

Evaluation der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie

Simone Franziska Roxana Stirner

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung einer

Doktorin der Medizin (Dr. med.)

genehmigten Dissertation.

Vorsitz: Prof. Dr. Marcus Makowski

Prüfer*innen der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Johannes Hamann
2. apl. Prof. Dr. Klaus Linde

Die Dissertation wurde am 01.07.2022 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 13.12.2022 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	IX
Hinweis.....	X
1 Einleitung	1
1.1 Psychiatrische Erkrankungen.....	1
1.1.1 Epidemiologie	1
1.1.2 Symptome und Folgen von Depression und Schizophrenie für Betroffene	2
1.1.3 Folgen psychischer Erkrankungen für die Wirtschaft	3
1.2 Adhärenz / Compliance	5
1.2.1 Begriffsbestimmung Adhärenz / Compliance.....	5
1.2.2 Folgen mangelnder Therapietreue	6
1.3 Integrierte Versorgung.....	8
1.3.1 Begriffsbestimmung.....	8
1.3.2 Bestehende psychiatrische Versorgungsprojekte im deutschsprachigen Raum	9
1.3.3 Die Integrierte Versorgung „Münchner Modell“	11
1.4 Zielsetzung der Arbeit	13
2 Material und Methoden	14
2.1 Interviewplanung	14
2.1.1 Interviewformen.....	14
2.1.1.1 Einzel-vs. Gruppeninterviews	14
2.1.1.2 Gruppeninterviewverfahren	15
2.1.2 Interviewleitfaden	16
2.1.2.1 Hintergrund	16
2.1.2.2 In der vorliegenden Arbeit verwendete Leitfäden	18
2.1.3 Teilnehmersampling und Rekrutierung	19
2.1.3.1 Festlegung der Gruppen	19
2.1.3.2 Sampling der Interviewteilnehmer	20
2.2 Interviewdurchführung	23
2.3 qualitative Auswertung	24
2.3.1 Transkription.....	24
2.3.2 qualitative inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse	24
2.3.2.1 Bestimmung von Ausgangsmaterial und Ziel der Analyse.....	24

2.3.2.2	Bestimmung der passenden Analysetechnik.....	25
2.3.2.3	Erstellen des Kategoriensystems.....	26
2.3.2.4	Kodierung mit MAXQDA	29
2.3.2.5	Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung.....	30
2.3.3	Gütekriterien qualitativer Forschung	30
2.4	quantitative Datenerhebung und Auswertung	33
3	Ergebnisse	35
3.1	Quantitative Auswertung	35
3.1.1	Beschreibung der Grundgesamtheit der Patienten.....	35
3.1.2	Zugang zum Programm und Antrieb zur Teilnahme	37
3.1.3	Beweggründe zur weiteren Teilnahme	38
3.1.4	Auswirkungen der Programmteilnahme auf das Leben der Patienten.....	43
3.1.5	Zufriedenheit mit dem Programm.....	45
3.1.6	Gesundheit und Lebensqualität.....	46
3.1.7	Compliance	47
3.1.8	Leben der Abbrecher nach Programmende.....	49
3.1.9	Angehörige.....	49
3.2	Qualitative Auswertung, Teil I: Patienten	50
3.2.1	Wie erleben Teilnehmer das Versorgungsprogramm „Münchner Modell“?	50
3.2.1.1	Bereicherung des Alltags durch Aktivitäten, Kontakte und Struktur.....	50
3.2.1.2	Sicherheit.....	51
3.2.1.3	Stabilität	52
3.2.1.4	Unterstützung	52
3.2.1.5	Hilfe zur persönlichen Weiterentwicklung	52
3.2.1.6	Hoffnung und Motivation	53
3.2.1.7	Nicht allein gelassen werden.....	54
3.2.1.8	Zugehörigkeit und aufgehoben sein	54
3.2.1.9	Vertrauen.....	55
3.2.1.10	Wertschätzung.....	55
3.2.1.11	Verständnis.....	55
3.2.1.12	Freiwilligkeit.....	56
3.2.2	Wie bewerten Teilnehmer die Integrierte Versorgung?.....	56
3.2.2.1	Kursinhalte	56
3.2.2.2	Arztgespräche.....	60
3.2.2.3	soziale Beratung und Begleitung	62
3.2.2.4	Anlaufstelle bei akuten Problemen / Notfallfunktion	63
3.2.2.5	Zugang zum Programm / Ein- und Ausschluss.....	64
3.2.2.6	Programminterne Organisation	65
3.2.2.7	Verknüpfung mit anderen Angeboten.....	69

3.2.3	Einfluss der IV auf Compliance und Rückfallschutz der Teilnehmer	70
3.2.3.1	Einfluss der IV auf die medikamentöse Compliance der Patienten.....	70
3.2.3.2	Einfluss der IV auf den Rückfallschutz der Patienten	74
3.2.3.3	Anteil der IV an der seelischen Gesundheit der Teilnehmer	75
3.2.4	Abbruch und Ausblick	79
3.2.4.1	Argumente der noch eingeschlossenen sowie ehemaligen Teilnehmer gegen einen Abbruch	79
3.2.4.2	freiwillige Abbrecher	80
3.2.4.3	unfreiwillige Abbrecher	82
3.2.4.4	Verbesserungsvorschläge und Zukunftswünsche	83
3.3	Qualitative Auswertung, Teil II: Mitarbeiter der IV und niedergelassene Psychiater.....	85
3.3.1	Erleben der IV aus Sicht der Mitarbeiter und Niedergelassenen	85
3.3.2	Nutzen der IV für die Patienten	86
3.3.3	Relevanz eines gleichbleibenden IV-Arztbesuches	88
3.3.4	Organisation der Kursangebote.....	88
3.3.5	Vorschaltfunktion	89
3.3.6	Förderung von Compliance und Rückfallschutz der Patienten.....	90
3.3.7	Schwierigkeit der Rekrutierung von Patienten	91
3.3.8	Krankenkassen und Finanzierung des Programms	92
3.3.9	Zusammenarbeit zwischen IV und Niedergelassenen	94
3.4	Qualitative Auswertung, Teil III: Angehörige.....	97
4	Diskussion	98
4.1	Erleben des Programms	98
4.1.1	Soziale Kontakte, Aktivitäten und Struktur	98
4.1.2	Sicherheit durch Vorschaltfunktion	99
4.1.3	Hoffnung und Motivation	99
4.1.4	Freiwilligkeit.....	100
4.1.5	Selbstwirksamkeit und persönliche Weiterentwicklung.....	101
4.1.6	Vertrauen, Wertschätzung, Zugehörigkeit.....	102
4.1.7	Unterstützung und Stabilität	103
4.2	Bewertung des Programms	104
4.2.1	Kursangebote	104
4.2.2	Zusammenarbeit der IV mit anderen Hilfsangeboten	105
4.2.3	Arztgespräche und Arztwechsel	106
4.2.4	Zeitliche Ressourcen in der IV	107
4.2.5	soziale Beratung / Begleitung	107
4.2.6	24-stündige Erreichbarkeit und Vorschaltfunktion.....	108
4.2.7	Zugang zum Programm.....	108
4.2.8	Austritt aus dem Programm	109
4.2.9	mangelnde Transparenz aus Patientensicht	109

4.2.10	Zusammenarbeit zwischen IV und niedergelassenen Psychiatern.....	110
4.3	Rezidivprophylaktische Wirkung der IV	112
4.3.1	Verbesserung der Compliance	112
4.3.1.1	Maßnahmen zur Erhöhung der Adhärenz in der Literatur	112
4.3.1.2	Verbesserung der Compliance durch Struktur	113
4.3.1.3	Verbesserung der Compliance durch Arzt-Patienten- Beziehung.....	114
4.3.1.4	Förderung der medikamentösen Adhärenz in der IV.....	114
4.3.1.5	Verbesserung der Compliance durch Proaktivität.....	115
4.3.2	Förderung der seelischen Gesundheit der Patienten	116
4.3.3	Edukative Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe.....	117
4.4	Programmabbruch.....	118
4.5	Unterschiede innerhalb der Hauptdiagnosen und der Compliance im Rahmen der qualitativen Daten	120
4.6	Diskussion der quantitativen Daten	122
4.6.1	Zufriedenheit mit dem Programm.....	122
4.6.2	Relevanz verschiedener Aspekte des Programms für die weitere Teilnahme	123
4.6.3	Auswirkungen der Programmteilnahme auf Gesundheit und Lebensqualität der Patienten	124
4.6.4	Untersuchung der Medikamentenadhärenz der Patienten.....	125
4.6.5	Unterstützung der Patienten durch Angehörige.....	126
4.6.6	Erkennen von Frühwarnzeichen	126
4.7	Limitationen.....	127
4.7.1	Einfluss des Teilnehmersamplings auf die Ergebnisse.....	127
4.7.2	Einfluss der Interviewsituation auf die Ergebnisse.....	129
4.7.3	Rolle der Gruppendynamik innerhalb der Interviews.....	129
4.7.4	Einfluss der Forschenden im Rahmen der Auswertung.....	130
4.7.5	Limitationen aufgrund des Studiendesigns.....	130
4.8	Ausblick.....	132
5	Zusammenfassung.....	134
	Literaturverzeichnis	136
	Anhang	145
1.	Interviewleitfäden	145
2.	Einverständniserklärung	151
3.	Fragebögen	152
3.1	Fragebogen für noch eingeschlossene Patienten (Selbstrating).....	152
3.2	Fragebogen für ehemalige Patienten (Selbstrating).....	158
3.3	Fragebogen für den IV-Arzt bzgl. noch eingeschlossener sowie ehemaliger Patienten (Fremdrating)	167
3.4	Fragebogen für niedergelassene Psychiater	171

3.5	Fragebogen für Mitarbeiter des Programms	174
3.6	Fragebogen für Angehörige	177
4.	Transkriptionsregeln	180
5.	Kategoriensysteme.....	181
	Danksagung	184
	Eidesstattliche Erklärung	185

Abkürzungsverzeichnis

CDM	Centrum für Disease Management
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
F2	F2 nach ICD-10: Kodierung für die „Schizophrenie, schizotype(n) und wahnhaft(e)n Störungen“ innerhalb der Internationalen Klassifikation der Krankheiten
F3	F3 nach ICD-10: Kodierung für die „affektive(n) Störungen“ innerhalb der Internationalen Klassifikation der Krankheiten
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IV	Integrierte Versorgung
MW	Mittelwert
N	Anzahl
PSG	Programm für seelische Gesundheit
RdI bzw. MRI	Klinikum rechts der Isar, Uniklinik der TU München, Kooperationspartner der Integrierten Versorgung „Münchner Modell“
SD	Standard Deviation bzw. Standardabweichung

