdings die Probandenzahlen in dieser Subgruppe der Kohorte zu gering.

Die Stratifizierung der Maßnahmengruppe (Kapitel 4.2.2.5) zeigt: Wenn das obere Quartil betrachtet wurde, also die 25% der Patienten mit der ausgeprägtesten Verbesserung des Abschneidens im Gesamtscore bzw. den Subscores, und hier wiederum die Stationen 4 und 7, dann sind Frauen im oberen Quartil deutlich überrepräsentiert. Für Station 1 ist ein solcher Unterschied nicht festzustellen. Dies kann aber auch durch den ohnehin hohen

Frauenanteil von fast 72% auf Station 1 bedingt sein, der aufgrund der daher in absoluten Zahlen geringen Anzahl von männlichen Patienten im oberen Quartil keine zuverlässige statistische Differenzierung zwischen den Geschlechtern in dieser kleinen Subgruppe ermöglicht.

5.2.1.2 Einflussfaktor Diagnose

Es zeigte sich also, dass die Stationszugehörigkeit eines Patienten (Kapitel 4.2.2.2) und damit dessen Diagnose einen großen Effekt auf das Abschneiden in Domäne 5 hatte. Patienten auf der Depressionsstation (Station 1) zeigten die größte Verbesserung in ihrem Abschneiden in Domäne 5, Patienten auf der Suchtstation (Station 7) zeigten die geringste Verbesserung, während Patienten auf der akutpsychiatrischen Station (Station 4) im Mittelfeld lagen.

Die Stationsabhängigkeit bestätigte sich erneut deutlich bei der Betrachtung der Subgruppe von Patienten, die das obere Quartil bei den Ergebnissen des WHO DAS 2.0 darstellten – also jene, bei denen die stationäre Therapie den besten Effekt auf die Fähigkeiten zur sozialen Teilhabe hatte. Hier beeinflussten sowohl Geschlecht als auch die Stationszugehörigkeit das Abschneiden in Domäne 5.

Hier muss jedoch auch in Betracht gezogen werden, dass beide Effekte möglicherweise nicht primär durch die Stationszugehörigkeit und die damit verbundene Diagnose verursacht oder durch das Geschlecht bestimmt, sondern ggf. durch die im Durchschnitt deutlich höhere Liegedauer der depressiv Erkrankten gegenüber den Abhängigkeitskranken erklärbar. Wenn eine längere Liegedauer, von der Abhängigkeitskranke unter Umständen gerade in den genannten Domänen noch gut profitieren könnten, durch die Krankenkassen zugelassen würde, könnte dieser Unterschied zwischen den Gruppen eventuell wegfallen. Klinische Realität ist jedoch, dass oftmals nach wenigen Tagen mit den Kostenträgern über den weiteren stationären Verbleib gestritten werden muss.

Im hier untersuchten Patientenkollektiv waren weibliche Patientinnen mit fast 72% auf der Depressionsstation (Station 1) gegenüber männlichen Patienten überrepräsentiert. Dies entspricht der Überrepräsentierung des weiblichen

Geschlechts in der Gesamtpopulation der an Depression Erkrankten, die etwa dem doppelten der männlichen Betroffenen entspricht (van Loo et al. 2017).

Ein anderes Bild zeigte sich auf der Suchstation (Station 7): Hier waren Männer mit 67% der Patienten ähnlich deutlich überrepräsentiert wie Frauen auf Station 1. Dies entspricht Angaben in der Literatur, denen zufolge die Prävalenz des Alkoholabusus bei Männern etwa der zweifachen Prävalenz bei Frauen entspricht (Stein et al. 2016). Für den Gebrauch intravenöser Drogen sind die Zahlen ähnlich, mit geringen nationalen Schwankungen (Degenhardt et al. 2017).

Gleichzeitig zeigten Patienten der Suchtstation die geringste Verbesserung im Abschneiden in Domäne 5 des WHO DAS 2.0 während der Therapie (Tabelle 12), mit nur im Durchschnitt 11,6 Punkten Verbesserung, gegenüber 32,4 auf Station 1 (Depressionsstation) und 24,1 auf Station 4 (akutpsychiatrische Station).

In der Literatur zeigt sich bezüglich suchtkranker Patienten für Frauen ein besseres Ansprechen auf Therapie als für Männer: So hatten in einer US-amerikanischen Studie weibliche Patientinnen, die ein Therapieprogramm komplettiert hatten, eine 9-fache Wahrscheinlichkeit, nach 7 Monaten noch abstinent zu sein, im Vergleich zu nicht behandelten Patientinnen. Männer dagegen, die das Therapieprogramm vollendeten, hatten im Vergleich zu nicht behandelten Männern lediglich eine 3-fach erhöhte Chance, nach 7 Monaten noch abstinent zu sein (Green et al. 2004).

5.2.1.3 Exkurs: Neuropsychologische Fähigkeiten bei Suchterkrankungen

Es wurde gezeigt, dass bei Suchtkranken, sowohl bei vorliegender Abhängigkeit von Alkohol, als auch bei der von Kokain und Heroin, die neuropsychologischen Fähigkeiten in verschiedenen Kategorien leiden. Betroffen sind beispielsweise die Erinnerung, das Planungsvermögen, das Multitasking und die Resistenz gegenüber Ablenkungen (Fernández-Serrano et al. 2010). Diese neurologisch-psychiatrischen Folgen von Suchterkrankungen haben oft deutliche organische Korrelate, sind also auf organische Läsionen durch den Substanzabusus zurückzuführen (Planas-Ballvé et al. 2017). Dies

erklärt, weshalb diese Defizite im Fall von Suchtkranken weniger gut auf Lernprozesse und somit eine dedizierte Therapie ansprechen als weiter oben für depressive Patienten beschrieben. Die Ansprache von Patienten durch mobile Technologien und neue Medien (aktuell im Sinne von Smartphone-Apps) sind aktuell Gegenstand neuer Bemühungen speziell im suchttherapeutischen Bereich (Bartholomäus 2016). Vor dem Hintergrund der gezeigten Ergebnisse ist ein solcher Ansatz durchaus sinnvoll im Sinne der Schaffung eines für Patienten mit substanzinduziert reduzierten Fähigkeiten vereinfachten (und insbesondere in der heutigen Generation intuitiven) Zugangs zu deren suchtkorrelierten selbstschädigenden Verhaltensmustern mittels einfacher und vertrauter Medien. Die spezielle Einbeziehung teilhaberelevanter Aspekte hat hier noch keinen Platz gefunden und sollte im weiteren Entwicklungsprozess Berücksichtigung finden.

5.2.1.4 Einflussfaktor Behandlungsdauer

Patienten, die sich im oberen Quartil bezüglich der Verbesserung im Subscore D5 befanden, waren im Mittel fast fünf Tage länger in Behandlung als solche, die sich nicht im oberen Quartil befanden (Mittelwert 32,9 Tage gegenüber 27,1 Tagen). Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass bei den auf die Therapie besonders gut ansprechenden Patienten eine längere Behandlungsdauer einen positiven Einfluss auf die Verbesserung im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens haben könnte (vgl. hierzu auch Kapitel 5.2.1.2.).

Ähnliche Ergebnisse finden sich in der Literatur: Bei einer an Schizophrenie erkrankten Patientenkohorte, die eine Therapie zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten erhielt, schnitten die Teilnehmer der 6-monatigen Intervention besser ab als die der 3-monatigen Intervention (Buonocore et al. 2017), gemessen sowohl mit einem Werkzeug zur kognitiven Evaluation wie auch mit einem Fragebogen zur Lebensqualität. Ein wichtiger Bestandteil des kognitiven Funktionierens ist die soziale Kognition, also die Kompetenz zur gedanklichen Verarbeitung von zwischenmenschlicher Interaktion, die auch in den hier besprochenen Aktivitäten des täglichen Lebens zum Tragen kommt,

welche sich im Abschneiden in Domäne 5 des WHO DAS 2.0 widerspiegeln. Hier besonders relevant ist die Erkenntnis aus der Literatur (Buonocore et al. 2017), dass männliche Schizophreniepatienten signifikant schlechter als weibliche Patientinnen abschneiden im Bereich der sozialen Kognition sowie in der Problemlösung, Verarbeitungsgeschwindigkeit, im Arbeitsgedächtnis sowie im verbalen und visuellen Lernen – all dies Bereiche, die relevant für die in Domäne 5 abgebildeten Aktivitäten des täglichen Lebens sind. Dies begründet zusätzlich die oben bereits diskutierte Geschlechtsdiskrepanz im Therapieerfolg.

5.2.1.5 Einflussfaktor Erkrankungsdauer

Ein weiterer wichtiger Faktor, der den Erfolg psychiatrischer Therapie determiniert, ist die Erkrankungsdauer. So ist die Dauer einer depressiven Episode wesentlich aussagekräftiger in Bezug auf den zu erwartenden Therapieerfolg als beispielsweise Persönlichkeitsmerkmale des Patienten (Blom et al. 2007). Auch bei Schizophreniepatienten wurde gezeigt, dass die Erkrankungsdauer negativ mit klinischen, sozialen und berufsbezogenen Outcomes korreliert (Tirupati et al. 2004). Das Alter der Behandelten wirkte sich in der vorliegenden Untersuchung nicht signifikant auf den Gesamtscore oder Scores der Domänen aus. Dies ist in Übereinstimmung mit Angaben aus der Literatur (Kalache et al. 2015), die ebenfalls keinen Einfluss des Alters – sehr wohl jedoch von kognitiven Eigenschaften des Patienten – auf das funktionelle Niveau von Patienten mit Psychose festgestellt haben.

5.2.1.6 Fazit zu Fähigkeiten des täglichen Lebens

Es deutet sich also an, dass die Integration des WHO DAS 2.0 als Routineinstrument in die Therapiezielplanung eine positive Auswirkung auf die Fähigkeiten zur sozialen Teilhabe speziell im Bereich von Haushaltstätigkeiten und Tätigkeiten in Arbeit bzw. Schule hat, allerdings nur in einer Subgruppe der Patienten. Die Identifikation dieser Patienten, bei denen die Integration des WHO DAS 2.0 in die Therapiezielplanung besonders effektiv ist, sollte in weiteren Untersuchungen mit höheren Patientenzahlen näher untersucht werden. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass sowohl

Geschlecht als auch Diagnose wichtige prädiktive Faktoren sind. Aus der oben besprochenen Literatur ist ersichtlich, dass auch die Erkrankungsdauer einen prädiktiven Wert bezüglich des Therapieerfolgs hat.

5.2.2 Fähigkeiten bzgl. anderer Domänen

In der vorliegenden Arbeit konnte nicht gezeigt werden, dass die Integration des WHO DAS 2.0 einen Effekt auf die Fähigkeiten der Gesamtheit der Patienten zur sozialen Teilhabe in den Domänen 1 bis 4 oder 6 hat. Sie beeinflusst also nicht in messbarer Weise die Fähigkeiten der Patienten in den Bereichen Verstehen und Kommunizieren (D1), Fortbewegung (D2), Körperpflege und Ernährung (D3), Zusammenleben mit Menschen (D4) oder Teilhabe in der Gesellschaft (D6).

Da in einzelnen Subgruppen von Patienten jedoch durchaus Verbesserungen während der Therapie sowohl in einzelnen Domänenscores wie auch im Gesamtscore zu verzeichnen sind, ist die fehlende Messbarkeit einer Verbesserung in der gesamten Maßnahmen- gegenüber der Kontrollgruppe möglicherweise auf eine Inhomogenität innerhalb der beiden Gruppen zurückzuführen, im Sinne von zwei oder mehr abgrenzbaren Subgruppen, die unterschiedlich auf die Therapie angesprochen haben. Dies wird in den folgenden Kapiteln diskutiert.

