

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München



**Retrospektive Untersuchung einer neuen multidisziplinären
Versorgungsstruktur für Patienten mit einer Erkrankung aus dem
schizophrenen Formenkreis, basierend auf vorhandenen
Routinedaten**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorgelegt von
Moritz Lembeck

aus Trier

2023

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Erster Gutachter: Prof. Dr. med. Oliver Pogarell

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Alkomiet Hasan

Dritter Gutachter: PD Dr. Karin Berger-Thürmel

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 04.10.2023

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Abstract (EN)	5
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
1. Einleitung	9
1.1. Krankheitsbild und Verlauf	9
1.2. Nationale Behandlungsleitlinien	11
1.3. Perspektiven zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung	13
1.4. Darstellung ambulanter Versorgungsstrukturen	14
1.5. Gegenstand der Untersuchung	16
1.5.1. Strukturelle Elemente	16
1.5.2. Interventionen	19
2. Material und Methoden	23
2.1. Studiendesign, Ablauf, Population, Hypothesen und Datenschutz	23
2.2. Statistische Untersuchungsmethoden	25
2.2.1. Analyse retrospektiv extrahierter klinischer Routinedaten	25
2.2.2. Analyse prospektiv erhobener patientenberichteter Parameter	28
3. Ergebnisse	32
3.1. Ergebnisse der Analyse klinischer Routinedaten	32
3.1.1. Charakteristik der Stichprobe	32
3.1.2. Primäre Vergleichsanalyse klinischer Routinedaten	34
3.1.3. Sekundäre Sensitivitätsanalyse klinischer Routinedaten	35
3.2. Ergebnisse der Analyse patientenberichteter Parameter	39
3.2.1. Ergebnisse der CHANCE Eingangsfragebögen	39
3.2.2. Vergleich bei schizophrenen und affektiven Erkrankungen	43
3.2.3. Ergebnisse der CHANCE Verlaufsfragebögen	47
4. Diskussion	51
4.1. Diskussion der Methodik	51
4.2. Diskussion der Ergebnisse	51
4.2.1. Abgrenzung zur Standardversorgung	51
4.2.2. Hypothese 1: CHANCE reduziert das Risiko für Rückfälle	52
4.2.3. Hypothese 2: CHANCE verbessert die psychosoziale Teilhabe	52
4.2.4. Hypothese 3: CHANCE schließt eine Versorgungslücke	53
5. Schlussfolgerungen	54
Anhang A GAF-Skala	55
Anhang B Eingangsfragebogen	56
Anhang C Verlaufsfragebogen	57
Anhang D AmBADO	58
Literaturverzeichnis	61
Danksagung	66
Affidavit	67
Publikationsliste	68

Zusammenfassung

Hintergrund: Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind oftmals mit einem hohen Risiko für Rückfälle und mit Beeinträchtigungen der beruflichen und sozialen Teilhabe assoziiert (Falkai et al., 2017; Gaebel und Wölwer, 2010). Um die Verlaufsprognose zu verbessern, empfehlen nationale Behandlungsleitlinien (DGPPN, 2019; NICE, 2014) multiprofessionelle, integrierte Versorgungsformen mit psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung sowie psychosozialen Maßnahmen.

Gegenstand der Untersuchung: CHANCE ist eine neue Versorgungsstruktur für Menschen mit Schizophrenie. Zielgruppe sind Menschen mit einem besonders komplexen, ambulanten Versorgungsbedarf, in der Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt. Das multidisziplinäre Angebot ergänzt die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz des LMU Klinikums. CHANCE hebt sich von der ambulanten Standardversorgung durch eine enge sektorübergreifende Anbindung zur Spezialstation für Psychosen ab, kombiniert mit einer Intensivierung der psychotherapeutischen und psychosozialen ambulanten Anbindung. Ziele sind die Symptomreduktion und die Verringerung des Rückfallrisikos sowie die Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe.

Methodik: Die vorliegende Studie analysiert den medizinischen Nutzen im Vergleich zur Standardversorgung sowie den psychosozialen Nutzen des CHANCE Programms und die Akzeptanz bei der Zielgruppe. Analysiert werden retrospektiv extrahierte klinische Routinedaten und prospektiv erhobene patientenberichtete Parameter. Es handelt sich um eine monozentrische Beobachtungsstudie mit anonymisierter Datenerhebung.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Die Anzahl der Behandlerkontakte ist im CHANCE Programm signifikant höher ($p < .001$) als in der ambulanten PIA-Standardversorgung. Die Re-Hospitalisierungsquote ist geringer als in der Standardversorgung, allerdings nicht signifikant ($p = .185$). Das Funktionsniveau im Alltag (GAF-Wert) verbessert sich im Verlauf, allerdings nicht signifikant ($p = .064$). Die Auswertung von patientenberichteten Parametern deutet auf eine Stabilisierung und leichte Verbesserung der sozialen Teilhabe hin. Eindeutige Veränderungen der beruflichen Teilhabe können nicht festgestellt werden. Darüber hinaus gibt es ein großes Interesse an den Interventionen bei schizophrenen und affektiv Erkrankten sowie eine hohe Akzeptanz der Maßnahmen.

Abstract (EN)

Objective: Diseases of the schizophrenic type are often associated with a high risk of relapse and with impairment of professional and social participation (Falkai et al., 2017; Gaebel and Wölwer, 2010). In order to improve the prognosis, national treatment guidelines (DGPPN, 2019; NICE, 2014) recommend multi-professional, integrated forms of care with psychopharmacological and psychotherapeutic treatment and psychosocial intervention.

Subject of the investigation: CHANCE is a new supply structure for people with schizophrenia. Target group are those with a particularly complex need for outpatient care and in follow-up care after an inpatient stay. The multidisciplinary offer complements the services of the Psychiatric Institute Outpatient Clinic at the LMU Klinikum. CHANCE stands out from standard outpatient care through a close cross-sector connection to the special inpatient ward for psychoses, combined with an intensification of the psychotherapeutic and psychosocial outpatient treatment. The goals are to reduce symptoms and the risk of relapse as well as to improve social and professional participation.

Methods: The present study analyzes the medical benefits in comparison to standard care and psychosocial benefits of the CHANCE program as well as the acceptance by the target group. Retrospectively extracted clinical routine data and prospectively collected patient-reported empirical values are analyzed. It is a monocentric observational study with anonymized data collection.

Results and conclusion: The number of contacts to the therapeutic team is significantly higher ($p < .001$) than in standard outpatient care. The re-hospitalization rate is lower than in outpatient standard care, but not significantly ($p = .185$). The functional level in everyday life (GAF value) improved over the course, but not significantly ($p = .064$). The evaluation of patient-reported parameters indicates a stabilization and slight improvement in social participation. Clear changes in professional participation cannot be determined. Both people with schizophrenia and those with affective disorders are very interested in the interventions. In addition, there is also a high level of acceptance of the interventions.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grafische, vereinfachte Darstellung verbindender Elemente.....	19
Abbildung 2: CHANCE Interventionen und Versorgungsmodule.....	20
Abbildung 3: Stichproben und Einschlusskriterien zur Analyse klinischer Daten.....	26
Abbildung 4: Methodik der Analyse klinischer Daten	27
Abbildung 5: Stichproben zur Analyse patientenberichteter Parameter	30
Abbildung 6: Methodik der Analyse patientenberichteter Parameter.....	31
Abbildung 7: Klinische Daten, Personen mit CHANCE und Standardversorgung	33
Abbildung 8: Klinische Daten, Mittelwertvergleich Behandlerkontakte	36
Abbildung 9: Klinische Daten, Mittelwertvergleich Re-Hospitalisierungsquote in %	36
Abbildung 10: Klinische Daten, GAF-Mittelwertvergleich im Verlauf	37
Abbildung 11: Klinische Daten, Häufigkeitsverteilung Nutzung der Module	38
Abbildung 12: Eingangsfragebogen, Merkmale der beruflichen Situation	39
Abbildung 13: Eingangsfragebogen, Sozialleben und Wohnsituation	41
Abbildung 14: Eingangsfragebogen, Interesse an CHANCE Interventionen	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: CHANCE Elemente, Abgrenzung zu bestehender Versorgung	17
Tabelle 2: Darstellung der klinischen Daten.....	25
Tabelle 3: Endpunkte für die Analyse klinischer Daten	27
Tabelle 4: Eingangsfragebogen (vgl. Anhang B).....	28
Tabelle 5: Quartalsweise erhobener Verlaufs-Fragebogen (vgl. Anhang C)	29
Tabelle 6: Endpunkte für die Analyse patientenberichteter Parameter.....	31
Tabelle 7: Klinische Daten, Charakteristik der Stichproben.....	32
Tabelle 8: Klinische Daten, deskriptive Darstellung der Versorgungsform	33
Tabelle 9: Klinische Daten, Ergebnisse der primären Vergleichsanalyse.....	34
Tabelle 10: Klinische Daten, Ergebnisse der sekundären Sensitivitätsanalyse.....	35
Tabelle 11: Klinische Daten, GAF-Mittelwertvergleich im Verlauf	37
Tabelle 12: Eingangsfragebogen, berufliche Situation	40
Tabelle 13: Eingangsfragebogen, Sozialleben und Wohnsituation.....	41
Tabelle 14: Eingangsfragebogen, Interesse an den Interventionen	42
Tabelle 15: Eingangsfragebogen, Gruppenvergleich	43
Tabelle 16: Eingangsfragebogen, Zufriedenheit, Vergleichsanalyse	44
Tabelle 17: Eingangsfragebogen, Versorgungssituation, Vergleichsanalyse	44
Tabelle 18: Eingangsfragebogen, Interesse an Interventionen, Vergleichsanalyse.....	45
Tabelle 19: Eingangsfragebogen, Lebenssituation, Vergleichsanalyse.....	46
Tabelle 20: Verlaufsfragebogen, 3 Monate, Akzeptanz der Interventionen	48
Tabelle 21: Verlaufsfragebogen, Lebenssituation im Verlauf, Vergleichsanalyse.....	49
Tabelle 22: Verlaufsfragebogen, Zufriedenheit in den Lebensbereichen im Verlauf.....	50

Abkürzungsverzeichnis

ALG	Arbeitslosengeld
AmBADO	Ambulante Basisdokumentation der PIA
AOLG	Arbeitsgruppen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BIDAQ	Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung
BPtK	Bundes Psychotherapeuten Kammer
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
EU	Europäische Union
GAF	Global Assessment Scale of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MKT	Metakognitives Training
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
RKI	Robert Koch-Institut
RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke
RVA	Robert Vogel Ambulanz
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
SPA	Stationär Psychiatrischer Aufenthalt
TAU	Treatment as usual (Standardbehandlung)
UN-BRK	UN Behindertenrechtskonvention
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

1. Einleitung

1.1. Krankheitsbild und Verlauf

Darstellung des Krankheitsbildes

Schizophrene Psychosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) sind schwere psychische Erkrankungen, die durch Störungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie durch affektive Störungen gekennzeichnet sind (ICD-10 Kapitel V F20-F29, WHO, 2019). Diese beeinflussen auch das Fühlen und Verhalten der betroffenen Personen (Millan et al., 2016). Die Schizophrenie (F20.X) ist das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe schwerer psychischer Erkrankungen (WHO, 2019), laut AWMF-S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie ist die paranoide Schizophrenie (F20.0) davon die häufigste Unterform (DGPPN, 2019). Diese ist vor allem durch paranoide Wahnvorstellungen und akustische Halluzinationen sowie Wahrnehmungsstörungen gekennzeichnet (WHO, 2019). Es werden zwei Kategorien für Symptome unterschieden: Positivsymptome (z.B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen) bestehen meist in der akuten Krankheitsphase und bezeichnen eine übersteigerte Funktion (Plussymptomatik), Negativsymptome bezeichnen Krankheitszeichen mit Funktionsminderung (z.B. Freudlosigkeit), welche die akute Phase überdauern und die unter anderem zu sozialem Rückzug führen können (DGPPN, 2019; Gaebel und Wölwer, 2010). Darüber hinaus können sich kognitive Defizite entwickeln (WHO, 2019). Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis treten meist zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr erstmals auf (DGPPN, 2019). Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an Schizophrenie zu erkranken liegt bei 0,6 bis 1 % (Falkai et al., 2017).

Beschreibung des Krankheitsverlaufs

Der Krankheitsverlauf von schizophrenen Psychosen kann entweder kontinuierlich mit stabilen bis zunehmenden Defiziten sein oder es treten eine oder mehrere Episoden auf (ICD-10 Kapitel V F20-F29, WHO, 2019). Bei einem Drittel bis einem Viertel der Betroffenen kommt es nach Erstmanifestation zu keinem Rezidiv und zu einer Wiederherstellung der Gesundheit ohne Residuen (Falkai et al., 2017). Bei etwa zwei Drittel kommt es zu mehreren psychotischen Krankheitsepisoden, zwischen diesen ist entweder eine Vollremission ohne Symptome und mit hoher Funktionalität im Alltag zu beobachten oder es gibt eine Teilremission mit

persistierender Symptomatik und Funktionseinbußen (DGPPN, 2019). Bei 5-10% der Fälle kommt es zu „chronisch-progredienten Verläufen ohne abgrenzbare einzelne Krankheitsepisoden“ (DGPPN, 2019). Beeinträchtigungen wie der soziale Rückzug können in allen Lebensbereichen entstehen, Menschen mit Schizophrenie sind häufig von beruflichen Einschränkungen betroffen (Falkai et al., 2017; Kilian und Becker, 2007). Für 70% der schizophren Erkrankten ist eine Erwerbstätigkeit nur eingeschränkt oder unmöglich (Gaebel und Wölwer, 2010). Zu Einbußen der beruflichen Leistungsfähigkeit kommt es durch anhaltende kognitive Defizite und geringe Belastbarkeit sowie durch Negativsymptome (Falkai et al., 2017). Darüber hinaus leiden Menschen mit Schizophrenie häufig an somatischen Komorbiditäten wie Diabetes (Li et al., 2014) oder dem metabolischen Syndrom (Vancampfort et al., 2015). Das führt zu einer verkürzten Lebenserwartung (Vancampfort et al., 2018). Ein ungesunder Lebensstil mit wenig Bewegung trägt ebenso dazu bei (Kouidrat et al., 2018; Sagud et al., 2018; Stubbs et al., 2016).

Darstellung des Versorgungs- und Behandlungsbedarfs

Schwere psychische Erkrankungen haben einen komplexen Versorgungsbedarf aus medizinischer Behandlung und sozialer Betreuung (Weinmann et al., 2009). Insbesondere Schizophrenie-Erkrankte haben einen besonders hohen Behandlungsbedarf und große Schwierigkeiten „eine kontinuierliche angemessene und umfassende medizinische Versorgung zu finden“ (Becker et al., 2008). Schizophrenie erfordert eine oftmals langfristige bis lebenslange Rückfallprophylaxe und häufige therapeutische Kontakte (Gaebel und Wölwer, 2010). Durch einen schnellen Zugang zu einer intensiven, koordinierten, spezialisierten, multiprofessionellen Behandlung während der ersten Erkrankungsjahre kann der Erkrankungsverlauf wesentlich verbessert werden (Bird et al., 2010; Kane et al., 2016). Wichtige Therapieziele über die Symptomreduktion und Rückfallprophylaxe hinaus sind die Förderung der sozialen und beruflichen Teilhabe, die Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und des psychosozialen Funktionsniveaus (Pincus et al., 2016). Die Behandlung kognitiver, affektiver und sozialer Beeinträchtigungen stellt eine besondere Herausforderung für die Versorgung von Menschen mit Schizophrenie dar (Falkai et al., 2017).

1.2. Nationale Behandlungsleitlinien

Mit dem Kürzel S3 werden Leitlinien der höchsten Qualitätsstufe bezeichnet (Kopp et al., 2007). Die S3 Behandlungsleitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2019) der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF) fasst die Evidenzlage zu Diagnostik, multiprofessioneller Behandlung und strukturellen, versorgungsrelevanten Elementen für Menschen mit Schizophrenie zusammen. Diese veröffentlicht Behandlungs-Empfehlungen, die auf einem wissenschaftlichen Konsens basieren. Die Autoren beziehen sich unter anderem auf spezifische Leitlinien für psychopharmakologische, psychotherapeutische sowie psychosoziale Maßnahmen. Diese sind beispielsweise die DGPs-Leitlinie „Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen“ (Lincoln et al., 2018), die NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“ (NICE, 2014) sowie die AWMF-S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN, 2018) und die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2009).

Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung von Schizophrenie

Die AWMF-S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2019) empfiehlt unabhängig von der Krankheitsphase zusätzlich zu einer leitliniengerechten Pharmakotherapie auch psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen und eine Überwachung der somatischen Gesundheit (Empfehlungen 5 und 15, DGPPN, 2019). Der Behandlungsprozess soll mit Partizipation der Betroffenen erfolgen und unter Einbeziehen von Angehörigen und Vertrauenspersonen (Empfehlungen 11, 14 und 146, DGPPN, 2019). Alle beteiligten Institutionen und Fachdisziplinen sollen koordiniert zusammenarbeiten (Empfehlungen 11, 13, 14, 145, 146, DGPPN, 2019). Behandlungsziele sollen selbstbestimmte Lebensführung und Selbstbefähigung/Empowerment sein (Empfehlungen 11, 12, 146, DGPPN, 2019).

Empfehlungen für psychotherapeutische Interventionen

Eine strukturierte Psychoedukation soll für Betroffene angeboten werden, Angehörige und Vertrauenspersonen sollten einbezogen werden (Empfehlungen 59, 67 und 68, DGPPN, 2019). Psychoedukation informiert über die Erkrankung und Behandlung, sie steigert Verständnis und Eigenverantwortung (BPtK, 2019). Eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll zur Verbesserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden (Empfehlungen 60 bis 65, DGPPN, 2019). Metakognitives Training (MKT) sollte zur Reduktion der Positivsymptomatik angeboten werden (Empfehlung 66, DGPPN, 2019). MKT ist eine Variante der kognitiven Verhaltenstherapie mit interaktiven Übungen. Familieninterventionen sind unterstützende, edukative Anwendungen zur Förderung der Handlungskompetenz für Problemlösungen und Krisenintervention (NICE, 2014). Solche psychotherapeutischen Familieninterventionen sollen zur Reduktion der Wiedererkrankungs- und Re-Hospitalisierungsrate angeboten werden (Empfehlungen 70 bis 73, DGPPN, 2019).

In der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird Psychotherapie bei Schizophrenie seit 2014 uneingeschränkt empfohlen, in Kombination mit einer Psychopharmakotherapie, in allen Erkrankungsphasen und unabhängig davon, ob es sich um eine erste psychotische Episode oder eine andauernde Erkrankung handelt (BPtK, 2019; DGPPN, 2019; Lincoln et al., 2017). Psychotherapeutische Behandlungsformen entsprechend dieser Psychotherapie-Richtlinie sind niederschwellige psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen zur diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes und zur Klärung geeigneter Therapieverfahren, psychotherapeutische Intervention zur Akutbehandlung der Symptomatik und Rezidivprophylaxe im Anschluss an eine Langzeitbehandlung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2009).

Empfehlungen für psychosoziale Interventionen

Schizophrenie kann einen Ausbildungsabbruch, Arbeitsplatzverlust oder die Gefährdung sozialer, partnerschaftlicher oder familiärer Beziehungen zur Folge haben – das Ziel von psychosozialen Maßnahmen ist daher ein Zugewinn an sozialer und beruflicher Kompetenz, Autonomie und Teilhabe, um ein Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern (DGPPN, 2019). Ein Training sozialer Fertigkeiten soll angeboten werden (Empfehlung 74, DGPPN, 2019).

Das Training sozialer Fertigkeiten kann die soziale Kompetenz verbessern und die Rezidivrate reduzieren (Almerie et al., 2015), es kann außerdem die Negativsymptomatik reduzieren (Turner et al., 2017). Kognitive Remediation soll zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der psychosozialen Funktionsfähigkeit angeboten werden (Empfehlung 75, DGPPN, 2019).

Bei einer ersten Episode sollen psychosoziale Interventionen zur Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt angeboten werden (Empfehlung 132, DGPPN, 2019). Supported Employment mit berufsbegleitender Unterstützung soll angeboten werden (Empfehlung 141, DGPPN, 2019). Es sollten auch Programme nach dem Prinzip „erst trainieren – dann platzieren“ angeboten werden (Empfehlung 142, DGPPN, 2019). Psychosoziale Maßnahmen für Menschen mit Schizophrenie sollten außerdem Ausbildungsplatzangebote umfassen (Empfehlung 144, DGPPN, 2019). Menschen mit Schizophrenie sollten Bewegungsinterventionen und Sportinterventionen entsprechend persönlicher Neigung und Leistungsfähigkeit angeboten werden (Empfehlungen 81 und 82, DGPPN, 2019).

1.3. Perspektiven zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung

Die „Arbeitsgruppen (AG) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden“ (AOLG) verfassen regelmäßig Berichte für die Gesundheitsminister-Konferenz (GMK). Ein Schwerpunktthema aus dem Bericht der AG Psychiatrie von 2017 heißt „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe“. Darin informiert die AG Psychiatrie über Perspektiven für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland. Die Autoren betonen die Bedeutung von Angeboten, welche Teilhabe und Partizipation sowie die Inklusion der Betroffenen stärken und den personenzentrierten, bedarfsgerechten und kontinuierlichen Zugang zum Versorgungssystem ermöglichen. Die AG Psychiatrie empfiehlt den Ausbau solcher Angebote. Dabei beziehen sich die Autoren auf die UN Behindertenrechtskonvention von 2008 (UN-BRK), die 2009 vom Deutschen Bundestag ratifiziert wurde. Leitbild der UN-BRK ist die Inklusion und sie definiert Teilhabe für behinderte Menschen als uneingeschränktes und selbstverständliches Recht. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) regelt die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in Deutschland (BAR, 2018; BAR, 2019).