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewkonstellation der noch eingeschlossenen Patienten.....	20
Tabelle 2: Interviewkonstellation der ehemaligen Patienten.....	21
Tabelle 3: Berufliche Situation in die Studie eingeschlossener Patienten (N=34).....	35
Tabelle 4: Familienstand in die Studie eingeschlossener Patienten (N=34)	35
Tabelle 5: Schweregrad der Erkrankung der interviewten Patienten auf einer Skala von 1 bis 7, Fremdrating durch IV-Arzt	36
Tabelle 6: Krankheitseinsicht der Patienten gemäß Fremdrating durch IV-Arzt.....	37
Tabelle 7: Beweggrund der Patienten zur Teilnahme am Programm: Vergleich Selbst- /Fremdrating.....	37
Tabelle 8: Relevanz nachfolgend genannter Gründe für die Teilnahme am Programm auf einer Skala von 1 bis 5 in Abhängigkeit von Diagnose, Compliance und Abbruchgrund	39
Tabelle 9: Auswirkung der Programmteilnahme auf das Leben der Teilnehmer auf einer Skala von 1 (schlechter) bis 5 (besser).....	43
Tabelle 10: Zufriedenheit der Patienten mit dem Programm (ZUF8-Summe) auf einer Skala von 8 bis 32	45
Tabelle 11: Zufriedenheit der Niedergelassenen und Mitarbeiter der IV mit dem Programm auf einer Skala von 1 (ziemlich unzufrieden/eindeutig nicht/...) bis 5 (sehr zufrieden/eindeutig ja/...)	46
Tabelle 12: Aktuelle Lebensqualität und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit aller Patienten auf einer Skala von 2 bis 10	46
Tabelle 13: MARS-Summe auf einer Skala von 0 bis 14 der interviewten Patienten zum Zeitpunkt ihrer Teilnahme.....	47
Tabelle 14: Vergleich der MARS-Summen (Skala von 0 bis 14) der Abbrecher vor und nach dem Ausscheiden in Abhängigkeit von der Modalität des Programmabbruchs	48
Tabelle 15: Rückfälle aufgrund medikamentöser Non-Compliance in Abhängigkeit von der Einschätzung der Compliance.....	48
Tabelle 16: Dosisreduktion der Medikamente durch den Patienten während der Programmteilnahme	48
Tabelle 17: Notwendigkeit extrinsischer Motivation zur Terminwahrnehmung der Patienten.....	49
Tabelle 18: Psychisches Befinden der Abbrecher seit Programmende	49
Tabelle 19: Umgang mit dem Thema Medikamente in der IV aus Sicht der Patienten .	71
Tabelle 20: Mögliche Einflussfaktoren der IV auf die regelmäßige Medikamenteneinnahme der Patienten	73
Tabelle 21: Anteil der IV an der seelischen Gesundheit und am Rückfallschutz der Teilnehmer	76
Tabelle 22: Gründe der Abbrecher, die gegen einen Programmabbruch sprechen	79

Tabelle 23: Kategoriensystem Patienten zum Hauptthema "Erleben" der IV	181
--	-----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Leitfaden für Interviews mit noch eingeschlossenen Patienten	145
Abbildung 2: Leitfaden für Interviews mit freiwilligen Abbrechern	146
Abbildung 3: Leitfaden für Interviews mit unfreiwilligen Abbrechern	147
Abbildung 4: Leitfaden für Interviews mit Mitarbeitern der IV	148
Abbildung 5: Leitfaden für Interviews mit beteiligten niedergelassenen Psychiatern.	149
Abbildung 6: Leitfaden für Interviews mit Angehörigen	150
Abbildung 7: Einverständniserklärung zur Studienteilnahme	151

Hinweis

Diese Studie wurde gefördert vom Deutschen Innovationsfond (Nr. 01VSF16004).

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Technischen Universität München geprüft und zugelassen (Nr. 01VSF16004).

Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Teile der Arbeit wurden bereits vorab in gekürzter Form veröffentlicht (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022). An den entsprechenden Stellen wird darauf explizit hingewiesen.

1 Einleitung

1.1 Psychiatrische Erkrankungen

1.1.1 Epidemiologie

Einer von vier Menschen, so schreibt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) auf ihrer Homepage, erkrankt jährlich in Deutschland an einer psychiatrischen Erkrankung (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019b). Im Jahr 2014 bezifferten Jacobi et al. die 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen unter Erwachsenen in Deutschland auf 27,7% (F. Jacobi et al., 2014), 2019 lag sie bei 27,8% (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019c). Seit den neunziger Jahren ist die Zahl psychiatrischer Diagnosen laut den Krankenkassen bereits steigend (Frank Jacobi & Kessler-Scheil, 2013). Am häufigsten sind dabei affektive Störungen, Substanzmissbrauch und verschiedene Angststörungen (F. Jacobi et al., 2014; F. Jacobi, Klose, & Wittchen, 2004), in einigen anderen Berichten (Frank Jacobi & Kessler-Scheil, 2013; H.-U. Wittchen & Jacobi, 2011) werden auch somatoforme Störungen als hochprävalent beschrieben. Das Lebenszeitrisiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, wird auf etwa 50% geschätzt (Frank Jacobi & Kessler-Scheil, 2013; Kessler et al., 2005). Obwohl also der Hilfsbedarf groß wäre, befindet sich nur jeder fünfte Erkrankte in Behandlung (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019b).

Die 12-Monats-Prävalenz der Depression liegt in Europa bei rund 7%, damit ist sie sowohl eine der häufigsten Erkrankungen europaweit (Bschor, Bauer, & Adli, 2014), als auch im psychiatrischen Bereich mit einer Lebenszeitprävalenz von 12-17% eines der häufigsten Krankheitsbilder. Im höheren Alter scheint die Prävalenz sogar noch zu steigen (Rupprecht & Hampel, 2006). Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer an einer affektiven Störung; in 65% der Fälle liegt eine unipolare Depression vor (Rupprecht & Hampel, 2006). Viele Erkrankungen aus dem affektiven Formenkreis verlaufen episodisch, in 15-25% der Fälle chronifiziert eine Depression (Bschor et al., 2014).

Für die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis liegt das Lebenszeitrisiko zwar nur bei 1% (Rupprecht & Hampel, 2006), die Folgen für den Einzelnen und die Gesellschaft sind dafür weitreichend. In drei Viertel der Fälle verlaufen Schizophrenien chronisch (Rupprecht & Hampel, 2006). Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen (Leucht & Förstl, 2012).

1.1.2 Symptome und Folgen von Depression und Schizophrenie für Betroffene

Psychisch Erkrankte leiden unter emotionalen, finanziellen und sozialen Folgen ihrer Erkrankung. Dies sind unter anderem psychische und auch körperliche Einschränkungen, Stigmatisierung durch die Umwelt und sich selbst, sowie Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Der ICD-10-Code F32 (depressive Episode) (Krollner, 2019) beschreibt für die unipolar depressiven Störungen im Wesentlichen Niedergeschlagenheit, Interessensverlust, Freud- und Antriebslosigkeit und sozialen Rückzug, dazu können körperliche Symptome wie Erschöpfung, Schlaf- oder Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit, verstärktes Schmerzempfinden und weitere Symptome bis hin zu Suizidalität kommen. Es treten formale Denkstörungen mit vorrangig negativen Gedankeninhalten und Grübelneigung auf, das Selbstwertgefühl kann vermindert sein, auch Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld kommen vor. In schweren Fällen können psychotische Symptome wie Wahn oder Halluzinationen auftreten (Krollner, 2019).

Psychotische Störungen können zu den „schweren psychischen Erkrankungen“ gezählt werden (Martin Lambert et al., 2015; Lencer & Korn, 2015). Darunter werden Krankheitsbilder verstanden, die sich durch einen chronischen oder episodischen Symptomverlauf mit hohem Schweregrad und „erheblichen und anhaltenden Einschränkungen des Funktionsniveaus“ (Martin Lambert et al., 2015, [S.408]) auszeichnen. An einer Schizophrenie Erkrankte leiden unter formalen und inhaltlichen Denkstörungen, Störungen von Sprache, Affektivität (Affektverflachung oder inadäquater Affekt, depressive Verstimmung) und Wahrnehmung (Wahnwahrnehmungen, akustische, olfaktorische oder gustatorische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, selten optische), Ich-Störungen (Erleben von Fremdbeeinflussung, Gedankeneingebung oder -entzug), hyper- oder hypomotorischen Symptomen und

kognitiven Defiziten (Leucht & Förstl, 2012). Charakteristisch sind die Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit, Vigilanz, Lernen, Gedächtnis und sozialer Kognition (Leucht & Förstl, 2012). Auch vegetative Symptome wie Tachy- oder Bradykardie, Störungen von Verdauung, sexueller Funktion oder des Schlaf-Wach-Rhythmus können vorkommen (Leucht & Förstl, 2012). Im Akutstadium einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis stehen vermehrt Positivsymptome im Vordergrund, während im Verlauf der Erkrankung dann eine länger anhaltende Negativsymptomatik dominiert, welche den Prozess der Chronifizierung wesentlich beeinflusst (Klingberg & Buchkremer, 2009). Sozialer Rückzug und Vereinsamung sind typisch (Leucht & Förstl, 2012), auch depressive Symptome treten häufig auf (Rupprecht & Hampel, 2006).

1.1.3 Folgen psychischer Erkrankungen für die Wirtschaft

Psychische Erkrankungen sind nicht nur belastend für die Betroffenen und deren soziales Umfeld, sondern auch mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Gustavsson et al. schätzen die Kosten, die im Jahr 2010 in der EU im Rahmen psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen entstanden sind, auf etwa 800 Mrd. Euro (Gustavsson et al., 2011). Affektive und psychotische Störungen machten dabei mit 113,4 Mrd. respektive 93,9 Mrd. Euro einen relativ hohen Anteil der Gesamtkosten aus (Gustavsson et al., 2011). Diese setzen sich einerseits aus hohen Behandlungskosten zusammen, etwa durch die erhöhte Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten: Betroffene suchen aus Ratlosigkeit angesichts der eigenen Symptome häufiger einen Arzt auf, woraufhin oftmals vorrangig körperliche Symptome behandelt werden - zum einen, weil die psychische Störung nicht erkannt wird, zum anderen aufgrund der häufig primär somatischen Manifestation psychischer Erkrankungen (F. Jacobi et al., 2004). Andererseits stellen 40% der oben genannten Kosten indirekte Kosten dar, die durch vermehrte Krankheitstage und Arbeitsausfälle und dem damit verbundenen Produktivitätsverlust entstehen (Gustavsson et al., 2011; F. Jacobi et al., 2004). Dass gerade psychische im Vergleich zu rein somatischen Erkrankungen derart hohe Kosten verursachen, hat verschiedene Gründe. Jacobi (F. Jacobi, 2012) zählt unter anderem die hohe Prävalenz psychischer Krankheiten, deren Chronizität bzw. häufig episodischer Verlauf und das vorrangig junge Alter der Betroffenen in Bezug auf die

Erwerbsfähigkeit auf. Hinzu kommt, dass sich das Beschäftigungsspektrum vermehrt in Richtung intellektuell und sozial anspruchsvollerer Tätigkeiten verschoben hat, in deren Zusammenhang psychische Erkrankungen eher zum Tragen kommen. Auch die häufig mit psychischen Erkrankungen einhergehenden Komorbiditäten stellen einen versteckten Kostenfaktor dar.