5.2.2.1 Fähigkeiten bzgl. Verstehen und Kommunizieren (Domäne 1)

Tendenzen zeigten sich in der Analyse der Stratifizierung (oberes Quartil): Hier korrelierte die Zugehörigkeit zur Altersgruppe signifikant mit dem Abschneiden in Subscore D1 (Verstehen und Kommunizieren). Am meisten verbesserten sich hier Patienten zwischen 31 und 50 Jahren.

Da die Altersgruppe in der Kohorte keinen Einfluss auf das Abschneiden in den Domänen oder im Gesamtscore hatte, sondern sich dieser Unterschied lediglich in der Subgruppenanalyse des obersten Quartils zeigt, ist davon auszugehen, dass sich in der Altersgruppe 31 bis 50 Jahre nur einige Patienten mit besonders gutem Ansprechen auf Therapie befinden. Diese Subgruppe könnte dadurch ausgezeichnet sein, dass sie im Vergleich zu anderen vermehrt eine

Schul- und/oder Berufsausbildung abgeschlossen hat. Bei jungen Patienten (bis 30 Jahre) in der hier untersuchten Kohorte ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Patienten mit derart jungem Erkrankungsalter eingeschlossen sind, dass die schulische und sonstige Ausbildung durch die Erstmanifestation der Erkrankung gestört wurde. Dagegen zeigen Patienten mit Schizophrenie, bipolaren Störungen und Depression eine umso bessere kognitive Funktion und bessere Kompetenzen im täglichen Leben, je höher die erreichte Ausbildung ist (McIntosh et al. 2011). Sowohl Schizophrenie als auch Suchterkrankungen zeigen häufig ein frühes Erkrankungsalter bereits im späten Jugend- oder frühen Erwachsenenalter. Bei der Schizophrenie sind für ein frühes Erkrankungsalter bereits genetische Risikofaktoren identifiziert worden (Woolston et al. 2017). Im Falle der Alkoholabhängigkeit ist ein frühes Erkrankungsalter mit Vernachlässigung und sexuellem oder sonstigem Missbrauch im Kindesalter assoziiert (insgesamt 44,1% der Erkrankten in einer US-Kohorte), sowie mit mütterlichem Alkoholabusus (24,2% der Kohorte). Beide genannten Faktoren bedingen unter anderen eine schlechte Prognose bzgl. schulischer Ausbildung des Kindes (Woolston et al. 2017).

Somit ist davon auszugehen, dass in der Subgruppe der 31- bis 50-jährigen in der vorliegenden Untersuchung solche Patienten ein gutes Outcome bezüglich der kommunikativen Fähigkeiten – also eine deutliche Verbesserung in Domäne 1 – zeigen, die eine ausreichende schulische und berufliche Ausbildung hatten, bevor es zu der psychischen Erkrankung kam.

Ab einem Alter von etwa 60 Jahren nehmen die neurokognitiven Fähigkeiten und insbesondere die kommunikativen und sprachlichen Fähigkeiten von bspw. Schizophrenie-Patienten dagegen wieder ab (Muralidharan et al. 2017), so dass hier die Auswirkung einer früheren Ausbildung wieder eine geringere Rolle spielen dürfte.

5.2.2.2 Domänenübergreifende Betrachtung der Fähigkeiten

In der Verbesserung der Patienten des oberen Quartils im Gesamtscore zeigte sich eine Stations- und somit Diagnoseabhängigkeit: Hier waren Patienten von

Station 1 – der Depressionsstation – deutlich im oberen Quartil überrepräsentiert.

Da die Mehrzahl der Domänen des WHO DAS 2.0 mit Kommunikation und zwischenmenschlichem Verhalten in Zusammenhang stehen – Domänen D1, D4, D5 und D6 – könnte diese Verbesserung bei den depressiven Patienten im Gesamtscore mit einer Änderung des Kommunikationsverhaltens und der sozialen Kognition in Zusammenhang stehen. Konkret wurde in Studien gezeigt, dass die Wahrnehmung des affektiven Zustandes anderer Menschen, beispielsweise anhand des Gesichtsausdrucks, bei Depressiven einem Bias in Richtung negativer Bewertung unterliegt (Münkler et al. 2015). Dies zeigte sich nicht nur in klinischen, sondern auch in neurophysiologischen Studien (Dai und Feng, 2012). Eine Meta-Analyse mehrerer Studien bestätigte zudem, dass die Interpretation des mentalen Status anderer Personen in depressiven Patienten beeinträchtigt ist, was wiederum zu psychosozialen Schwierigkeiten der Patienten beiträgt (Bora und Berk, 2016).

Während also die Beeinträchtigung der sozialen Kognition eine wichtige Komponente der depressiven Störung darstellt, ist sie gleichzeitig bei dieser Erkrankung weniger ausgeprägt als bei der Schizophrenie (Weightman et al. 2014) und scheint zudem gut auf Therapie, beispielsweise medikamentöse, anzusprechen (Harmer et al. 2009).

Die Ergebnisse der hier vorliegenden Untersuchung weisen also darauf hin, dass auch eine fokussierte Therapiezielplanung unter Einbeziehung der sozialen Teilhabe als Ziel eine positive Wirkung auf die gestörte soziale Kognition bei depressiven Patienten entfaltet, und somit insbesondere bei dieser Patientengruppe eine effektive Intervention darstellt.

5.2.3 Exkurs: Kulturelle Diversität von Patienten

In Bezug auf das Abschneiden der Patienten mit bzw. ohne Intervention in Domäne 1 muss diskutiert werden, ob eine nicht-deutsche Muttersprache in einer deutschsprachigen Umgebung hier einen Effekt hat. In der der Arbeit zugrunde liegenden Befragung waren die Patientenzahlen mit nicht-deutscher Muttersprache nicht groß genug, um aussagekräftige Schlüsse zu ziehen: Die

Kontrollgruppe enthielt fünf Patienten mit türkischer Muttersprache, die Maßnahmengruppe zwei. Andere Muttersprachen waren nicht vertreten.

In der Literatur zeigt sich, dass Ärzte kaum auf die Herausforderungen vorbereitet sind, die die Behandlung von Patienten mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen mit sich bringt (Gießelmann 2016). Sogenannte kultursensible Kommunikation wird an den medizinischen Fakultäten nicht regelhaft gelehrt, und von einer wünschenswerten longitudinalen Integration solcher Lerninhalte in das Studium sind die meisten Universitäten weit entfernt.

So lassen sich bei der Behandlung von Patienten mit kulturellen Hintergründen, die sich von dem des medizinischen Personals unterscheiden, einerseits kulturell angemessene Reaktionsweisen und andererseits Fehlanpassungen unterscheiden, die jedoch von nicht speziell ausgebildeten Angehörigen der Gesundheitsberufe oft nicht in die jeweils zutreffende Kategorie eingeordnet werden können. Dies kann einerseits zu einer Über-, andererseits zu einer Unterbehandlung führen (Sublette und Trappler, 2000).

Zudem stehen im Hintergrund von migrierten Patienten oft spezielle Narrative, die den Patienten dienen, um ihre subjektiv wahrgenommene oder objektiv bestehende Rolle als „Bürger zweiter Klasse“ im Zielland zu erklären. Auch diese beeinflussen die Erscheinungsformen von psychischen Erkrankungen in diesen Populationen (Hilario et al. 2017).

Es gibt Hinweise darauf, dass auch bei der Behandlung deutschsprachiger Patienten kulturelle Unterschiede – beispielsweise zwischen Regionen oder Stadt und Land – zu Schwierigkeiten in der Kommunikation und damit etwa zu verringerter Adhärenz führen (Gießelmann 2016). Diese Aspekte sind jedoch bisher nicht mit ausreichend hohen Patientenzahlen untersucht worden, um daraus praktische Schlüsse für die Behandlung von Patienten insbesondere im psychiatrischen Umfeld zu ziehen.

5.3 Bewertung des Aufenthalts durch Patienten

Zum Abschluss der Therapie wurde den Patienten die Möglichkeit gegeben, anhand ausgewählter Fragen des TÜBB (siehe Anhang) ihren Aufenthalt zu bewerten.

Die Auswertung zeigt, dass Patienten in der Maßnahmengruppe bei den folgenden zwei Fragen signifikant positivere Bewertungen abgaben als die Patienten der Kontrollgruppe:

22 – „Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Mitarbeiter aus den übrigen Therapiebereichen) bezogen auf meine Behandlung war gut.“ (Skala von 1 – trifft überhaupt nicht zu bis 7 – trifft vollkommen zu)

31 – „Mit meinem Aufenthalt als Patient/Patientin in der hiesigen Klinik bin ich insgesamt.“ (Skala von 1 – sehr unzufrieden bis 7 – sehr zufrieden)

Kein Unterschied zeigte sich dagegen zwischen Maßnahmen- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Bewertung der Organisation der poststationären Weiterbehandlung und Psychotherapie (Items 29a und 29b) sowie den selbst berichteten Informationsstand der Patienten bezüglich der Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen poststationär.

Die Integration des WHO DAS 2.0 als Routineinstrument in die Therapiezielplanung der Patientenkohorte in der vorliegenden Untersuchung hat sich somit dennoch deutlich positiv auf die Bewertung der Mitarbeiterzusammenarbeit durch die Patienten ausgewirkt - die Patienten haben die Therapie mehr „aus einem Guss“ erlebt. Auch die Bewertung des eigenen Klinikaufenthalts durch die Patienten fiel in der Maßnahmengruppe signifikant positiver aus und könnte damit korreliert sein.

Es ist anzunehmen, dass dieses verbesserte Bild der stationären Therapie, in der Vorstellung der Patienten dazu führt, dass im weiteren Verlauf der Erkrankung bereitwilliger Kontakt zu Institutionen der Gesundheits- und Sozialversorgung gesucht werden wird und der Krankheitsverlauf damit indirekt positiv beeinflusst wird. Dass gute Erfahrungen mit vorherigen Kontakten sowie

eine gute Zugänglichkeit der Einrichtungen des Gesundheitswesens zu einer größeren Bereitschaft führen, diese zum Zwecke der Therapie in Anspruch zu nehmen, wurde bereits für substanzabhängige junge Patienten gezeigt (Bowers et al. 2017). Einflussfaktoren der Bereitschaft zur Therapie wurden bereits in Bezug auf eine Reihe psychischer Erkrankungen untersucht, selten wurde jedoch die bisherige Erfahrung mit Einrichtungen des Gesundheitswesens mit einbezogen (Tanielian et al. 2009), so dass hier möglicherweise eine Forschungslücke besteht.

5.4 Schlussfolgerung

Das Ziel der verbesserten sozialen Teilhabe von psychisch Kranken nach einem stationären Aufenthalt muss bereits während des stationären Aufenthalts in der Therapiezielplanung berücksichtigt werden. Eine alleinige – womöglich sich stets wiederholende – Prozedur aus Kriseninterventionen, welche den Patient nach seiner Stabilisierung im stationären geschützten Kliniksetting den bestehenden und nicht hilfreich oder sogar krankmachenden Umgebungsfaktoren einfach nur erneut aussetzt, gilt heute als obsolet (Längle 2008a).

Die Bedeutung eines rechtzeitig beginnenden Prozesses der Entlassvorbereitung, welche die für den individuellen Patient spezifischen Teilhabekriterien im Blick hat, gilt nach jahrelangem multiaxialen Prozess als inzwischen anerkannt und relevant (Sato et al. 2012).

Ein Ansatz, um die Therapiezielplanung im interdisziplinären Team anzupassen, ist die Erhebung der Fähigkeiten und Bedarfe des Patienten mittels des WHO DAS 2.0 zu Beginn des stationären Aufenthalts und die Ausrichtung der Therapiezielplanung am hier erhobenen Profil.