Die Autoren der AG Psychiatrie beschreiben im Bericht von 2017 auch die Bedeutung des individuellen, bedarfsgerechten Entlassmanagements von einer stationären Behandlung zur ambulanten Anbindung – zur Sicherung der kontinuierlichen Versorgung im Sinne der Teilhabeorientierung. „Das Entlassmanagement (§ 39 SGB V) ist in das Behandlungs- und Versorgungsmanagement im Rahmen der Zielsetzung einer sektorübergreifenden Versorgung (§ 11 SGB V) einzubinden“ (AOLG, 2017).

Teilweise ist eine Diskrepanz zwischen den evidenzbasierten Empfehlungen der Leitlinien sowie Expertengruppen und der klinischen Praxis zu beobachten (Janssen, 2020), denn der komplexe Behandlungsbedarf von Menschen mit Schizophrenie trifft auf ein deutsches Gesundheitssystem mit fraktionierten Strukturen und heterogenen Versorgungsangeboten, dies stellt sich in mancher Hinsicht als Problem heraus (Salize et al., 2015). Die Trennung in den ambulanten und stationären Sektor sowie das Nebeneinander benachbarter Fachgebiete und uneinheitlicher Versorgungsdienste erschweren die optimale Patientenversorgung. Ein Lösungsansatz ist das Modell der „Integrierten Versorgung“ (IV). Diese bietet großes Potential für die Schnittstellenoptimierung der Behandlungssektoren und einzelner Interventionen und infolgedessen für die Optimierung der komplexen Behandlung von Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind (Janssen, 2020). Die IV soll den komplexen und spezifischen Versorgungsbedarf aus medizinischer Behandlung und sozialer Betreuung abdecken (Weinmann et al., 2009), Interventionen koordinieren und Schnittstellen der Versorgungsangebote und Behandlungskette verbinden (Lambert et al., 2014 und 2015; Schmid et al., 2013).

1.4. Darstellung ambulanter Versorgungsstrukturen

Die wohnortnahe, ambulante Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland wird in der Regel von niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie und Hausärzten verantwortet (DGPPN, 2019). In die ambulante Versorgung involviert sind außerdem psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen, sozialpsychiatrische Dienste, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Fachpflegepersonal, Tageskliniken, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sowie gemeindenahe Institutionen und

aufsuchende Teams (z.B. häusliche Krankenpflege) und andere psychiatrisch Tätige wie Ergotherapeuten. Psychosoziale Angebote zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag, zur Förderung der sozialen und beruflichen Teilhabe und von Aktivitäten werden in der Regel von separaten spezialisierten Einrichtungen und Netzwerken durchgeführt (DGPPN, 2019). Die ambulante Anbindung ist in der Regel lebensweltorientiert ausgerichtet, auf Grund von Spezialisierung werden aber auch wohnortferne ambulante Angebote angeboten (AOLG, 2017).

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Psychiatrische Institutsambulanzen haben einen spezifischen ambulanten Versorgungsauftrag für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2019). Dieser Versorgungsauftrag ist in § 118 im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) definiert. Zielgruppe sind Betroffene mit einem komplexen, multiprofessionellen und intensiven Behandlungsbedarf und schwerwiegenden Beeinträchtigungen, für deren Versorgung die Leistungen von niedergelassenen Therapeuten und gemeindenahen Angeboten nicht ausreichen oder für die eine Intensivierung psychopharmakologischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen notwendig ist, Institutsambulanzen versorgen darüber hinaus psychopathologische Notfälle, außerdem besteht die Aufgabe in der direkten Nachsorge von stationär psychiatrischen Aufenthalten (DGPPN, 2019). „Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) hat sich nach mehr als drei Jahrzehnten als Versorgungsform etabliert und bewährt (Spengler, 2012)“. Eine zunehmende Zahl von Schizophrenie-Erkrankten wird in Psychiatrischen Institutsambulanzen betreut, 16,1% der PIA Patientinnen und Patienten in Bayern wiesen im Jahr 2015 eine Diagnose aus dem schizophrenen Spektrum auf (ICD-10 F2X.X), davon hatte über die Hälfte (56,2%) eine Schizophrenie (F20.X), schreibt das Bayerische Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung (BIDAQ, 2015). Laut S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie ist „eine Intensivierung der psychotherapeutischen Maßnahmen für Menschen mit einer Schizophrenie innerhalb der PIAs [...] wünschenswert. Dementsprechend sollten zusätzliche finanzielle Ressourcen und strukturelle Möglichkeiten zur Verfügung gestellt werden (DGPPN, 2019)“.

1.5. Gegenstand der Untersuchung

CHANCE ist eine neue ambulante, multiprofessionelle Versorgungsform zur Verbesserung der Versorgungssituation für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F2X.X), in den ersten Jahren der Erkrankung und in der direkten Nachsorge nach einem stationär psychiatrischen Aufenthalt. Im Mittelpunkt stehen die Betroffenen, deren medizinischer und psychosozialer Nutzen, die Versorgungsqualität sowie deren berufliche und soziale Teilhabe und Lebensqualität. CHANCE Interventionen und strukturelle Elemente orientieren sich an den Empfehlungen der AWMF-S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2019). Das ambulante Angebot umfasst psychopharmakologische und psychotherapeutische Interventionen, außerdem psychosoziale Maßnahmen zur Förderung von Beruf, Ausbildung und Sozialleben. CHANCE ist an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums in München in der Robert Vogel Ambulanz seit Mai 2016 im klinischen Versorgungsangebot implementiert. Seit dem Projektstart im März 2016 wird diese Spezialambulanz von der Robert Vogel Stiftung (www.robert-vogel-stiftung.de) gefördert. Der Name des CHANCE Programms erklärt sich daher, dass sich für Betroffene eine Chance für eine verbesserte Versorgung öffnet. Gleichzeitig vermeidet der Begriff eine Namensgebung wie „Psychose-Ambulanz“, um eine stigmatisierende Wirkung bei der Programmteilnahme zu vermeiden.

1.5.1. Strukturelle Elemente

Abgrenzung zu bestehender Versorgung

CHANCE ist ein multidisziplinäres Zusatzangebot (Add-on) ergänzend zur Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), speziell für Menschen mit Schizophrenie und einem besonders komplexen Behandlungsbedarf. Die neue ambulante Versorgungsform CHANCE zeichnet sich durch eine enge sektorübergreifende Anbindung zur Spezialstation für Psychosen aus, kombiniert mit einer Intensivierung der psychotherapeutischen und psychosozialen ambulanten Anbindung.

Tabelle 1: CHANCE Elemente, Abgrenzung zu bestehender Versorgung

PIA Add-on	Sektorübergreifende Vernetzung
Intensivierung der psychotherapeutischen und psychosozialen Anbindung	Verzahnung zwischen stationärer Behandlung und ambulanter Anbindung

Maßgebliche Rechtsnormen

Das Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) ist maßgeblich für die Elemente des CHANCE Programms zur nachstationären, ambulanten, sektorübergreifenden Versorgung (§11, §27, §39, §115a SGB V) sowie zur Förderung der Eigenverantwortung (§1 SGB V) und für die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen (§12 SGB V). Das SGB V ist darüber hinaus maßgeblich zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität (§63, §64b, §65 und §68b SGB V) und zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulanten Versorgungssektor und zwischen den Berufsgruppen (§11, §39, §115a, §140 SGB V). Das Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen wurde mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG, 2017) im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, 2009) neu gefasst. Das SGB IX ist maßgeblich für die CHANCE Elemente zur Förderung der beruflichen und sozialen Teilhabe von Menschen mit Schizophrenie und besonders großen psychosozialen Beeinträchtigungen.

Darstellung des multidisziplinären Teams

Die Maßnahmen des CHANCE Programms werden von einem auf die Behandlung von schizophrenen Psychosen (ICD-10 F20-F29) spezialisierten multiprofessionellen Team durchgeführt und koordiniert. Dieses ambulante Behandler-Team ist Teil des Arbeitsbereichs Psychosen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums. Es verantwortet die Behandlungsplanung gemeinsam, um dem komplexen Versorgungsbedarf gerecht zu werden und eine bestmögliche Behandlungsqualität zu sichern.

Ein zentrales Element der interdisziplinären Zusammenarbeit besteht in wöchentlichen teambasierten Fallbesprechungen. Das Team ist folgendermaßen nach Fachbereichen strukturiert.

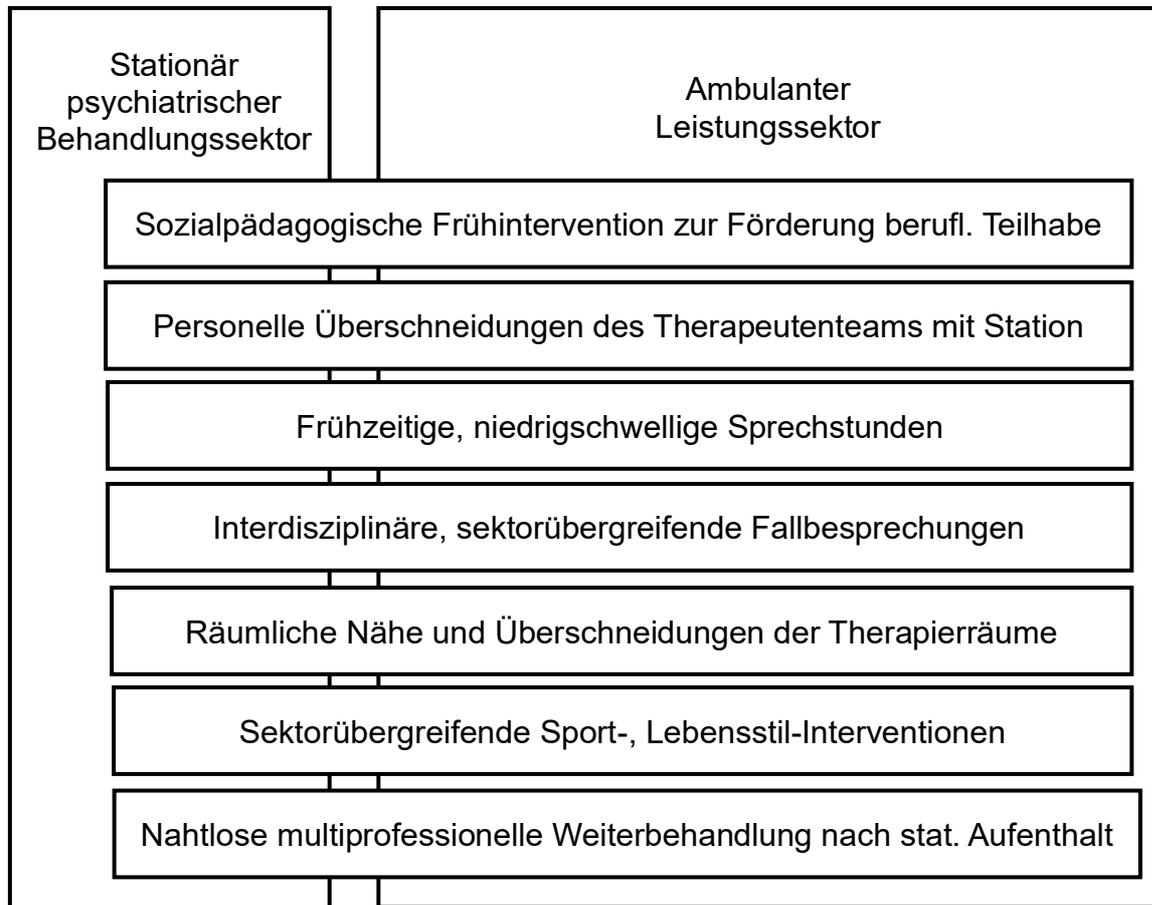
Ein zweiköpfiges ärztliches Team der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) verantwortet die pharmakotherapeutische Behandlung und Krisenintervention. Ein zweiköpfiges psychotherapeutisches Team führt kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Gruppentherapien durch. Ein zweiköpfiges sozialpädagogisches Team fördert die berufliche Teilhabe. Unterstützung kommt von weiteren Spezialisten: ein Sportwissenschaftler, eine Ernährungsberaterin, eine Erlebnispädagogin, eine Yogalehrerin, eine Fitnesstrainerin und ein EX-IN Genesungsbegleiter (Experienced Involvement = Einbindung eigener Psychiatrie-Erfahrung). Wichtige Elemente der Behandlungsplanung sind die Mitbestimmung der Betroffenen und das Einbeziehen von Angehörigen.

Darstellung struktureller, verbindender Elemente

Eine besonders enge Vernetzung besteht mit der Schwerpunktstation für Psychosen und mit der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Darüber hinaus findet die wöchentliche Sprechstunde in der Tagklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie statt. Die sektorübergreifende und interdisziplinäre Verzahnung zwischen Station und Ambulanz wird durch folgende personelle und räumliche Überschneidungen sowie Interventionen erreicht.

Das sozialpädagogische CHANCE-Team ist sowohl für die ambulante Nachsorge als auch für die Betreuung während des stationären Aufenthalts zuständig. Mindestens ein Teammitglied nimmt an den wöchentlichen interdisziplinären Fallbesprechungen der Spezialstation für Psychosen teil. Ein EX-IN Genesungsbegleiter betreut die Betroffenen sowohl auf Station als erfahrener Gesprächspartner, als auch in der ambulanten Anbindung als Tischtennis-Übungsleiter. Außerdem ist die ambulant tätige Erlebnispädagogin auch als Krankenpflegerin der Spezialstation für Psychosen tätig. CHANCE Therapieräume und Sprechstunden befinden sich in unmittelbarer Nähe der Station. Für stationäre Patientinnen und Patienten ist der Besuch der Sprechstunde mehrere Tage vor der geplanten Entlassung vorgesehen. Bereits während der stationären oder tagesklinischen Anbindung können Patientinnen und Patienten an kostenlosen Sportangeboten des ambulanten CHANCE Programms teilnehmen.

Abbildung 1: Grafische, vereinfachte Darstellung verbindender Elemente



Elemente zur Qualitätssicherung

Das Konzept zur Qualitätssicherung orientiert sich an den Kriterien des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Im Vordergrund der Evaluation steht die Wirksamkeit und der Nutzen für die Betroffenen, aber auch die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen.

1.5.2. Interventionen

Um die CHANCE Maßnahmen zu strukturieren, sind vier verschiedene Versorgungs-Module entsprechend den Fachbereichen definiert. Erstens die psychopharmakologische Behandlung mit Krisenambulanz in der PIA, zweitens psychotherapeutische Maßnahmen, drittens das Modul Arbeit & Soziales und viertens das Modul Sport & Freizeit.

Abbildung 2: CHANCE Interventionen und Versorgungsmodule

<p>Modul Institutsambulanz</p> <p>Interventionen Einzelsitzungen, psychopharmakologische Behandlung, 24/7 Krisenambulanz</p>	<p>Modul Psychotherapie</p> <p>Interventionen Einzel & Gruppe, Sprechstunde, KVT, Psychoedukation, MKT, Trainings sozialer Fertigkeiten, Angehörigenarbeit, Entspannungs- Verfahren</p>	<p>Modul Arbeit & Soziales</p> <p>Interventionen Einzel & Gruppe Sozial- pädagogische Frühintervention, berufsbegleitende Maßnahmen, Training sozialer Fertigkeiten, Hilfe bei Wohnung, Finanzen, Recht</p>	<p>Modul Sport & Freizeit</p> <p>Interventionen Einzel & Gruppe Sporttherapie Fitness, Yoga, Joggen, Tischtennis, Freizeitaktivitäten, Kochgruppe</p>
--	---	---	---

Interventionen im Modul Psychotherapie

Psychotherapeutische Anwendungen des CHANCE Programms orientieren sich an den Empfehlungen der nationalen AWMF-S3-Behandlungsleitlinie für Schizophrenie (DGPPN, 2019) und an der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2009) sowie an der NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“ (2014). CHANCE umfasst dabei folgende ambulante psychotherapeutische Individual- und Gruppentherapien. Eine ambulante kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Einzelbehandlung verfolgt das Ziel der Reduzierung von Plus- und Minussymptomatik. Diese umfasst eine probatorische Sitzung, eine Langzeitbehandlung mit Intervention zur Akutbehandlung und eine anschließende Rezidivprophylaxe. Eine ambulante Gruppentherapie verfolgt das primäre Ziel der Bewältigung einer Minussymptomatik nach einer Psychose. Diese findet in wöchentlichen Sitzungen über vier Monate mit modularem Aufbau statt. Behandlungsschwerpunkte sind die Psychoedukation zur Förderung der Handlungskompetenz und des Krankheitsverständnisses, die Aktivierung und Tagesstruktur, Kognition, soziale Interaktion und Selbstwert. Eine Emotions- und Stigma-fokussierte Angehörigengruppen findet in 14-tägigen Sitzungen über ein halbes Jahr statt. Der modulare Aufbau umfasst folgende Behandlungsschwerpunkte: die Aufklärung über psychotische Erkrankungsbilder, einen emotionsfokussierten Austausch über den Umgang mit den Erkrankten, die Bewältigung von Stigmatisierung und Hürden bei der Unterstützung.

Eine psychotherapeutische Sprechstunde findet wöchentlich statt. Sie wird den Betroffenen nach Voranmeldung in zwei Terminen mit je 30 Minuten als individuelle Sitzung und Gruppe angeboten. Schwerpunkte sind die Bedarfs- und Motivationsklärung, die Überbrückung bis zum Therapiebeginn und zur langfristigen Anbindung nach Abschluss der Therapie sowie zur Vertiefung von Gruppeninhalten bei Betroffenen.

Interventionen im Modul Arbeit & Soziales

Die psychosozialen Maßnahmen im CHANCE Modul „Arbeit & Soziales“ orientieren sich an der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2019) für psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen. Diese Leitlinie adaptiert die Empfehlungen der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien (DGPPN, 2018) für Betroffene mit schweren psychotischen Erkrankungen spezifisch für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Vorrangige Versorgungsziele sind die möglichst frühzeitige und stabile berufliche Rehabilitation, darüber hinaus die Verbesserung der Teilhabe und Partizipation sowie die Steigerung des Selbstwertes. Die sozialpädagogische Frühintervention beginnt berufsvorbereitend bereits während des stationären Aufenthalts und wird dann ambulant und berufsbegleitend (Supported Employment) fortgesetzt. Diese Frühintervention findet in Einzelsitzungen statt und orientiert sich an den Präferenzen und am Bedarf sowie an den Ressourcen und Stärken der Betroffenen. Ziel dieser Maßnahmen ist es, den Verlust des Arbeits-, Studien- oder Ausbildungsplatzes zu verhindern. Dazu wird die möglichst frühzeitige (Wieder-) Eingliederung angestrebt, um längere Unterbrechungen des Berufslebens, der Ausbildung, Schule oder des Studiums zu vermeiden. Entsprechend individueller Möglichkeiten und Präferenzen der Betroffenen besteht alternativ die Option, den beruflichen (Wieder-) Einstieg mit Hilfe beruflicher Trainingszentren (BTZ) oder Rehabilitationseinrichtungen vorzubereiten (RPK). Die sozialpädagogische Unterstützung umfasst dann entsprechende organisatorische Hilfe zur Überbrückung. Hilfe bei Behörden, der Wohnungssituation, finanzielle Beratung und Rechtsberatung ergänzen das sozialpädagogische Hilfsangebot. Ein niederschwelliges, berufliches, ambulantes Training wird in Form einer CHANCE-Jobwärts-Gruppe angeboten. Diese stellt ein ressourcenorientiertes Training für den Berufseinstieg dar.

Soziale Kompetenzen im Bewerbungsprozess und Beruf stehen dabei im Mittelpunkt des Trainings. Die CHANCE-Kompetenz-Gruppe ist ein niederschwelliges Angebot mit spielerischen Übungen zur Förderung von sozialer und emotionaler Kompetenz und Metakognition. Diese Gruppe findet wöchentlich über zwei Monate statt. Schwerpunkte sind psychoedukative Inhalte, Metakognitives Training und das Training sozialer Fertigkeiten.

Interventionen im Modul Sport & Freizeit

Psychosoziale Maßnahmen im CHANCE Modul „Sport & Freizeit“ orientieren sich an der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2019) und der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien (DGPPN, 2018). Die Ziele der folgenden Interventionen bestehen darin, die Betroffenen zu einer gesünderen und aktiven Lebensweise zu motivieren, ihre Fitness und körperliche Gesundheit zu verbessern und ihre soziale Teilhabe zu fördern. Soziale Freizeitaktivitäten mit saisonal wechselnden Angeboten werden zweimal pro Monat als Tagesausflüge (z. B. Wanderungen) oder Halbtagesausflüge (z. B. Bowling) angeboten. Das CHANCE Programm beinhaltet außerdem eine wöchentliche Kochgruppe und eine Ernährungsberatung in Einzelsitzungen sowie eine monatliche halbtägige Kochwerkstatt zum Thema gesunde Ernährung. Ein Yogakurs (1,5 Stunden) und ein Fitnesskurs (1 Stunde) finden jeweils einmal pro Woche abends statt. Ein Tischtenniskurs wird wöchentlich von einem EX-IN Genesungsbegleiter angeboten. Eine Laufgruppe für Anfänger (30-40 Minuten) findet wöchentlich statt. Außerdem wird die Teilnahme an der Laufveranstaltung „Wings for Life“ (<https://www.wingsforlifeworldrun.com/de>) jährlich angeboten. Diese Laufveranstaltung hat mehr den Charakter eines sozialen Events und nicht eines Wettkampfes. Ein aerobes Ausdauertraining auf Fahrradergometern wird darüber hinaus einmal wöchentlich angeboten (40-50 Minuten).