1.2 Adhärenz / Compliance

1.2.1 Begriffsbestimmung Adhärenz / Compliance

Problematisch ist auch, dass psychiatrische Erkrankungen häufig episodisch oder chronisch verlaufen. Um eine Remission zu erhalten und Rückfälle frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden, ist eine prolongierte Nachsorge unabdingbar. Wichtig bei chronischen Erkrankungen ist das Einhalten einer konsequenten Therapie. Mit „Therapieadhärenz“, „Therapietreue“ oder „Compliance“ kann man das Ausmaß beschreiben, in dem ein Patient therapeutische Maßnahmen befolgt. Dies kann sich sowohl auf die Einnahme von Medikamenten beziehen als auch auf das Wahrnehmen von Vor- oder Nachsorgeterminen oder andere Aspekte der Therapie, wie etwa Ernährung oder Verhalten. In seiner ursprünglichen Bedeutung klassifizierten Haynes und Sackett, die den Begriff der „Compliance“ geprägt hatten, diesen als gleichbedeutend mit „Adhärenz“ (Lutfey Spencer & J Wishner, 1999). Mittlerweile gilt der Begriff „Compliance“ als vermehrt mit einer passiven Rolle des Patienten verknüpft, der die Weisungen seines Arztes entgegennimmt und befolgt, während dem Terminus „Adhärenz“ eine aktivere Rolle des Patienten innewohnt, der im Rahmen einer Arzt-Patienten-Beziehung auf Augenhöhe unter partizipativer Entscheidungsfindung seine Therapie mit beeinflussen kann und als mündiger Patient andere Gründe für ein Nicht-Befolgen therapeutischer Maßnahmen als bloßen „Ungehorsam“ haben kann (Fenerty, West, Davis, Kaplan, & Feldman, 2012; Fleischhacker et al., 2011; Kern, Reichmann, & Ziemssen, 2008; Lutfey Spencer & J Wishner, 1999). Perkins beschreibt hingegen Non-Compliance als aktive Entscheidung des Patienten, seine Medikamente nach persönlicher Abwägung von Nutzen und Nebenwirkungen nicht einzunehmen (Perkins, 2002). Obwohl der Begriff der „Compliance“ im medizinischen Sprachgebrauch nach und nach zugunsten der Begriffe „Adhärenz“ oder „Therapietreue“ verlassen wird (Kern et al., 2008), soll eine Begriffsbestimmung nicht im Mittelpunkt unserer Untersuchung stehen. Wann immer in der vorliegenden Arbeit von Compliance, (Therapie-) Adhärenz oder Therapietreue die Rede sein wird, ist dabei das Ausmaß gemeint, in dem sich ein Patient an die getroffenen Vereinbarungen bezüglich seiner Therapie hält.

Die Therapietreue chronisch erkrankter Menschen liegt selbst in hoch entwickelten Ländern wie Deutschland durchschnittlich nur bei etwa 50% (Sabaté, 2003), auch bei psychiatrischen Erkrankungen (Lencer & Korn, 2015). Rund ein Drittel der an einer Schizophrenie erkrankten Patienten haben Probleme mit der Therapieadhärenz, außerhalb der stationären Betreuung sogar noch mehr (Fleischhacker et al., 2011). Bei den affektiven Störungen, namentlich bei der Depression, liegt die medikamentöse Adhärenzrate zwischen 40 und 70% (Zivin, Ganoczy, Pfeiffer, Miller, & Valenstein, 2009), auch bei anderen Erkrankungen können depressive Symptome als negativer Einflussfaktor auf die Therapietreue gelten (Kern et al., 2008). Mit steigendem Alter kann sogar oft noch eine Abnahme der Adhärenz verzeichnet werden (van Eijken, Tsang, Wensing, de Smet, & Grol, 2003).

1.2.2 Folgen mangelnder Therapietreue

Die Folgen mangelnder Therapietreue manifestieren sich sowohl in Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen als auch in höheren Kosten für das Gesundheitssystem. Etwa 10 Milliarden Euro jährlich fallen in Deutschland durch medikamentöse Non-Adhärenz zusätzlich an (Fleischhacker et al., 2011). Dazu gehören zum einen vermehrte (Re-)Hospitalisierungen mit den zugehörigen Behandlungskosten, zum anderen indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle, Beurlaubungen oder Frührente (Fleischhacker et al., 2011). Neben Krankheitsrückfällen und Krankenhauseinweisungen, die durch geringe Therapieadhärenz ganz wesentlich bedingt sind (Kern et al., 2008; Rabovsky & Stoppe, 2006), führen Fleischhacker et al. Substanzmissbrauch, selbstschädigendes oder aggressives Verhalten (Fleischhacker et al., 2011) als mögliche Folgen von Non-Adhärenz bei schizophrenen Patienten an. Zusätzlich verschlechtere sich die Prognose schizophrener Erkrankungen und das Risiko für selbst- oder fremdschädigendes Verhalten steige an. Auch für Angehörige von Patienten sind die Folgen von Non-Adhärenz belastend, gehen sie doch mit erhöhtem zeitlichem und finanziellem Aufwand (z.B. familiäre Betreuung) einher.

Dabei könnte mithilfe von Maßnahmen zur Erhöhung der Compliance mehr für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung getan werden, als durch die Entwicklung neuer medizinischer Behandlungsansätze, wie im Gesundheitsbericht der WHO 2003 beschrieben wird (Sabaté, 2003). Die beste Therapie kann zu keinem dauerhaften Er-

folg führen, wenn sie nicht über einen ausreichend langen Zeitraum konsequent befolgt wird.

Viele Patienten haben jedoch Schwierigkeiten, Therapieempfehlungen zu folgen (Sabaté, 2003). Gerade für psychiatrische Patienten sind Schwierigkeiten beim Einhalten der medikamentösen Therapien eine krankheitsimmanente Problematik, obwohl ausgerechnet sie besonders stark davon profitieren könnten (Fleischhacker et al., 2011). Auch soziale und ökonomische Faktoren, die behandelnden Fachkräfte oder Ärzte, spezielle Eigenarten der Krankheit oder des Patienten selbst oder die Therapien an sich können Hindernisse bei der Therapieadhärenz darstellen (Fleischhacker et al., 2011). Es gibt daher kein allgemeingültiges Rezept zur Verbesserung der Therapietreue, das für alle Patienten gleichermaßen wirksam ist. Vielmehr muss ein gutes Konzept zur Complianceverbesserung an den Bedürfnissen und Lebensumständen des Einzelnen ansetzen, um effektiv sein zu können (Sabaté, 2003). Dies lässt eine konsequente professionelle Begleitung betroffener Patienten über einen langen Zeitraum hilfreich erscheinen.

Doch selbst unter höchster Therapietreue sind bei Erkrankungen aus dem psychiatrischen Spektrum Rückfälle mitunter nicht gänzlich vermeidbar. Selbst bei hoher Therapieadhärenz weisen Schizophrenie-Patienten Rückfallraten von 35% pro Jahr auf (Fleischhacker et al., 2011) - unter geringer medikamentöser Adhärenz sind es bis zu 75%. Eine gute Anbindung an eine psychiatrische Hilfsorganisation ist daher viel Wert, vor allem, wenn diese an eine Klinik angebunden ist, sodass auch der Übergang vom ambulanten in ein stationäres Setting vereinfacht wird.

Um an all diesen Punkten anzusetzen, wurde 2005 in München das „Programm für seelische Gesundheit“ („PSG“) gegründet, ein Programm der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie, welches sich an Patienten mit Schizophrenie, schizoaffektiven sowie affektiven Störungen richtet (ICD-10-Codes F2 und F3). Es handelt sich dabei um ein gemeinschaftliches Projekt des Centrums für Disease Management (CDM) des Klinikums Rechts der Isar (der Uniklinik der Technischen Universität München) zusammen mit dem Landesverband Bayern der Betriebskrankenkassen und der „Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater e.V.“ (AG-MNuP) (Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater e.V., 2019).

1.3 Integrierte Versorgung

1.3.1 Begriffsbestimmung

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem auch im psychiatrischen Bereich überdurchschnittlich gut ausgebaut ist (F. Jacobi, 2012), sind nicht alle Versorgungsgebiete optimal organisiert. Das psychiatrische Versorgungssystem setzt sich aus ambulanten, stationären, teilstationären und komplementären Angeboten zusammen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019b). Ambulante und stationäre Versorgung sind dabei strikt kostenrechtlich getrennt, wie auch die „Zuständigkeitsbereiche der Sozialgesetzbücher für Behandlung, Rehabilitation, Wiedereingliederung und Pflege“ (Schmid, Steinert, & Borbé, 2013). Die Gliederung in einzelne, nicht miteinander verzahnte Sektoren stellt ein Hindernis für effiziente Qualitätssteigerung, Patientenorientierung und die gleichzeitig notwendige Kostenreduktion dar (Schmid et al., 2013).

Als Reaktion darauf entstanden Ende der 80er / Anfang der 90er Jahre erste Versuche sektorübergreifender Versorgungsmodelle mit dem Ziel einer verbesserten Koordination der Versorgung: nach „dreiseitigen Verträgen“ (§ 115 SGB V), „Modellvorhaben“ (§§ 63–65) und „Strukturverträgen“ (§73a) wurde mit der Gesundheitsreform 2000 der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 die „Integrierte Versorgung“ (§140a-d SGB V, im Folgenden kurz „IV“) als sektorübergreifendes Versorgungsmodell eingeführt und gefördert (Schreyögg, Weinbrenner, & Busse, 2006, [S.109ff.]).

Als „Integrierte Versorgung“ definiert der §140a des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) eine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung“ von Versicherten (SGB V, 2019). Dies bedeutet, Krankenkassen können mit Leistungserbringern, Trägern von Einrichtungen, Praxiskliniken, Kassenärztlichen Vereinigungen oder anderen Partnern sogenannte Selektivverträge über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Wichtigster Punkt der IV, so Schreyögg et al., sei die Einleitung des richtigen Behandlungsprozesses, eingebettet in eine „bessere[...] Verzahnung der Leistungsanbieter, eine[...] Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Maßnahmen zur

Qualitätssicherung“ (Schreyögg et al., 2006, [S.106]). Tragende Aspekte seien dabei „Integration“ des Behandlungsprozesses sowie „Koordination“, „Kooperation“, „Kommunikation“ und „Informationstransfer“ der Leistungserbringer (Schreyögg et al., 2006, [S.106/107]). Konkret soll die Integrierte Versorgung ein Modell zur Versorgung von Patientinnen und Patienten darstellen, die individuelle und bedarfsgerechte ambulante Unterstützung benötigen. Multiprofessionelle Behandlungsteams können in Zusammenarbeit mit den beteiligten Einrichtungen ärztliche Behandlung und psychosoziale Unterstützung in verschiedensten Lebensbereichen bieten.

Problematisch ist hierbei zum einen, dass nur diejenigen Patienten in ein Integriertes Versorgungsprojekt eingeschrieben werden können, deren Krankenkasse das jeweilige Projekt in ihrem Angebotskatalog führt (Amt für Gesundheit sowie Amt für Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), 2019). Zum anderen gelten für manche IV-Projekte spezielle Ein- und Ausschlusskriterien, sodass etwa nur Patienten mit bestimmten Störungen (z.B. psychotische oder Persönlichkeitsstörungen) in ein Programm eingeschrieben werden können.

Aufgrund der langfristig möglichen Betreuung kann das Konzept der Integrierten Versorgung vor allem für Menschen mit chronischen, rezidivierenden oder episodisch verlaufenden Erkrankungen, zu denen auch psychiatrische Erkrankungen gezählt werden können, hilfreich sein (Sander & Albus, 2010).

1.3.2 Bestehende psychiatrische Versorgungsprojekte im deutschsprachigen Raum

Es bestehen bereits einige psychiatrische Versorgungsprojekte, die ähnlich wie das Münchner Modell aufgebaut sind. 21 Integrierte Versorgungsverträge im Bereich der Psychiatrie wurden in Deutschland bisher abgeschlossen (Stand 2006) bzw. evaluiert (Stand 2013) (Kunze & Priebe, 2006; Schmid et al., 2013). Dazu gehören zum Beispiel die „Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)“, das Hamburger Modell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ oder das „Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG)“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019a).

Die 2006 gegründete PIBB deckt unter Mitwirkung von niedergelassenen Psychiatern, Sozio-, Ergo und Psychotherapeuten sowie psychiatrischen Pflegediensten in

Kooperation mit Kliniken, Reha-Sport-Einrichtungen und psychosozialen Trägern große Teile von Berlin und Brandenburg ab. Im Vordergrund stehen unter anderem häusliche psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie. Beispielsweise konnte die Zahl der assoziierten Krankenhaustage in Berlin auf weniger als 30% der Vergleichsgruppe reduziert werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019a).