Diese Vorgehensweise ist nicht bei allen Subgruppen von Patienten gleich erfolgversprechend; besonders effektiv ist sie nach den vorliegenden Ergebnissen bei weiblichen Patientinnen sowie bei Patienten mit einer depressiven Erkrankung (im Vergleich zu Patienten mit Suchterkrankungen und zu solchen von der allgemeinspsychiatrischen Station). Besonders schlagen sich

Verbesserungen dabei in den Fähigkeiten zu Aktivitäten des täglichen Lebens und - in geringerem Umfang - in den Kommunikationsfähigkeiten nieder.

Insbesondere bei Suchtkranken hat sich gezeigt, dass eine Verbesserung der sozialen Teilhabefähigkeiten durch geänderte Therapiezielplanung nur in sehr begrenztem Umfang zu erreichen ist.

In der vorliegenden Arbeit konnte aber gezeigt werden, dass auch bei Suchtkranken die modifizierte Therapiezielplanung mit Hilfe des WHO DAS 2.0 die Zufriedenheit der Patienten mit der interdisziplinären Zusammenarbeit im Team wie auch mit dem stationären Aufenthalt insgesamt erhöhte. Dies wurde mit Items aus dem TÜBB erhoben. Eine solche Veränderung durch die hier getestete Intervention kann auf indirektem Weg beträchtlichen Einfluss auf die langfristige Prognose psychischer Erkrankungen haben, da zu erwarten ist, dass sie die Bereitschaft der Patienten zur Zusammenarbeit mit Institutionen des Gesundheitswesens nachhaltig verbessert – im Sinne einer Mund-zu-Mund-Propaganda unter Umständen auch bei Patienten, die bisher nicht selbst die Erfahrung einer stationären Therapie gemacht haben.

Letztendlich müssen bei all diesen Erwägungen jedoch die Limitationen im Auge behalten werden, welche sich durch das Format der vorliegenden Arbeit als Begleitung einer Qualitätssicherungsmaßnahme ergeben: Die Befragung der Patienten erfolgte im klinischen Umfeld und entsprach nicht einer Versuchsanordnung im Labor in einem Forschungsumfeld. Die Domänen der ICF erfassen komplexe Lebensbereiche und sind nicht in Stein gemeißelt. Das Erhebungsinstrument bildet einerseits diese komplexen Bereiche ab und basiert andererseits auf der Selbsteinschätzung der Betroffenen. Insofern wurden die Ergebnisse auf der Grundlage weicher Daten ermittelt.

6 Zusammenfassung

Die stationäre Therapie von psychisch kranken Patienten in Deutschland stellt die Behandler oftmals vor nachhaltige Herausforderungen; Chronifizierungen sind häufig und nach Entlassung kommt es immer wieder zu Rückfällen (Seemüller et al. 2016). Ein Ansatzpunkt, um hier Verbesserungen zu

erreichen, könnte die zusätzliche Betrachtung von weiteren sozialpsychiatrischen Aspekten im Rahmen der stationären Behandlung auf der psychiatrischen Akutstation sein. Obwohl eine soziale Teilhabe von psychisch Kranken - die Teilhabe an Bildung und Ausbildung, an sozialen Basisbedingungen wie Familien- und Freundschaftsverhältnissen und Partnerschaften sowie die Teilhabe an sozialrechtlicher Unterstützung und an der Gesundheitsversorgung – in § 27 der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben ist (Ommert 2015, S. 8-9), kommen diesbezügliche Rehabilitationsangebote häufig nicht ausreichend bei den Betroffenen an (Gießelmann und Bartholomäus 2017). Vorstationär bestehende defiziente Strukturen lassen die Patienten nach vorübergehender stationärer Stabilisierung über kurz oder lang schließlich wieder dekomensieren. In der vorliegenden Arbeit wurde der Therapieprozess anhand von Zielkriterien der ICF bezüglich sozialer Teilhabe mit strukturiert und die vom Patienten wahrgenommene Veränderung im Bereich der sozialen Teilhabe im Verlauf der stationären Therapie gemessen. Auch wurde evaluiert, ob sich durch diese zusätzliche Einbindung und Berücksichtigung der Teilhabekriterien die Bewertung des Therapieprozesses durch den Patienten und auch seine Zufriedenheit mit diesem verbesserte.

Zur Erhebung wurde der Fragebogen WHO DAS 2.0 verwendet, welcher die ICF-basierten Domänen der sozialen Teilhabe abbildet. Die erste Messung erfolgte im Rahmen der Aufnahmeroutine zu Beginn des stationären Aufenthaltes. Therapiezielplanung und Therapieprozess fanden unter Einbindung der Domänen der sozialen Teilhabe statt. Vor Entlassung wurde erneut eine Exploration mittels WHO DAS 2.0 durchgeführt. Zusätzlich wurde in die Entlassbefragung ein Kurzfragebogen aus ausgewählten Items des TÜBB, in die Befragung integriert, um von jedem Patienten eine subjektive Bewertung der Aufenthaltsqualität zu erheben.

Es zeigte sich, dass die Therapiezielplanung gemäß WHO DAS 2.0 nur in spezifischen Subgruppen von Patienten einen Effekt hat, und zwar in klar abgrenzbaren Domänen des WHO DAS 2.0: Am ausgeprägtesten wirkte sich die modifizierte Therapiezielplanung auf die Kompetenzen der Patienten in den

Aktivitäten des täglichen Lebens (Bewältigung von Haushaltstätigkeiten und Tätigkeiten in Arbeit bzw. Schule) aus, und zwar am stärksten bei weiblichen Patientinnen sowie bei Patienten auf der Depressionsstation. Die geringsten Verbesserungen zeigten sich bei Patienten der Suchtstation. Dies korreliert einerseits mit dem hohen Chronifizierungsrisiko und der schwierigen Herstellung sozialer Teilhabe bei Patienten mit Abhängigkeitssyndromen. Andererseits wird auch der im Durchschnitt deutlich höheren Liegedauer von Patienten mit Depressionserkrankung gegenüber Patienten mit Abhängigkeitserkrankung ein Effekt zugeschrieben.

Eine Untergruppe von Patienten – jene, deren Abschneiden in den Domänen des WHO DAS 2.0 sich jeweils im oberen Quartil der Patientenpopulation befanden – zeigte auch eine Verbesserung in Domäne 1 (Verstehen und Kommunizieren) sowie im Gesamtabschneiden laut WHO DAS 2.0, und zwar insbesondere, wenn sich diese Patienten auf der Depressionsstation befanden und der mittleren Altersgruppe zwischen 31 und 50 Jahren zugehörig waren. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass eine Subgruppe der Altersgruppe von 31 bis 50 Jahren eine erfolgreichere Bildungskarriere hinter sich hat als Patienten in jüngeren Altersgruppen, und noch keine altersbedingte Verschlechterung eingesetzt hat.

In der vorliegenden Arbeit wurden Merkmale von Patienten identifiziert, die prädiktiv für ein gutes Ansprechen der hier beschriebenen Intervention sind. Dies sind weibliches Geschlecht, mittleres Lebensalter sowie die Diagnose einer Depression. Eine Berücksichtigung dieser Ergebnisse könnte zukünftig bei der Durchführung der Intervention in anderen Kohorten im Kontext der Therapieplanung zu einer Effizienzsteigerung beitragen.

Es konnte außerdem anhand des TÜBB gezeigt werden, dass die veränderte Therapiezielplanung eine Verbesserung der Bewertung der interdisziplinären Zusammenarbeit auf der Station sowie des Gesamtaufenthalts durch die Patienten und somit auch eine gesteigerte Zufriedenheit zur Folge hatte. Wenn dies auch kein Maßstab für die nachfolgende soziale Teilhabe sein kann, so ist es jedenfalls ein relevanter Wert für die Therapie an sich und könnte sich positiv

auf die Bereitschaft von Patienten zu erneutem Kontakt mit Institutionen der Gesundheitsversorgung auswirken und den Krankheitsverlauf somit positiv beeinflussen.

7 Literaturverzeichnis

Ala-Nikkola T, Sadeniemi M, Kaila M, et al. (2016) How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry* 16(1). Verfügbar unter:

<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0992-5> (Zugriff am 30 August 2016).

Alminhana LO, Farias M, Claridge G, et al. (2016) How to tell a happy from an unhappy schizotypic: personality factors and mental health outcomes in individuals with psychotic experiences. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*: 126-132.

Álvarez AS (2012) The application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in psychiatry: possible reasons for the lack of implementation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists* 91(13 Suppl 1): S69-73.

Amberger S (ed.) (2010) *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.

American Psychiatric Association (n.d.) History of the DSM. *American Psychiatric Association*. Verfügbar unter:

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm> (Zugriff am 17 August 2016).

Avila CC, Cabello M, Cieza A, et al. (2010) Functioning and disability in bipolar disorders: a systematic review of literature using the ICF as a reference. *Bipolar Disorders* 12(5): 473–482.

Ávila CC, Cieza A, Anaya C, et al. (2012) The patients' perspective on relevant areas and problems in the bipolar spectrum disorder: individual interviews using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference tool. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists* 91(13 Suppl 1): S181-188.

Ayuso-Mateos JL, Avila CC, Anaya C, et al. (2013) Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health core sets for bipolar disorders: results of an international consensus process. *Disability and Rehabilitation* 35(25): 2138–2146.

BAG GPV e.V. (2005) Aufruf zur Mitgründung. *Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.* Verfügbar unter: http://www.bag-gpv.de/Datenbank/bag/0005_Aufruf%20zur%20Mitgr%C3%BCndung.pdf (Zugriff am 30 August 2016).

BAG GPV e.V. (n.d.) Entstehungsgeschichte. *Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.* Verfügbar unter: <http://www.bag-gpv.de/bag-gpv.asp?id=5&mod=User> (Zugriff am 30 August 2016a).

BAG GPV e.V. (n.d.) Qualitätsstandards für GPVs. *Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.* Verfügbar unter: http://www.bag-gpv.de/bag-gpv.asp?id=9&mod=Admin#_ftn1 (Zugriff am 30 August 2016b).

- Baron S und Linden M (2008) The role of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF' in the description and classification of mental disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 258 Suppl 5: 81–85.
- Bartholomäus E (2016a) Forschung: App gegen Alkoholsucht. *Deutsches Ärzteblatt* 113(49): A-2271.
- Bartholomäus E (2016b) ICD-11: Weltgesundheitsorganisation eröffnet Testphase. *Deutsches Ärzteblatt* 113(46): 1755.
- Bayer W, Köster M, Salize HJ, et al. (2008) Längerfristige Auswirkungen stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen auf die berufliche Integration schizophrener Patienten *Psychiatrische Praxis* 2008, 35: 170-174.
- Birkeland SF (2013) Paranoid personality disorder and the schizophrenia spectrum-Where to draw the line? *Personality and Mental Health* 7(3): 254–258.
- Black DW (2015) The Natural History of Antisocial Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 60(7): 309–314.
- Blom MB, Spinhoven P, Hoffman T, et al. (2007) Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders* 104(1-3):119-26.
- Boet S, Bould MD, Layat Burn C, et al. (2014) Twelve tips for a successful interprofessional team-based high-fidelity simulation education session. *Medical Teacher* 36(10): 853–857.
- Bora E und Berk M (2016) Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 191:49-55.
- Bowers A, Cleverley K, Di Clemente C, et al. (2017) Transitional-aged youth perceptions of influential factors for substance-use change and treatment seeking. *Patient Preference and Adherence* 11:1939-1948.
- Branković S (2015) Boredom, dopamine, and the thrill of psychosis: psychiatry in a new key. *Psychiatria Danubina* 27(2): 126–137.
- Brieger P und Kirschenbauer H-J (2004) Can the Planning Process for the Mental Health System in Germany Follow Scientific Principles? *Psychiatrische Praxis* 31(8): 383–386.
- Bühning P (2016a) Psychiatrische und Psychosomatische Krankenhäuser: Verbindliche Personalvorgaben. *Deutsches Ärzteblatt* 113(46): 1736.
- Bühning P (2016b) Psychotische Störungen: Fokus auf die Früherkennung. *Deutsches Ärzteblatt* 113(43): 1610.
- Bundesärztekammer (2015) Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen 'Suchtmedizinische Versorgung'. Verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Curriculum_Suchtmedizin.pdf.