2. Material und Methoden

2.1. Studiendesign, Ablauf, Population, Hypothesen und Datenschutz

Es handelt sich um eine monozentrische Beobachtungsstudie mit anonymisierter Datenerhebung. Sie analysiert retrospektiv extrahierte, klinische Routinedaten aus den Jahren 2018 und 2019. Ein positives Ethikvotum (Projekt-Nummer: 20-190 vom 06.04.2020) liegt vor. Zusätzlich werden prospektiv und systematisch erhobene patientenberichtete Parameter aus den Jahren 2016 bis 2019 ausgewertet. Es wird kein Bildmaterial oder Biomaterial analysiert.

Studienpopulation

Die Gesamtpopulation dieser Untersuchung sind Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 60 Jahren mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F2X.X) mit multiprofessionellem, ambulantem Behandlungsbedarf in den Jahren 2016 bis 2019 in München.

Hypothesen

Die vorliegende Studie untersucht die medizinische Wirksamkeit, den psychosozialen Nutzen und die Akzeptanz der neuen Versorgungsstruktur für die Studienpopulation anhand folgender Hypothesen:

1. CHANCE reduziert das Risiko für Rückfälle.
2. CHANCE verbessert die psychosoziale Teilhabe.
3. CHANCE schließt eine Versorgungslücke.

Studienablauf

Der Ablauf dieser Studie gliedert sich in folgende Abschnitte, die ausschließlich innerhalb der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums durchgeführt werden.

1. Prospektive Datenerhebung patientenberichteter Parameter.
2. Retrospektive Datenextraktion von klinischen Routinedaten.
3. Anonymisierte Speicherung in einer lokalen Datenbank des LMU Klinikums.
4. Analyse der Daten in der irreversibel anonymisierten Datenbank per SPSS.

Datenmanagement und Datenschutz

Dem Datenschutz wird höchste Priorität zugemessen. Zur Wahrung des Datenschutzes werden folgende Anonymisierungsschritte durchgeführt:

1. Zunächst wird vom Studienleiter eine Patientenliste erstellt.
2. Daraufhin wird diese Liste mit Patientennummern pseudonymisiert.
3. Mit der Patientenummer erfolgt die Datenextraktion (Akte).
4. Diese Daten werden anschließend in einer lokalen Datenbank der Klinik gespeichert und mit einer laufenden Studiennummer (1 bis xxx) ergänzt.
5. Schließlich erfolgte die Anonymisierung mit der Löschung der Patientennummern aus der Datenbank. Die Liste, in der eine Zuordnung der laufenden Studiennummer zur Patientenummer möglich ist, wird lokal in der Klinik gespeichert und ist nur dem Studienleiter zugänglich.
6. Basierend auf dieser laufenden Studiennummer wird ein zweiter Code generiert unter dem die Daten in der Datenbank gespeichert werden.

Alle Arbeitsschritte der Studie werden innerhalb der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums durchgeführt. Die Archivierung der vorhandenen Daten folgt den rechtlichen Vorgaben für klinische Daten in der Patientenakte. Die Daten der Begleitevaluation (patientenberichtete Parameter) werden in einem abschließbaren Raum und Schrank der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie aufbewahrt und sind nur dem Studienleiter zugänglich. Die Datenbank wird entsprechend den Empfehlungen der guten klinischen Praxis (GCP = Good Clinical Practice) für mindestens zehn Jahre archiviert.

2.2. Statistische Untersuchungsmethoden

2.2.1. Analyse retrospektiv extrahierter klinischer Routinedaten

In der vorliegenden Studie werden klinische Routinedaten der Ambulanten Basisdokumentation (AmBADO, vgl. Anhang D) aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums aus den Jahren 2018 und 2019 vom Studienleiter retrospektiv erhoben. Anhand von Patientennummern identifiziert der Studienleiter im Klinischen Informationssystem (KIS) oder im Archiv (Akte) diese Daten und extrahiert sie anschließend. AmBADO ist ein standardisiertes Daten-Erhebungsinstrument zur Qualitätssicherung für die Erwachsenenpsychiatrie (Berger und Welschehold, 2002). Dieses wird in Form mehrerer standardisierter Fragebögen in den bayerischen Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) vom PIA-Team ausgefüllt und vom Bayerischen Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung ausgewertet (BIDAQ, 2015). Der GAF-Wert (Global Assessment Scale of Functioning, vgl. Anhang A) wird ebenfalls in der AmBADO erhoben, damit beurteilen Ärztinnen und Therapeuten anhand eines einzigen Zahlenwertes (1-100) die Schwere der psychopathologischen Symptome und das psychosoziale Funktionsniveau, also die berufliche und soziale Beeinträchtigung (Saß et al., 2003).

Tabelle 2: Darstellung der klinischen Daten

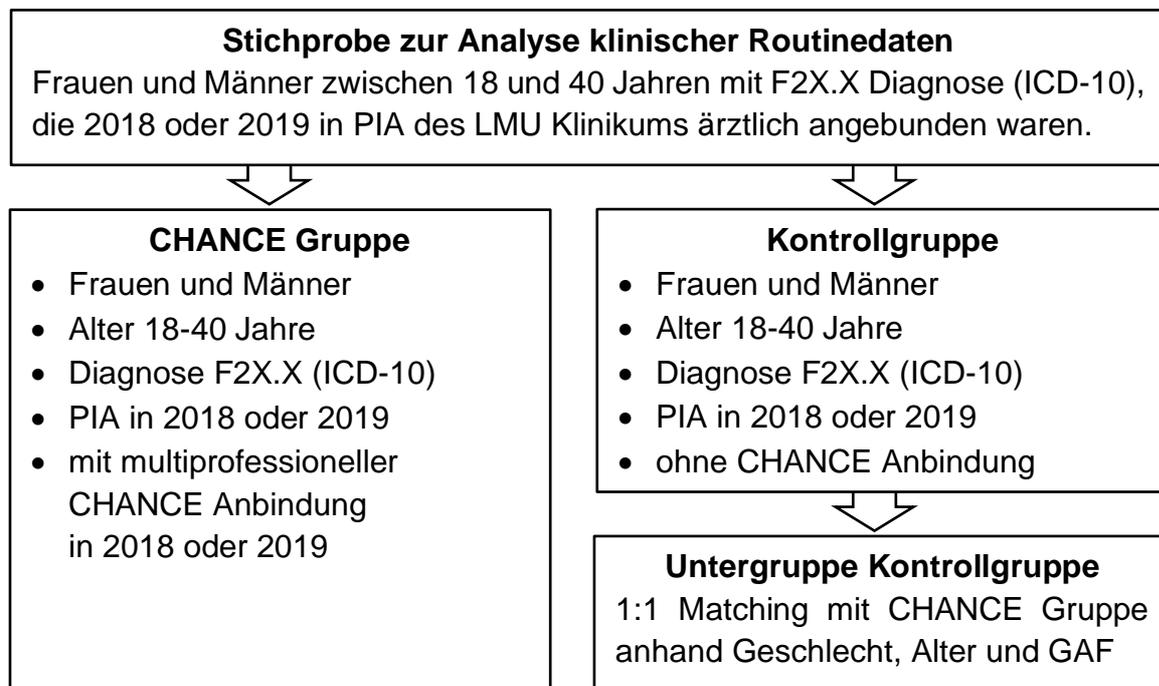
Klinische Routinedaten, die in dieser Studie analysiert werden
Alter
Geschlecht
Primäre Diagnose (ICD-10)
Standardversorgung oder CHANCE Versorgung
Anbindungsdauer in Monaten
Behandlerkontakte
Funktionalität im Alltag (GAF-Werte)
Anzahl stationär psychiatrischer Aufenthalte (SPA)
Dauer stationär psychiatrischer Aufenthalte (in Tagen)

Auswahl der Stichprobe

Die Stichprobe zur Analyse klinischer Routinedaten bilden Menschen im Alter zwischen 18 und 40 Jahren mit der primären Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F2X.X), die in den Jahren 2018 oder 2019 in der Psychiatrischen Institutsambulanz des LMU Klinikums ärztlich angebunden waren.

Die CHANCE Untergruppe bilden Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 40 Jahren mit F2X.X-Diagnose (ICD-10), die 2018 oder 2019 in der PIA und zusätzlich im CHANCE Programm multiprofessionell angebunden waren. Die Kontrollgruppe für die primäre Vergleichsanalyse ist ebenfalls eine Untergruppe der Stichprobe. Diese bilden Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 40 Jahren mit F2X.X-Diagnose (ICD-10), die 2018 oder 2019 in der PIA angebunden waren, aber nicht im CHANCE Programm. Die sekundäre Empfindlichkeitsanalyse wird anhand einer Untergruppe der Kontrollgruppe durchgeführt. Diese wird aus der Kontrollgruppe per 1:1 Matching-Verfahren ausgewählt. Diese Auswahl erfolgte anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und GAF-Wert, um die Vergleichbarkeit zur Gruppe zu gewährleisten.

Abbildung 3: Stichproben und Einschlusskriterien zur Analyse klinischer Daten



Methodisches Vorgehen

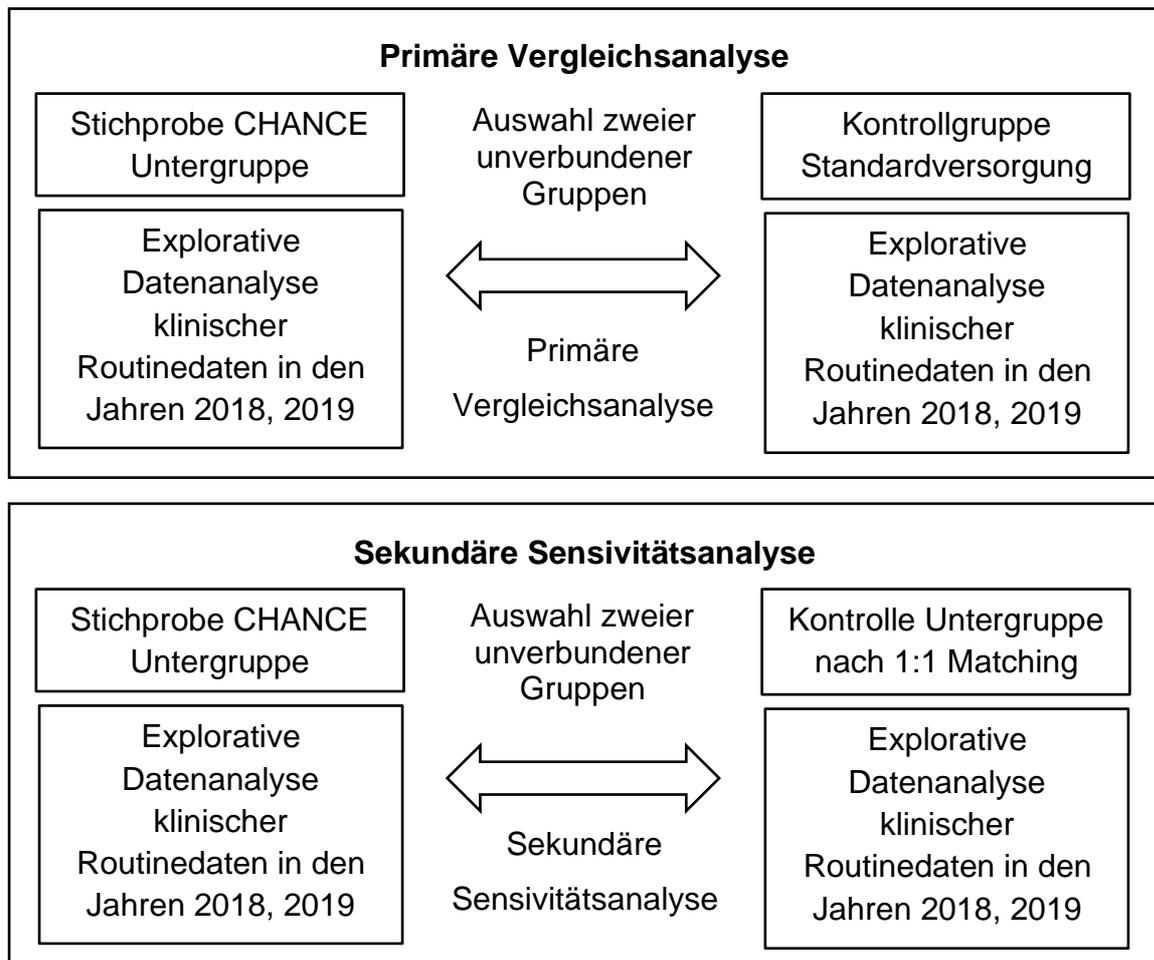
Zur Analyse der klinischen Routinedaten wird zunächst eine explorative Datenanalyse durchgeführt. Im Anschluss wird eine primäre Vergleichsanalyse und daraufhin eine sekundäre Sensitivitätsanalyse durchgeführt, das Signifikanzniveau wird auf 5 % ($p=0,05$) festgesetzt. Alle statistischen Analysen werden mit SPSS 26 (IBM Germany GmbH, Deutschland) berechnet und erstellt.

Tabelle 3: Endpunkte für die Analyse klinischer Daten

Endpunkte
Anbindungsdauer
Kontakte zum Behandlersteam pro Person pro Monat
Re-Hospitalisierungsquote (Personen mit ≥ 1 stationärem Aufenthalt)
Stationär psychiatrische Aufenthaltsdauer pro Aufenthalt
Stationär psychiatrische Aufenthaltsdauer pro Person

Für die explorative Datenanalyse wird zunächst ein Test auf Normalverteilung durchgeführt. Für parametrische Voraussetzungen werden Mittelwert mit Standardabweichung berechnet. Für Variablen, bei denen die Annahme einer Normalverteilung verletzt ist, werden Median und Perzentile berechnet. Wenn parametrische Voraussetzungen erfüllt sind, werden anschließend Mittelwertvergleiche mit dem t-Test oder dem Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Wenn parametrische Voraussetzungen nicht erfüllt sind, dann wird der Wilcoxon-Rangsummen-Test (Mann-Whitney) durchgeführt.

Abbildung 4: Methodik der Analyse klinischer Daten



2.2.2. Analyse prospektiv erhobener patientenberichteter Parameter

Die anonymisierte Begleitevaluation des CHANCE Programms besteht aus strukturiert erhobenen patientenberichteten Parametern. Diese werden mit Likert-Bewertungsskalen zur Beurteilung der Lebensqualität (Krzych et al., 2018) und persönlicher Einstellungen gemessen. Ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums hat dazu auf der Grundlage mehrjähriger klinisch-wissenschaftlicher Erfahrung zwei Fragebögen erstellt. Ein Erstkontaktfragebogen mit 31 patientenberichteten Parametern kann direkt im Anschluss an den initialen Kontakt mit dem CHANCE Team (Sprechstunde/Beratungsgespräch) freiwillig ausgefüllt werden. Ein Verlaufsfragebogen mit 36 patientenberichteten Parametern kann ebenfalls freiwillig alle drei Monate ausgefüllt werden.

Tabelle 4: Eingangfragebogen (vgl. Anhang B)

Wie sehr interessieren Sie die folgenden Angebote der Robert-Vogel-Spezialambulanz? (1= sehr, 2=einigermaßen, 3=nicht so, 4=gar nicht)												
Sport	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Freizeitangebote	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Ernährung und Kochen	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Unterstützung im Bereich Ausbildung und Beruf	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Unterstützung im Bereich Wohnen	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Unterstützung bei Behördengängen	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Psychotherapie Einzel	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Psychotherapie Gruppe	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Andere Gruppenangebote	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Psychiatrische Versorgung	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
(1= sehr, 2=einigermaßen, 3=nicht so, 4=gar nicht)												
Sind Sie mit Ihrer psychischen Gesundheit zufrieden?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit zufrieden?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Haben Sie den Wunsch sich zu verändern?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Erhalten Sie Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Verbringen Sie momentan gerne Zeit mit Freunden?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Sind Sie mit Ihrem aktuellen Sozialleben zufrieden?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Sind Sie mit Ihrer aktuellen beruflichen Situation zufrieden?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Sind Sie mit Ihrer aktuellen finanziellen Situation zufrieden?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4				
Sind Sie derzeit berufstätig?	<input type="radio"/>	Ja			<input type="radio"/>	Nein						
Haben Sie derzeit einen Partner / eine Partnerin?	<input type="radio"/>	Ja			<input type="radio"/>	Nein						
Gab es in der Vergangenheit bereits eine Psychotherapie?	<input type="radio"/>	Ja			<input type="radio"/>	Nein						
Haben Sie momentan einen ambulanten Psychologen?	<input type="radio"/>	Ja			<input type="radio"/>	Nein						
Haben Sie bereits einen Psychiater außerhalb der Klinik?	<input type="radio"/>	Ja			<input type="radio"/>	Nein						
Wie oft treiben Sie aktuell Sport?	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>	1x/Monat	<input type="radio"/>	1x/Woche	<input type="radio"/>	Mehrmals/Woche				
Wie oft treffen Sie Menschen, die Ihnen wichtig sind?	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>	1x/Monat	<input type="radio"/>	1x/Woche	<input type="radio"/>	Mehrmals/Woche				
Was ist Ihr Höchster Schulabschluss?	<input type="radio"/>	Kein Abschluss	<input type="radio"/>	Mittelschule	<input type="radio"/>	Realschule	<input type="radio"/>	Gymnasium				
Was ist Ihr Höchster Ausbildungsabschluss?	<input type="radio"/>	Kein Abschluss	<input type="radio"/>	Lehre	<input type="radio"/>	Ausbildung	<input type="radio"/>	FH/Uni				
Wie wohnen Sie aktuell?	<input type="radio"/>	Therapeutische Einrichtung	<input type="radio"/>	WG	<input type="radio"/>	mit Partner/in	<input type="radio"/>	mit Eltern	<input type="radio"/>	Allein		
Was ist Ihre derzeitige Haupteinnahmequelle?	<input type="radio"/>	ALG I	<input type="radio"/>	ALG II	<input type="radio"/>	Rente	<input type="radio"/>	Gehalt	<input type="radio"/>	Rücklagen	<input type="radio"/>	anders

Tabelle 5: Quartalsweise erhobener Verlaufs-Fragebogen (vgl. Anhang C)

Wie sehr haben Ihnen folgende Angebote der Robert-Vogel-Spezialambulanz gefallen? (0= nicht teilgenommen, 1= sehr gut, 2=eher gut, 3= eher nicht gut, 4=gar nicht gut)						
Sport	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Freizeitangebote	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Ernährung und Kochen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung im Bereich Ausbildung und Beruf	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung im Bereich Wohnen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung bei Behördengängen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychotherapie Einzel	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychotherapie Gruppe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Andere Gruppenangebote	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychiatrische Versorgung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Wie sehr haben Ihnen folgende Angebote der Robert-Vogel-Spezialambulanz geholfen? (0= nicht teilgenommen, 1= sehr gut, 2=eher gut, 3= eher nicht gut, 4=gar nicht gut)						
Sport (Yoga, Fitness, Laufgruppe usw.)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Freizeitangebote (Aktivitäten und Ausflüge)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Ernährung und Kochen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung im Bereich Ausbildung und Beruf	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung im Bereich Wohnen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung bei Behördengängen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychotherapie Einzel	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychotherapie Gruppe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Andere Gruppenangebote	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychiatrische Versorgung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
1=sehr gut, 2=eher ja, 3=teils-teils, 4=eher nein, 5=gar nicht						
Haben Sie sich seit Beginn Ihrer Teilnahme an CHANCE verändert?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer psychischen Gesundheit zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Erhalten Sie Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Verbringen Sie momentan gerne Zeit mit Freunden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrem aktuellen Sozialleben zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer aktuellen beruflichen Situation zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer aktuellen finanziellen Situation zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Weitere Fragen						
Sind Sie derzeit berufstätig?				<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Haben Sie derzeit einen Partner / eine Partnerin?				<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Wurden Sie an einen niedergelassenen Psychiater vermittelt?				<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Wie oft treiben Sie aktuell Sport?	<input type="radio"/> Gar nicht	<input type="radio"/> 1x/Monat	<input type="radio"/> 1x/Woche	<input type="radio"/> Mehrmals/Woche		
Wie oft treffen Sie Menschen, die Ihnen wichtig sind?	<input type="radio"/> Gar nicht	<input type="radio"/> 1x/Monat	<input type="radio"/> 1x/Woche	<input type="radio"/> Mehrmals/Woche		
Wie wohnen Sie aktuell?	<input type="radio"/> Therapeutische Einrichtung	<input type="radio"/> WG	<input type="radio"/> mit Partner/in	<input type="radio"/> mit Eltern	<input type="radio"/> Allein	
Was ist Ihre derzeitige Haupteinnahmequelle?	<input type="radio"/> ALG I	<input type="radio"/> ALG II	<input type="radio"/> Rente	<input type="radio"/> Gehalt	<input type="radio"/> Rücklagen	<input type="radio"/> anders

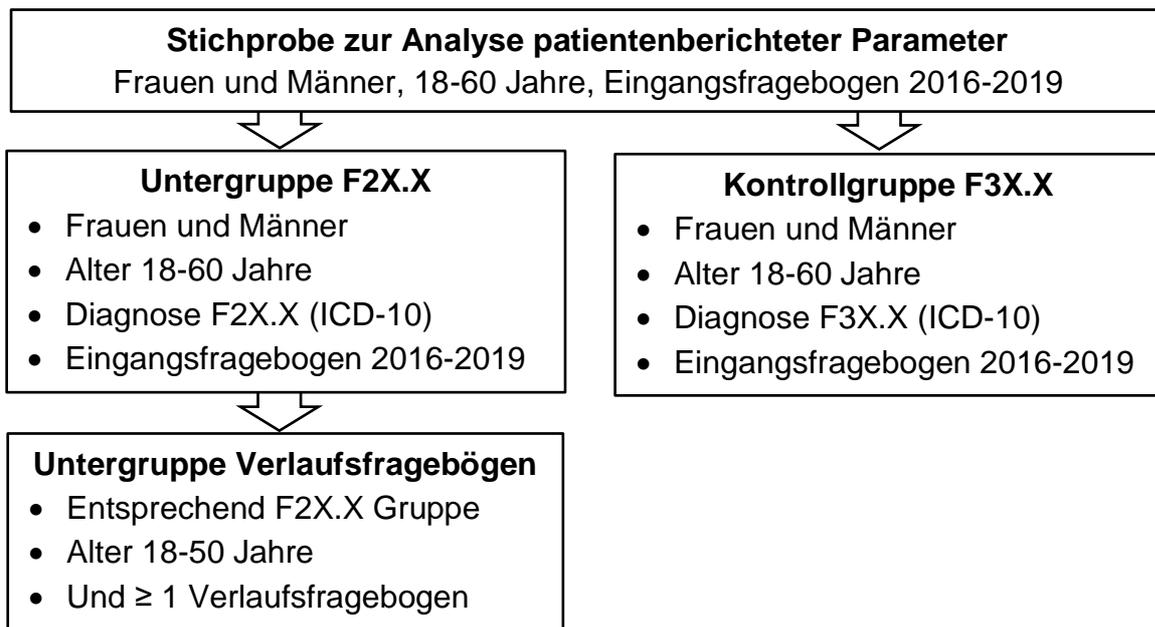
Auswahl der Stichprobe

Die Stichprobe zur Analyse patientenberichteter Parameter bilden Menschen im Alter zwischen 18 und 60 Jahren, die in den Jahren 2016 bis 2019 einen Eingangsfragebogen für das CHANCE Programm am LMU Klinikum ausgefüllt haben. Die Eingangsfragebögen werden anhand einer Untergruppe der Stichprobe ausgewertet. Diese Untergruppe bilden Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 60 Jahren mit F2X.X-Diagnose (ICD-10).