Gut evaluiert ist das 2005 von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelte „Hamburger Modell“, das sich an Patienten mit schweren psychotischen Störungen richtet. Im Rahmen zahlreicher Studien (ACCESS I (Karow, Reimer, & Schulz, 2012; M. Lambert et al., 2010), II, III (M. Lambert et al., 2017)) wird dieses Modell seit 2007 untersucht. Verbesserungen konnten unter anderem in den Bereichen Symptomreduktion, Verbesserung von Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und Teilhabe in allen Lebensbereichen sowie Reduktion von Krankenhaustagen und Zwangsmaßnahmen erzielt werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019a). Qualitative Untersuchungen wurden bis dato (Stand Juni 2019) nicht durchgeführt.

Ähnlichkeiten zur Integrierten Versorgung nach Münchner Modell finden sich auch bei einem Züricher Versorgungsprojekt für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen. Dieses fußt auf zwei Säulen, zum einen auf einem „multiprofessionellen mobilen Krisenteam“ (Indermaur & Holder, 2017, [S.95]), zum anderen auf einem Gruppenangebot, welches seinen Teilnehmern eine Achtsamkeitsgruppe und eine Gruppe für gemeinsame Freizeitunternehmungen bietet, die unter anderem die sozialen Bedürfnisse der Patienten adressieren (Indermaur & Holder, 2017).

Ein niederösterreichisches, auf sechs Monate befristetes psychosoziales Betreuungskonzept beinhaltet ähnlich wie das Münchner Modell Angebote wie Achtsamkeitstherapie, tiergestützte Therapie, Sport- oder Freizeitangebote, um die Selbständigkeit der Teilnehmer zu fördern. Es nutzt Räumlichkeiten und Infrastruktur eines Pflegeheimes und grenzt sich so vom möglicherweise als belastend empfundenen stationären Setting ab (Lechner & Kaufmann, 2017).

1.3.3 Die Integrierte Versorgung „Münchener Modell“

Ziel des in dieser Arbeit thematisierten Münchener Projektes ist es, sowohl Therapie-treue und Rückfallschutz der Patienten zu stärken, als auch die Kommunikation bzw. Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer psychiatrischer Versorgung zu verbessern (Hamann et al., 2014). Die psychiatrische Integrierte Versorgung „Münchener Modell“ richtet sich an Menschen mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Schizophrenie, schizotype oder wahnhaften Störungen (F2 nach ICD-10) und der affektiven Störungen (F3 nach ICD-10). Bei Stirner et al. (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022) wurden die Inhalte des Versorgungsprogramms bereits kurz zusammengefasst.

Die Basis des Versorgungsprogramms bilden vierteljährliche Besuche der Patienten beim Arzt bzw. Case-Manager (s.u.) der IV sowie (psycho-)therapeutische bzw. psychoedukative Gruppenangebote. Dazu zeichnet sich die IV durch eine 24-stündige telefonische Erreichbarkeit, ein ausgearbeitetes proaktives System konsequenter telefonischer bzw. persönlicher Erinnerungen an Termine und eine regelmäßige Evaluation der Compliance der Patienten aus. Zusätzlich besteht mit sozialpädagogisch und psychotherapeutisch ausgebildeten Mitarbeitern die Möglichkeit einer psychosozialen Betreuung, die auch bei Problemen wie Behördengängen oder Rentenanträgen behilflich ist. Auch die Möglichkeit, etwa nach einem therapeutischen Gruppenangebot unverbindliche psychotherapeutische Gespräche zu führen, ist gegeben.

Der Arzt der IV fungiert dabei als Case-Manager. Case-Management beinhaltet partizipative Entscheidungsfindung zusammen mit dem Patienten, um einen auf den Einzelnen zugeschnittenen Hilfsplan zur konstruieren, außerdem die gemeinsame Planung und Definition von Zielen und die Evaluation des Fortschritts der Behandlung. Im Fokus steht die Prophylaxe einer erneuten Krankheitsverschlechterung (Klesse, Bermejo, & Härter, 2007). Aufgabe des Case-Managers ist es, alle an der Behandlung des Patienten Beteiligten miteinzubeziehen und die Steuerung des Hilfsprozesses zu übernehmen (Remmel-Fassbender, 2002). Auch eine eng abgestimmte Kommunikation mit den am Programm beteiligten niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten ist vorgesehen.

Ein Vorteil des Programms ist die schnelle, unkomplizierte Greifbarkeit für die Teilnehmer. Ein Großteil der an einer Schizophrenie bzw. Depression erkrankten Menschen ist in der Lage, schon Wochen vor Beginn einer neuen Krankheitsepisode Prodromalsymptome bei sich selbst wahrzunehmen (Bechdolf, Halve, Schultze-Lutter, & Klosterkötter, 1998). Durch die enge Anbindung an ein Versorgungsprogramm, das in regelmäßigen Abständen, im Optimalfall sogar wöchentlich besucht wird, kann die Hemmschwelle, sich während oder nach Besuch eines Gruppenangebots einem Therapeuten anzuvertrauen, deutlich niedriger sein, als sich zu einem Anruf beim niedergelassenen Psychiater zu überwinden. Dann können im besten Fall Krankenhausaufenthalte durch rechtzeitige Intervention verhindert werden, im Fall einer doch notwendigen Klinikeinweisung kann diese vom Programm aus gesteuert werden.

Eine erste quantitative Auswertung aus dem Jahr 2014 konnte zeigen, dass die gesteckten Ziele auch auf ökonomischer Ebene erreicht werden konnten: Rückfallraten und Krankenhausaufenthalte der teilnehmenden Patienten konnten um etwa 75% gesenkt werden (Hamann et al., 2014), erste statistische Untersuchungen zeigen außerdem eine Verbesserung von Lebensqualität, sozialer Kompetenz, Schweregrad der Erkrankung sowie Therapieadhärenz der Patienten (Hamann et al., 2014).

1.4 Zielsetzung der Arbeit

Die Integrierte Versorgung „Münchner Modell“ ist ein innovatives psychiatrisches Versorgungsprojekt, das im Verlauf seines Bestehens seit 2005 bereits zahlreichen Patienten mit affektiven und schizophrenen Störungen (F2 und F3 nach ICD-10) helfen konnte, den Umgang mit der eigenen Erkrankung und die Therapieadhärenz zu verbessern und dadurch Krankenhausaufenthalte deutlich zu reduzieren. Die bei Hamann et al. (Hamann et al., 2014) gefundenen Ergebnisse lassen rein objektiv auf einen Erfolg des Programmes schließen. Die subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Programm, mögliche Stärken und Schwächen, Verbesserungsvorschläge oder besonders wichtige Aspekte lassen sich allerdings kaum quantitativ erheben. Erst im direkten Kontakt mit den beteiligten Personen kann erfasst werden, ob und auf welche Weise Betroffene wirklich persönlich vom Programm profitieren können, welche Aspekte als besonders hilfreich bzw. medizinisch wertvoll und welche als weniger attraktiv wahrgenommen werden. Im Zusammenhang damit lassen sich auch mögliche Anpassungen, die notwendig sein könnten, um das Programm in die Regelversorgung überführen zu können, in direkter Kommunikation differenziert erheben. Insbesondere mögliche Auswirkungen auf die medikamentöse und therapeutische Compliance der Teilnehmer und der damit verbundene Einfluss auf deren Rückfallschutz können im persönlichen Kontakt besonders gut herausgearbeitet werden. Daher ist es von großem Interesse, das Münchner Programm für seelische Gesundheit nun aus der subjektiven Sicht aller Beteiligten zu evaluieren. Dazu wurden Gruppeninterviews mit aktuellen und ehemaligen Programmteilnehmern, Mitarbeitern des Versorgungsprogramms, am Programm beteiligten niedergelassenen Psychiatern und Angehörigen von Patienten geführt. Herausgearbeitet werden soll das Erleben und die Bewertung des Versorgungsprogramms durch alle beteiligten Personengruppen.

2 Material und Methoden

2.1 Interviewplanung

Um das hier beschriebene psychiatrische Versorgungsprogramm zu evaluieren, wurden Gruppeninterviews mit aktuellen und ehemaligen Patienten, Mitarbeitern des Programms, beteiligten Niedergelassenen und Angehörigen von Patienten geführt (bei Stirner et al. (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022) bereits erwähnt).

Die Phase der Studienplanung wurde in enger Kooperation mit Forschenden auf dem Gebiet der qualitativen Sozialforschung durchlaufen. Im Rahmen von mehreren Sitzungen der sogenannten „qualitativen Werkstatt“, einem Kreis von qualitativen Sozialforschern der LMU München, wurden Entscheidungen in engem Diskurs mit anderen qualitativ forschenden Arbeitsgruppen ausgearbeitet und kritisch reflektiert.

2.1.1 Interviewformen

Das Führen von Interviews ist eine beliebte Methode in der qualitativen (Sozial-) Forschung. Neben der Unterscheidung in Einzel- und Gruppeninterviews können Interviews nach den Freiheitsgraden der Befragten (offenes, narratives vs. geschlossenes Interview), nach den Freiheitsgraden des Interviewenden (unstrukturiertes bis stark strukturiertes Interview), nach theoretischem Vorwissen der Interviewteilnehmer (Klassifizierung der Interviewteilnehmer in „fremd“ bis „kundig“, Experteninterviews) und vielen anderen Dimensionen klassifiziert werden (Mayring, 2016).

2.1.1.1 Einzel-vs. Gruppeninterviews

Für die Evaluation des Versorgungsprogramms „Integrierte Versorgung“ in der Psychiatrie wurden die Interviews mit den beteiligten Personen in Gruppen geführt. Mehrere Gründe sprechen für Gruppen- statt Einzelinterviews:

Zum einen ist der Zeit-, Kosten- und Arbeitsaufwand von Einzelinterviews deutlich größer als für Gruppengespräche, in denen mehrere Personen im Rahmen eines einzelnen Interviews zu Wort kommen können. Zum anderen, so schreibt Mayring, werden viele Meinungen und Einstellungen erst dann offenbar, wenn sie in sozialer Interaktion erhoben werden: Erst in der Diskussion mit anderen Menschen werden Gedanken, Ge-

fühle und Handlungen der beteiligten Personen beeinflusst, erst dann können Vorurteile, abweichende Meinungen oder Ideologien wirklich zutage treten (Mayring, 2016). In homogenen Gruppen, so schreiben Meyer und Flick (Meyer & Flick, 2011), fällt es Teilnehmern durch ihren gemeinsamen Erfahrungshintergrund überdies leichter, offen über Erlebtes oder Gefühle zu sprechen, als in Einzelinterviews. Zudem kann es Teilnehmern in Gruppensituationen leichter fallen, Kritik oder negative Erfahrungen zu teilen, wenn andere Gruppenmitglieder die Meinung des „Kritikers“ stützen. Die Situation, allein dem Interviewer und eventuell einem zweiten Protokollführer gegenüber zu sitzen, kann in Einzelinterviews einschüchternd wirken. Gerade für psychiatrisch erkrankte Menschen kann eine Gruppensituation mit Gleichgesinnten hilfreich sein, um sich wohlfühlen zu können.

Auf der anderen Seite kann es für Einzelpersonen schwierig sein, eine abweichende Meinung vor anderen zu vertreten, wenn diese als „Mehrheit“ auftreten. Hier ist es Aufgabe des Interviewenden, Ängste abzubauen und ermutigend und moderierend einzugreifen.