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2015) Bekanntmachung: Förderrichtlinie für das Bundesprogramm 'Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt'. Bundesanzeiger. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsmarkt/foerderrichtlinie-soziale-teilhabe-arbeitsmarkt.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 29 August 2016).
- Bundesvereinigung Lebenshilfe (2010) Person(en)zentrierte Hilfen. Berlin.
- Buonocore M, Bosia M, Bechi M, et al. (2017) Is longer treatment better? A comparison study of 3 versus 6 months cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychology* 31(4):467-473. Chen M, Wu G, Wang Z, et al. (2014) Two-year prospective case-controlled study of a case management program for community-dwelling individuals with schizophrenia. *Shanghai Archives of Psychiatry* 26(3): 119–128.
- Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, et al. (2017) What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports* 4(1):21-30.
- Cirasola A, Hillman S, Fonagy P, et al. (2017) Mapping the road from childhood adversity to personality disorder: The role of unresolved states of mind. *Personality and Mental Health*.
- Clade H (2000) GKV-Gesundheitsreform 2000: Stabile Beiträge über alles! *Die Rehabilitation* 97(1–2): A-17.
- Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, et al. (2015) Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 37(2):155-61.
- Clewett D, Bachman S und Mather M (2014) Age-related reduced prefrontal-amygdala structural connectivity is associated with lower trait anxiety. *Neuropsychology* 28(4): 631–642.
- Cording DC (1995) Basisdokumentation und Ergebnisqualität. In: Gaebel PDW (ed.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*, Springer Vienna, pp. 173–181. Verfügbar unter: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-7091-9386-0_16 (Zugriff am 16 August 2016).
- Crowell SE (2016) Biting the hand that feeds: current opinion on the interpersonal causes, correlates, and consequences of borderline personality disorder. *F1000Research* 5:2796.
- Dai Q und Feng Z (2012) More excited for negative facial expressions in depression: evidence from an event-related potential study. *Clinical Neurophysiology* 123(11):2172-9.
- de Boer W, Danelia M, Zurabashvili D, et al. (2014) Development of a training programme in disability assessment methodology based on international classification of functioning, disability and health (icf) for psychiatric disability claims in Georgia. *Georgian Medical News* (232–233): 74–77.
- Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, et al. (2017) Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in

- people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Global Health* 5(12):e1192-e1207.
- de Pedro-Cuesta J, Alberquilla Á, Virués-Ortega J, et al. (2011) ICF disability measured by WHO-DAS II in three community diagnostic groups in Madrid, Spain. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S* 25 Suppl 2: 21–28.
- Deister A, Roick C, Zeichner D, et al. (2005) Psychiatrische Versorgung: Kein Anreiz zur Fallzahlausweitung. *Deutsches Ärzteblatt*. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/48636> (Zugriff am 15 August 2016).
- Dennis BB, Roshanov PS, Naji L, et al. (2015) Opioid substitution and antagonist therapy trials exclude the common addiction patient: a systematic review and analysis of eligibility criteria. *Trials* 16(1). Verfügbar unter: <http://www.trialsjournal.com/content/16/1/475> (Zugriff am 30 August 2016).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (n.d.) DIMDI - ICD-10-WHO. *DIMDI Medizinwissen*. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/> (Zugriff am 29 August 2016).
- DGBS e.V. und DGPPN e.V. (Hrsg.) (2012) *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. Langversion. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-019.html>
- DGPPN und Falkai P (Hrsg.) (2013) *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-30270-1>
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) (2015) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage*. Version 5. 2015. DOI: 10.6101/AZQ/000364. Verfügbar unter: www.depression.versorgungsleitlinien.de
- Dong X, Chen R und Simon MA (2014) Anxiety among community-dwelling U.S. Chinese older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 69 Suppl 2: S61-67.
- Eberhart L, Schmude M und Geldner G (2002) Gesundheitsökonomie: Der Arzt unter zunehmendem Kostendruck. *Deutsches Ärzteblatt* 99(36): A-2317.
- Ebert D und Loew T (2005) *Psychiatrie systematisch*. 6. Aufl. Klinische Lehrbuchreihe, Bremen: UNI-MED Verl.
- Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD (2006) Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*. 367(9505):153-67.
- Ellett L, Freeman D und Garety PA (2008) The psychological effect of an urban environment on individuals with persecutory delusions: the Camberwell walk study. *Schizophrenia Research* 99(1–3): 77–84.
- Fehler J (1975) [Expense explosion in hospital nursing care. A cumulative fact?]. *Krankenpflege (Frankfurt Am Main, Germany)* 29(3): 110, 115–116.

- Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Perales JC, et al. (2010) Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *European Journal of Pharmacology* 10;626(1):104-12.
- Flint AJ (1994) Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *The American Journal of Psychiatry* 151(5): 640–649.
- Flintrop J (2006) Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. *Deutsches Ärzteblatt* 103(46): A-3082.
- Flintrop J (2014) Krankenhäuser zwischen Medizin und Ökonomie: Die Suche nach dem richtigen Maß. *Deutsches Ärzteblatt* 111(45): A-1929.
- Foruzandeh N und Parvin N (2013) Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. *Japan journal of nursing science: JJNS* 10(1): 136–141.
- Fountoulakis KN, Yatham L, Grunze H, et al. (2016) The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 2: Review, Grading of the Evidence, and a Precise Algorithm. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*.
- Freeman D (2007) Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review* 27(4): 425–457.
- Freyberger HJ, Schneider W und Thiel A (1996) Neurotic and psychosomatic disorders (F4, F5). Results from the ICD-10 field trial of the Diagnostic Criteria for Research in German-speaking countries. *Psychopathology* 29(5): 292–300.
- Fritzsche S (2016) *Suchttherapie: Kein Zug nach Nirgendwo Ist unstillbares Verlangen überwindbar?* Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:1111-20151117171> (Zugriff am 23 Januar 2017).
- Gajecki M, Andersson C, Rosendahl I, et al. (2017) Skills Training via Smartphone App for University Students with Excessive Alcohol Consumption: a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*.
- Gießelmann K (2016) Kulturelle Kompetenz: Verständigen heißt nicht Verstehen. *Deutsches Ärzteblatt* 113(48): A-2198.
- Gießelmann K und Bartholomäus E (2017) Psychische Erkrankungen: Neuer Teilhabekompass - PP 16, Ausgabe Januar 2017. *Deutsches Ärzteblatt*. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/185445> (Zugriff am 24 Januar 2017).
- Gildengers A, Tatsuoka C, Bialko C, et al. (2013) Correlates of disability in depressed older adults with bipolar disorder. *Cutting Edge Psychiatry in Practice* 2013(1): 332–338.
- Gillespie AL, Samanaite R, Mill J, et al. (2017) Is treatment-resistant schizophrenia categorically distinct from treatment-responsive schizophrenia? a systematic review. *BMC psychiatry* 17(1): 12.
- Green CA, Polen MR, Lynch FL, et al. (2004). Gender differences in outcomes in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Addictive Diseases* 23(2):47-70.

Greßler U und Göppel R (2012) *Qualitätsmanagement: eine Einführung*. 8. Aufl. Köln: Bildungsverl EINS.

Grossman LS, Harrow M, Rosen C, et al. (2008) Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery. *Comprehensive Psychiatry* 49(6):523-9.

Grundmann J, Keller K and Bräuning-Edelmann M (2005) [The practical application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in medical rehabilitation of psychiatric patients]. *Die Rehabilitation* 44(6): 335–343.

Harmer CJ, Goodwin GM, Cowen PJ (2009) Why do antidepressants take so long to work? A cognitive neuropsychological model of antidepressant drug action. *British Journal of Psychiatry* 195(2):102-8.

Harvey SB, Modini M, Joyce S, et al. (2017) Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*.

Heinemann AW, Miskovic A, Semik P, et al. (2016) Measuring Environmental Factors: Unique and Overlapping ICF Coverage of Five Instruments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.

Hernaez R, Solà E, Moreau R, et al. (2017) Acute-on-chronic liver failure: an update. *Gut*.

Hilario CT, Oliffe JL, Wong JP, et al. (2017). "Just as Canadian as Anyone Else"? Experiences of Second-Class Citizenship and the Mental Health of Young Immigrant and Refugee Men in Canada. *American Journal of Men's Health* 1:1557988317743384.

Hirsch JA, Nicola G, McGinty G, et al. (2016) ICD-10: History and Context. *American Journal of Neuroradiology* 37(4):596-9.

Hoffmann C und Ruf-Ballauf W (2007) Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit somatoformen Störungen sowie Patienten mit sozialmedizinisch relevanten Problemen: Ergebnisse einer Zweijahreskatamnese. *Rehabilitation* 46(5): 283-295.

Hudson JL, Bower P, Archer J, et al. (2016) Does collaborative care improve social functioning in adults with depression? The application of the WHO ICF framework and meta-analysis of outcomes. *Journal of Affective Disorders* 189: 379–391.

International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders (2011) A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 10(2): 86–92.

James RJE und Tunney RJ (2016) The need for a behavioural analysis of behavioural addictions. *Clinical Psychology Review* 52: 69–76.

Janca A, Kastrup M, Katschnig H, et al. (1996) The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31(6): 349–354.

- Janssens A, Van Den Noortgate W, Goossens L, et al. (2015) Externalizing Problem Behavior in Adolescence: Dopaminergic Genes in Interaction with Peer Acceptance and Rejection. *Journal of Youth and Adolescence* 44(7): 1441–1456.
- Jaruskog LF, Pedersen CA, Johnson JL, et al. (2017) A 12-week randomized controlled trial of twice-daily intranasal oxytocin for social cognitive deficits in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*.
- Jester JM, Buu A und Zucker RA (2016) Longitudinal phenotypes for alcoholism: Heterogeneity of course, early identifiers, and life course correlates. *Development and Psychopathology* 28(4pt2): 1531–1546.
- Johnson S, Kuhlmann R und EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team (2000) The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 405: 14–23.
- Kalache SM, Mulsant BH, Davies SJ, et al. (2015) The impact of aging, cognition, and symptoms on functional competence in individuals with schizophrenia across the lifespan. *Schizophrenia Bulletin* 41(2):374-81.
- Karlsson B, Sigström R, Waern M, et al. (2010) The prognosis and incidence of social phobia in an elderly population. A 5-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 122(1): 4–10.
- Kellett S und Hardy G (2014) Treatment of paranoid personality disorder with cognitive analytic therapy: a mixed methods single case experimental design. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 21(5): 452–464.
- Kendler KS (2017) The Clinical Features of Paranoia in the 20th Century and Their Representation in Diagnostic Criteria From DSM-III Through DSM-5. *Schizophrenia Bulletin* 43(2): 332–343.
- Klimke A, Godemann F, Hauth I, et al. (2015) [Structural quality in psychiatric and psychotherapeutic hospitals]. *Der Nervenarzt* 86(5): 525–533.
- Klingberg S, Wittorf A, Fischer A, et al. (2010) Evaluation of a cognitive behaviourally oriented service for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 121(5):340-50.
- Körner M (2014) Interprofessionelle Teamarbeit - Ein Erfolgsfaktor der Rehabilitation? Düsseldorf. Verfügbar unter: http://www.refonet.net/rehaforschung_nrw/veranstaltungen/documents/Korner_Team.pdf.
- Koßmann C (2005) Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben an Schizophrenie erkrankter Menschen in Abhängigkeit der Krankheitssymptomatik – ein systematischer Literaturüberblick. Ruhr-Universität Bochum. Verfügbar unter: www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/KossmannChristian/diss.pdf (Zugriff am 27. November 2017).
- Kredlow MA, Szuhany KL, Lo S, et al. (2017) Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder. *Psychiatry Research* 249:86-93.