Die Kontrollgruppe zur Analyse der Eingangsfragebögen ist ebenfalls eine Untergruppe der Stichprobe. Diese Gruppe bilden Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 60 Jahren mit affektiver Störung (F3X.X nach ICD-10).

Die Verlaufsfragebögen werden an einer weiteren Untergruppe ausgewertet. Diese Gruppe bilden Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 50 Jahren mit F2X.X-Diagnose (ICD-10), die in den Jahren 2016 bis 2019 zusätzlich zum Eingangsfragebogen mindestens einen Verlaufsfragebogen ausgefüllt haben.

Abbildung 5: Stichproben zur Analyse patientenberichteter Parameter



Methodisches Vorgehen

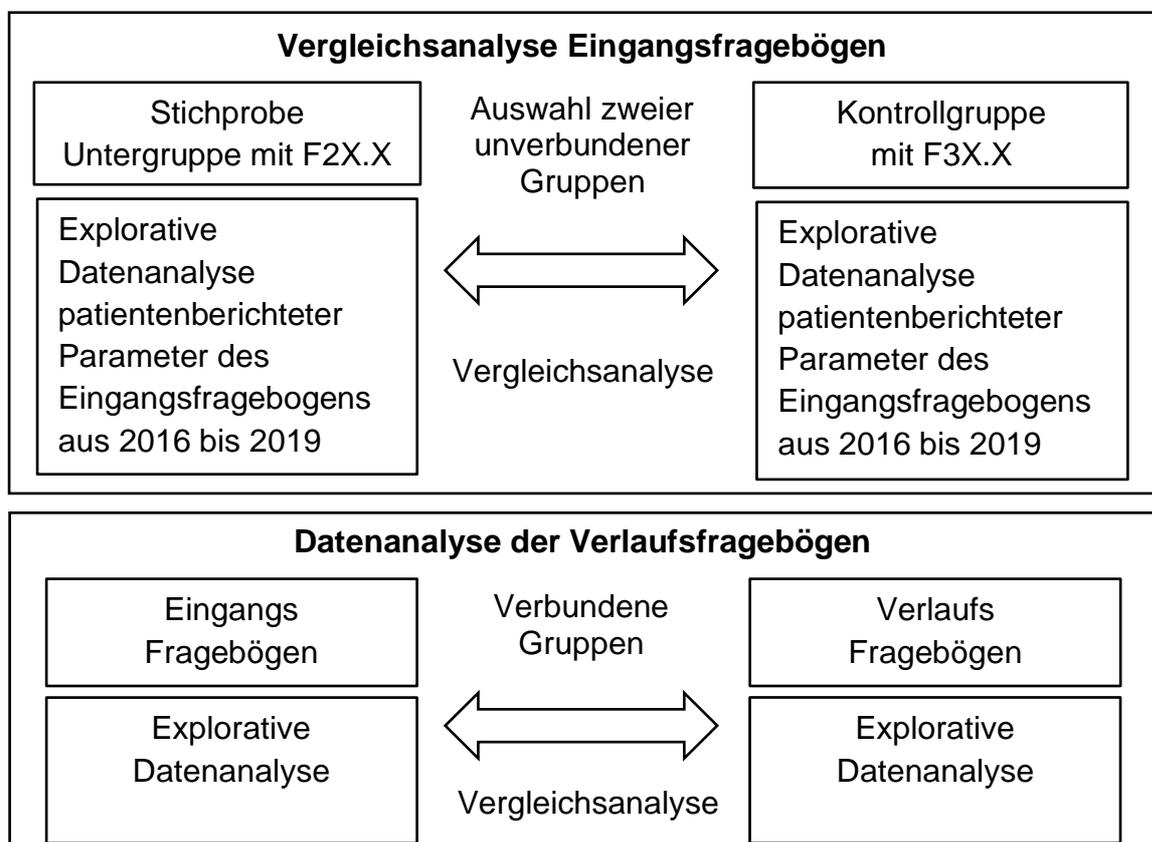
Zur Analyse patientenberichteter Parameter wird zunächst eine explorative Datenanalyse der Eingangsfragebögen und der Verlaufsfragebögen durchgeführt. Im Anschluss wird eine Vergleichsanalyse durchgeführt, das Signifikanzniveau wird auf 5 % ($p=0,05$) festgesetzt. Verglichen wird eine Stichprobe mit Personen mit F2X.X-Diagnose (ICD-10) und eine Stichprobe mit Personen mit F3X.X-Diagnose (ICD-10). Alle statistischen Analysen werden mit SPSS 26 (IBM Germany GmbH, Deutschland) berechnet und erstellt.

Tabelle 6: Endpunkte für die Analyse patientenberichteter Parameter

Endpunkte der Analyse der Eingangsfragebögen
Interesse an den CHANCE Interventionen Berufliche Situation Soziale Lebenssituation
Endpunkte der Analyse der Verlaufsfragebögen
Berufliche Teilhabe Soziale Lebenssituation Beurteilung des Nutzens: Haben die CHANCE Maßnahmen geholfen? Beurteilung der Akzeptanz: Haben die CHANCE Maßnahmen gefallen?

Für die explorative Datenanalyse wird zunächst ein Test auf Normalverteilung durchgeführt. Für parametrische Voraussetzungen werden Mittelwert mit Standardabweichung berechnet. Für Variablen, bei denen die Annahme einer Normalverteilung verletzt ist, werden Median und Perzentile berechnet. Wenn parametrische Voraussetzungen erfüllt sind, werden anschließend Mittelwertvergleiche mit dem t-Test oder dem Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Wenn parametrische Voraussetzungen nicht erfüllt sind, dann wird der Wilcoxon-Rangsummen-Test (Mann-Whitney) durchgeführt.

Abbildung 6: Methodik der Analyse patientenberichteter Parameter



3. Ergebnisse

3.1. Ergebnisse der Analyse klinischer Routinedaten

3.1.1. Charakteristik der Stichprobe

Es sind 194 Personen im klinischen Informationssystem (KIS) des LMU Klinikums dokumentiert, die 2018 und 2019 zwischen 18 und 40 Jahre alt waren und die in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des LMU Klinikums mit einer primären Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F2X.X) angebunden waren. Davon sind 32% Frauen (n=62) und 68% Männer (n=132). Der Altersdurchschnitt liegt bei 29,37 Jahren ($\pm 0,479$). Der initiale GAF-Wert liegt bei 52,86 ($\pm 9,851$). Das entspricht mäßig ausgeprägten Symptomen oder mäßigen Schwierigkeiten im Sozial- oder Berufsleben (vgl. Anhang A und Saß et al., 2003). Bei 52 Personen der Stichprobe (26,8%) ist eine multiprofessionelle CHANCE Anbindung (Mittelwert 2,63 CHANCE Versorgungsmodule) dokumentiert. Bei 142 Personen (73,2%) bestand eine Standardversorgung in der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Tabelle 7: Klinische Daten, Charakteristik der Stichproben

	CHANCE Programm	Kontrollgruppe TAU	Kontrolle Untergruppe TAU 1:1 Matching
Anzahl n	52	142	52
Geschlecht	Frauen 28,8% (n=15) Männer 71,2% (n=37)	Frauen 33,1% (n=47) Männer 66,9% (n=95)	Frauen 28,8% (n=15) Männer 71,2% (n=37)
Alter M (SD)	28,21 Jahre ($\pm 5,859$)	30,17 Jahre ($\pm 6,349$)	28,27 Jahre ($\pm 5,928$)
GAF M (SD)	53,21 ($\pm 10,032$) n=43	52,74 ($\pm 9,826$) n=129	53,51 ($\pm 9,723$) n=45
Legende: TAU=Treatment as usual (engl. für Standardbehandlung), M=mean (engl. für Mittelwert), SD=standard deviation (engl. für Standardabweichung)			

Die folgende Grafik und Tabelle geben eine Übersicht über die deskriptiven Ergebnisse der klinischen Routinedaten. Merkmale zur Unterscheidung und Beschreibung der Standardversorgung und der CHANCE Versorgung sind die Anbindungsdauer und die Anzahl der Behandlerkontakte. Parameter zur Beurteilung des Nutzens für die Betroffenen sind die Anzahl und die Dauer stationärer psychiatrischer Aufenthalte.

Abbildung 7: Klinische Daten, Personen mit CHANCE und Standardversorgung

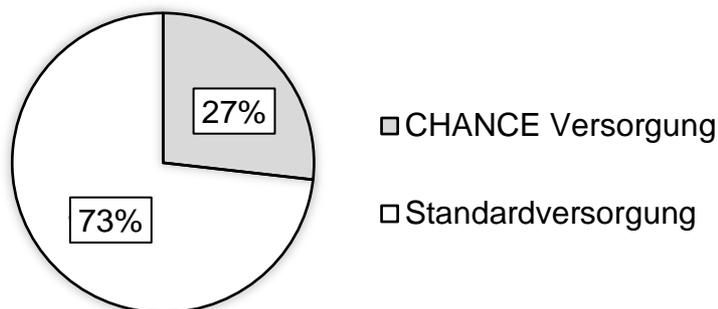


Tabelle 8: Klinische Daten, deskriptive Darstellung der Versorgungsform

Deskriptive Darstellung Klinischer Routinedaten	CHANCE	Kontrolle TAU	Kontrolle Untergruppe 1:1 Matching
Untersuchungszeitraum	2 Jahre	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl n	52	142	52
Anbindungsdauer in Monaten	477	1716	533
Behandlerkontakte insgesamt	1618	2121	608
Anzahl stationärer Aufenthalte (=Events)	13	50	26
Anzahl Personen mit ≥ 1 SPA	11	36	17
Stationäre Tage insgesamt	721	2429	1114
Legende: SPA=Stationär psychiatrischer Aufenthalt, TAU=Treatment as usual (engl. für Standardbehandlung),			

3.1.2. Primäre Vergleichsanalyse klinischer Routinedaten

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die primäre Vergleichsanalyse. Ein signifikanter Unterschied ($p < .001$) kann für die Kontaktrate festgestellt werden. Für die CHANCE Gruppe sind 4,763 Kontakte pro Person pro Monat ($SD \pm 4,5412$) dokumentiert, für die Kontrollgruppe mit Standardversorgung sind 1,392 Kontakte pro Monat pro Person ($SD \pm 0,9756$) dokumentiert. Ein auffälliger aber nicht signifikanter Unterschied ($p = .012$) ist für die Anbindungsdauer feststellbar. Die primäre Vergleichsanalyse für die Dauer stationärer Aufenthalte sowie der Re-Hospitalisierungsquote ergeben keinen signifikanten Unterschied. Allerdings ist eine Tendenz zu erkennen: Die Re-Hospitalisierungsquote im CHANCE Programm ($n=52$) liegt mit 21,2% geringer als in der Kontrollgruppe ($n=142$) mit 25,4%.

Tabelle 9: Klinische Daten, Ergebnisse der primären Vergleichsanalyse

Primäre Endpunkte der Studie Vergleichsanalyse	CHANCE Programm n=52	Kontrolle TAU n=142	Ergebnisse der Signifikanztests t-Test, Chi²-Test
Anbindungsdauer (in Monaten)	M=9,17 SD±7,006	M=12,08 SD±7,128	t(192)=-2.531 p=.012
Kontakte pro Person pro Monat (im Zeitraum der Anbindung)	M=4,763 SD±4,5412	M=1,392 SD±0,9756	t(52,733)=5.31 p<.001
Re-Hospitalisierungsquote (Personen mit ≥ 1 SPA)	21,2% (11/52)	25,4% (36/142)	χ ² (1)=.365 p=.545
Stationäre Aufenthalte (SPA) Dauer pro Aufenthalt (in Tagen)	M=51,227 SD±28,4933	M=49,736 SD±33,9313	t(45)=.132 p=.896
Stationäre Aufenthalte (SPA) Dauer pro Person (in Tagen)	M=65,55 SD±52,447	M=67,47 SD±51,135	t(45)=.109 p=.914
Legende: SPA=Stationär psychiatrischer Aufenthalt, TAU=Treatment as usual (engl. für Standardbehandlung), M=mean (engl. für Mittelwert), SD=standard deviation (engl. für Standardabweichung)			

3.1.3. Sekundäre Sensitivitätsanalyse klinischer Routinedaten

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die sekundäre Vergleichsanalyse. Wie bei der primären Vergleichsanalyse kann ein signifikanter Unterschied ($p < .001$) für die Kontaktrate festgestellt werden. Für die CHANCE Gruppe sind 4,763 Kontakte pro Person pro Monat ($SD \pm 4,5412$) dokumentiert, für die Kontrollgruppe mit Standardversorgung sind 1,406 Kontakte pro Monat pro Person ($SD \pm 0,8995$) dokumentiert. Ein auffälliger aber nicht signifikanter Unterschied ist für die Re-Hospitalisierungsquote ($p = .185$) und für die Anzahl der stationär psychiatrischen Aufenthalte (=Events) pro Gruppe ($p = .089$) feststellbar. Die primäre Vergleichsanalyse der Anbindungsdauer und der Dauer stationärer Aufenthalte ergeben keinen signifikanten Unterschied.

Tabelle 10: Klinische Daten, Ergebnisse der sekundären Sensitivitätsanalyse

Empfindlichkeitsanalyse	CHANCE Programm n=52	Kontrolle TAU n=52 1:1 Matching	t-Test für unverbundene Stichproben, Chi ² -Test
Anbindungsdauer in Monaten (pro Person insgesamt)	M=9,17 SD±7,006	M=10,25 SD±6,180	t(102)= -.831 p=.408
Kontakte pro Person pro Monat (im Zeitraum der Anbindung)	M=4,763 SD±4,5412	M=1,406 SD±0,8995	t(54,996)=5.230 p<.001
Re-Hospitalisierungsquote Personen mit ≥ 1 SPA	21,2% (11/52)	32,7% (17/52)	χ ² (1)=1.759 p=.185
Anzahl Events (=SPA) pro Gruppe	13	26	χ ² (2)=4.827 p=.089
Stationäre Aufenthalte (SPA) Dauer pro Aufenthalt (in Tagen)	M=51,227 SD±28,4933	M=42,971 SD±27,4861	t(26)=.765 p=.451
Stationäre Aufenthalte (SPA) Dauer pro Person (in Tagen)	M=65,55 SD±52,447	M=65,06 SD±55,926	t(26)=.023 p=.982
Legende: SPA=Stationär psychiatrischer Aufenthalt, TAU=Treatment as usual (engl. für Standardbehandlung), M=mean (engl. für Mittelwert), SD=standard deviation (engl. für Standardabweichung)			

Die folgenden beiden Abbildungen stellen die Ergebnisse der primären und der sekundären Vergleichsanalyse der „Kontaktrate“ und „Re-Hospitalisierungsquote“ zwischen den Gruppen grafisch dar.

Abbildung 8: Klinische Daten, Mittelwertvergleich Behandlerkontakte

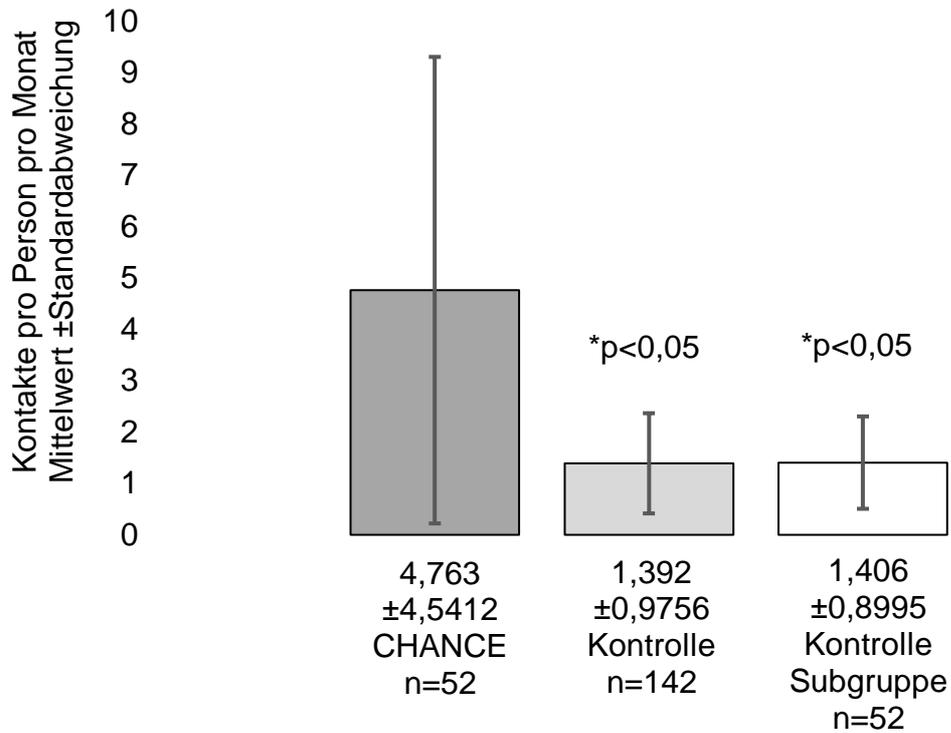
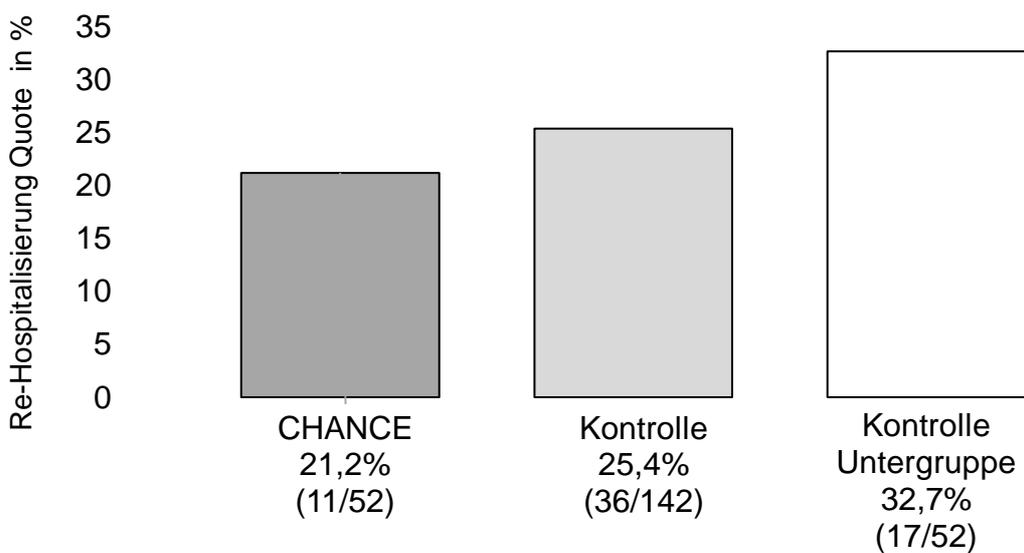


Abbildung 9: Klinische Daten, Mittelwertvergleich Re-Hospitalisierungsquote in %



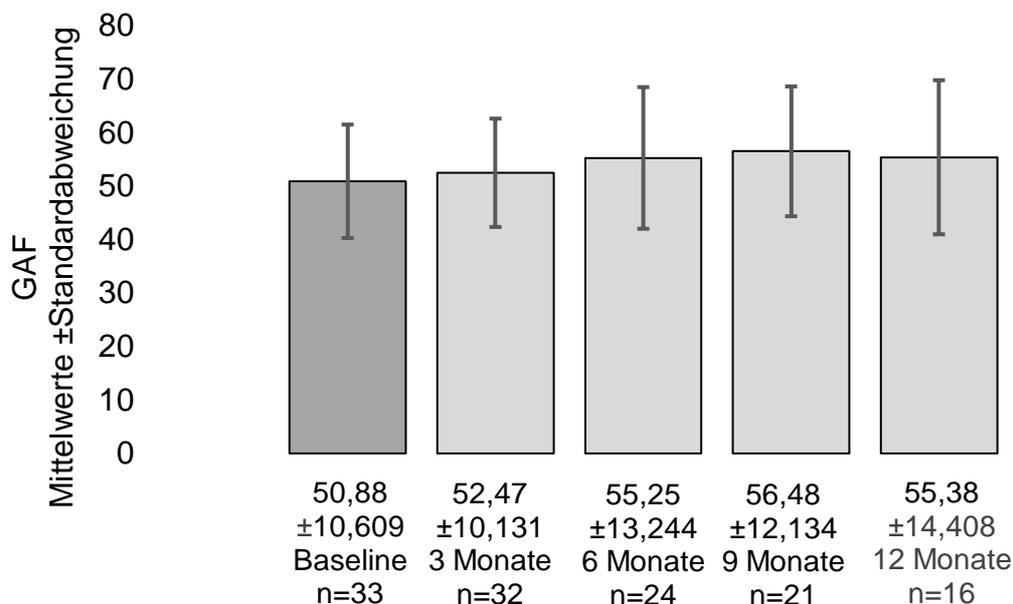
Die folgende Tabelle und Grafik stellen den Verlauf des GAF-Mittelwertes im Verlauf der CHANCE Anbindung dar. Zu Beginn ist der GAF-Wert von 33 Personen dokumentiert, nach 3 Monaten von 32 Personen, nach einem halben Jahr von 24 Personen, nach 9 Monaten von 21 Personen und nach einem Jahr von 16 Personen. Anfangs liegt der GAF-Wert bei 50,88 (SD±10,609, n=33). Im Verlauf ist eine Steigerung des GAF-Wertes um 4-5 Punkte erkennbar, bis auf einen mittleren GAF-Wert von 56,48 (SD±12,135, n=21) nach 9 Monaten (p=.064). Ein signifikanter Unterschied ist nicht ermittelbar.