Ehemaligen Teilnehmern des Versorgungsprogrammes können Gruppeninterviews außerdem helfen, im „kollektiven Gedächtnis“ Erlebtes zu reproduzieren, wenn die Zeit der Teilnahme schon etwas länger zurückliegt.

2.1.1.2 Gruppeninterviewverfahren

Die verschiedenen in der Literatur beschriebenen Interviewformen sind vielfältig und die Verwendung der Begrifflichkeiten allgemein uneinheitlich, was eine eindeutige Definition erschwert (Helfferich, 2011). Innerhalb der Gruppeninterviewverfahren beispielsweise können, wie Misoch (Misoch, 2015) schreibt, drei Verfahren unterschieden werden: „Fokusgruppen“, „Gruppeninterviews“ und „Gruppendiskussionen“. Auch hier erweist sich jedoch eine trennscharfe Verwendung dieser Begriffe in der Realität als schwierig.

In „Gruppendiskussionen“ stehen weniger Einzelmeinungen, sondern vielmehr „kollektive Orientierungen oder Gruppendynamiken“ (Misoch, 2015, [S.137ff.]) im Vordergrund, der Interviewende nimmt sich dabei stark zurück und greift lediglich moderierend in den Gesprächsprozess ein.

„Gruppeninterviews“ sind leitfadengesteuert (siehe unten) und zeichnen sich durch eine stärkere Leitung des Gesprächs durch den Interviewer aus, dem hier eine entscheidende

Rolle bei der Strukturierung des Gesprächs zukommt (Misoch, 2015, [S.161/162]). Vorteil des Gruppeninterviews ist, dass es einer Zusammenlegung und damit einer zeitlichen Verkürzung mehrerer Einzelinterviews entspricht.

Bei „Fokusgruppen“, so schreibt Misoch (Misoch, 2015) weiter, sind vornehmlich die Gesprächsinhalte von Interesse. Das Gespräch wird durch einen Stimulus zu Beginn angestoßen, etwa durch einen Bericht, ein Video oder einen Zeitungsausschnitt. Die Diskussion organisiert sich zwar durch die Teilnehmer selbst, der Interviewer nimmt dabei mithilfe eines Interviewleitfadens jedoch eine aktiv moderierende Rolle ein. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass Meyer und Flick die Begrifflichkeit der Gruppendiskussion mit der der Fokusgruppe gleichsetzen, lediglich aus traditionellen Gründen gebe es unterschiedliche Namensgebungen (Meyer & Flick, 2011). Auch Mayring (Mayring, 2016) beschreibt das Verfahren der Gruppendiskussion so, wie Misoch (Misoch, 2015) die Fokusgruppe erläutert (Grundreiz als Diskussionsanstoß). An dieser Stelle wird die uneinheitliche Verwendung der Begriffe erneut deutlich.

Ob es sich bei den im Rahmen unserer Arbeit geführten Gesprächen nun um „Gruppendiskussionen“, „Fokusgruppen“ oder „Gruppeninterviews“ handelt, ist auch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Definition dieser Begrifflichkeiten nicht von höchster Relevanz. Wichtig war es, Interviews mit mehreren Personen mit gleichem / ähnlichem Erfahrungshintergrund zu führen, um ein kollektives Bild der Meinungen und Erfahrungen der Teilnehmer zum Programm für seelische Gesundheit zu generieren. Dabei war die Rolle des Interviewenden die eines Moderators, der mithilfe eines Interviewleitfadens wichtige Themen im Blick hat, das Gespräch strukturierend lenkt und leitet und Offenheit, Toleranz sowie eine ausgeglichene Kommunikation sicherstellt.

2.1.2 Interviewleitfaden

2.1.2.1 Hintergrund

Von großer Relevanz für den planmäßigen Verlauf eines Interviews ist ein Interviewleitfaden, an dem sich der Interviewende im Verlauf des Gesprächs orientieren kann. Ein Interviewleitfaden sorgt für „thematische Rahmung und Fokussierung“ (Misoch, 2015, [S.66]) des Gesprächs und gibt „die relevanten Themen und Fragestellungen“ (Misoch, 2015, [S.13/14]) vor. Helfferich (Helfferich, 2011) beschreibt zwei Szenarien, die den Einsatz eines Leitfadens begründen: Zum einen ist ein strukturierender Leitfa-

den immer dann sinnvoll, wenn von den interviewten Personen eine selbständige Generierung des erwünschten Gesprächsmaterials nicht erwartet werden kann, sodass moderierend in den Gesprächsverlauf eingegriffen werden muss. Im vorliegenden Fall sollen unter anderem Interviews mit Menschen geführt werden, die aufgrund ihres psychiatrischen Erkrankungshintergrundes Schwierigkeiten haben könnten, den Fokus auf das Gesprächsthema aufrecht zu erhalten. Charakteristisch für die Schizophrenie sind etwa Beeinträchtigung von Kognition und Aufmerksamkeit (Leucht & Förstl, 2012). Zum anderen, so schreibt Helfferich, könne ein Leitfaden durch die inhaltliche Strukturierung des Interviews die spätere Auswertung erleichtern (Helfferich, 2011, [S.180]). Auf diese Weise könnten zudem mehrere Interviews untereinander vergleichbar gemacht werden. Auch Misoch (Misoch, 2015) weist auf die Notwendigkeit hin, in jedem Interview alle Themen des Leitfadens anzusprechen, um die Vergleichbarkeit zwischen zwei Interviews zu gewährleisten.

Ein Interviewleitfaden sollte, so schreibt Misoch, drei Grundprinzipien qualitativer Forschung folgen (Misoch, 2015, [S.66-67]):

1. „Offenheit“ bezüglich Handhabung (die Reihenfolge der Themen ist nicht starr festgelegt, sondern ergibt sich aus dem Gesprächsverlauf) und Gestalt (der Leitfaden kann im Laufe der Studie angepasst werden)
2. „Prozesshaftigkeit“: Berücksichtigung des „Vergangenheit-Gegenwart-Prozesses“ (Haben sich z.B. Gedanken oder Einstellungen des Befragten über die Zeit verändert?) und des „Ich-Andere-Prozesses“ (Wurde etwa die Sichtweise des Befragten durch die Umwelt beeinflusst?)
3. „Kommunikation“, insbesondere bezüglich des Sprachniveaus bzw. der Verständlichkeit der Fragen und der Aushandlung über Inhalte (relevante Inhalte ergeben sich aus dem Prozess der Kommunikation).

Die Interviewleitfäden wurden anhand von 4 Phasen aufgebaut, in die sich ein Interview einteilen lässt (Misoch, 2015, [S68-69])

1. Informationsphase: die Befragten werden über die Thematik und Zielsetzung des Interviews informiert, es findet eine Aufklärung über den Datenschutz und das Einholen einer Einverständniserklärung vor Beginn des Gesprächs statt.
2. Aufwärm- und Einstiegsphase: Hier folgen einige Worte zur Thematik des Gesprächs sowie der Hinweis an die Interviewten, sich völlig frei und vorbehaltlos äußern

zu können. Nach kurzer Vorstellungsrunde beginnt das Gespräch mit einer allgemeinen, offenen Frage.

3. Hauptphase: Im besten Fall ergibt sich ein Gespräch unter den Teilnehmern, das vom Interviewer auf die relevanten Themen gelenkt werden kann, sich aber selbst unterhält.
4. Ausklang- und Abschlussphase: Sie dient zur Beendigung des Interviews und soll den Interviewten Raum geben, offene Punkte anzusprechen oder Fragen zu stellen.

2.1.2.2 In der vorliegenden Arbeit verwendete Leitfäden

Die in dieser Studie zur Anwendung gekommenen Interviewleitfäden finden sich im Anhang (1. Interviewleitfäden). Sie wurden in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe für Versorgungsforschung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar ausgearbeitet und in Kooperation mit Forschenden aus dem Bereich der Sozialwissenschaften der LMU München im Rahmen einer qualitativen Werkstatt kritisch überprüft.

Den Einstieg ins Gespräch mit teilnehmenden Patienten bildete eine offen gestellte Frage nach dem eigenen Erleben des Programms. Mithilfe von Fragen wie „Wie trägt das Programm zu Ihrer seelischen Gesundheit bei?“, „Welche Aspekte gefallen Ihnen besonders gut?“ oder „Was könnte man am Programm verbessern?“ wurde versucht, ein Bild der Bewertung der IV durch die Teilnehmer zu zeichnen. Offene Fragen wie „Wie ist das hier im Programm mit Medikamenten?“, „Warum sind Sie schon so lange dabei?“ oder „Inwieweit hilft Ihnen das Programm, nicht erneut zu erkranken?“ zielen darauf ab, die Adhärenz der Patienten und den damit verbundenen Rückfallschutz durch die Programmteilnahme zu erfassen, ohne die Patienten durch direktes Abfragen der Adhärenz zu sozial erwünschtem Antworten zu verleiten (Kern et al., 2008).

Die Interviewleitfäden für die Interviews mit ehemaligen Teilnehmern unterschieden sich von jenen der noch eingeschlossenen Teilnehmer nur unwesentlich, um eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen. Patienten, die die Teilnahme am Programm selbstständig abgebrochen hatten, wurden zusätzlich nach Gründen für den Abbruch befragt. Patienten, die aufgrund einer Zahlungseinstellung der Programmteilnahme von Seiten der Krankenkasse die Programmteilnahme beenden mussten, wurden zusätzlich nach ihren durch die Zahlungseinstellung hervorgerufenen Gefühlen befragt. Beide Abbrechergruppen wurden außerdem nach eventuellen Veränderungen in ihrem Leben seit dem Ausscheiden aus dem Programm befragt.

Für Mitarbeiter der IV und niedergelassene Psychiater lag der Fokus auf dem eigenen Erleben des Programms, möglichen Verbesserungen und den Benefits des Programms für teilnehmende Patienten. Nachdem als Einstiegsstimulus eine Zusammenfassung der Patienteninterviews präsentiert wurde, waren die Interviewleitfäden offener gestaltet als die Leitfäden für Patienteninterviews.

Angehörige wurden nach ihrer Einschätzung bzw. ihren Vorstellungen von Inhalt und Nutzen des Programms befragt. Darüber hinaus wollten wir erfahren, ob und wie sich die Patienten beispielsweise bezüglich Gesundheit und Lebensqualität aus Sicht ihrer Angehörigen seit ihrer Programmteilnahme verändert hatten.

2.1.3 Teilnehmersampling und Rekrutierung

2.1.3.1 Festlegung der Gruppen

Unter Berücksichtigung der greifbaren Patienten bzw. niedergelassenen Psychiater und der voraussichtlichen Interviewbeteiligung konnten jeweils vier Gruppeninterviews mit noch eingeschlossenen sowie ehemaligen Patienten, ein Interview mit den Mitarbeitern der IV und ein Interview mit am Programm beteiligten niedergelassenen Psychiatern geführt werden. Unter den Angehörigen konnten nur vier Personen gewonnen werden, sodass lediglich ein Interview angesetzt wurde. Dabei wurde, ganz im Sinne der Flexibilität qualitativer Forschung (Steger, 2003), prozesshaft vorgegangen, d.h. die Rekrutierung von Patienten erfolgte sukzessive.