- Kunze H, Schepker R und Heinz A (2013) Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik: Wohin kann der Weg gehen? *Deutsches Ärzteblatt* 110(27–28): A-1366.
- Lackner C, Spindelboeck W, Haybaeck J, et al. (2016) Histological parameters and alcohol abstinence determine long-term prognosis in patients with alcoholic liver disease. *Journal of Hepatology*.
- Längle G (2008a) Die Bedeutung von Suchthilfenetzwerken in der Behandlung Abhängigkeitskranker. *Der Nervenarzt* (Suppl. 4): 539.
- Längle G (2008b) Die Rolle der Allgemeinmedizin im Suchthilfenetzwerk. Was brauchen Niedergelassene und die Klinik? *Der Nervenarzt* (Suppl. 4): 524–525.
- Längle G (2008c) Sozialpsychiatrisches Denken – ein Exportschlager? Entwicklungen der Suchtkrankenversorgung von der Psychiatrieenquete bis heute. *Perspektive Rehabilitation BAG RPK* 2008; Nürnberg, 14-24.
- Längle G (2017) Übernahme der sektorübergreifenden Versorgung durch private Leistungsanbieter – Kontra. *Psychiatrische Praxis* 44(03): 126-127.
- Längle G und Röhm A (2008) Suchtkrankenhilfe sozialpsychiatrisch organisiert: Die Umsetzung des Baden-württembergischen Landeskongzeptes „Kommunale Suchthilfenetzwerke“ im Modell-Landkreis Reutlingen. *Psychosoziale Umschau* 23(3): 6–10.
- Längle G, Schwärzler F, Eschweiler GW, et al. (2002) Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000). *Psychiatrische Praxis* 29(02): 83–89.
- Längle G, Baum W, Wollinger A, et al. (2003) Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. *International journal for quality in health care* 15(3): 213–221.
- Lawrie SM, O'Donovan MC, Saks E, et al. (2016) Towards diagnostic markers for the psychoses. *The Lancet. Psychiatry* 3(4): 375–385.
- Limberger K (2014) Arbeit und Angebote der Suchtberatung. Freiburg.
- Lisoway AJ, Zai CC, Tiwari AK, et al. (2017) DNA Methylation and Clinical Response to Antidepressant Medication in Major Depressive Disorder: A Review and Recommendations. *Neuroscience Letters*.
- Luciano JV, Ayuso-Mateos JL, Fernández A, et al. (2010) Psychometric properties of the twelve item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) in Spanish primary care patients with a first major depressive episode. *Journal of Affective Disorders* 121(1–2): 52–58.
- Luciano JV, Ayuso-Mateos JL, Aguado J, et al. (2010) The 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II): a nonparametric item response analysis. *BMC medical research methodology* 10: 45.
- Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, et al. (2016) [Critical evaluation of current diagnostic classification systems in psychiatry: the case of DSM-5]. *Rivista Di Psichiatria* 51(3): 116–121.

- Lystad JU, Falkum E, Haaland VØ, et al. (2016) Cognitive remediation and occupational outcome in schizophrenia spectrum disorders: A 2year follow-up study. *Schizophrenia Research*.
- MacNicol B (2017) The biology of addiction. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthesie* 64(2): 141–148.
- McGurk SR, Mueser KT, Mischel R, et al. (2013) Vocational functioning in schizotypal and paranoid personality disorders. *Psychiatry Research* 210(2): 498–504.
- McIntosh BJ, Zhang XY, Kosten T, et al. (2011) Performance-based assessment of functional skills in severe mental illness: results of a large-scale study in China. *Journal of Psychiatric Research* 45(8):1089-94.
- Meyder J, Wiedwald A, Stolz K, et al. (2015) *Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg (PsychKHG): Praxiskommentar und Arbeitshilfen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, et al. (2000) [Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS study]. *Der Nervenarzt* 71(7): 535–542.
- Miles-Paul O (2016) Uwe Schummer: Kein Sparmodell durch die Hintertür. *kobinet-nachrichten*. Verfügbar unter: <http://www.kobinet-nachrichten.org/de/1/nachrichten/33257/Uwe-Schummer-Kein-Sparmodell-durch-die-Hintertuer.htm> (Zugriff am 31 August 2016).
- Miller WR und Rollnick S (2009) Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 37(2): 129–140.
- Möller H-J, Laux G und Kapfhammer H-P (eds) (2011) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 4., und vollst. neu bearb. Aufl. Berlin: Springer Medizin.
- Möller J (2001) Qualitätsmanagement im Krankenhaus durch Bewertung (EFQM) und Zertifizierung (KTQ). *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 6(04): 112–117.
- Morera-Fumero AL, Díaz-Mesa E, Abreu-Gonzalez P, et al. (2017) Day/night changes in serum S100B protein concentrations in acute paranoid schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 75: 207–212.
- Morgan VA, Castle DJ, Jablensky AV (2008) Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42(1):74-82.
- Morozova MA, Burminskiy DS und Rupchev GE (2015) [Variants of changes in the psychopathological phenomenology of the long-term remission in stable patients with attack-like progressive form of schizophrenia: a longitudinal study]. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii Imeni S.S. Korsakova* 115(7): 22–29.
- Muralidharan A, Finch A, Bowie CR, et al. (2017) Thought, language, and communication deficits and association with everyday functional outcomes among community-dwelling middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research* S0920-9964(17)30418-8.

- Münkler P, Rothkirch M, Dalati Y, et al. (2015). Biased recognition of facial affect in patients with major depressive disorder reflects clinical state. *PLoS One* 3;10(6):e0129863.
- Nielsen S, Larance B, Degenhardt L, et al. (2016) Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (5): CD011117.
- Nolan S, Klimas J und Wood E (2016) Alcohol use in opioid agonist treatment. *Addiction Science & Clinical Practice* 11(1): 17.
- Normann C, Wolff J, Hochlehnert A, et al. (2015) [Resource use and financing of guideline-adherent psychotherapeutic inpatient care]. *Der Nervenarzt* 86(5): 534–541.
- Nowak I, Sabariego C, Świtaj P, et al. (2016) Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC psychiatry* 16: 228.
- Ommert J (2014) *Den Teilhabeprozess aktiv mitgestalten: Partizipation von Menschen mit psychischer Erkrankung im Bereich Arbeit*. Diplomica Verlag. Verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1075419> (Zugriff am 29 August 2016).
- Osterloh F (2014) Gesundheitssystem: Ärzte beklagen Kostendruck. *Deutsches Ärzteblatt* 111(15): A-618.
- Owen MJ, Sawa A und Mortensen PB (2016) Schizophrenia. *Lancet (London, England)* 388(10039): 86–97.
- Paris J (2015) Stepped Care and Rehabilitation for Patients Recovering From Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology* 71(8):747-52. Peukert R (n.d.) Begleittext Gemeindepsychiatrischer Verbund und funktionale Leistungsbereiche. Verfügbar unter: <http://www.ibrp-online.de/pdfs/gemeindepsychverbund.pdf>.
- Peukert R, Goldbach H und Vorbach E-U (2006) For and Against: The Integrated Plan of Treatment and Rehabilitation (IBRP) and the Conference on the Help Plan (HPK). *Psychiatrische Praxis* 33(01): 3–5.
- Pieh C, Lahmann C, Heymann FV, et al. (2011) [Prevalence and comorbidity of somatoform disorder in psychosomatic inpatients: a multicentre study]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 57(3): 244–250.
- Pinkham AE, Harvey PD und Penn DL (2016) Paranoid individuals with schizophrenia show greater social cognitive bias and worse social functioning than non-paranoid individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research. Cognition* 3: 33–38.
- Piram J (2011) Suchthilfe... von der Schnittstelle zur Nahtstelle. Vortrag. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Fachkonferenz_2011/Piram__Jeanette_Suchthilfe.pdf.
- Planas-Ballvé A, Grau-López L, Morillas RM, et al. (2017) Neurological manifestations of excessive alcohol consumption. *Gastroenterologia y Hepatologia* 40(10):709-717.

- Pöschl G und Seitz HK (2004) Alcohol and cancer. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 39(3): 155–165.
- Post RM, Altshuler LL, Kupka R, et al. (2016) Age at Onset of Bipolar Disorder Related to Parental and Grandparental Illness Burden. *The Journal of Clinical Psychiatry* 77(10): e1309–e1315.
- Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, et al. (2009) The conceptual development of DSM-V. *The American Journal of Psychiatry* 166(6): 645–650.
- Rehm J, Anderson P, Barry J, et al (2015) Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European Addiction Research* 21(1):6-18.
- Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Ystrøm E, et al. (2015) A longitudinal twin study of borderline and antisocial personality disorder traits in early to middle adulthood. *Psychological Medicine* 45(14): 3121–3131.
- Ritz L, Coulbault L, Lannuzel C, et al. (2016) Clinical and Biological Risk Factors for Neuropsychological Impairment in Alcohol Use Disorder. *PLoS One* 11(9): e0159616.
- Roeder N und Rochell B (2001) Krankenhäuser: DRG-gerechte Dokumentation *Deutsches Ärzteblatt* 98: A 967–971 [Heft 15].
- Rosenblat JD, Lee Y und McIntyre RS (2017) Does Pharmacogenomic Testing Improve Clinical Outcomes for Major Depressive Disorder? A Systematic Review of Clinical Trials and Cost-Effectiveness Studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Ruf P (2009) Teilhabepanung als gemeindepsychiatrischer Kernprozess. Masterarbeit, Wiesbaden: Hochschule Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.personenzentrierte-hilfen.de/system/files/GP_MT_Ruf.PDF.
- Sato S, Ikebuchi E, Anzai N, et al. (2012). Effects of psychosocial program for preparing long-term hospitalized patients with schizophrenia for discharge from hospital: randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* Oct;66(6):474-81.
- Schulze Mönking H und Buchkremer G (1995) Emotional family atmosphere and relapse: investigations on the role of relapse definition, duration of illness and resignation of relatives. *European Psychiatry* 10(2):85-91.
- Seemüller F, Obermeier M, Schennach R, et al. (2016) Stability of remission rates in a 3-year follow-up of naturalistic treated depressed inpatients. *BMC psychiatry* 16: 153.
- Seidel M (2016) Bundesteilhabegesetz: Große Erwartungen – große Enttäuschungen. *Deutsches Ärzteblatt* 113(42): A-1854.
- Soyka M (2015) Alcohol Use Disorders in Opioid Maintenance Therapy: Prevalence, Clinical Correlates and Treatment. *European Addiction Research* 21(2): 78–87.
- Stadt Ludwigshafen und Arbeitskreis SUCHTHILFENETZWERK (2012) Broschüre Suchthilfenetzwerk. Stadtverwaltung Ludwigshafen. Verfügbar unter: https://www.basf.com/documents/de/Ludwigshafen/commitment-for-the-region/social-commitment/Broschuere_Suchthilfenetzwerk.pdf (Zugriff am 30 August 2016).