Tabelle 11: Klinische Daten, GAF-Mittelwertvergleich im Verlauf

Dauer der CHANCE Anbindung	GAF im Verlauf der Anbindung Mittelwert (±SD)	Kontrolle Baseline Initialer GAF-Wert Mittelwert (±SD)	t-test bei gepaarten Stichproben (df, t und p)
Baseline	50,88±10,609 (n=33)	50,88±10,609 (n=33)	
3 Monate	52,47±10,131 (n=32)	51,13±10,682 (n=32)	t(31)=-0,761, p=.452
6 Monate	55,25±13,244 (n=24)	50,38±11,143 (n=24)	t(23)=-1,310, p=.203
9 Monate	56,48±12,135 (n=21)	49,48±10,962 (n=21)	t(20)=-1,962, p=.064
12 Monate	55,38±14,408 (n=16)	51,44±10,696 (n=16)	t(15)=-1,124, p=.279

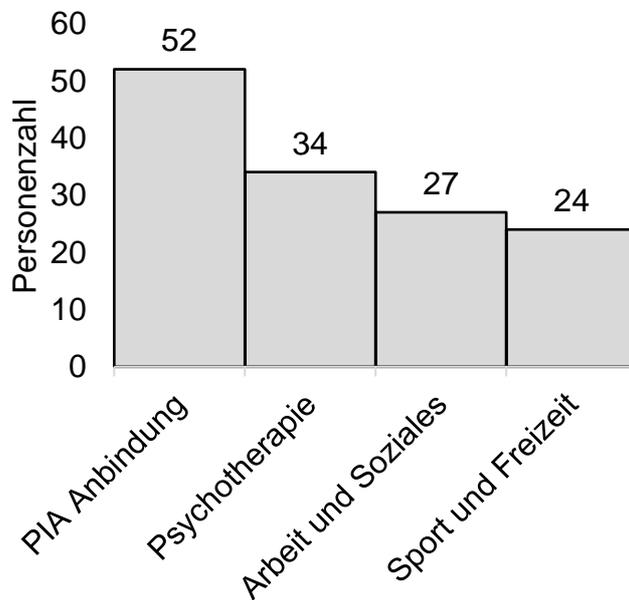
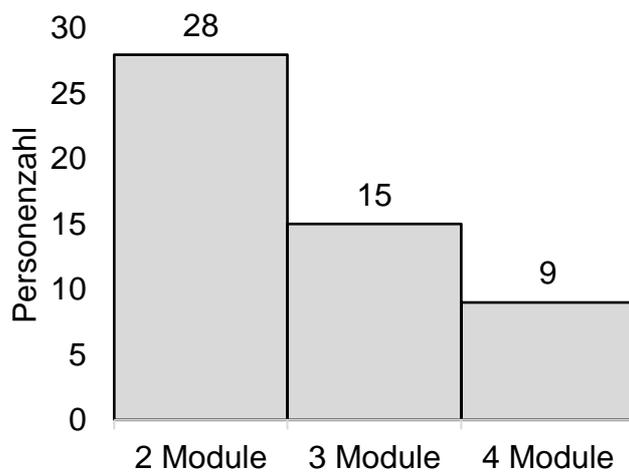
Legende: SD=standard deviation (engl. für Standardabweichung)

Abbildung 10: Klinische Daten, GAF-Mittelwertvergleich im Verlauf



Das CHANCE Angebot umfasst je nach Bedarf zwei bis vier Versorgungsmodule (Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Arbeit & Soziales, Sport & Freizeit). Diejenigen 52 Personen, die in den Jahren 2018 und 2019 im CHANCE Programm angebunden waren, haben durchschnittlich an 2,63 Modulen teilgenommen. Die folgende Abbildung stellt die Nutzungshäufigkeit dar, differenziert nach den vier Versorgungsmodulen.

Abbildung 11: Klinische Daten, Häufigkeitsverteilung Nutzung der Module



3.2. Ergebnisse der Analyse patientenberichteter Parameter

3.2.1. Ergebnisse der CHANCE Eingangsfragebögen

In den Jahren 2016 bis 2019 haben 273 Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung im Alter zwischen 18 und 60 Jahren den Erstkontakt-Fragebogen zur Begleitevaluation freiwillig ausgefüllt. Davon sind 33,9% Frauen (n=87/257) und 66,1% Männer (n=170/257). Das Durchschnittsalter liegt bei 28,93 Jahren ($\pm 8,697$, n=264). Bei 41% (n=111) ist eine primäre Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F2X.X) diagnostiziert. 33% (n=90) geben eine primäre affektive Diagnose (ICD-10 F3X.X) an. Weitere 6% (n=17) geben eine andere nicht näher bezeichnete Diagnose an, keine Angaben dazu machen 20% (n=55).

Lebenssituation Ausbildung und Beruf

Um die berufliche Situation der Betroffenen darzustellen, werden diejenigen Merkmale aus dem Eingangsfragebogen mit Bezug zu Ausbildung und Beruf ausgewertet. Dabei fällt auf, dass 95,7% einen Schulabschluss, 47,7% einen Ausbildungs- oder Hochschulabschluss und nur 27,5% berufstätig sind. 28,3% sind mit ihrer beruflichen Situation zufrieden. 76,5% haben entweder sehr oder einigermaßen Interesse an Unterstützung im Bereich Ausbildung und Beruf.

Abbildung 12: Eingangsfragebogen, Merkmale der beruflichen Situation

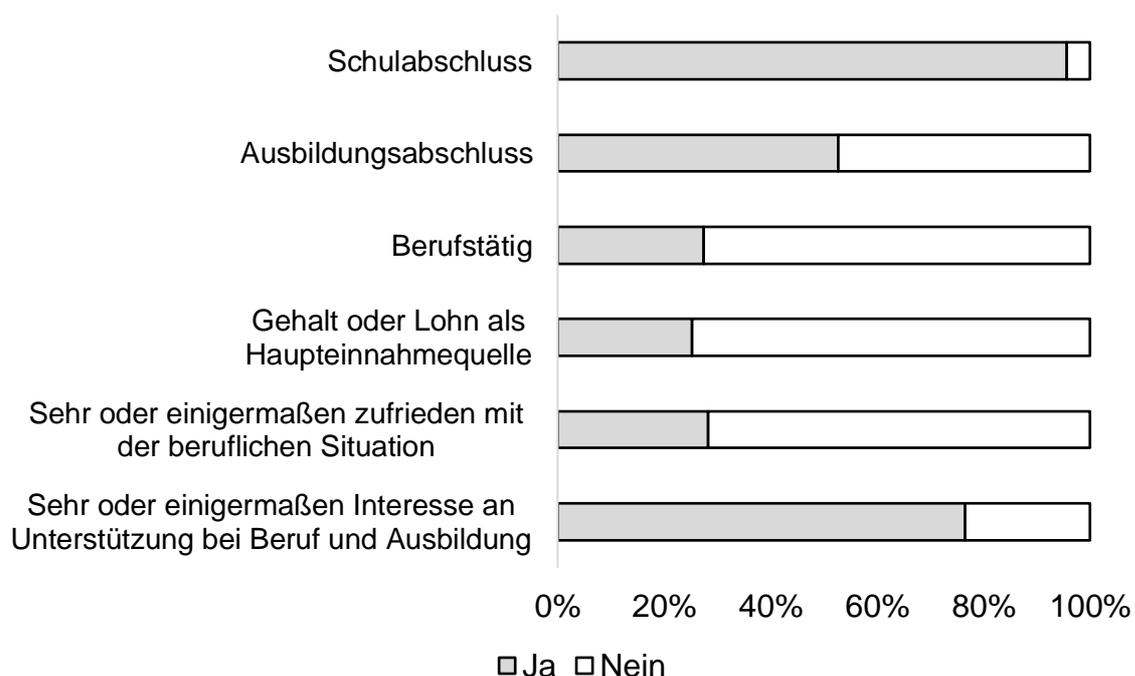


Tabelle 12: Eingangsfragebogen, berufliche Situation

Eingangsfragebogen		n	Ja		Nein			
Sind Sie derzeit Berufstätig?		262	27,5% (n=72)		72,5% (n=190)			
	n	Sehr		Einigermaßen	Nicht so	Gar nicht		
Sind Sie mit Ihrer berufl. Situation gerade zufrieden?		262	9,2% (n=24)	19,1% (n=50)	29,4% (n=77)	42,4%(n=111)		
Sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation zufrieden?		255	16,1% (n=41)	30,2% (n=77)	29,4% (n=75)	24,3% (n=62)		
	n	Sehr		Einigermaßen	Nicht so	Gar nicht		
Haben Sie Interesse an Unterstützung bei Ausbildung/ Beruf?		260	47,3% (n=123)	29,2% (n=76)	10,% (n=26)	13,5% (n=35)		
	n	Kein Abschluss		Mittelschule	Realschule	Gymnasium		
Was ist Ihr Höchster Schulabschluss?		253	4,3% (n=11)	21,7% (n=55)	20,6% (n=52)	53,4% (n=135)		
Antwortmöglichkeiten		n	Kein Abschluss		Lehre oder Ausbildung		FH/Uni	
Was ist Ihr Höchster Ausbildungsabschluss?		256	47,7% (n=122)		30,1% (n=77)		22,3% (n=57)	
Antwortmöglichkeiten		n	ALG I	ALG II	Rente	Gehalt/ Lohn	Rücklagen	anders
Haupteinnahmequelle		245	1,6%(n=4)	18%(n=44)	4,9%(n=12)	25,3%(n=62)	8,6%(n=21)	41,6%(n=102)

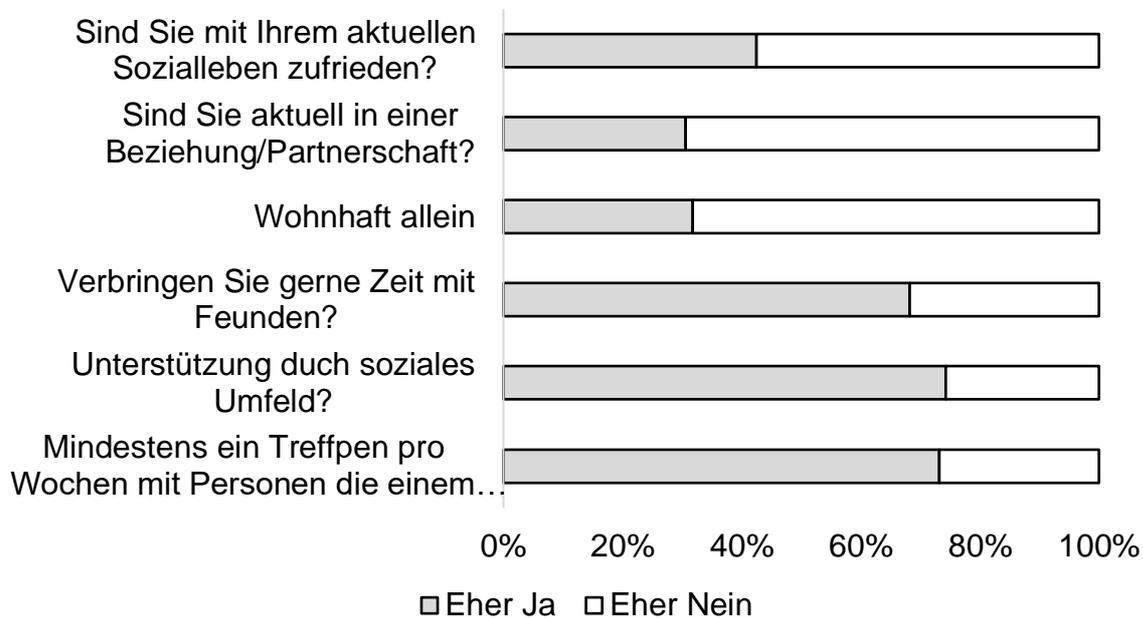
Lebenssituation Sozialleben und Wohnsituation

Um die soziale Lebenssituation der Betroffenen darzustellen, werden diejenigen Merkmale aus dem Eingangsfragebogen mit Bezug zum Sozialleben und zur Wohnungssituation ausgewertet. 77,2% der Betroffenen geben an, sehr oder einigermaßen Hilfe durch das soziale Umfeld zu erhalten. 73,3% treffen mindestens einmal pro Woche Menschen, die Ihnen wichtig sind. 30,6% befinden sich einer Partnerschaft. 68,2% verbringt einigermaßen gerne oder sehr gerne Zeit mit Freunden. 58,6% der Betroffenen geben an, mit dem eigenen Sozialleben eher nicht oder gar nicht zufrieden zu sein. 75,3% haben sehr viel oder einigermaßen Interesse an den Freizeitaktivitäten, die im CHANCE Programm angeboten werden. 64,8% haben einigermaßen viel oder sehr viel Interesse an anderen Gruppenangeboten. 66,4% geben an, sehr oder einigermaßen zufrieden mit der eigenen Wohnsituation zu sein. 31,7% der Betroffenen wohnen allein. 39,2% haben Interesse an Unterstützung im Bereich Wohnen.

Tabelle 13: Eingangfragebogen, Sozialleben und Wohnsituation

Erstkontaktfragebogen		n	Ja			Nein			
Haben Sie derzeit einen Partner oder eine Partnerin?		265	30,6% (n=81)			69,4% (n=184)			
	n	Sehr	Einigermaßen	Nicht so	Gar nicht				
Erhalten Sie Unterstützung durch Ihr soz. Umfeld?		258	35,7% (n=92)	41,5% (n=107)	16,7% (n=43)	6,2% (n=26)			
Verbringen Sie momentan gerne Zeit mit Freunden?		264	27,7% (n=73)	40,5% (n=107)	22,3% (n=59)	9,5% (n=25)			
Sind Sie mit Ihrem aktuellen Sozialleben zufrieden?		259	12,4% (n=32)	30,1% (n=78)	37,5% (n=97)	21,1% (n=52)			
Sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden?		259	30,5% (n=79)	35,9% (n=93)	20,1% (n=52)	13,5% (n=35)			
	n	Gar nicht	1x/Monat	1x/ Woche	Mehrmals/Woche				
Wie oft treffen Sie Menschen, die Ihnen wichtig sind?		254	8,3% (n=21)	18,5% (n=47)	33,5% (n=85)	39,8% (n=101)			
	n	Therap. Einrichtung	WG	Mit Partner/In	Mit Eltern	Alleine			
Wie wohnen Sie aktuell?		252	7,1% (n=18)	11,9% (n=30)	12,7% (n=32)	36,5% (n=92)	31,7% (n=80)		

Abbildung 13: Eingangfragebogen, Sozialleben und Wohnsituation



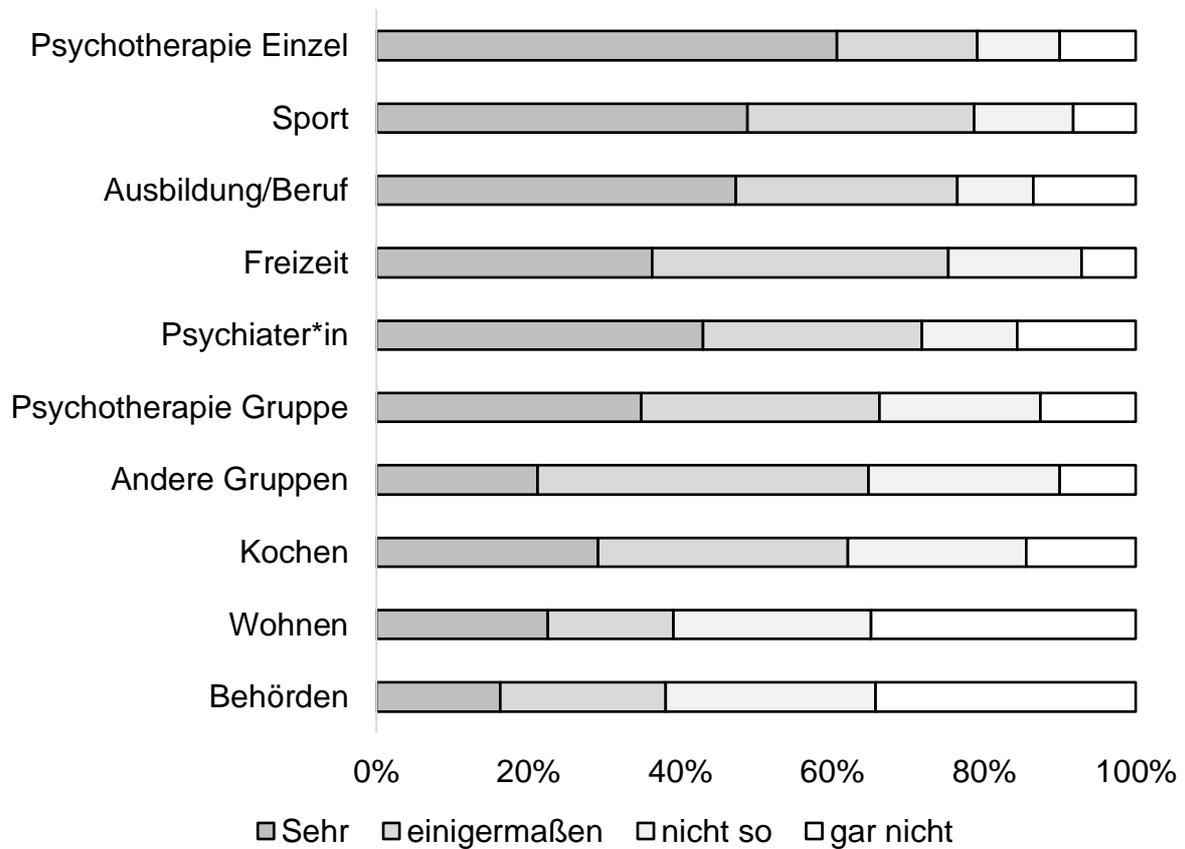
Interesse an den Interventionen des CHANCE Programms

Der Eingangfragebogen ermittelt das Interesse der Betroffenen an den einzelnen Interventionen des CHANCE Programms. In der folgenden Tabelle und Abbildung sind die Ergebnisse dargestellt. An Psychotherapie haben 79,1% sehr oder einigermaßen Interesse, am Sportangebot 78,8%, an Unterstützung bei Beruf und Ausbildung 76,5%, am Freizeitprogramm 75,3%, an psychiatrischer Unterstützung 71,9%, an psychotherapeutischen Gruppen 66,3%, an anderen Gruppen 64,8%, am Thema Kochen/Ernährung 62,2%. Sehr viel oder einigermaßen Interesse an Unterstützung beim Thema Wohnen haben 39,1%, bei Behördengängen 38,1%.