Ein Prinzip der qualitativen Interviewforschung ist die Saturation (Helfferich, 2011). Dieses Prinzip besagt, sich nach jedem geführten Interview zu fragen, ob neuer Erkenntniszuwachs generiert werden konnte – wenn ja, sollten noch weitere Interviews geführt werden, wenn nein, hat sich eine Sättigung („Saturation“) eingestellt und jedes weitere Interview würde somit keinen Mehrwert an Informationen liefern. Prinzipiell, schreibt Krueger (Krueger, 2015), sollten drei bis vier Fokusgruppen angesetzt werden, nach deren Durchführung entschieden wird, ob weitere Gruppen nötig sind. In der Praxis ist dieses Prinzip jedoch schwer durchzusetzen, da zum einen oft im Vorfeld der Studie aus Gründen der Ressourcen schon festgesetzt werden soll, wie viele Interviews geführt werden sollen, zum anderen ist es für Forscher ohne jahrelange Erfahrung nicht ganz einfach, zu bestimmen, wann sich denn nun Saturiertheit eingestellt hat. Daher

empfiehlt Krueger, grundsätzlich zumindest drei oder vier Fokusgruppen mit der Gruppe an Personen durchzuführen, von denen der größte Wissensgewinn zu erwarten ist.

Im Fall der Integrierten Versorgung erübrigt sich das Prinzip der Saturation dahingehend, dass nahezu alle geeigneten aktuellen und ehemaligen Patienten zum Interview eingeladen worden waren. Unter den gegebenen Bedingungen (mit Berücksichtigung der „Teilnahme-Verweigerer“) kann also im Wesentlichen von einer Vollerhebung der aktuellen Patienten ausgegangen werden.

2.1.3.2 Sampling der Interviewteilnehmer

A) *Noch eingeschlossene sowie ehemalige Patienten*

Zum Erhebungszeitpunkt waren 52 Personen ins Programm für seelische Gesundheit eingeschlossen, davon 29 aus der Diagnosegruppe „affektive Störungen“ (F3, im Wesentlichen F32 (depressive Episode) und F33 (rezidivierende depressive Störung)) und 23 aus der Hauptgruppe „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (F2, im Wesentlichen F20 (Schizophrenie) und F25 (schizoaffektive Störung)). Anhand der seit Einschluss der einzelnen Patienten gesammelten Patientenakten sowie den Erfahrungen des behandelnden IV-Arzttes wurde noch eingeschlossenen Patienten jeweils das Label „compliant“ oder „weniger compliant“ zugeordnet. In die Begrifflichkeit der Compliance flossen dabei unter anderem die Termintreue und die medikamentöse Adhärenz mit ein. Es wurde eine Gruppierung der Patienten nach Diagnosegruppe sowie nach dem Label der Compliance vorgenommen, sodass sich letztlich vier verschiedene Gruppenkonstellationen ergaben.

Tabelle 1: Interviewkonstellation der noch eingeschlossenen Patienten

		nicht compliant	compliant	Gesamt
Diagnose	F3	3 (1w, 2m)	4 (1w, 3m)	7
	F2	5 (2w, 3m)	5 (3w, 2m)	10
Gesamt		8	9	17

Die ehemaligen Programmteilnehmer wurden sowohl nach Diagnosegruppe als auch anhand der „Freiwilligkeit“ ihres Programmabbruchs eingeteilt: Einige ehemalige Patienten hatten das Programm aus freien Stücken verlassen, andere konnten aufgrund ihrer

Krankenkasse, die das Programm nicht mehr unterstützte, nicht länger am Programm teilnehmen.

Tabelle 2: Interviewkonstellation der ehemaligen Patienten

		Unfreiwilliger Abbruch	Freiwilliger Abbruch	Gesamt
Diagnose	F3	4 (1w, 3m)	6 (4w, 2m)	10
	F2	4 (3w, 1m)	3 (3w, 0m)	7
Gesamt		8	9	17

Unter den noch eingeschlossenen Patienten wurden alle Personen, die als psychisch stabil genug galten, um an einer Befragung teilzunehmen, kontaktiert. Die Vorauswahl der Patienten geschah in Zusammenarbeit mit dem zum Zeitpunkt des Samplings in der IV tätigen Arzt.

Das Teilnehmersampling war neben der gesundheitlichen Stabilität der Patienten unter anderem von deren Bereitschaft und Motivation sowie zeitlichen Verfügbarkeit abhängig. Auch der psychiatrische Erkrankungshintergrund der Patienten, der per se für viele Betroffene mit einer nicht unerheblichen Belastung einhergeht, vor allem was sozial herausfordernde Situationen (wie etwa ein Gruppeninterview) angeht, kann als einschränkender Faktor gelten. In beiden hier vorliegenden psychiatrischen Diagnosegruppen (F2 / F3) gelten sozialer Rückzug, Schwierigkeiten in der Bewältigung von Alltagssituationen (z.B. die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel) sowie Antriebslosigkeit mit der Folge mangelnder Termincompliance als gängige Probleme (Kern et al., 2008). Die Kontaktierung der Patienten durch eine bekannte, vertraute Person sowie die kurzfristige Erinnerung an den bevorstehenden Termin kann motivationsfördernd gewirkt haben.

Die teilnehmenden Patienten erhielten eine monetäre Aufwandentschädigung, welche in einigen Fällen sicherlich die Motivation zu einer Interviewteilnahme erhöhen konnte. Hinsichtlich der Qualifikation für eine Interviewteilnahme unterschieden sich die Patienten nicht.

Die Patienten wurden sowohl telefonisch als auch schriftlich kontaktiert und (bei Zusage) wenige Tage vor dem geplanten Interviewtermin erneut telefonisch erinnert.

Der Kontakt zu den Programmabbrechern wurde nach Durchführung der Interviews mit den noch eingeschlossenen Patienten hergestellt. Um Vergleichbarkeit mit den noch eingeschlossenen Patienten herstellen zu können, wurde hierbei eine ähnliche Grundgesamtheit gewählt.

B) Mitarbeiter der IV

Bei den Mitarbeitern der IV musste keine Vorauswahl getroffen werden, nahezu alle Mitarbeiter der IV wurden zum Interview eingeladen. Konkret konnten die zum Erhebungszeitpunkt in der IV stationierte Ärztin, ein ehemaliger sowie gleichzeitig zukünftiger IV-Arzt, die Projektmanagerin des Programms, eine psychiatrische Fachkrankenschwester (Gruppenleiterin und sozialpsychiatrische Ansprechpartnerin für die Patienten), ein Sozialpädagoge sowie die Verwaltungsangestellte der IV (verantwortlich für Terminplanung und Verwaltung innerhalb der IV) für ein Interview gewonnen werden.

C) Niedergelassene Psychiater

Alle Fachärzte, die Mitglied in der „Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater e.V.“ sind, können Patienten in die IV vermitteln. Zum Zeitpunkt der Studie waren 29 Psychiater bzw. Nervenärzte aktiv am Programm beteiligt, d.h. sie betreuten Patienten, die am Programm teilnahmen. Es wurde ein Gruppeninterview mit fünf der aktiv involvierten Psychiater geführt.

D) Angehörige von Patienten

Auch Angehörige von Patienten sollten im Rahmen der Gruppeninterviews zu Wort kommen. Um Kontakt zu diesen herstellen zu können, wurde den Interviewteilnehmern im Anschluss an die Gruppeninterviews die Möglichkeit gegeben, Angehörige, Freunde, Lebenspartner oder Bekannte (im Folgenden unter dem Begriff „Angehörige“ zusammengefasst) zu nennen, die für die Durchführung eines eigenen Gruppeninterviews kontaktiert werden dürften.

Sieben Patienten stimmten einer Befragung eines / einer Angehörigen zu, sechs davon hinterließen deren Daten zur Kontaktaufnahme durch die Forschenden. Ein einziges Interview mit vier Angehörigen von aktuellen oder ehemaligen Programmteilnehmern konnte durchgeführt werden. An dieser Stelle konnte die oben erläuterte „Saturation“ aller Wahrscheinlichkeit nach nicht erreicht werden, es muss vielmehr von einer Erschöpfung der Ressourcen ausgegangen werden.

2.2 Interviewdurchführung

Ein Fokusgruppeninterview soll dort stattfinden, wo die Interviewten sich wohl fühlen und damit bereit sind, ihre Meinungen und Sichtweisen, persönliche Erfahrungen oder Erlebnisse zu teilen (Helfferich, 2011; Krueger, 2015). Die hier geführten Interviews fanden in den Räumlichkeiten des Programms für seelische Gesundheit statt, welche den Patienten als Gruppenräume bzw. Wartezimmer bekannt waren. Die Interviews fanden am späten Nachmittag bzw. frühen Abend statt, sodass auch Berufstätigen eine Teilnahme möglich war.

Neben dem Interviewer, der die Gesprächsführung übernahm, war eine weitere Person zur Anfertigung eines schriftlichen Gesprächsprotokolls anwesend. Ein Protokoll erleichtert zum einen die spätere Transkription, zum anderen können hier Anmerkungen festgehalten werden, die nicht auf einer Audioaufnahme zu finden sind, aber für die qualitative Auswertung hilfreich sein können, wie etwa nonverbale Äußerungen, Gestik oder Mimik.

Richter und Fler (Richter & Fler, 2004) empfehlen eine langjährige Erfahrung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen als hilfreich für die Interviewenden, welche überdies im Laufe der Fokusgruppen nicht wechseln sollten. Eine „gemischtgeschlechtliche Besetzung des Interviewerteams“ (Richter & Fler, 2004, [S.238]) sei ebenfalls von Vorteil. Mit einem langjährigen Assistenzarzt der Psychiatrischen Abteilung der Klinik rechts der Isar als Interviewführer, der zusammen mit einer Doktorandin alle Fokusgruppen leitete, waren diese drei Punkte erfüllt.

Nach schriftlichem Einverständnis der Teilnehmer wurden die Gespräche mithilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet.

Es wurden insgesamt elf Gruppeninterviews mit einer Teilnehmerzahl von jeweils drei bis sechs Personen geführt. Die Interviews dauerten zwischen 45 und 77 Minuten (im Schnitt 61 Minuten), die Länge der erstellten Transkripte betrug zwischen 16 und 30 Seiten pro Interview (insgesamt 211 Seiten).

2.3 qualitative Auswertung

2.3.1 Transkription

Bereits die Wahl des Transkriptionsverfahrens kann die Interpretation der Daten beeinflussen, indem das Ausmaß der Transkriptionstiefe variiert wird (Misoch, 2015). Möglich sind etwa eine vollständige oder selektive Transkription, bei der nur Teile des Materials transkribiert werden, das Beibehalten oder Weglassen nonverbaler Äußerungen oder die Berücksichtigung von Dialekten. So kann beispielsweise eine rein verbale Transkription unter Umständen zu Fehlinterpretationen führen, etwa wenn eine Aussage durch ironisches Lachen in ihrem Sinn umgekehrt wird, das ironische Lachen aber nicht in die Transkription mit aufgenommen wird. Auch unterschiedliche Betonungen können den Sinn einer Aussage verändern (Misoch, 2015).

Um das vorliegende Forschungsmaterial vollumfänglich zu erfassen, wurde das aufgezeichnete Audiomaterial vollständig und wörtlich manuell transkribiert. Dialekteinfärbungen wurden beibehalten, auch Füllworte wie „Ähm“ wurden übernommen. Pausen und nonverbale Äußerungen wie Räuspern, Lachen oder Seufzen wurden entsprechend kenntlich gemacht. Unverständliche Worte oder Passagen wurden als solche gekennzeichnet, Geschehnisse abseits des Gesprächsverlaufs (z.B. das Klingeln eines Mobiltelefons) wurden durch Kommentare erfasst. Auffällige Betonungen einzelner Worte wurden durch Unterstreichung markiert. Eine Darstellung der zur Anwendung gekommenen Transkriptionsregeln findet sich im Anhang (4. Transkriptionsregeln).