- Stein DJ, Lund C und Nesse RM (2013) Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Current Opinion in Psychiatry* 26(5): 493–497.
- Stein MD, Risi MM, Flori JN, et al. (2016) Gender Differences in the Life Concerns of Persons Seeking Alcohol Detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment* 63:34-8.
- Stoller JK, Sasidhar M, Wheeler DM, et al. (2010) Team-building and change management in respiratory care: description of a process and outcomes. *Respiratory Care* 55(6): 741–748.
- Stone DA (1979) Health care cost containment in West Germany. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 4(2): 176–199.
- Sublette E und Trappler B (2000) Cultural sensitivity training in mental health: treatment of Orthodox Jewish psychiatric inpatients. *The International Journal of Social Psychiatry* 46(2):122-34.
- Sun W, Watanabe M, Tanimoto Y, et al. (2007) Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 22;7:297.
- Sutton J, Family HE, Scott JA, et al. (2016) The influence of organisational climate on care of patients with schizophrenia: a qualitative analysis of health care professionals' views. *International Journal of Clinical Pharmacy* 38(2): 344–352.
- Świtaj P, Anczewska M, Chrostek A, et al. (2012) Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry* 12: 193.
- Talarska D, Kropińska S, Strugała M, et al. (2017) The most common factors hindering the independent functioning of the elderly at home by age and sex. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 21(4):775-785.
- Tang Y, Long J, Wang W, et al. (2016) Aberrant functional brain connectome in people with antisocial personality disorder. *Scientific Reports* 6: 26209.
- Tanielian T, Jaycox LH, Paddock SM, et al. (2009) Improving treatment seeking among adolescents with depression: understanding readiness for treatment. *Journal of Adolescent Health* 45(5):490-8.
- Tirupati NS, Rangaswamy T, Raman P (2004) Duration of untreated psychosis and treatment outcome in schizophrenia patients untreated for many years. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38(5):339-43.
- Tölle R, Windgassen K and Lempp R (2011) *Psychiatrie: einschließlich Psychotherapie*. 16., überarb. und erg. Aufl. Springer-Lehrbuch, Heidelberg: Springer.
- Tomizawa R, Yamano M, Osako M, et al. (2016) Validation of a global scale to assess the quality of interprofessional teamwork in mental health settings. *Journal of Mental Health* 0(0): 1–8.
- Triebwasser J, Chemerinski E, Roussos P, et al. (2013) Paranoid personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 27(6): 795–805.

Udachina A, Varese F, Myin-Germeys I, et al. (2014) The role of experiential avoidance in paranoid delusions: an experience sampling study. *The British Journal of Clinical Psychology* 53(4): 422–432.

Urbaniok F (2000) *Teamorientierte stationäre Behandlung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.

Üstün, TB, Kostanjsek, N, Chatterji, S, Rehm, J (2010). *Manual for WHO Disability Assessment Schedule*. Geneva: WHO Press.

van Loo HM, Aggen SH, Gardner CO, Kendler KS (2017) Sex similarities and differences in risk factors for recurrence of major depression. *Psychological Medicine* 27:1-9.

Verboom CE, Sentse M, Sijtsema JJ, et al. (2011) Explaining heterogeneity in disability with major depressive disorder: effects of personal and environmental characteristics. *Journal of Affective Disorders* 132(1–2): 71–81.

Versteeg MH, Laurant MGH, Franx GC, et al. (2012) Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: an exploratory study. *Implementation science: IS* 7: 1.

Vieta E und Valentí M (2013) Pharmacological management of bipolar depression: acute treatment, maintenance, and prophylaxis. *CNS drugs* 27(7): 515–529.

Wagman P, Nordin M, Alfredsson L, Westerholm PJ, Fransson EI (2017) Domestic work division and satisfaction in cohabiting adults: Associations with life satisfaction and self-rated health. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 24(1):24-31.

Weightman MJ, Air TM, Baune BT (2014) A review of the role of social cognition in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry* 11;5:179. WHO (2005) ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. DIMDI (ed.), DIMDI.

Wolff J, Berger M, Normann C, et al. (2015) [Where is convergence of psychiatry budgets leading to? A comparison of staffing regulations and actual personnel resources]. *Der Nervenarzt* 86(7): 852–856.

Wolff J, McCrone P, Patel A, et al. (2016) Determinants of per diem Hospital Costs in Mental Health. *PLoS One* 11(3): e0152669.

8 Anhang

- Erklärung zum Eigenanteil
- WHO DAS 2.0, 36er-Version
- TÜBB, 3. überarbeitete Version
- BADO
- Danksagung

Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen unter Betreuung von Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle durchgeführt.

Sämtliche Daten wurden an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Reutlingen PP.rt eigenständig durch mich erhoben im Rahmen des QM-Projektes „AG Therapiezielplanung“ am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg ZfP unter Leitung von Prof. Dr. Gerhard Längle (Projektleitung), und Dr. Frank Schwärzler (Leitung der regionalen Projektgruppe).

Die Fragestellungen wurden in Rücksprache mit Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle entwickelt und von mir ausgearbeitet. Die Sichtung der Daten erfolgte eigenständig durch mich. Die statistische Auswertung wurde mit Unterstützung durch Peter Schmid, Abteilung Versorgungsforschung im ZfP Weissenau durchgeführt. Die regionalen Versorgungsstrukturen wurden durch Literaturrecherche und Experteninterviews von mir erhoben.

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

Tübingen, den 15.06.2018

Heinke Scholdei-Taut



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36-Item version, Interviewer-Fragebogen

Einleitung

Dieses Instrument wurde vom WHO Team für *Klassifizierung, Terminologie und Standards* im Rahmen des gemeinsamen Projektes der WHO und des National Institutes of Health (NIH) zur Erfassung und Klassifizierung von Behinderung entwickelt.

Vor dem Einsatz dieses Instruments muss der Interviewer im Umgang mit dem Handbuch *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* (WHO 2010) geschult sein, welches einen Interview-Leitfaden sowie weitere Schulungsmaterialien enthält.

Dieses Instrument ist in folgenden Versionen verfügbar:

- 36-Item – Interviewer-Fragebogen^a
- 36-Item – Selbstbeurteilungsfragebogen
- 36-Item – Angehörigen-Fragebogen^b
- 12-Item – Interviewer-Fragebogen^c
- 12-Item – Selbstbeurteilungsfragebogen
- 12-Item – Angehörigen-Fragebogen
- 12+24-Item – Interviewer-Fragebogen

^a Eine computerbasierte Version des Interviews (*iShell*) ist für computergestützte Interviews oder Dateneingabe erhältlich

^b Verwandte, Freunde oder Pflegende

^c Die 12-Item Version erklärt 81% der Varianz der detaillierteren 36-Item Version

Weitere Details zu den einzelnen Versionen sind dem WHODAS 2.0 Handbuch *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* (WHO 2010) zu entnehmen.

Die Genehmigung zur Übersetzung dieses Instruments ist von der WHO einzuholen. Alle Übersetzungen sollen nach den WHO Richtlinien für Übersetzungen durchgeführt werden, wie sie im Begleitmanual ausgeführt sind.

Für weitere Informationen besuchen Sie bitte www.who.int/whodas oder kontaktieren:

Dr T Bedirhan Üstün
Classification, Terminology and Standards
Health Statistics and Informatics
World Health Organization (WHO)
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel: + 41 22 791 3609
E-mail: ustunb@who.int



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Interview

Dieser Fragebogen enthält die vom Interviewer/ der Interviewerin anzuwendende 36-Item Version des WHODAS 2.0.

Die Instruktionen für den Interviewer/die Interviewerin sind fett und kursiv geschrieben - diese nicht laut vorlesen.. Der Text, den der Befragte hören soll, ist in blauer Standardschrift

gedruckt. Lesen Sie diesen Text laut vor.

Abschnitt 1 Deckblatt

Füllen Sie vor jedem Interview die Punkte F1 - F5 aus				
F1	Identifikationsnummer des/der Befragten			
F2	Identifikationsnummer des Interviewers/ der Interviewerin			
F3	Beurteilungszeitpunkt (1, 2, etc.)			
F4	Datum des Interviews	_____	_____	_____
		Tag	Monat	Jahr
F5	Wohnsituation zum Zeitpunkt des Interviews (nur eine Möglichkeit einkreisen)	Unabhängig in der Gesellschaft		1
		Betreutes Wohnen		2
		Hospitalisiert		3



Abschnitt 2 Demographische und Hintergrundinformationen

Dieses Interview wurde von der World Health Organization (WHO) entwickelt, um die Schwierigkeiten, die Personen aufgrund von Gesundheitsproblemen haben, besser zu verstehen. Die Informationen, die Sie in diesem Interview geben, sind streng vertraulich und werden nur für Forschungszwecke verwendet. Das Interview dauert voraussichtlich 15-20 Minuten.

Für Befragte aus der allgemeinen Bevölkerung (nicht der klinischen Population) sagen Sie:

Auch wenn Sie gesund sind und keine Schwierigkeiten haben, muss ich Ihnen alle Fragen stellen, damit die Erhebung vollständig ist.

Ich werde mit einigen Fragen zu Ihrem Hintergrund beginnen.

A1	Geschlecht (nach Beobachtung)	Weiblich	1
		Männlich	2
A2	Wie alt sind Sie?	_____Jahre	
A3	Wie viele Jahre haben sie insgesamt eine Schule, Hochschule bzw. Universität besucht?	_____Jahre	
A4	Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Wählen Sie die passendste Option)	Nie verheiratet	1
		Derzeit verheiratet	2
		Getrennt lebend	3
		Geschieden	4
		Verwitwet	5
		In Partnerschaft lebend	6
A5	Was beschreibt Ihre hauptberufliche Aktivität am besten? (Wählen Sie die passendste Option)	Bezahlte Arbeit	1
		Selbstständig mit eigenem Unternehmen oder als Landwirt	2
		Unbezahlte Arbeit (Ehrenamtlich)	3
		Student/ Schüler/ Auszubildende/r	4
		Hausmann/ Hausfrau	5
		Im Ruhestand	6
		Arbeitslos (gesundheitliche Gründe)	7
		Arbeitslos (andere Gründe)	8
		Sonstiges (präzisieren) _____	9



Abschnitt 3 Präambel

Sagen Sie dem/der Befragten:

In diesem Fragebogen geht es um Schwierigkeiten, die aufgrund von Gesundheitsproblemen entstehen können.

Geben Sie die dem/der Befragten die Lernkarte #1 und sagen Sie:

Mit Gesundheitsproblemen meine ich Krankheiten oder Erkrankungen, die lang oder kurz andauernd sind, Verletzungen, psychische oder emotionale Probleme sowie Alkohol oder Drogenprobleme.

Denken Sie daran, alle gesundheitlichen Problem bei der Beantwortung der Fragen zu berücksichtigen. Wenn ich Sie nach Schwierigkeiten mit einer Aktivität frage, denken Sie bitte an ...

Zeigen Sie auf die Lernkarte #1 und erklären Sie was "Schwierigkeiten mit einer Aktivität" bedeutet:

- erhöhter Anstrengung
- Beschwerden oder Schmerzen
- Verlangsamung
- Veränderungen in der Art und Weise, wie Sie die Aktivität ausführen

Sagen sie dem/der Befragten:

Bei der Beantwortung möchte ich, dass Sie an die letzten 30 Tage zurückdenken. Beantworten Sie die Fragen, in dem Sie überlegen, wie viele Probleme Sie, im Durchschnitt wähen der letzten 30 Tage, bei der Ausübung der Aktivität hatten, wie Sie sie normalerweise ausführen.

Geben Sie dem/der Befragten Lernkarte #2 und sagen Sie:

Verwenden Sie diese Skala bei der Beantwortung.

Lesen Sie die Skala laut vor:

Keine, geringe, mäßige, starke, sehr starke bzw.nicht möglich

Stellen Sie sicher, dass der/die Befragte die Lernkarten #1 und #2 während des gesamten Interviews gut sehen kann.



Abschnitt 4 Domänen

Domäne 1 Kognition / Wahrnehmung

Ich werde Ihnen nun ein paar Fragen zum Thema Verständnis und Kommunikation stellen.