Tabelle 14: Eingangsfragebogen, Interesse an den Interventionen

Wie sehr interessieren Sie die folgenden Angebote der Robert-Vogel-Spezialambulanz?									
	Gesamt	Sehr		Einigermaßen		Nicht so		Gar nicht	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Sport	268	131	48,9	80	29,9	35	13,1	22	8,2
Freizeitangebote	267	97	36,3	104	39	47	17,6	19	7,1
Ernährung/Kochen	264	77	29,2	87	33,0	62	23,5	38	14,4
Ausbildung/Beruf	260	123	47,3	76	29,2	26	10	35	13,5
Wohnen	261	59	22,6	43	16,5	68	26,1	91	34,9
Behördengänge	257	42	16,3	56	21,8	71	27,6	88	34,2
Psychotherapie Einzel	259	157	60,6	48	18,5	28	10,8	26	10,0
Psychotherapie Gruppe	255	89	34,9	80	31,4	54	21,2	32	12,5
Andere Gruppen	250	53	21,2	109	43,6	63	25,2	25	10,0
Psychiater*in	256	110	43,0	74	28,9	32	12,5	40	15,6

Abbildung 14: Eingangsfragebogen, Interesse an CHANCE Interventionen



3.2.2. Vergleich bei schizophrenen und affektiven Erkrankungen

Der Eingangsfragebogen wurde von Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2X.X, ICD-10) und mit affektiven Erkrankungen (F3X.X, ICD-10) ausgefüllt. Folgende Tabelle beschreibt beide Gruppen.

Tabelle 15: Eingangsfragebogen, Gruppenvergleich

	Stichprobe, Personen mit F2X.X Diagnose (ICD-10)	Kontrollgruppe, Personen mit F3X.X Diagnose (ICD-10)
Anzahl n	111	90
Geschlecht	Frauen 26,1% (n=29) Männer 73,9% (n=82)	Frauen 50% (n=44) Männer 50% (n=44)
Alter	28,12 Jahre ($\pm 8,351$)	28,87 Jahre ($\pm 7,278$)

Die deskriptiven Ergebnisse und die Vergleichsanalyse der Antworten beider Gruppen sind in den folgenden Tabellen dargestellt. Die Ergebnisse werden anhand der folgenden Kategorien zusammengefasst: Zufriedenheit, aktuelle Versorgungssituation, aktuelle Lebenssituation, Interesse an den Interventionen.

Die Vergleichsanalyse von patientenberichteten Parametern, die Rückschlüsse auf die Zufriedenheit der Betroffenen zulassen, ergibt mehrere signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Personen mit schizophrenen Erkrankungen sind demnach signifikant zufriedener mit ihrer psychischen Gesundheit ($p < .001$), ihrer körperlichen Gesundheit ($p = .015$), ihrem Sozialleben ($p = .001$), mit ihrer beruflichen Situation ($p = .029$) und mit ihrer Wohnsituation ($p = .008$). Die Gruppe der schizophren Erkrankten trifft darüber hinaus signifikant häufiger Menschen, die ihnen wichtig sind ($p = .006$). Die Gruppe der affektiv Erkrankten hat signifikant stärker den Wunsch sich zu verändern ($p = .004$). Die Vergleichsanalyse der Versorgungssituation ergibt keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Das Interesse an den CHANCE Interventionen ergibt bei 9 von 10 Parametern keinen signifikanten Unterschied. Die Gruppe der affektiv Erkrankten hat aber ein signifikant größeres Interesse an Gruppenangeboten ($p = .041$). Auch das Interesse der affektiv Erkrankten an psychotherapeutischen Gruppen war ebenfalls auffällig größer ($p = .073$) als das der schizophren Erkrankten, allerdings nicht signifikant.

Tabelle 16: Eingangfragebogen, Zufriedenheit, Vergleichsanalyse

Zufriedenheit der Betroffenen		Stichprobe F2X.X (ICD-10)		Kontrolle F3X.X (ICD-10)		Chi ² -Test Gruppenvergleich a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
		n	%	n	%	
Wie zufrieden sind Sie mit ihrer psychischen Gesundheit?	sehr	12	11,4	3	3,5	χ ² (3)=21,290 ^a p<.001
	einigermaßen	38	36,2	16	18,6	
	Nicht so	39	37,1	31	36	
	Gar nicht	16	15,2	36	41,9	
	Σ	105	100	86	100	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit?	sehr	31	29,6	10	11,2	χ ² (3)=10,474 ^a p=.015
	einigermaßen	39	37,1	36	40,4	
	Nicht so	25	23,8	30	33,7	
	Gar nicht	10	9,5	13	14,6	
	Σ	105	100	89	100	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sozialleben?	sehr	18	17,1	5	5,7	χ ² (3)=16,239 ^a p=.001
	einigermaßen	35	33,3	31	35,6	
	Nicht so	42	40	26	29,9	
	Gar nicht	10	9,5	25	28,7	
	Σ	105	100	87	100	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation?	sehr	12	11,4	6	6,8	χ ² (3)=9,054 ^a p=.029
	einigermaßen	22	20,6	15	17	
	Nicht so	37	35,2	20	22,7	
	Gar nicht	34	32,4	47	53,4	
	Σ	105	100	88	100	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?	sehr	39	37,5	16	18,6	χ ² (3)=11,711 ^a p=.008
	einigermaßen	34	32,7	37	43	
	Nicht so	23	22,1	17	19,8	
	Gar nicht	8	7,7	16	18,6	
	Σ	104	100	86	100	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation?	sehr	20	20,2	12	13,8	χ ² (3)=7,016 ^a p=.071
	einigermaßen	32	32,3	23	26,4	
	Nicht so	32	32,3	25	28,7	
	Gar nicht	15	15,2	27	31	
	Σ	99	100	87	100	

Tabelle 17: Eingangfragebogen, Versorgungssituation, Vergleichsanalyse

Versorgungssituation		Stichprobe F2X.X (ICD-10)		Kontrolle F3X.X (ICD-10)		Chi ² -Test Gruppenvergleich a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
		n	%	n	%	
Hatten Sie in der Vergangenheit eine Psychotherapie?	Ja	68	65,4	66	75	χ ² (1)=2,090 ^a p=.148
	Nein	36	34,6	22	25	
	Σ	104	100	88	100	
Machen Sie aktuell eine ambulante Psychotherapie?	Ja	44	42,7	29	34,1	χ ² (1)=1,450 ^a p=.228
	Nein	59	57,3	56	65,9	
	Σ	103	100	85	100	
Haben Sie aktuell eine/n Psychiater*in außerhalb der Klinik?	Ja	40	38,1	28	33,3	χ ² (1)=0,459 ^a p=.498
	Nein	65	61,9	56	66,7	
	Σ	105	100	84	100	

Tabelle 18: Eingangsfragebogen, Interesse an Interventionen, Vergleichsanalyse

Wie sehr interessieren Sie die folgenden Angebote?		Stichprobe F2X.X (ICD-10)		Kontrolle F3X.X (ICD-10)		Chi ² -Test Gruppenvergleich a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
		n	%	n	%	
Sport	sehr	58	53,7	47	53,4	χ ² (3)=2,973 ^a p=.396
	einigermaßen	28	25,9	27	30,7	
	Nicht so	12	11,1	11	12,5	
	Gar nicht	10	9,3	3	3,4	
	Σ	108	100	88	100	
Freizeitangebote	sehr	35	32,7	40	45,5	χ ² (3)=5,125 ^a p=.163
	einigermaßen	41	38,3	33	37,5	
	Nicht so	23	21,5	12	13,6	
	Gar nicht	8	7,5	3	3,4	
	Σ	107	100	88	100	
Ernährung Und Kochen	sehr	27	25,7	28	32,2	χ ² (3)=2,743 ^a p=.433
	einigermaßen	34	32,4	31	35,6	
	Nicht so	31	29,5	17	19,5	
	Gar nicht	13	12,4	11	12,6	
	Σ	105	100	87	100	
Unterstützung im Bereich Beruf und Ausbildung	sehr	51	49	44	50,6	χ ² (3)=3,410 ^a p=.333
	einigermaßen	27	26	25	28,7	
	Nicht so	14	13,5	5	5,7	
	Gar nicht	12	11,5	13	14,9	
	Σ	104	100	87	100	
Unterstützung im Bereich Wohnen	sehr	27	26,5	16	18,2	χ ² (3)=4,494 ^a p=.213
	einigermaßen	12	11,8	19	21,6	
	Nicht so	28	27,6	26	29,5	
	Gar nicht	35	34,4	27	30,7	
	Σ	102	100	88	100	
Unterstützung bei Behördengängen	sehr	14	13,5	15	17,6	χ ² (3)=3,500 ^a p=.321
	einigermaßen	19	18,3	18	21,2	
	Nicht so	36	34,6	19	22,6	
	Gar nicht	35	33,7	33	38,8	
	Σ	104	100	85	100	
Psychotherapie Einzel	sehr	60	56,6	49	58,3	χ ² (3)=0,792 ^a p=.851
	einigermaßen	18	17	17	20,2	
	Nicht so	15	14,2	10	11,9	
	Gar nicht	13	12,3	8	9,5	
	Σ	106	100	84	100	
Psychotherapie Gruppe	sehr	31	31	42	49,4	χ ² (3)=6,952 ^a p=.073
	einigermaßen	34	34	24	28,2	
	Nicht so	22	22	12	14,1	
	Gar nicht	13	13	7	8,2	
	Σ	100	100	85	100	
Andere Gruppenangebote	sehr	23	23,2	21	25,9	χ ² (3)=8,245 ^a p=.041
	einigermaßen	36	36,4	39	48,1	
	Nicht so	24	24,2	18	22,2	
	Gar nicht	16	16,2	3	3,7	
	Σ	99	100	81	100	
Psychiatrische Versorgung	sehr	41	41,4	38	44,7	χ ² (3)=1,601 ^a p=.658
	einigermaßen	29	29,3	23	27,1	
	Nicht so	11	11,1	13	15,3	
	Gar nicht	18	18,2	11	12,9	
	Σ	99	100	85	100	

Tabelle 19: Eingangsfragebogen, Lebenssituation, Vergleichsanalyse

Lebenssituation		Stichprobe F2X.X (ICD-10)		Kontrolle F3X.X (ICD-10)		Chi ² -Test Gruppenvergleich a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
		n	%	n	%	
Haben Sie den Wunsch sich zu verändern?	sehr	51	50,5	64	74,4	χ ² (3)=13,137 ^a p=.004
	einigermaßen	37	36,6	19	22,1	
	Nicht so	9	8,9	3	3,5	
	Gar nicht	4	4	0	9	
	Σ	101	100	86	100	
Bekommen Sie Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld?	sehr	39	37,9	31	36,5	χ ² (3)=1,869 ^a p=.600
	einigermaßen	44	42,7	39	45,9	
	Nicht so	16	15,5	9	10,6	
	Gar nicht	4	3,9	6	7,1	
	Σ	103	100	85	100	
Verbringen Sie aktuell gerne Zeit mit Freunden?	sehr	36	34,6	19	21,3	χ ² (3)=6,011 ^a p=.111
	einigermaßen	43	41,3	39	43,8	
	Nicht so	20	19,2	21	23,6	
	Gar nicht	5	4,8	10	11,2	
	Σ	104	100	89	100	
Sind Sie aktuell berufstätig?	Ja	30	28,8	21	24,1	χ ² (2)=0,552 ^a p=.759
	Nein	74	71,2	66	75,9	
	Σ	104	100	87	100	
Haben Sie aktuell eine Partnerschaft oder Beziehung?	Ja	30	28,3	31	35,2	χ ² (2)=1,897 ^a p=.387
	Nein	76	71,7	57	64,8	
	Σ	106	100	88	100	
Wie häufig machen Sie Sport pro Woche?	Gar nicht	33	31,7	32	37,6	χ ² (3)=3,652 ^a p=.302
	1x/Monat	7	6,7	11	12,9	
	1x/Woche	32	30,8	20	23,6	
	Mehrmals/Woche	32	30,8	22	25,9	
	Σ	104	100	85	100	
Wie häufig treffen Sie Menschen, die Ihnen wichtig sind?	Gar nicht	6	6	8	9,3	χ ² (3)=12,615 ^a p=.006
	1x/Monat	8	8	22	25,6	
	1x/Woche	38	38	28	32,6	
	Mehrmals/Woche	48	48	28	32,6	
	Σ	100	100	86	100	
Was ist Ihr höchster Schulabschluss?	Kein Abschluss	3	3	5	5,9	χ ² (3)=4,322 ^a p=.229
	Mittelschule	24	24	12	14,1	
	Realschule	21	21	15	17,6	
	Abitur	52	52	53	62,4	
	Σ	100	100	85	100	
Was ist Ihr höchster Ausbildungs-Abschluss?	Kein Abschluss	47	47	35	40,7	χ ² (3)=4,635 ^a p=.201
	Lehre	3	3	4	4,7	
	Ausbildung	31	31	20	23,3	
	FH/Uni	19	19	27	31,4	
	Σ	100	100	86	100	
Was ist Ihr aktueller Wohnort?	Therapie	9	8,9	8	9,6	χ ² (4)=7,540 ^a p=.110
	WG	10	9,9	15	18,1	
	Partner	8	7,9	14	16,9	
	Eltern	42	41,6	26	31,3	
	Alleine	32	31,7	20	24,1	
	Σ	101	100	83	100	
Was ist Ihre derzeitige Haupteinnahme-Quelle?	ALG 1	1	1,1	2	2,3	χ ² (5)=10,783 ^a p=.056
	ALG 2	12	13	19	22,1	
	Rente	4	4,3	5	5,8	
	Gehalt/Lohn	26	28,3	18	20,9	
	Rücklagen	3	3,3	11	12,8	
	anders	46	50	31	36	
	Σ	92	100	86	100	

3.2.3. Ergebnisse der CHANCE Verlaufsfragebögen

Nach drei Monaten CHANCE haben 46 Personen den Verlaufsfragebogen ausgefüllt, nach sechs Monaten 26 Personen. Die deskriptiven Ergebnisse des Verlaufsfragebogens werden auf dieser Seite zusammengefasst und sind in den Tabellen auf den folgenden Seiten vollständig dargestellt.

Darstellung der Ergebnisse nach 3 Monaten

Die Interventionen werden nach drei Monaten (n=46) grundsätzlich positiv bewertet. Sie haben mit wenigen Ausnahmen entweder „sehr gut“ oder „eher gut“ gefallen und geholfen. Patientenberichtete Parameter lassen auf eine Verbesserung der sozialen Teilhabe und Verschlechterung der beruflichen Teilhabe nach drei Monaten schließen. Die Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit und mit dem Sozialleben verbessern sich, außerdem verbringen die Betroffenen nach drei Monaten lieber Zeit mit Freunden als zu Beginn und erhalten mehr Unterstützung durch ihr soziales Umfeld. Die Anzahl der Personen mit einer Partnerschaft oder Beziehung nimmt ab und die Betroffenen treffen sich weniger häufig mit Menschen die ihnen wichtig sind. Die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation verschlechtert sich und die Anzahl der Berufstätigen nimmt ab. Es fällt darüber hinaus auf, dass deutlich weniger der Betroffenen nach drei Monaten den Wunsch verspüren sich zu verändern.

Darstellung der Ergebnisse nach 6 Monaten

Nach sechs Monaten CHANCE (n=26) steigt die Zahl der Berufstätigen und die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation, die Anzahl der Personen mit einer Partnerschaft oder Beziehung nimmt aber weiter ab. Die Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit und dem Sozialleben und die Zahl der Personen, die gerne Zeit mit Freunden verbringt, steigen weiter an. Es treffen sich mehr Personen mit Menschen, die Ihnen wichtig sind. Allerdings sinkt die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld und die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation wird schlechter.

Tabelle 20: Verlaufsfragebogen, 3 Monate, Akzeptanz der Interventionen

Wie sehr haben Ihnen die folgenden CHANCE Angebote geholfen und gefallen?		Gefallen		Geholfen	
		n	%	n	%
Sport	Sehr gut	20	44,4	13	28,3
	Eher gut	10	22,2	17	37
	Eher nicht gut	0	0	1	2,2
	Gar nicht gut	0	0	0	0
	Nicht teilgenommen	15	33,3	15	32,6
Freizeitangebote	Sehr gut	21	45,7	14	31,1
	Eher gut	7	15,2	9	20,0
	Eher nicht gut	0	0	2	4,4
	Gar nicht gut	0	0	0	0
	Nicht teilgenommen	18	39,1	20	44,4
Ernährung und Kochen	Sehr gut	9	20,5	6	13,3
	Eher gut	2	4,5	6	13,3
	Eher nicht gut	0	0	0	0
	Gar nicht gut	0	0	0	0
	Nicht teilgenommen	33	75	33	73,3
Ausbildung und Beruf	Sehr gut	13	28,3	12	26,1
	Eher gut	6	13	5	10,9
	Eher nicht gut	1	2,2	2	4,3
	Gar nicht gut	1	2,2	1	2,2
	Nicht teilgenommen	25	54,3	26	56,5
Wohnung	Sehr gut	3	6,5	3	6,5
	Eher gut	3	6,5	3	6,5
	Eher nicht gut	1	2,2	0	0
	Gar nicht gut	0	0	0	0
	Nicht teilgenommen	39	84,8	40	87
Behördengänge	Sehr gut	3	6,5	3	6,5
	Eher gut	2	4,3	3	6,5
	Eher nicht gut	0	0	0	0
	Gar nicht gut	2	4,3	1	2,2
	Nicht teilgenommen	39	84,8	39	84,8
Psychotherapie Einzel	Sehr gut	23	50	22	48,9
	Eher gut	1	2,2	2	4,4
	Eher nicht gut	0	0	0	0
	Gar nicht gut	1	2,2	2	4,4
	Nicht teilgenommen	21	45,7	19	42,2
Psychotherapie Gruppe	Sehr gut	10	21,7	11	23,9
	Eher gut	1	2,2	1	2,2
	Eher nicht gut	0	0	0	0
	Gar nicht gut	0	0	0	0
	Nicht teilgenommen	35	76,1	34	73,9
Andere Gruppenangebote	Sehr gut	6	13	6	13
	Eher gut	6	13	8	17,4
	Eher nicht gut	1	2,2	0	0
	Gar nicht gut	1	2,2	0	0
	Nicht teilgenommen	32	69,6	32	69,6
Psychiatrische Versorgung	Sehr gut	19	41,3	18	39,1
	Eher gut	10	21,7	11	23,9
	Eher nicht gut	1	2,2	1	2,2
	Gar nicht gut	1	2,2	2	4,4
	Nicht teilgenommen	15	32,6	14	30,4

Tabelle 21: Verlaufsfragebogen, Lebenssituation im Verlauf, Vergleichsanalyse

Lebenssituation		Baseline		Verlauf 3 Monate		Verlauf 6 Monate	
		n	%	n	%	n	%
Sind Sie aktuell berufstätig?	Ja	17	37	10	21,7	8	30,8
	Nein	29	63	36	78,3	18	69,2
	Σ	46	100	46	100	26	100
Haben Sie aktuell eine Partnerschaft oder Beziehung?	Ja	14	30,4	9	20	4	15,4
	Nein	32	69,6	36	80	22	84,6
	Σ	46	100	45	100	26	100
Verbringen Sie aktuell gerne Zeit mit Freunden?	Sehr	17	37,0	20	43,5	13	50,0
	Eher ja	14	30,4	9	19,6	6	23,1
	Teils-teils	Nicht erhoben		15	32,6	3	11,5
	Eher nein	12	26,1	0	0	3	11,5
	Gar nicht	3	6,5	2	4,3	1	3,8
	Σ	46	100	46	100	26	100
Erhalten Sie Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld?	Sehr	21	46,7	25	54,3	11	42,3
	Eher ja	16	35,6	10	21,7	11	42,3
	Teils-teils	Nicht erhoben		8	17,4	3	11,5
	Eher nein	6	13,3	2	4,3	1	3,8
	Gar nicht	2	4,4	1	2,2	0	0
	Σ	45	100	46	100	26	100
Eingangsfragebogen: Haben Sie den Wunsch sich zu verändern? Verlauf: Haben Sie sich durch die Teilnahme an CHANCE verändert?	Sehr	26	60,5	10	23,3	8	32
	Eher ja	13	30,2	19	44,2	9	36
	Teils-teils	Nicht erhoben		12	27,9	4	16
	Eher nein	4	9,3	0	0	2	8
	Gar nicht	0	0	2	4,7	2	8
	Σ	43	100	43	100	25	100
Wie häufig machen Sie aktuelle Sport?	Gar nicht	12	26,7	6	13,0	5	19,2
	1x/Monat	3	6,7	3	6,5	5	19,2
	1x/Woche	16	35,6	16	34,8	5	19,2
	Mehrmals/Woche	14	31,1	21	45,7	11	42,3
	Σ	45	100	46	100	26	100
Wie häufig treffen Sie Menschen, die Ihnen wichtig sind?	Gar nicht	2	4,4	1	2,2	1	4,0
	1x/Monat	3	6,7	6	13,3	1	4,0
	1x/Woche	14	31,1	13	28,9	7	28,0
	Mehrmals/Woche	26	57,8	25	55,6	16	64,0
	Σ	45	100	45	100	25	100
Wo wohnen Sie aktuell?	Therapie	4	4,9	3	6,8	3	11,5
	WG	4	4,9	5	11,4	4	15,4
	Partner	6	7,4	2	4,5	2	7,7
	Eltern	15	34,9	19	43,2	13	50,0
	Alleine	14	32,6	15	34,1	4	15,4
	Σ	43	100	44	100	26	100
Was ist Ihre Haupt-Einnahmequelle?	ALG 1	0	0	5	11,1	1	3,8
	ALG 2	4	9,3	7	15,6	4	15,4
	Rente	1	2,3	2	4,4	2	7,7
	Gehalt/Lohn	16	37,2	10	22,2	7	26,9
	Rücklagen	4	9,3	8	17,8	6	23,1
	Anders	18	41,9	13	28,9	6	23,1
	Σ	43	100	45	100	26	100