2.3.2 qualitative inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse

2.3.2.1 Bestimmung von Ausgangsmaterial und Ziel der Analyse

Bei der Auswertung der Gruppeninterviews wurde sich am Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring orientiert (bei Stirner et al. (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022) bereits erwähnt). Mayring (Mayring, 2010) definiert das allgemeine Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse ganz konkret in mehreren Schritten.

Zu Beginn steht die Bestimmung des zu analysierenden Ausgangsmaterials: Beim auszuwertenden Material handelt es sich um Transkripte der geführten Fokusgruppeninterviews. Für die Beschreibung der Grundgesamtheit der interviewten Personen siehe unter anderem Punkt 3.1 Quantitative Auswertung. Das gesamte Transkript aller Interviews wurde zur Auswertung herangezogen, nichts vom Gesagten wurde zunächst als unwichtig eingestuft.

Als nächsten Punkt der Analyse definiert Mayring, das Ziel der Interviews zu formulieren. Die vorliegende Forschung befasst sich mit der Fragestellung, wie das psychiatrische Versorgungsprogramm „Programm für seelische Gesundheit“ durch die Teilnehmer erlebt, bewertet, empfunden wird, welche Vorzüge es bietet und inwieweit es für Nutzer eine Hilfestellung darstellen kann. Großes Augenmerk soll dabei auf die Förderung von Compliance und Rückfallschutz gelegt werden, ein bei der Behandlung und Versorgung psychiatrisch erkrankter Patienten hochrelevanter Aspekt. Es stehen demnach die Inhalte der Gespräche im Fokus der Analyse.

2.3.2.2 Bestimmung der passenden Analysetechnik

Bevor mit der Inhaltsanalyse begonnen werden kann, muss eine passende Analysetechnik ausgewählt werden. Verschiedene Autoren schlagen verschiedene Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse vor, eine der bekannteren ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Mayring unterscheidet wiederum verschiedene Grundtechniken der Inhaltsanalyse: die Zusammenfassung, die induktive Kategorienbildung, die enge und die weite Kontextanalyse, sowie die formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung (Mayring, 2010). Als eine der zentralen, bekanntesten Techniken qualitativer Inhaltsanalyse nennt Schreier (Schreier, 2014) die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse, die sowohl von Mayring (Mayring, 2010) als auch von Kuckartz, Steigleder, Schreier und anderen Autoren beschrieben wird (Schreier, 2014). Ziel der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ist es, relevante Inhalte aus dem Ausgangsmaterial herauszufiltern und diese zusammenzufassen (Mayring, 2010). Sie nutzt ein regelgeleitetes Vorgehen und lässt sich auch auf Gruppendiskussionen anwenden. Da in erster Linie die Inhalte der geführten Interviews von Interesse sind, die überdies aufgrund ihrer Fülle nicht nur einer Reduktion und Zusammenfassung, sondern auch einer Strukturierung bedürfen, soll in der vorliegenden Arbeit die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse zur Anwendung kommen.

2.3.2.3 Erstellen des Kategoriensystems

Ableitung von Hauptthemen aus der Fragestellung

Um sich der Fragestellung des Projektes zu nähern, wurden nach einer ersten Durchsicht des Interviewmaterials der Patienteninterviews zunächst drei große Hauptthemen definiert:

- Das Erleben des Programms durch die Teilnehmer,
- die Bewertung des Programms,
- sowie der Einfluss der Programmteilnahme auf Compliance und Rückfallschutz der Patienten.

Diese drei Themengebiete, die sich im Wesentlichen auch in den Interviewleitfäden wiederfinden, waren im Vorhinein als richtungsweisend zur Beantwortung der Forschungsfrage theoriegeleitet festgelegt worden und lassen sich damit als „deduktive“ Kategorien beschreiben. Mit Kategorien sind „Schubladen“ oder Themenkomplexe gemeint, unter welche verschiedene, bedeutungsgleiche oder -ähnliche Textstellen subsummiert werden können. Von deduktiven Kategorien lassen sich induktive Kategorien unterscheiden, die durch die Arbeit am Material aus dem Text selbst bestimmt werden. Kategorien sind dabei über den Verlauf der Analyse stets wandelbar, sie können und sollen immer wieder anhand des Materials überprüft und verändert werden. Am Ende der Auswertung steht ein Kategoriensystem, in welchem sich alle Inhalte des Textmaterials eindeutig einer Kategorie zuordnen lassen.

A) *Vorgehen beim Erstellen eines Kategoriensystems nach Mayring*

Mayring beschreibt die Vorgehensweise bei der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wie folgt: Zunächst wird theoriegeleitet ein Kategoriensystem aus deduktiven Kategorien erstellt, welches die einzelnen Kategorien benennt, sie genauestens definiert, ein Ankerbeispiel aus dem Text für jede Kategorie anführt und mithilfe von Kodierregeln festlegt, wann ein Stück Textmaterial unter eine bestimmte Kategorie fällt und wann unter eine andere. Nun wird das Textmaterial, das analysiert werden soll, nach Stellen durchsucht, die den Kategorien zuzuordnen sind. In einem ersten Materialdurchgang, welcher nur einen kleinen Anteil des gesamten Textmaterials enthält (etwa eines der acht Patienteninterviews) wird das Kategoriensystem auf seine Anwendbarkeit überprüft, oft sind Anpassungen oder Änderungen nötig, bis ein finales Kategoriensystem erstellt ist. Mit dessen Hilfe kann schlussendlich das gesamte Textmaterial durch-

laufen und zugeordnet werden. Ziel der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring ist es, bestimmte Themen aus den vorhandenen Daten herauszufiltern und zusammenzufassen (Mayring, 2010).

Vom Vorgehen Mayrings wurde bei der vorliegenden Forschungsarbeit in zweierlei Hinsicht abgewichen: Zum einen wurde der Großteil der Kategorien in der vorliegenden Studie nicht deduktiv, sondern induktiv anhand des Materials erstellt. Aus dem ersten groben Materialdurchlauf, ja sogar aus der Transkription bzw. den Interviews selbst waren den Forschenden die Inhalte der Gespräche bereits bekannt und ein deduktives Erstellen von Kategorien unabhängig vom Material nicht mehr ohne weiteres möglich. Ohnehin lässt es die offene Fragestellung des Forschungsinteresses kaum zu, Kategorien für die Fragestellung nach dem persönlichen Erleben der IV theoriegeleitet vorwegzunehmen. Schreier nennt eine rein induktive Kategorienfindung „möglich, wenn auch nicht üblich“ (Schreier, 2014 nach Schreier, 2012, [S.85]).

Zum anderen wurden hier nicht nur bestimmte Themen aus dem vorhandenen Material herausgegriffen und kodiert, sondern das gesamte Interviewmaterial wurde zur Analyse herangezogen. Lediglich Themen, die absolut nichts mit dem Versorgungsprogramm zu tun hatten (z.B. Biographisches) wurden aussortiert.

B) *Erste Analysephase*

Mit der qualitativen Auswertung der ersten Patienteninterviews wurde bereits während der Erhebungsphase begonnen – zum einen, um wie geplant im Interview mit Mitarbeitern der Integrierten Versorgung und niedergelassenen Psychiatern erste Ergebnisse der Patienteninterviews als Einstiegsfokus präsentieren zu können (Misoch, 2015), zum anderen, um der Dynamik qualitativer Forschung, die auch eine Anpassung der Interviewleitfäden im Verlauf ermöglicht, gerecht zu werden (Gläser & Laudel, 2010).

Dazu wurden anhand von Themen, die in den Interviews auffällig häufig besprochen worden waren, erste Kategorien erstellt. Dann wurden die Inhalte der ersten transkribierten Interviews Satz für Satz von zwei Auswertern paraphrasiert (aus „*Puh, also ich, äh, sag ma mal ich finde, dass ma durch die Angebote hier, geht's mir so dass ich, äh, ne Struktur in der Woche krieg*“ (Js) wird etwa „Angebote der IV sorgen für Strukturierung der Woche“) und die Paraphrasen inhaltlich den vorformulierten Kategorien zugeordnet. Falls für ein Thema noch keine Kategorie existent war, wurde induktiv anhand des Materials eine passende erstellt. Als Hilfsmittel fungierten hier nur Papier und Blei-

stift sowie eine Exceltabelle. Auf diese Weise konnten im ersten Materialdurchgang 34 Hauptkategorien aus den Patienteninterviews generiert werden. Die Ergebnisse dieser ersten Auswertung wurden grob zusammengefasst und in den Interviews mit Mitarbeitern und Niedergelassenen als Einstiegsstimulus präsentiert.

C) *Zweite Analysephase*

Nach Ende der Erhebungsphase geschah eine erneute Durchsicht des Materials, um die bereits gefundenen Ergebnisse auf Plausibilität und Reproduzierbarkeit zu prüfen (siehe auch Punkt 2.3.4 „Gütekriterien qualitativer Forschung“). Nun wurde stärker regelgeleitet vorgegangen.

Die transkribierten Interviews wurden Satz für Satz paraphrasiert, die Paraphrasen jeweils weiter auf ihren Inhalt reduziert, und eine Kategorie formuliert, die die gefundene Textstelle beinhaltete. Konnte eine Textstelle einer bereits bestehenden Kategorie zugeordnet werden, so wurde dies getan, wenn nicht, wurde eine neue Kategorie für die Textstelle entworfen. Hin und wieder war es nötig, eine Kategorie umzuformulieren oder zwei oder mehr bestehende Kategorien zusammenzufassen, um alle Kategorien auf demselben Abstraktionsniveau platzieren zu können. Dabei darf ein Kategoriensystem unterschiedliche Arten von Kategorien enthalten (Schreier, 2014). Die gebildeten Kategorien waren im Wesentlichen inhaltlich-strukturierender Natur, in einigen Fällen kamen skalierende Unterkategorien zur Anwendung (Im Kategoriensystem zum Thema Compliance und Rückfallschutz, siehe Teil 3.2.3 in den Ergebnissen). Skalierende Kategorien erlauben es, Inhalte in einer z.B. ordinalskalierten Form zu beschreiben (Mayring, 2010). Mit zunehmender Materialdurchsicht stellte sich etwa nach dem zweiten Interview für das Grundgerüst der Analyse nahezu eine Sättigung an Kategorien ein, sodass keine wesentlichen neuen Inhalte mehr hinzukamen. Dennoch wurde sich stets an den Prinzipien der Offenheit und der Flexibilität orientiert, welche unter anderem die Veränderlichkeit eines Kategoriensystems beschreiben (Mayring, 2010; Steger, 2003). Dabei werden bei Mayring unpassende deduktive Kategorien ersetzt, Gläser & Laudel sprechen sich für die bloße Anpassung bzw. Ergänzung von bestehenden Kategorien aus (Gläser & Laudel, 2010). In der vorliegenden Arbeit wurden je nach Notwendigkeit beide Möglichkeiten angewandt. Die finalen Kategoriensysteme konnte am Ende mit Explikationen, Ankerbeispielen und Kodierregeln definiert werden.

Nach sorgfältiger Durchsicht aller Interviews konnten drei eigenständige Kategoriensysteme entworfen werden. Eine Textstelle (ein „Code“) konnte auf diese Weise mehreren

Kategorien zugeordnet werden - eine Handhabung, die innerhalb eines einzelnen Kategoriensystems nicht möglich wäre: Das Prinzip der „Exklusion“ verlangt, dass Kategorien „trennscharf“ sein müssen, dass also ein Code nicht zwei (Haupt)Kategorien zugeordnet werden darf (Winkelhage et al., 2008 [S.14]). Durch die Erstellung mehrerer Kategoriensysteme konnte diese Regelung umgangen werden. Ein Beispiel stellt die folgende Aussage dar: „Ich habe das Gefühl, durch das Achtsamkeitstraining stabiler geworden zu sein“. Hier wird sowohl das persönliche Erleben des Programmes angesprochen, welches den Betroffenen hilft, den Alltag besser zu meistern (Kategorie „Stabilität“), als auch eine Bewertung des Programmangebotes vorgenommen, indem der Kurs „Achtsamkeitstraining“ als hilfreich für die psychische Gesundheit beschrieben wird (Kategorie „Kursangebote zur Entspannung“).