Zeigen Sie dem/der Befragten die Lernkarten #1 und #2

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.1	Sich für <u>10 Minuten</u> auf etwas zu <u>konzentrieren</u> ?	1	2	3	4	5
D1.2	Sich daran <u>zu erinnern, wichtige Dinge zu tun/ erledigen</u> ?	1	2	3	4	5
D1.3	Sich mit <u>Alltagsproblemen auseinander zusetzen und sie zu bewältigen</u> ?	1	2	3	4	5
D1.4	<u>Neue Aufgaben zu lernen</u> (z.B. erlernen an einem neuen Ort zu gelangen, den Sie nicht kannten)	1	2	3	4	5
D1.5	Beim <u>allgemeinen Verstehen dessen, was Personen sagen</u> ?	1	2	3	4	5
D1.6	Ein <u>Gespräch zu beginnen und aufrechtzuerhalten</u> ?	1	2	3	4	5

Domäne 2 Mobilität

Ich werde Sie nun zu Schwierigkeit bei der Fotbewegung befragen.

Zeigen Sie Lernkarten #1 und #2

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.1	Eine <u>längere Zeit</u> (ca. <u>30 Minuten</u>) zu <u>stehen</u> ?	1	2	3	4	5
D2.2	Nach dem Sitzen <u>aufzustehen</u> ?	1	2	3	4	5
D2.3	Sich in Ihrem <u>Zuhause fortzubewegen</u> ?	1	2	3	4	5
D2.4	Ihr <u>Zuhause zu verlassen</u> ?	1	2	3	4	5
D2.5	Eine <u>längere Strecke</u> (ca. <u>einen Kilometer</u>) zu <u>Fuss zu gehen</u> ?	1	2	3	4	5

Bitte auf der nächsten Seite fortfahren ...



Domäne 3 Selbstversorgung

Ich werde Sie nun zu Schwierigkeiten im Gebiet "für sich selbst sorgen" befragen.

Zeigen Sie dem Befragten Lernkarten #1 und #2

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D3.1	Ihren gesamten Körper zu waschen?	1	2	3	4	5
D3.2	Sich anzuziehen?	1	2	3	4	5
D3.3	Beim Essen?	1	2	3	4	5
D3.4	Einige Tage alleine zu sein?	1	2	3	4	5

Domäne 4 Umgang mit anderen Menschen

Ich werde Sie nun zu Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen befragen. Bitte bedenken Sie, dass ich dabei nur nach Schwierigkeiten frage, welche aus Ihren Gesundheitsproblemen resultieren. Damit sind Krankheiten oder andere Gesundheitsprobleme Verletzungen, psychische oder emotionale Probleme sowie Alkohol- oder Drogenprobleme gemeint.

Zeigen Sie Lernkarte #1 und #2

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.1	Im Umgang mit Personen, die Sie nicht kennen?	1	2	3	4	5
D4.2	Eine Freundschaft aufrechtzuerhalten?	1	2	3	4	5
D4.3	Mit Personen zurecht zu kommen, die Ihnen nahe stehen?	1	2	3	4	5
D4.4	Neue Freundschaften zu schliessen?	1	2	3	4	5
D4.5	Bei sexuellen Aktivitäten?	1	2	3	4	5

Bitte auf der nächsten Seite fortfahren ...



Domäne 5 Tätigkeiten des alltäglichen Lebens

5(1) Haushaltsaktivitäten

Ich werde Ihnen nun ein paar Fragen zu Ihren Aktivitäten im Haushalt und der Fürsorge für Menschen mit denen Sie zusammenleben oder die Ihnen nahe sind stellen. Zu diesen Aktivitäten gehören Kochen, Putzen, Einkaufen, Fürsorge für Andere und Fürsorge für Ihre eigenen Belange.

Zeigen Sie Lernkarte #1 und #2

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme, in den letzten 30 Tagen:		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.1	<u>Ihren Haushaltspflichten nachzukommen?</u>	1	2	3	4	5
D5.2	Ihre wichtigsten Aufgaben im Haushalt <u>gut</u> zu erledigen?	1	2	3	4	5
D5.3	Die <u>gesamte</u> erforderliche <u>Hausarbeit</u> , die Sie machen mussten, <u>zu erledigen?</u>	1	2	3	4	5
D5.4	Ihre Hausarbeit <u>so schnell wie erforderlich</u> zu erledigen?	1	2	3	4	5

Wenn einer der Befragten bei D5.2-D5.5 größer als keine (als "1" kodiert) bewertet wurde, fragen Sie bitte:

D5.01	Wie viele Tage mussten Sie während der letzten 30 Tage aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme Ihre Haushaltsarbeit reduzieren oder ganz einstellen?	Anzahl der Tage _____
-------	---	------------------------------

Wenn der Befragte arbeitet (bezahlt, unbezahlt oder selbstständig) oder zur Schule geht, stellen Sie bitte folgende Fragen D5.5-D5.10. Andernfalls fahren Sie mit Frage D6.1 auf der darauffolgenden Seite weiter.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Interview

5(2) Arbeit- oder Schulaktivitäten

Jetzt werde ich Ihnen ein paar Fragen zu Ihren Arbeits- oder Schulaktivitäten stellen.

Zeigen Sie Lernkarten #1 und #2

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme, in den letzten 30 Tagen:		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.5	Bei der Bewältigung Ihres Arbeits-/Schulalltags?	1	2	3	4	5
D5.6	Ihre wichtigsten Aufgaben im Arbeits-/Schulalltag gut zu erledigen?	1	2	3	4	5
D5.7	Die gesamte Arbeit zu erledigen , die Sie erledigen müssen?	1	2	3	4	5
D5.8	Ihre Arbeit so schnell wie erforderlich zu erledigen?	1	2	3	4	5
D5.9	Mussten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme auf einem geringern Arbeitslevel arbeiten?				Nein	1
					Ja	2
D5.10	Haben Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme weniger Geld verdient?				Nein	1
					Ja	2

Wenn eines der Items D5.5–D5.8 größer bewertet wurden als keine (kodiert als "1") fragen Sie bitte:

D5.012	Wie oft haben Sie in den vergangenen 30 Tagen aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme Ihre Arbeit/Schule verpasst?	Anzahl der Tage _____
--------	---	-----------------------

Bitte auf der nächsten Seite fortfahren ...



Domäne 6 Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Nun werde ich Ihnen Fragen zu Ihrer Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und den Auswirkungen Ihrer Gesundheitsprobleme auf Sie und Ihre Familie stellen. Einige der Fragen können sich dabei auf Probleme über die letzten 30 Tage hinausgehend beziehen. Dennoch möchte ich, dass Sie bei der Beantwortung den Fokus auf die letzten 30 Tage richten. Denken Sie bitte nach wie vor bei der Beantwortung an physische, mentale, emotionale und Drogen oder Alkohol bedingte Gesundheitsprobleme.

Zeigen Sie Lernkarten #1 und #2

In den letzten 30 Tagen:		Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.1	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, an <u>gesellschaftlichen Aktivitäten</u> (wie z.B. Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Art und Weise <u>teilzunehmen</u> , wie jeder andere?	1	2	3	4	5
D6.2	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund von <u>Barrieren oder Hindernissen</u> in Ihrer Umwelt?	1	2	3	4	5
D6.3	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund der Einstellungen und Verhaltensweisen Ihrer Mitmenschen <u>in Würde zu leben</u> ?	1	2	3	4	5
D6.4	Welchen <u>zeitlichen Aufwand</u> hatten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme und dessen Auswirkungen?	1	2	3	4	5
D6.5	Wie sehr wurden Sie durch Ihren gesundheitlichen Zustand <u>emotional belastet</u> ?	1	2	3	4	5
D6.6	In welchem Maße war Ihr gesundheitlicher Zustand ein <u>finanzieller Aufwand</u> für Sie oder Ihre Familie?	1	2	3	4	5
D6.7	In welchem Maße waren Ihre Gesundheitsprobleme eine Belastung für Ihre <u>Familie</u> ?	1	2	3	4	5
D6.8	Wie schwierig war es für Sie, <u>Dinge zur Erholung und zum Vergnügen eigenständig zu tun</u> ?	1	2	3	4	5



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Interview

H1	An wie vielen Tagen traten diese Schwierigkeiten während der letzten 30 Tage auf?	Anzahl der Tage _____
H2	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen waren Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme <u>absolut unfähig</u> , alltägliche Aktivitäten oder Ihre Arbeit zu verrichten?	Anzahl der Tage _____
H3	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen mussten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme alltägliche Aktivitäten oder Ihre Arbeit <u>reduzieren</u> ?	Anzahl der Tage _____

Das Interview ist hiermit beendet. Vielen Dank.



Gesundheitsprobleme:

- **Krankheit, Erkrankung oder andere Gesundheitsprobleme**
- **Verletzungen**
- **Mentale oder emotionale Probleme**
- **Probleme mit Alkohol**
- **Probleme mit Drogen**

Schwierigkeiten mit Aktivitäten meint:

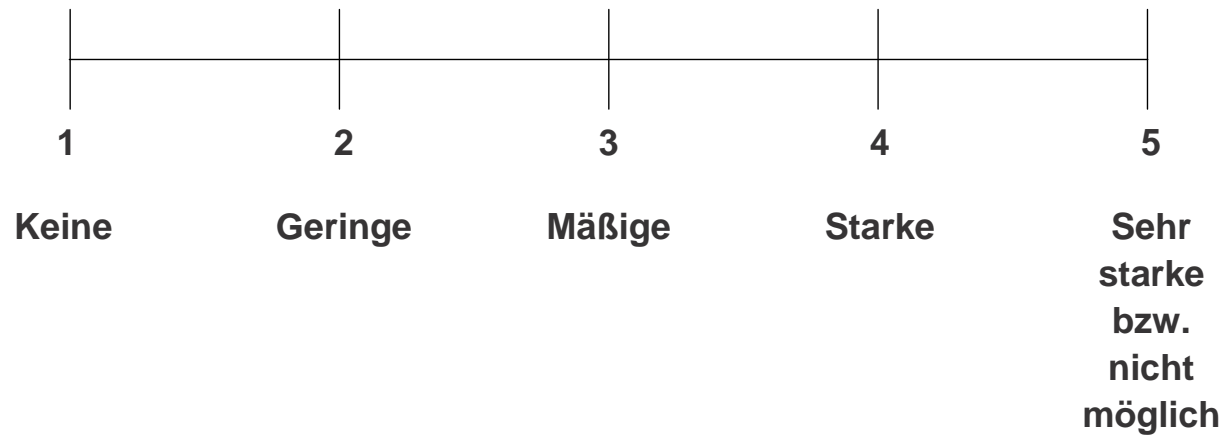
- **Erhöhte Anstrengung**
- **Beschwerden oder Schmerzen**
- **Verlangsamung**
- **Veränderungen in der Art und Weise, wie Sie die Aktivitäten ausführen**

Denken Sie nur an die letzten 30 Tage.

WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Lernkarte 2



Patienten/AufnahmeNr.

Station

Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit

(3.überarb.Version 2000)

G.Längle, G.Renner, H.Waschulewski

Bitte an alle Patienten und Patientinnen ausgeben, die zwischen dem 01.10.2001 und 30.11.2001 entlassen werden **und** mindestens drei Tage in stationärer Behandlung waren.

→ ausgefüllte Bögen in verschlossenem Umschlag an Herrn Fahrner/ Verwaltung

Die folgenden Aussagen sind durch Ankreuzen auf einer Skala zu beantworten. Kreuzen Sie bitte die Zahl im Kästchen an, die für Sie am ehesten zutrifft.