Tabelle 22: Verlaufsfragebogen, Zufriedenheit in den Lebensbereichen im Verlauf

Zufriedenheit in den Lebensbereichen		Baseline		Verlauf 3 Monate		Verlauf 6 Monate	
		n	%	n	%	n	%
Zufriedenheit Psychische Gesundheit	Sehr gut	4	8,9	6	13	4	15,4
	Eher ja	15	33,3	16	34,8	12	46,2
	Teils-teils	Nicht erhoben		17	37,0	7	26,9
	Eher nein	20	44,4	5	10,9	2	7,7
	Gar nicht	6	13,3	2	4,3	1	3,8
	Σ	45	100	46	100	26	100
Zufriedenheit Körperliche Gesundheit	Sehr gut	26	22,2	11	23,9	7	26,9
	Eher ja	13	37,8	13	28,3	5	19,2
	Teils-teils	Nicht erhoben		14	30,4	10	38,5
	Eher nein	4	33,3	8	17,4	4	15,4
	Gar nicht	0	6,7	0	0	0	0
	Σ	43	100	46	100	26	100
Zufriedenheit Sozialleben	Sehr gut	5	11,1	7	15,2	5	20,0
	Eher ja	18	40,0	15	32,6	8	32,0
	Teils-teils	Nicht erhoben		15	32,6	8	32,0
	Eher nein	18	40,0	5	10,9	3	12,0
	Gar nicht	4	8,9	4	8,7	1	4,0
	Σ	45	100	46	100	25	100
Zufriedenheit Berufliche Situation	Sehr gut	5	10,9	3	6,5	3	12,0
	Eher ja	8	17,4	10	21,7	5	20,0
	Teils-teils	Nicht erhoben		21	45,7	9	36,0
	Eher nein	15	32,6	4	8,7	6	24,0
	Gar nicht	18	39,1	8	17,4	2	8,0
	Σ	46	100	46	100	25	100
Zufriedenheit Wohnsituation	Sehr gut	18	39,1	20	19,6	7	28,0
	Eher ja	18	39,1	9	23,9	8	32,0
	Teils-teils	Nicht erhoben		10	30,4	5	20,0
	Eher nein	7	15,2	6	15,2	3	12,0
	Gar nicht	3	6,5	1	10,9	2	8,0
	Σ	46	100	46	100	25	100
Zufriedenheit Finanzielle Situation	Sehr gut	10	21,7	9	19,6	3	11,5
	Eher ja	17	37,0	11	23,9	7	26,9
	Teils-teils	Nicht erhoben		14	30,4	8	30,8
	Eher nein	10	21,7	7	15,2	7	26,9
	Gar nicht	9	19,6	5	10,9	1	3,8
	Σ	46	100	46	100	26	100

4. Diskussion

4.1. Diskussion der Methodik

Die vorliegende Studie untersucht den Nutzen der neuen Versorgungsstruktur CHANCE für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in der Region München. Es handelt sich um eine monozentrische Studie, demnach sind die Ergebnisse nicht uneingeschränkt auf andere Regionen übertragbar. Allerdings nutzt und ergänzt CHANCE bereits bestehende klinische Strukturen der ambulanten und stationären Regelversorgung, demzufolge können Elemente, Interventionen und Evaluierungskonzept der neuen Versorgungsform mit geringem Aufwand auf andere Kliniken übertragen werden. Die Zielgruppe sind junge Erwachsene mit Schizophrenie mit einem komplexen ambulanten Versorgungsbedarf, demnach sind die Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf andere schwere psychische Erkrankungen oder auf alle Krankheitsphasen übertragbar. Die Analyse der Eingangsfragebögen ermöglicht aber den Vergleich zu Menschen mit affektiven Erkrankungen mit ähnlich komplexem Versorgungsbedarf. Die Ergebnisse der Analyse patientenberichteter Parameter sind allerdings von einer Stichprobenverzerrung beeinflusst, denn die Auswahl umfasst nur diejenigen Betroffenen, die sich für das CHANCE Programm interessieren oder angemeldet haben und die Fragebögen freiwillig ausgefüllt haben.

4.2. Diskussion der Ergebnisse

4.2.1. Abgrenzung zur Standardversorgung

Die Besonderheit des CHANCE Programms im Vergleich zur PIA-Standardversorgung wird in dieser Studie quantitativ anhand der Kontaktrate dargestellt. Sowohl die primäre Vergleichsanalyse als auch die sekundäre Sensitivitätsanalyse ergeben einen signifikanten Unterschied ($p < .001$) zwischen der Standardversorgung und dem CHANCE Programm hinsichtlich der Kontakte pro Person pro Monat. Für die CHANCE Gruppe sind rund 4,8 ($\pm 4,5$) Behandlerkontakte pro Person pro Monat dokumentiert. Für die Kontrollgruppe mit Standardversorgung sind rund 1,4 ($\pm 0,9$) Behandlerkontakte pro Monat pro Person dokumentiert.

4.2.2. Hypothese 1: CHANCE reduziert das Risiko für Rückfälle

Der medizinische Nutzen des CHANCE Programms wird in dieser Studie anhand der Re-Hospitalisierungsquote und der Dauer stationär psychiatrischer Aufenthalte (SPA) im Vergleich mit einer Kontrollgruppe sowie anhand der Alltagsfunktionalität (GAF-Wert) beurteilt. Die sekundäre Vergleichsanalyse ergibt einen auffälligen aber nicht signifikanten Unterschied für die Re-Hospitalisierungsquote ($p=.185$). In der CHANCE Gruppe ist bei 11 von 52 Personen (21,2%) mindestens ein stationär psychiatrischer Aufenthalt (SPA) im ambulanten Anbindungszeitraum dokumentiert, in der Gruppe mit PIA-Standardversorgung ist bei 17 von 52 Personen (32,7%) mindestens ein SPA dokumentiert. Ein zweiter auffälliger aber nicht signifikanter Unterschied ($p=.089$) zwischen beiden Gruppen ergibt sich für die gesamte Anzahl der stationären Aufenthalte (=Events). In der CHANCE Gruppe ($n=52$) sind 13, in der Kontrollgruppe ($n=52$) sind 26 stationäre Aufenthalte dokumentiert. Die Dauer der einzelnen stationär psychiatrischen Aufenthalte unterscheidet sich bei beiden Gruppen nicht. Die Funktionalität im Alltag (GAF-Mittelwert) steigt in den ersten Monaten der CHANCE Teilnahme und stabilisiert sich im Verlauf des ersten Jahres der Anbindung. Zum Behandlungsbeginn liegt der GAF-Wert bei 50,88 ($\pm 10,6$; $n=33$). Im Verlauf ist eine Steigerung des GAF-Wertes um 4-5 Punkte erkennbar, bis auf einen GAF-Mittelwert von 56,48 ($\pm 12,1$; $n=21$) nach 9 Monaten ($p=.064$), einen signifikanten Unterschied gibt es nicht. Beide Werte fallen in eine GAF-Kategorie (51-60), die wie folgt beschrieben wird: „Mäßig ausgeprägte Symptome oder mäßig ausgeprägt Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit.“ Allerdings befanden sich die Betroffenen zum Behandlungsbeginn an der Schwelle zur darunterliegenden Kategorie (41-50), die mit „ernsten Symptomen oder ernsten Beeinträchtigungen der beruflichen, sozialen und schulischen Leistungsfähigkeit“ beschrieben wird. Der Vergleich des GAF-Wertes mit einer Kontrollgruppe ist nicht möglich und Daten für eine Teilnahme über ein Jahr sind nicht vorhanden.

4.2.3. Hypothese 2: CHANCE verbessert die psychosoziale Teilhabe

Der psychosoziale Nutzen des CHANCE Programms wird in dieser Studie anhand des psychosozialen Funktionsniveaus beurteilt, das neben der Symptomschwere auch berufliche und soziale Beeinträchtigungen berücksichtigt.

Im vorhergehenden Kapitel sind die Ergebnisse der Verlaufsanalyse des GAF-Wertes beschrieben. Diese lassen auf eine Stabilisierung und leichte Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe schließen, eine Kontrollgruppe gibt es für die GAF-Werte allerdings nicht. Maßgebliche patientenberichtete Parameter zur Beurteilung des psychosozialen Nutzens betreffen die Veränderung der beruflichen und der sozialen Situation im Verlauf der CHANCE Teilnahme. Die Analyse der Verlaufsfragebögen gibt allerdings kein eindeutiges Bild. Die soziale Situation stabilisiert und verbessert sich im Verlauf der Teilnahme, die berufliche Situation verschlechtert sich nach drei Monaten (n=46) zunächst und verbessert sich nach sechs Monaten (n=26) wieder.

4.2.4. Hypothese 3: CHANCE schließt eine Versorgungslücke

Die Akzeptanz der neuen Versorgungsform wird einerseits anhand der Teilnahmezahlen beurteilt, andererseits wird sie anhand von patientenberichteten Parameter bewertet. Von 194 Personen mit primär schizophrener Diagnose (F2X.X, ICD-10), die in den Jahren 2018 und 2019 in der Psychiatrischen Institutsambulanz des LMU Klinikums angebunden waren, haben 52 Personen am CHANCE Programm teilgenommen. Das entspricht einer Quote von 26,8%. Diese 52 Personen haben an durchschnittlich 2,63 Modulen (mindestens 2, maximal 4) des CHANCE Programms teilgenommen. Die durchschnittliche Anbindungsdauer lag bei 9,17 (± 7) Monaten. Die PIA Anbindung lag im Vergleich bei 10,25 ($\pm 6,2$) Monaten. Bei der Analyse des Eingangsfragebogens fällt auf, dass die Betroffenen ein sehr großes Interesse an den CHANCE Angeboten zeigen. Über 70% der Betroffenen haben Interesse an Psychotherapie, Sport und Freizeit, Unterstützung bei Ausbildung und Beruf sowie Psychiatrische Hilfe. Über 60% haben Interesse an Gruppenangeboten. Obwohl einen Schulabschluss 95,7% besitzen, haben nur 47,7% einen Ausbildungsabschluss und nur 27,5% sind berufstätig. Die soziale Situation der Betroffenen stellt sich etwas positiver dar als die berufliche. 77,2% erhalten Hilfe durch ihr soziales Umfeld, 73,3% treffen mindestens einmal pro Woche Menschen, die Ihnen wichtig sind, 68,2% verbringt gerne Zeit mit Freunden, 41,4% sind mit ihrem Sozialleben zufrieden, 30,6% befinden sich einer Partnerschaft.

5. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie ermöglichen eine signifikante Abgrenzung der CHANCE Versorgung zur PIA Standardversorgung. Der Unterschied wird anhand der Quote der Behandlerkontakte beziffert. Das CHANCE Programm umfasst rund 4,8 ($\pm 4,5$) Behandlerkontakte pro Person pro Monat, die Standardversorgung im Vergleich rund 1,4 ($\pm 0,9$) Behandlerkontakte pro Monat pro Person. Die Anzahl der Behandlerkontakte ist demnach signifikant höher ($p < .001$) als in der Standardversorgung.

Der medizinische Nutzen des CHANCE Programms wird anhand der Re-Hospitalisierungsquote deutlich. Diese liegt bei CHANCE (21,2%, $n=52$) geringer als in der Standardversorgung (32,7%, $n=52$), die Vergleichsanalyse ergibt einen nicht signifikanten Unterschied ($p = .185$) mit weniger stationären Aufenthalten im Vergleich zur Standardbehandlung. Auch die gesamte Anzahl stationärer Aufenthalte ist mit 13 in der CHANCE Gruppe ($n=52$) geringer als in der Kontrollgruppe ($n=52$) mit 26, allerdings nicht signifikant ($p = .089$).

Der psychosoziale Nutzen des CHANCE Programms wird in dieser Studie anhand des Funktionsniveaus und anhand patientenberichteter Parameter beurteilt. Das Funktionsniveau im Alltag (GAF-Mittelwert) verbessert sich im Verlauf von 50,88 ($\pm 10,609$, $n=33$) zu Beginn auf 56,48 ($\pm 12,135$, $n=21$) nach neun Monaten, allerdings nicht signifikant ($p = .064$). Die Auswertung patientenberichteter Parameter gibt Hinweise auf eine Stabilisierung und leichte Verbesserung der sozialen Teilhabe, die allerdings nicht bezifferbar ist. Eine eindeutige Tendenz für Veränderungen der beruflichen Teilhabe kann nicht festgestellt werden.

Die Auswertung der Eingangsfragebögen lässt auf ein hohes Interesse bei schizophren Erkrankten, aber auch bei affektiv Erkrankten schließen. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse der Eingangsfragebögen darauf hin, dass das CHANCE Angebot dem Versorgungsbedarf der Zielgruppe entspricht. Die Teilnehmerzahlen belegen, dass die Zielgruppe tatsächlich erreicht wird. Die Auswertung der Verlaufsfragebögen deutet auf eine hohe Akzeptanz der Interventionen bei der Zielgruppe hin. Diese Ergebnisse führen zu dem Schluss, dass die psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen des CHANCE Programms eine bestehende Versorgungslücke schließen können.

Anhang A GAF-Skala

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten, Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten, wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt, keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome, gute Leistungsfähigkeit, interessiert und eingebunden in breites Aktivitätsspektrum, sozial effektives Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren; höchstens leichte Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
70-61	Einige leichte Symptome ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
50-41	Ernste Symptome ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20-11	Selbst- oder Fremdgefährdung ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation
10-1	Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu verletzen ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht

Anhang B Eingangfragebogen

Der CHANCE Eingangfragebogen umfasst strukturiert erhobene patientenberichtete Parameter. Es handelt sich um prospektiv erhobene Daten im Rahmen einer freiwilligen anonymisierten Begleitevaluation. Der Fragebogen wurde anhand klinisch-wissenschaftlicher Erfahrung von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums erstellt.

Wie lautet Ihre Diagnose?						
Wie sehr <u>interessieren</u> Sie die folgenden Angebote der Robert-Vogel-Spezialambulanz? (1= sehr, 2=einigermaßen, 3=nicht so, 4=gar nicht)						
Sport	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Freizeitangebote	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Ernährung und Kochen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Unterstützung im Bereich Ausbildung und Beruf	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Unterstützung im Bereich Wohnen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Unterstützung bei Behördengängen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Psychotherapie Einzel	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Psychotherapie Gruppe	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Andere Gruppenangebote	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Psychiatrische Versorgung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
(1= sehr, 2=einigermaßen, 3=nicht so, 4=gar nicht)						
Sind Sie mit Ihrer psychischen Gesundheit zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Haben Sie den Wunsch sich zu verändern?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Erhalten Sie Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Verbringen Sie momentan gerne Zeit mit Freunden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Sind Sie mit Ihrem aktuellen Sozialleben zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Sind Sie mit Ihrer aktuellen beruflichen Situation zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Sind Sie mit Ihrer aktuellen finanziellen Situation zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
Sind Sie derzeit berufstätig?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein			
Haben Sie derzeit einen Partner / eine Partnerin?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein			
Gab es in der Vergangenheit bereits eine Psychotherapie?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein			
Haben Sie momentan einen ambulanten Psychologen?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein			
Haben Sie bereits einen Psychiater außerhalb der Klinik?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein			
Wie oft treiben Sie aktuell Sport?	<input type="radio"/> Gar nicht	<input type="radio"/> 1x/Monat	<input type="radio"/> 1x/Woche	<input type="radio"/> Mehrmals/Woche		
Wie oft treffen Sie Menschen, die Ihnen wichtig sind?	<input type="radio"/> Gar nicht	<input type="radio"/> 1x/Monat	<input type="radio"/> 1x/Woche	<input type="radio"/> Mehrmals/Woche		
Was ist Ihr Höchster Schulabschluss?	<input type="radio"/> Kein Abschluss	<input type="radio"/> Mittelschule	<input type="radio"/> Realschule	<input type="radio"/> Gymnasium		
Was ist Ihr Höchster Ausbildungsabschluss?	<input type="radio"/> Kein Abschluss	<input type="radio"/> Lehre	<input type="radio"/> Ausbildung	<input type="radio"/> FH/Uni		
Wie wohnen Sie aktuell?	<input type="radio"/> Therapeutische Einrichtung	<input type="radio"/> WG	<input type="radio"/> mit Partner/in	<input type="radio"/> mit Eltern	<input type="radio"/> Allein	
21 Was ist Ihre derzeitige Haupteinnahmequelle?	<input type="radio"/> ALG I	<input type="radio"/> ALG II	<input type="radio"/> Rente	<input type="radio"/> Gehalt	<input type="radio"/> Rücklagen	<input type="radio"/> anders

Anhang C Verlaufsfragebogen

Der CHANCE Verlaufsfragebogen umfasst quartalsweise strukturiert erhobene patientenberichtete Parameter. Es handelt sich um prospektiv erhobene Daten im Rahmen einer freiwilligen anonymisierten Begleitevaluation. Der Fragebogen wurde anhand klinisch-wissenschaftlicher Erfahrung von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums erstellt.

Wie sehr haben Ihnen folgende Angebote der Robert-Vogel-Spezialambulanz <u>gefallen</u> ?						
<i>(0= nicht teilgenommen, 1= sehr gut, 2=eher gut, 3= eher nicht gut, 4=gar nicht gut)</i>						
Sport	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Freizeitangebote	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Ernährung und Kochen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung im Bereich Ausbildung und Beruf	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung im Bereich Wohnen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung bei Behördengängen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychotherapie Einzel	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychotherapie Gruppe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Andere Gruppenangebote	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychiatrische Versorgung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Wie sehr haben Ihnen folgende Angebote der Robert-Vogel-Spezialambulanz <u>geholfen</u> ?						
<i>(0= nicht teilgenommen, 1= sehr gut, 2=eher gut, 3= eher nicht gut, 4=gar nicht gut)</i>						
Sport (Yoga, Fitness, Laufgruppe usw.)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Freizeitangebote (Aktivitäten und Ausflüge)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Ernährung und Kochen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung im Bereich Ausbildung und Beruf	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung im Bereich Wohnen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Unterstützung bei Behördengängen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychotherapie Einzel	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychotherapie Gruppe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Andere Gruppenangebote	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
Psychiatrische Versorgung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
<i>1=sehr gut, 2=eher ja, 3=teils-teils, 4=eher nein, 5=gar nicht</i>						
Haben Sie sich seit Beginn Ihrer Teilnahm an CHANCE verändert?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer psychischen Gesundheit zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Erhalten Sie Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Verbringen Sie momentan gerne Zeit mit Freunden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrem aktuellen Sozialleben zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer aktuellen beruflichen Situation zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Sind Sie mit Ihrer aktuellen finanziellen Situation zufrieden?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
Weitere Fragen						
Sind Sie derzeit berufstätig?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein			
Haben Sie derzeit einen Partner / eine Partnerin?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein			
Wurden Sie an einen niedergelassenen Psychiater vermittelt?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein			
Wie oft treiben Sie aktuell Sport?	<input type="radio"/> Gar nicht	<input type="radio"/> 1x/Monat	<input type="radio"/> 1x/Woche	<input type="radio"/> Mehrmals/Woche		
Wie oft treffen Sie Menschen, die Ihnen wichtig sind?	<input type="radio"/> Gar nicht	<input type="radio"/> 1x/Monat	<input type="radio"/> 1x/Woche	<input type="radio"/> Mehrmals/Woche		
Wie wohnen Sie aktuell?	<input type="radio"/> Therapeutische Einrichtung	<input type="radio"/> WG	<input type="radio"/> mit Partner/in	<input type="radio"/> mit Eltern	<input type="radio"/> Allein	
Was ist Ihre derzeitige Haupteinnahmequelle?	<input type="radio"/> ALG I	<input type="radio"/> ALG II	<input type="radio"/> Rente	<input type="radio"/> Gehalt	<input type="radio"/> Rücklagen	<input type="radio"/> anders

Anhang D AmBADO

AmBADO ist ein standardisiertes Daten-Erhebungsinstrument zur Qualitätssicherung für die Erwachsenenpsychiatrie.

AmBADO		Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung			
© Arbeitskreis AmBADO-Revisoren 2017 Bei bis zu drei Kontakten ⇒ Kurzversion verwenden! Bei Jahresaktualisierung ⇒ Nur mit ^{JA} markierte Fragen bearbeiten! <input type="radio"/> nur eine Nennung <input type="checkbox"/> Mehrfachnennungen					
1 Dokumentationsfall					
1.1 Dokumentationsart ^{JA} (nur in der Papierversion)					
<input type="radio"/> Erstdokumentation dieser Ambulanzbehandlung <input type="radio"/> Jahresaktualisierung					
1.2 Datum Leistungsabrechnung 101/201: ^{JA}					
1.3 Datum Behandlungsbeginn:					
2 Patientendaten					
2.1 Name ^{JA} :					
2.2 Vorname ^{JA} :					
2.3 Geburtsdatum:					
2.4 Geschlecht ^{JA} <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich					
<input type="radio"/> intersexuell <input type="radio"/> unbekannt/unklar					
2.5 Familienstand ^{JA}					
<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> unbekannt/unklar					
2.6 Staatsangehörigkeit ^{JA} :					
2.7 Migrationshintergrund (Migranten; Kinder von Migranten; Personen, die als Ausländer in Deutschland geboren wurden)					
<input type="radio"/> ja, Land:					
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt/unklar					
2.8 Beruf (zuletzt ausgeübt) ^{JA} :					
3 Kontaktart					
<input type="radio"/> Erstkontakt <input type="radio"/> Wiederaufnahme nach Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen <input type="radio"/> Wiederaufnahme vor Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen <input type="radio"/> unbekannt/unklar					
4 Behandlungssetting ^{JA}					
<input type="radio"/> Normalfall <input type="radio"/> Notfall/Krisenintervention <input type="radio"/> Auftragsleistung (diagnostisch/therapeutisch) <input type="radio"/> Vertretung/Überbrückung anderer Behandler <input type="radio"/> gerichtliche Behandlungsaufgabe <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Sonstiges:					
<input type="radio"/> unbekannt/unklar					
5 Ambulanzart ^{JA}					
<input type="radio"/> Allgemeinpsychiatrie <input type="radio"/> Krisenambulanz <input type="radio"/> Gedächtnisambulanz <input type="radio"/> Gerontopsychiatrie <input type="radio"/> Suchtambulanz <input type="radio"/> Substitution <input type="radio"/> Geistigbehindertambulanz <input type="radio"/> Psychosomatik <input type="radio"/> Sonstige:					
6 Ambulanzdifferenzierung: ^{JA} (Abteilung im Haus)					
.....					
7 Behandlungsform ^{JA}					
<input type="radio"/> Patient kommt in die PIA <input type="radio"/> Patient wird aufgesucht <input type="radio"/> Mischform <input type="radio"/> unbekannt/unklar (nur bei Behandlungsbeginn)					
8 Diagnosen (ICD) inkl. Diagnosesicherheit (G, V, Z, A) ^{JA}					
8.1 psychiatrische Diagnose(n)		Diagnosesicherheit			
		G	V	Z	A
1.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Klinisch führende Diagnose				
2.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2 neurologische/somatische Diagnose(n) ^{JA}		Diagnosesicherheit			
		G	V	Z	A
1.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3 Zusatzdiagnose(n) ^{JA}		Diagnosesicherheit			
		G	V	Z	A
1.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legende zu den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit G gesicherte Diagnose V Verdachtsdiagnose Z (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose A ausgeschlossene Diagnose					
9 Pflegegrade ^{JA}					
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> unbekannt/unklar					
10 anerkannte Behinderung ^{JA}					
<input type="radio"/> ja, Grad der Behinderung:					
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt/unklar					

Bei bis zu drei Kontakten ⇒ Kurzversion verwenden! | Bei Jahresaktualisierung ⇒ Nur mit ^{JA} markierte Fragen bearbeiten! |
 nur eine Nennung Mehrfachnennungen

11 Betreuung nach BGB/Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung ^{JA}			
	ja	nein	unbekannt/ unklar
Betreuung nach BGB ^{JA}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorsorgevollmacht ^{JA}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patientenverfügung ^{JA}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 sprachliche Verständigung ^{JA}			
<input type="radio"/> problemlos			
<input type="radio"/> mit Schwierigkeiten:			
<input type="radio"/> nicht möglich			
13 Selbst- und Fremdgefährdung ^{JA}			
	ja	nein	unbekannt/ unklar
13.1 Suizidversuch ^{JA}			
aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vor den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.2 Suizidalität ohne Suizidversuch ^{JA}			
aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vor den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.3 sonstiges selbst- schädigendes Verhalten ^{JA}			
aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vor den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.4 Fremdgefährdung ^{JA}			
aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vor den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Jahr der ersten psychischen Auffälligkeit			
<input type="radio"/> Jahr (notfalls geschätzt JJJJ):			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar			
15 Jahr der ersten psychiatrischen/psychosomatischen Behandlung überhaupt			
<input type="radio"/> Jahr (notfalls geschätzt JJJJ):			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar			
16 Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlungen bisher ^{JA}			
Anzahl:			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar			
17 Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate ^{JA}			
Anzahl:			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar			
18 Wohnsituation ^{JA}			
<input type="radio"/> Privatwohnung, Wohngemeinschaft (einschließl. betr. Einzelwohnen) Falls angekreuzt → weiter mit Frage 19			
<input type="radio"/> therapeutisches/psychiatrisches Heim, gerontopsychiatrisches Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-Wohnheim Falls angekreuzt → weiter mit Frage 20			
<input type="radio"/> Altenheim/Pflegeheim..... Falls angekreuzt → weiter mit Frage 20			
<input type="radio"/> betreute Wohngruppe..... Falls angekreuzt → weiter mit Frage 21			
<input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz..... Falls angekreuzt → weiter mit Frage 21			
<input type="radio"/> Sonstiges:			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar..... Falls angekreuzt → weiter mit Frage 21			

19 Lebensform ^{JA}	
<i>Nur bearbeiten, falls bei Frage 18 Privatwohnung angekreuzt wurde!</i>	
<input type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner	
<input type="checkbox"/> mit anderen Verwandten	
<input type="checkbox"/> mit Eltern(-teil)	
<input type="checkbox"/> mit Bekannten, Wohngemeinschaft o. Ä.	
<input type="checkbox"/> mit Kind(ern)	
<input type="radio"/> allein	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
20 Heim ^{JA}	
<i>Nur bearbeiten, falls bei Frage 18 therapeutisches/psychiatrisches Heim oder gerontopsychiatrisches Heim oder Heim für geistig Behinderte oder Übergangs-Wohnheim oder Altenheim/Pflegeheim angekreuzt wurde!</i>	
20.1 Heimsetting ^{JA}	
<input type="radio"/> offen	
<input type="radio"/> geschlossen	
20.2 Jahr der ersten Heimaufnahme:	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
20.3 Jahr der aktuellen Heimaufnahme: ^{JA}	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
20.4 Heimwechsel in den letzten 12 Monaten ^{JA}	
<input type="radio"/> ja	
<input type="radio"/> nein	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
21 Häufigkeit sozialer Kontakte in den letzten 7 Tagen ^{JA} (vor dem Dokumentationszeitpunkt)	
<input type="radio"/> mindestens ein Treffen mit Freunden/Bekanntem	
<input type="radio"/> kein Treffen mit Freunden/Bekanntem	
22 höchster erreichter Schulabschluss ^{JA}	
<input type="radio"/> kein Abschluss	
<input type="radio"/> Sonderschulabschluss	
<input type="radio"/> Hauptschulabschluss	
<input type="radio"/> Mittlere Reife	
<input type="radio"/> Polytechnische Oberschule	
<input type="radio"/> (Fach-)Abitur	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
23 höchster erreichter Berufsabschluss ^{JA}	
<input type="radio"/> keiner	
<input type="radio"/> Lehre	
<input type="radio"/> Fach-/Meisterschule	
<input type="radio"/> (Fach-)Hochschule	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
24 jetzige berufliche Situation ^{JA}	
<input type="radio"/> erwerbstätig, Vollzeit	
<input type="radio"/> erwerbstätig, Teilzeit	
<input type="radio"/> geringfügig beschäftigt (Mini-Job)	
<input type="radio"/> geschützt beschäftigt	
<input type="radio"/> Freiwilliges Soziales Jahr/Ökologisches Jahr/Bundesfreiwilligendienst	
<input type="radio"/> Ausbildung, Umschulung	
<input type="radio"/> Hausfrau/-mann	
<input type="radio"/> Rentner/-in	
<input type="radio"/> ausschließlich ehrenamtlich tätig	
<input type="radio"/> arbeitslos gemeldet	
<input type="radio"/> anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	
<input type="radio"/> Sonstiges:	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	

Bei bis zu drei Kontakten ⇒ Kurzversion verwenden! | Bei Jahresaktualisierung ⇒ Nur mit ^{AA} markierte Fragen bearbeiten! |
 nur eine Nennung Mehrfachnennungen

25 Lebensunterhalt^{AA}
<input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen
<input type="checkbox"/> Altersrente/Pension
<input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente
<input type="checkbox"/> sonstige Rente
<input type="checkbox"/> Entgeltersatzleistungen (ALG I, Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Verletzengeld, Elterngeld, Übergangsgeld, Insolvenzgeld, Kurzarbeitergeld)
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe/Grundsicherung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung für Arbeitssuchende „Hartz IV“, Sozialgeld)
<input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung (z. B. BAföG)
<input type="checkbox"/> Unterhaltsleistungen
<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Angehörige/Freunde
<input type="checkbox"/> Vermögen
<input type="checkbox"/> keine Einkünfte
<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> unbekannt/unklar
26 CGI - Teil 1 (Schweregrad)^{AA}
Patient ist ...
<input type="radio"/> 0: nicht beurteilbar
<input type="radio"/> 1: überhaupt nicht krank
<input type="radio"/> 2: Grenzfall psychischer Erkrankung
<input type="radio"/> 3: nur leicht krank
<input type="radio"/> 4: mäßig krank
<input type="radio"/> 5: deutlich krank
<input type="radio"/> 6: schwer krank
<input type="radio"/> 7: extrem schwer krank
27 GAF^{AA}
GAF-Wert:

→ weiter mit Seite 4
 Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung – Vernetzung

GAF-Legende	
100 – 91:	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum.
80 – 81:	Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
70 – 71:	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z. B. Konzentrationsstörungen nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
60 – 61:	Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z. B. Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
50 – 51:	Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weilschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
40 – 41:	Ernsthafte Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangssituationen, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, unfähig eine Arbeitsstelle zu behalten).
30 – 31:	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten).
20 – 21:	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
10 – 11:	Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
0 – 01:	Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu schädigen (z. B. wiederholte Gewaltnutzung) ODER anhaltende Unfähigkeit die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht
0:	Unzureichende Information.

Literaturverzeichnis

- Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, Bergman H (2015). Social skills programmes for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews. 2015(6): CD009006.
- Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. The American journal of psychiatry; 162(3): 441-9.
- AOLG (2017). Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven – Bericht zu den Schwerpunktthemen „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland“. Bericht der AG Psychiatrie für die 90. Gesundheitsminister-Konferenz. Arbeitsgruppen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden.
- BAR (2018). Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. In: Bundesteilhabegesetz kompakt. Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt.
- BAR (2019). Teilhabeplanung. In: Bundesteilhabegesetz kompakt. Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt.
- Becker H, Puschner B, Weinmann S (2008). Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart, Kohlhammer.
- BIDAQ (2015). Ambulante Basisdokumentation Bayern – Psychiatrische Institutsambulanzen Erwachsenenpsychiatrie 2015.
- Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2010; 197(5): 350-6.
- Berger W, Welschhold M (2002). Basisdokumentation für psychiatrische Ambulanzen (AmBADO). Bonn: Psychiatrie-Verlag. Dtsch Arztebl 2004; 101(12): 767.
- BPtK (2019). Leitlinien-Info Schizophrenie der Bundes-Psychotherapeuten-Kammer. Berlin, Bundes-Psychotherapeuten-Kammer.
- DGPPN (2018). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage. AWMF-Register Nr.: 038-020. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Springer-Verlag. Berlin. Veröffentlicht auf der Webseite des AWMF. Letzter Zugriff am 30.03.2021.

- DGPPN (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie. AWMF-Register Nr.: 038-009. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Version 1.0. Veröffentlicht auf der Webseite des AWMF. Letzter Zugriff am 30.03.2021.
- Falkai P, Schennach R, Lincoln T, Schaub A, Hasan A (2017). Schizophrene Psychosen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. p. 1583-674.
- Gaebel W, Wölwer W (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50. Schizophrenie. Herausgeber: Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt. Berlin 2010.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2009). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie. (Psychotherapie-Richtlinie). In der Fassung vom 19. Februar 2009. Veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009. Zuletzt geändert am 22. November 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.01.2020 B4) in Kraft getreten am 24. Januar 2020.
- Hamann J, Heres S, Seemann U, Beitinger R, Spill B, Kissling W. (2014) Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. *Psychiatry Res.* 2014 Jun 30; 217(1-2):15-9.
- Janssen (2020). Innovative Versorgungsangebote für Menschen mit Schizophrenie Praxishandbuch Schizophrenie. H. A. H. Falkai P. München, Elsevier GmbH. 2. Auflage: 285-295.
- Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, Addington J, Brunette MF, Correll CU, Estroff SE, Marcy P, Robinson J, Meyer-Kalos PS, Gottlieb JD, Glynn SM, Lynde DW, Pipes R, Kurian BT, Miller AL, Azrin ST, Goldstein AB, Severe JB, Lin H, Sint KJ, John M, Heinssen RK (2016). Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *The American journal of psychiatry.* 2016; 173(4): 362-72.
- Kilian R, Becker T (2007). Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *J Ment Health*; 16: 211–22.
- Kopp IB, Selbmann HK, Koller M (2007). Konsensfindung in evidenzbasierten Leitlinien – vom Mythos zur rationalen Strategie. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.* 2007; 101: 89-95.
- Kouidrat Y, Amad A, Stubbs B, Louhou R, Renard N, Diouf M, Loas G et al (2018). Disordered eating behaviors as a potential obesogenic factor in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 269, 450-454.
- Krzych ŁJ, Lach M, Joniec M, Cisowski M, Bochenek A (2018). The Likert scale is a powerful tool for quality of life assessment among patients after minimally invasive coronary surgery. *Kardiochir Torakochirurgia Pol.* 2018 Jun; 15(2): 130-134.

- Lambert M, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, Ohm G, Bussopulos A, Frieling M, Golks D, Kerstan A, König HH, Nika L, Ruppelt F, Schodlbauer M, Schottle D, Sauerbier AL, Rietschel L, Wegscheider K, Wiedemann K, Schimmelmänn BG, Naber D, Karow A (2014). The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 1. Rationale, treatment concept and results of the pre-study. *Psychiatr Prax* 41(5): 257-265.
- Lambert M, Schottle D, Bock T, Schulte-Markwort M, Naber D, Karow A (2014). Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut* 59(2): 95-99.
- Lambert M, Schottle D, Ruppelt F, Ludecke D, Sarikaya G, Schulte-Markwort M, Gallinat J, Karow A (2015). Integrated care for patients with first and multiple episodes of severe psychotic illnesses: 3-year results of the Hamburg model. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419.
- Li M, Fan YL, Tang ZY, Cheng XS (2014). Schizophrenia and risk of stroke: a meta-analysis of cohort studies. *Int J Cardiol*, 173(3), 588-590.
- Lincoln TM, Moritz S (2017). Psychotherapie bei Schizophrenie: Was geht? In: *Verhaltenstherapie* 2017; 27: 157-159.
- Lincoln T, Pedersen A, Hahlweg K, Wiedel KH, Frantz I (2018). Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. *Psychologie DGf*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lincoln T, Pedersen A, Hahlweg K, Frantz I (2019). Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. Hogrefe Verlag.
- Marwaha S, Johnson S (2004). Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 39: 337-49.
- Millan MJ et al (2016). Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nat Rev Drug Discov* 15(7): 485-515.
- Morin L, Franck N (2017). Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*. 2017; 8: 100.
- NICE (2014). NICE clinical guideline 178 – Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. Abrufbar unter: guidance.nice.org.uk/cg178
- Pincus HA, Spaeth-Rublee B, Sara G, Goldner EM, Prince PN, Ramanuj P, Gaebel W, Zielasek J, Großimlinghaus I, Wrigley M, van Weeghel J, Smith M, Ruud T, Mitchell JR, Patton L (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries." *International Journal of Mental Health Systems* 10(1): 73.

- Sagud M, Vuksan-Cusa B, Jaksic N, Mihaljevic-Peles A, Rojnic Kuzman M, Pivac N (2018). Smoking in Schizophrenia: an Updated Review. *Psychiatr Danub*, 30(Suppl 4), 216-223.
- Salize HJ, Voß E, Werner A, Falkai P, Hauth I (2015). Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. In: *Der Nervenarzt* 86(11): 1358-1370.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: Textrevision. DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schmid P, Steinert T, Borbe R (2013). Implementing models of cross-sectoral mental health care (integrated health care, regional psychiatry budget) in Germany: systematic literature review. In: *Psychiatrische Praxis*. 2013; 40(8): 414-24.
- Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 9 G v. 18.1.2021 I 2
- Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3 Abs. 6 G v. 9.10.2020 I 2075.
- Spengler A (2012). Psychiatrische Institutsambulanzen: Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. *Deutsches Ärzteblatt*.2012;109 (40): A-1981-3.
- Stubbs B, Firth J, Berry A, Schuch FB, Rosenbaum S, Gaughran F, Vancampfort D et al (2016). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophr Res*, 176(2-3), 431-440.
- Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A (2017). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophrenia bulletin*.
- UN-BRK (2008). UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung.
- Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, Correll CU et al (2015). Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(3), 339-347.
- Vancampfort D, Probst M, Stubbs B (2018). *Aerobic Exercise in People with Schizophrenia The Exercise Effect on Mental Health, Neurobiological Mechanisms*. New York: Routledge.

Weinmann S, Puschner B, Becker T (2009). Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. In: Der Nervenarzt 80(1): 31-39.

World Health Organization (2013). Mental Health Action Plan (2013-2020). Genf: WHO.

World Health Organization (2018). WHO Guidelines. Management of Physical Health Conditions in Adults with Severe Mental Disorders. Genf: WHO.

World Health Organization (2019). ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision Version 2019. Genf: WHO.

Danksagung

Hiermit bedanke ich mich bei allen Menschen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Das sind vor allem meine Promotions-Betreuer Prof. Oliver Pogarell, Prof. Alkomiet Hasan und Prof. Johannes Hamann sowie meine Kolleginnen und Kollegen aus der Robert Vogel Ambulanz. Der Robert Vogel Stiftung danke ich sehr für die Förderung des CHANCE Programms im Rahmen der Robert Vogel Ambulanz. Ein ganz besonderer Dank geht an meine Familie, besonders an Nadine, für viel Geduld und Verständnis.

Affidavit



Eidesstattliche Versicherung

Lembeck, Moritz

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Retrospektive Untersuchung einer neuen multidisziplinären Versorgungsstruktur für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, basierend auf vorhandenen Routinedaten

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Trier, 12.10.2023

Moritz Lembeck

Ort, Datum

Unterschrift Doktorand

Publikationsliste

- Maurus I, Roell L, Keeser D, Papazova B, Papazova I, **Lembeck M**, Roeh A, Wagner E, Hirjak D, Malchow B, Ertl-Wagner B, Stoecklein S, Hasan A, Schmitt A, Meyer-Lindenberg A, Falkai P (2022). Fitness is positively associated with hippocampal formation subfield volumes in schizophrenia: a multiparametric magnetic resonance imaging study. *Translational Psychiatry* 12:388.
- Maurus I, Roell L, Keeser D, Karali T, Papazova B, Hasan A, Schmitt A, Papazova I, **Lembeck M**, Hirjak D, Thieme CE, Sykorova E, Muenz S, Seitz V, Greska D, Campana M, Wagner E, Loehrs L, Poemsl J, Roeh A, Malchow B, Keller-Varady K, Ertl-Wagner B, Stoecklein S, Meyer-Lindenberg A, Falkai P (2022). Association between aerobic fitness, negative symptoms, cognitive deficits and brain structure in schizophrenia – a cross-sectional study. *Schizophrenia* 8:66.
- Roell L, Maurus I, Keeser D, Karali T, Papazova B, Hasan A, Schmitt A, Papazova I, **Lembeck M**, Hirjak D, Sykorova E, Thieme CE, Muenz S, Seitz V, Greska D, Campana M, Wagner E, Loehrs L, Stoecklein S, Ertl-Wagner B, Poemsl J, Roeh A, Malchow B, Keller-Varady K, Meyer-Lindenberg A, Falkai P (2022). Association between aerobic fitness and the functional connectome in patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 272:1253-1272.
- Roeh A, **Lembeck M**, Papazova I, Pross B, Hansbauer M, Schönfeld J, Haller B, Halle M, Scherr J, Falkai P, Hasan A (2021). Marathon running improves mood and negative affect. *JPsychiatrRes* 130.
- Maurus I, Hasan A, Schmitt A, Roeh A, Keeser D, Malchow B, Schneider-Axmann T, Hellmich M, Schmied S, **Lembeck M**, Keller-Varady K, Papazova I, Hirjak D, Topor C, Walter H, Mohnke S, Vogel B, Wölwer W, Schneider F, Henkel K, Meyer-Lindenberg A, Falkai P (2021). Aerobic endurance training to improve cognition and enhance recovery in schizophrenia: design and methodology of a multicenter randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 271:315-324.
- Roeh A, Engel R, **Lembeck M**, Pross B, Papazova I, Schoenfeld J, Halle M, Falkai P, Scherr J, Hasan A (2020). Personality traits in marathon runners and sedentary controls with MMPI-2-RF. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 886.
- Maurus I, Mantel C, Keller-Varady K, Schmitt A, **Lembeck M**, Roeh A, Papazova I, Falkai P, Schneider-Axmann T, Hasan A, Malchow B (2020). Resistance training in patients with schizophrenia: Concept and proof of principle trial. *JPsychiatr Res* 120: 72-82.
- Roeh A, Bunse T, **Lembeck M**, Handrack M, Pross B, Schoenfeld J, Keeser D, Ertl-Wagner B, Pogarell O, Halle M, Falkai P, Hasan A, Scherr J (2019). Running effects on cognition and plasticity (ReCaP): study protocol of a longitudinal examination of multimodal adaptations of marathon running. *Res Sports Med*: 1-15.

Schmitt A, Maurus I, Rossner MJ, Roeh A, **Lembeck M**, von Wilmsdorff M, Takahashi S, Rauchmann B, Keeser D, Hasan A, Malchow B, Falkai P (2018). Effects of Aerobic Exercise on Metabolic Syndrome, Cardiorespiratory Fitness, and Symptoms in Schizophrenia Include Decreased Mortality. *Front Psychiatry* 9: 690.

Schmitt A, Malchow B, **Lembeck M**, Maurus I, Roeh A, Papiol S, Hasan A, Falkai P (2018). Bedeutung von Ausdauersport für die Verbesserung von Kognition und Remission bei post-akuter Schizophrenie. *Nervenheilkunde*, 37(05), 324-329.

Lembeck M, Starringer G, Schoenfelder M (2009). Trainingsverhalten von Freizeit- und Breitensportlern im Triathlonsport. Analyse und Empfehlungen. 23. Internationales Triathlon-Symposium Erding 2008 (Triathlon und Sportwissenschaft).