- Setzen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage.
- Setzen Sie kein Kreuz zwischen die Kästchen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Beispiele:

Ich wünsche mir, daß es noch mehr Fernsehsender gibt.

trifft überhaupt nicht zu 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

Die Parkmöglichkeiten in der Innenstadt sollten verbessert werden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 7 trifft vollkommen zu

- 1** Ich wünsche mir eine verbesserte **Aufklärung** über meine Krankheit und über die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten durch meinen behandelnden **Arzt / Psychologen**.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 2** Ich wünsche mir, daß mein mich behandelnder **Arzt / Psychologe** mich ernster nimmt.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 3** Die **Kompetenz** (das fachliche Können) meines behandelnden **Arztes / Psychologen** sollte höher sein.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 4** Die **Kompetenz** (das fachliche Können) des **Pflegepersonals** sollte höher sein.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 5** Die **Kompetenz** (das fachliche Können) der Mitarbeiter des **Sozialdienstes** sollte höher sein.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 6 Ich wünsche mir, daß das **Verhalten** der Mitarbeiter aus dem Bereich der **Bewegungstherapie / Krankengymnastik** freundlicher ist.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 7 Ich wünsche mir, daß das **Verhalten** der Mitarbeiter aus dem Bereich der **Beschäftigungstherapie / Ergotherapie** freundlicher ist.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 8 Die **Zusammenarbeit** des **Klinikpersonals** (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Mitarbeiter aus den übrigen Therapiebereichen), bezogen auf meine Behandlung, sollte verbessert werden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 9 Die Ausstattung der **sanitären Anlagen** (Duschen, WC, ...) sollte verbessert werden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 10 Die **Ausgangsregelung** sollte verbessert werden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 11 Das **Essen** auf der Station sollte verbessert werden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 12 Ich wünsche mir bei meiner **Aufnahme** ein vertrauenserweckenderes **Klima** auf der Station.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 13 Ich wünsche mir eine verbesserte **Aufklärung** über die angewandten **Untersuchungsmethoden** (Fragebogen, Tests, medizinische Untersuchungen, ...)

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 14 **Wohlbefinden** in der **Einzel-Psychotherapie**: Ich wünsche mir, daß ich mich in meiner Einzel-Psychotherapie wohler fühle.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 15 Ich wünsche mir eine erhöhte **Wirksamkeit** meiner **Gruppen-Psychotherapie**.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 16** Ich wünsche mir eine verbesserte **Aufklärung** über die **Wirkung** und **Nebenwirkungen** der mir verabreichten Medikamente.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 17** Ich wünsche mir eine erhöhte **Wirksamkeit** der mir verabreichten Medikamente.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 18** Ich wünsche mir eine erhöhte **Wirksamkeit** der **Bewegungstherapie** / **Krankengymnastik**.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 19** Ich wünsche mir eine erhöhte **Wirksamkeit** der **Beschäftigungstherapie** / **Ergotherapie**.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 20** Ich wünsche mir, daß ich mehr **Einflußmöglichkeiten** auf meinen **gesamten Behandlungsplan** habe.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 21** *Beantwortung nur, wenn zutreffend:* Ich wünsche mir eine akzeptablere **Handhabung der Zwangsmaßnahmen** (Zwangsmedikation, Fixierung, ...).

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 22** Das **Freizeitangebot** in der Klinik (Fernsehraum, Raucherzimmer, Radio, Bücherei, Tageszeitung, Kreativbereich, Sport, Spiele, Computer, Musizieren, Außenaktivitäten wie Kino und Theater etc) sollte insgesamt verbessert werden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 23** Die Möglichkeit, mich über die **verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung nach meinem Klinikaufenthalt** zu informieren (z.B. Adressen von Selbsthilfegruppen,sonstigen Einrichtungen,...), sollte verbessert werden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 24** Mit meinem Aufenthalt als Patient/Patientin in der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen bin ich **insgesamt**

sehr unzufrieden 1 2 3 4 5 6 7 sehr zufrieden

- 25** Bitte tragen Sie hier weitere Wünsche für Veränderungen in der Klinik ein:

BADO Allgemein

Hoff, AMTS
geb. 01.01.1960, männlich
Konfession:

Wohnort:

88074 Meckenbeuren

1. Rechtsgrundlage des Aufenthalts (weitestgehende Maßnahme)

- nach StGB
- nach PsychKHG
- nach BGB
- fürsorgliche Zurückhaltung
- freiwillig

2. Selbst-/Fremdgefährdung in den 24 Std. vor Aufnahme

- keine/keine bekannt
- tätliche Fremdaggression
- Sachbeschädigung
- Gewaltandrohung
- Suizidversuch
- Behandlung im anderen Krankenhaus wegen mehr als 24 Stunden zurückliegendem Suizidversuch

- Suiziddrohung
- Selbstverletzung ohne Suizidabsicht
- Selbstgefährdung (z.B. im Straßenverkehr/Suizidgedanken/Nahrungsverweigerung)

3. Substanzmissbrauch in den 24 Std vor Aufnahme

- keiner
- Alkohol
- illegale Drogen
- Medikamente
- nicht beurteilbar

4. Schweregrad der Erkrankung (CGI) bei Aufnahme

(Im Vergleich zu Patienten mit der gleichen Erkrankung. Die Beurteilung des Schweregrades bezieht sich auf die letzten 7 Tage. Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen)

- nicht beurteilbar
- nicht krank
- Grenzfall psychiatrischer Erkrankung
- nur leicht krank
- mäßig krank
- deutlich krank
- schwer krank
- gehört zu den extrem schwer Kranken

Barthelindex bei Aufnahme:

5. Familienstand

- ledig
- verheiratet bzw. eingetragene Lebensgemeinschaft/Lebenspartnerschaft zusammenlebend
- verheiratet bzw. eingetragene Lebensgemeinschaft/Lebenspartnerschaft getrennt
- verwitwet
- geschieden
- unbekannt

6. Migrationshintergrund

- kein
- zugewanderter Ausländer mit od. ohne Aufenthaltserlaubnis
- in Deutschland geborener Ausländer
- eingebürgerter Ausländer
- Spätaussiedler
- Person mit mindestens einem Elternteil das die genannten (Migrations-)Kriterien erfüllt
- Tourist
- unbekannt

7. Sprache

- Deutsch als Muttersprache
- andere Muttersprache

andere Muttersprache:

- türkisch
- russische
- serbokroatisch
- andere

deutsche Sprachkenntnisse sind

- gut
- mittel
- schlecht
- nicht beurteilbar

8. Hauptsächlicher Lebensunterhalt (aktuell)

- Einkommen durch eigene Arbeitstätigkeit
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld/Sozialhilfe/BaFöG etc.
- Vermögen
- Angehörige
- Rente/Pension etc.
- illegale Einkünfte
- unbekannt/unklar

9. Wohnform vor Aufnahme

- nicht betreute Wohnform
- betreute Wohnform
- ohne festen Wohnsitz
- unbekannt/unklar

10. Anzahl vorangegangener stationär- psychiatrischer Behandlungen

- keine
- 1
- 2-5
- mehr als 5
- unbekannt

 Zum Anfang

11. Fremdaggression während der stationären Behandlung

wird über SOAS-R erfasst – Ausfüllen bitte nicht
vergessen

12. Substanzmissbrauch während der stationären Behandlung

- keiner
- Alkohol
- illegale Drogen
- Medikamente (nicht verordnet)

13. Entweichung oder Suchmeldung im Verlauf mit Mitteilung an die Polizei oder Werkfeuerwehr

- nein
- ja

14. Gravierende Komplikationen

- keine
- schwere unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)
- sonstige Komplikation für die ein Sonderbericht
ausgefüllt wurde

15. Therapien (Erläuterungen)



- keine
- Psychopharmakotherapie
- i** Psychotherapie mit speziellen Verfahren - Einzelbehandlung
- i** Psychotherapie mit speziellen Verfahren - Gruppenbehandlung
- i** Kognitives Training
- i** Training lebensprakt. Fertigkeiten / Handlungskompetenz in der Selbstversorgung
- i** Psychoedukative Gruppe
- i** andere Gruppentherapie
- Ergotherapie (Beschäftigungs-/Arbeitstherapie)
- Musiktherapie/Kunsttherapie
- i** Bewegungstherapie/Sport/KG/Entspannung
- i** Naturheilkundliche Verfahren
- i** Tiergestützte Verfahren
- sozialadministrative Unterstützung
- Behandlung somatischer Begleiterkrankungen oder Komplikationen
- Einbeziehung relevanter Bezugspersonen (Angehörige/Betreuer)
- sonstige

16. Entlassungsort

- ohne festen Wohnsitz
- mit festem Wohnsitz

17. Weiterbehandlung nach Entlassung

- keine

18. Weiterbetreuung

- keine
- i** ambulante Wohnbetreuung/Pflege
- i** stationär betreutes Wohnen
- i** Arbeitsbetreuung
- i** sonstiges
- unbekannt

- stationäre Weiterbehandlung (direkte Verlegung oder geplant)
- teilstationäre Weiterbehandlung (direkte Verlegung oder geplant)
- niedergelassener Psychiater/Nervenarzt
- ärztl./psychol. Psychotherapeut
- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
- anderer Arzt
- Soziotherapie
- häusliche Pflege
- Entwöhnung
- RPK
- Reha
- sonstige
- unbekannt

19. Gesetzliche Betreuung

- kein Betreuungsverhältnis/keine Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverhältnis besteht bereits
- Betreuungsverhältnis angeregt
- Vorsorgevollmacht besteht
- nicht bekannt

20. Entlassungsart / Entlassungsgrund

- regulär
- Entweichung
- Entlassung gegen ärztlichen Rat / Abbruch der Behandlung durch den Patienten
- Entlassung wegen mangelnder Motivation / Kooperation
- verstorben aus natürlicher Ursache
- verstorben durch Suizid
- verstorben nach Unfall / Fremdeinwirkung

21. Zustand bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme (CGI-2)

- nicht beurteilbar
- Zustand ist sehr viel besser
- Zustand ist viel besser
- Zustand ist nur wenig besser
- Zustand ist unverändert
- Zustand ist etwas schlechter
- Zustand ist viel schlechter
- Zustand ist sehr viel schlechter

Barthelindex bei Entlassung:

22. Für Patienten auf Depressionsstationen verbindlich:

BDI Summenscore bei Aufnahme:

- nicht erhoben

BDI Summenscore bei Entlassung:

- nicht erhoben

23. nur bei F1-Diagnosen

Alter bei der ersten Entzugsbehandlung: (ca.) Jahre

Zahl der vorausgegangenen Entzugsbehandlungen:

- keine
- 1
- 2-5
- mehr als 5
- unbekannt

Substitutionsbehandlung bei Aufnahme

- ja
- nein
- unbekannt

Substitutionsbehandlung bei Entlassung

- ja
- nein

Danksagung

Ich möchte mich bei allen, die zum Zustandekommen dieser Arbeit beigetragen haben, herzlich bedanken.

In erster Linie bei Herrn Prof. Längle für seine kompetente und gewissenhafte Betreuung und seine Geduld über die lange Zeit. Herrn Dr. Schwärzler danke ich für seine Unterstützung vor Ort, indem er mir den Zugang zu allen benötigten Strukturen und Ressourcen großzügig ermöglicht hat. Mein Dank gilt dabei auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der PP.rt Reutlingen für ihr Entgegenkommen und die geleistete Mehrarbeit, die durch mein Anliegen während der zwei Jahre im Stationsalltag entstand. Hier möchte ich vor allem Frau Stefanie Brodbeck nennen, durch deren Engagement und Organisationstalent die Durchführung der Patienteninterviews in der betreffenden Abteilung stets als erstes abgeschlossen waren.

Mein spezieller Dank geht an Herrn Peter Schmid für seine Unterstützung im statistischen Teil der Arbeit. Er ist nicht nur auf meine ständig neu auftauchenden Fragen mit viel Geduld eingegangen, sondern hat mit eben dieser auch meine immer wieder selben Fragen beantwortet.

Im Besonderen danke ich meiner Familie. Sie hat gezeigt, dass sie bereit ist, mit den eigenen Interessen zurück zu stehen, hat mir über die gesamte Zeit immer wieder den Rücken freigehalten und stets dafür gesorgt, dass ausreichend Schokolade im Haus war.