Bei diesem zweiten großen Analysedurchgang konnten im Wesentlichen dieselben Kategorien definiert werden, wie die erste Zusammenfassung der Interviews ergeben hatte. Lediglich die formale Anordnung, die Sortierung der Kategorien und deren Formulierung stellten sich geringgradig anders dar. So wurden etwa hier und da Unterkategorien unter einigen Hauptkategorien formuliert. Da die erste „Version“ des Kategoriensystems vorrangig dem Zweck diene, den Mitarbeitern und Niedergelassenen die Ergebnisse der Patienteninterviews präsentieren zu können, wird sie hier nicht gezeigt. Die großflächigen inhaltlichen Überschneidungen legen allerdings eine hohe Reproduzierbarkeit der Ergebnisse nahe. Eines der Kategoriensysteme, die im Rahmen dieser Arbeit entworfen wurden, findet sich beispielhaft im Anhang (5. „Kategoriensysteme“).

2.3.2.4 Kodierung mit MAXQDA

Die eigentliche Kodierung der Interviews - das Zuordnen von Textstellen zu den Kategorien - wurde mithilfe des digitalen Textverarbeitungsprogramms MAXQDA (Version 2018) vorgenommen. Das Programm erlaubt es, Textstellen zu markieren, zu kommentieren, und diese den passenden Kategorien zuzuordnen. Alle ausgewählten Textstellen einer Kategorie lassen sich dann gesammelt anzeigen.

Auf diese Weise wurden alle elf Interviews Satz für Satz kodiert und die erstellten Kategoriensysteme „gefüllt“. Auch jene Interviews, die zur Erstellung der Kategoriensysteme herangezogen worden waren, wurden erneut kodiert, um die Durchgängigkeit der Kategoriensysteme zu prüfen. Insgesamt konnten 1626 Codes identifiziert werden, die fünf Kategoriensystemen (vier gemeinsame Kategoriensysteme für Patienten und Abbrecher, eines gemeinsames Kategoriensystem für Mitarbeiter und niedergelassene Psy-

chiater) zugeordnet wurden. Ganz im Sinne der Prozesshaftigkeit qualitativer Forschung wurden die Kategoriensysteme auch in dieser Phase noch angepasst oder erweitert, wann immer dies nötig war. Textstellen, bei denen eine Zuordnung zu einer Kategorie nicht eindeutig möglich war, wurden von zwei Auswertern gemeinsam diskutiert, bis ein Konsens gefunden wurde.

2.3.2.5 Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung

Anhand der gefundenen Textstellen wurde für jede Kategorie eine Zusammenfassung ihrer Inhalte formuliert, die im Kapitel 3 „Ergebnisse“ zu finden sind.

2.3.3 Gütekriterien qualitativer Forschung

Gütekriterien qualitativer Forschung werden in der Fachliteratur kontrovers diskutiert. Für die „klassischen“ Gütekriterien, Objektivität, Reliabilität und Validität, wie sie aus der experimentellen und quantitativen Forschung bekannt sind, werden von Steinke (in Kuckartz, 2005) verschiedene Standpunkte diskutiert: Während Manches dafür spricht, diese „quantitativen“ Kriterien auch auf die qualitative Forschung zu übertragen, sprechen sich andere Forscher dafür aus, lediglich die Validität als Gütekriterium zu übernehmen, während die Objektivität sowie die Reliabilität in der qualitativen Forschung verworfen werden sollten. Ein dritter Ansatz sieht die klassischen Gütekriterien als gänzlich ungeeignet für qualitative Arbeiten an.

Einige Forscher wie Helfferich, Mayring oder Kuckartz sprechen sich für eine notwendige Modifikation bzw. Erweiterung der klassischen Gütekriterien aus, um sie auf qualitative inhaltsanalytische Arbeiten anwenden zu können (Helfferich, 2011; Kuckartz, 2014; Mayring, 2010).

Steinke wiederum beschreibt zum einen Gütekriterien, die für quantitative genauso wie für qualitative Arbeiten gelten, und zum anderen solche, die speziell auf die Anwendung bei der qualitativen Inhaltsanalyse zugeschnitten sind (in Kuckartz, 2005):

- 1. Angemessenheit von Sampling, Methodik und Auswertungsverfahren und deren „Co-Indikation“ / Passung zueinander (ein quantitatives und qualitatives Kriterium)
- 2. Empirische Verankerung der Ergebnisse am Textmaterial: lassen sich die gefundenen Ergebnisse hinreichend anhand der Daten belegen? In der vorliegen-

den Arbeit kann zu jeder Kategorie ein Ankerbeispiel aus den Interviews zitiert werden.

- 3. Verallgemeinerbarkeit (ein quantitatives und qualitatives Kriterium): inwieweit können die gefundenen Ergebnisse auf andere Kontexte übertragen werden?

Dieser dritte Punkt ist für die vorliegende Studie gesondert zu diskutieren. Ziel der vorliegenden Arbeit war nicht primär, Theorien zu generieren, die auf andere Projekte oder Kontexte übertragen werden sollen. Obwohl einige der hier gefundenen Ergebnisse sicherlich allgemeine Gültigkeit besitzen und das Münchner Versorgungsmodell an einigen Stellen Ähnlichkeiten zu anderen Projekten aufweist, ist das hier untersuchte Versorgungsprogramm dennoch in seiner Form einzigartig. Die Ergebnisse unserer Untersuchung können nur insoweit auf andere Projekte übertragen werden, als sie sich nicht auf spezielle Aspekte der Münchner IV, sondern auf allgemeingültige Faktoren in der psychiatrischen Versorgung beziehen.

- 4. intersubjektive Nachvollziehbarkeit: die Forschung muss für Andere klar nachvollziehbar sein, dies geschieht vor allem durch die genaue Dokumentation von theoretischen Vorannahmen sowie der Vorgehensweise und deren Begründung.

Welche Gütekriterien auf die jeweils vorliegende Forschung angewendet werden können ist individuell anhand derselbigen zu entscheiden.

Kuckartz betont vor allem die Kriterien der „internen“ sowie der „externen Studiengüte“ (Kuckartz, 2014). Mit der externen Validität meint er Steinkes „Verallgemeinerbarkeit“. Ziel der internen Studiengüte ist es, die Forschung durch Beschreibung des Vorgehens glaubhaft und nachvollziehbar zu machen (im Wesentlichen die Punkte 1, 2 und 4 Steinkes). Dazu gehören nach Kuckartz zum Beispiel folgende Kriterien:

- das strenge Befolgen der Transkriptionsregeln und deren Offenlegung (siehe Anhang)
- die Angemessenheit der gewählten Erhebungs- und Analysemethoden und die Begründung der Wahl
- die Verwendung einer unterstützenden Computer-Software zur inhaltsanalytischen Auswertung, zum Beispiel, wie in dieser Arbeit, MAXQDA

- das Kodieren des Materials durch zwei unabhängige Auswerter, Dokumentation des Vorgehens bei Uneinigkeit der Auswertenden zu bestimmten Punkten

Ein inhaltsanalytisches Konzept der Reliabilität ist die Intercoderreliabilität, wie sie Mayring (Mayring, 2010) beschreibt. Sie besagt, dass zwei unabhängige Auswerter bei der Analyse eines Textes unter Anwendung eines feststehenden Kategoriensystems dieselben Zuordnungen von Textstellen zu den einzelnen Kategorien treffen. Die Intercoderreliabilität prüft im Grunde Objektivität. In der vorliegenden Arbeit musste aus Mangel an Ressourcen auf einen zweiten Kodierer verzichtet werden. Stattdessen wurden dieselben Interviews in gewissem zeitlichem Abstand zweimal hintereinander ausgewertet, beide Auswertungen ergaben ein ähnliches Kategoriensystem. Kodiert wurde beide Male von einem der Forschenden, man kann hier also eher von „Intracoderreliabilität“ sprechen. Die Zuordnung der Codes zu den Kategorien wurde von einem zweiten Auswerter kritisch überprüft, in Fällen der Nicht-Übereinstimmung wurde die Zuordnung gemeinsam diskutiert, bis ein Konsens gefunden wurde.

- präzise Definition der Kategorien und Kodierregeln und Auswahl passender Ankerbeispiele
- Berücksichtigung aller erhobenen Daten in der Inhaltsanalyse
- Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse anhand des Datenmaterials

Klassische Gütekriterien wollen die Objektivierbarkeit der Forschung sichern, es soll gezeigt werden, dass eine Messung unabhängig vom Messenden reproduzierbare Ergebnisse liefert. Die qualitative Interviewforschung hingegen lebt von Subjektivität. Jedes Gespräch wird stets anders verlaufen, wenn es wiederholt wird oder von anderen Gesprächsteilnehmern geführt wird, d.h. eine Durchführungsobjektivität ist kaum realisierbar (Kuckartz, 2005). Wichtig ist „ein angemessene[r] Umgang mit [der] Subjektivität“ (Helfferich, 2011, [S.155]), wie Helfferich schreibt. Bei der Auswertung eines Interviews muss immer dessen Kontext berücksichtigt werden. Innerhalb der vorliegenden Forschung wurde versucht, die äußeren Umstände der Interviews stets so identisch wie möglich zu gestalten (gleiche(r) Raum / Tageszeit / Interviewende, Verwendung eines Leitfadens), um wenigstens eine geringgradige Vergleichbarkeit der Interviews untereinander zu gewährleisten.

2.4 quantitative Datenerhebung und Auswertung

Zusätzlich zu den in den Interviews generierten qualitativen Daten wurden einige quantitative Daten mittels Fragebögen (siehe Anhang: 3. „Fragebögen“) erhoben, um den Erkenntnisgewinn um einen quantitativen Ansatz zu ergänzen. Alle Interviewteilnehmer wurden gebeten, nach Ablauf der Gruppeninterviews einen Fragebogen zum Programm auszufüllen.

Der Fragebogen für aktuelle und ehemalige Patienten beinhaltete neben einigen grundsätzlichen Fragen, etwa wie der Teilnehmer vom Programm erfahren hatte, auch eine Quantifizierung der Relevanz verschiedener Beweggründe für die Programmteilnahme, eine Einschätzung der Veränderung des individuellen Lebens seit Programmteilnahme, einige Fragen zur Zufriedenheit mit dem Programm (ZUF8-Fragebogen, (Schmidt & Nübling, 2002)) und zur persönlichen Lebensqualität sowie eine Selbstbeurteilung der medikamentösen Compliance mithilfe der „Medication Adherence Rating Scale“, kurz MARS (Thompson, Kulkarnia, & Sergejew, 2000). Die Programmabbrecher wurden gebeten, sich zur Bearbeitung von Teilen des Fragebogens in die Zeit während ihrer Teilnahme hineinzusetzen, zusätzlich wurden dem Fragebogen für die Abbrecher einige Fragen zur aktuellen psychischen Gesundheit hinzugefügt. Außerdem wurde die medikamentöse Compliance der Abbrecher zum aktuellen Zeitpunkt (nach Programmabbruch) erhoben.

Zusätzlich wurde der behandelnde Arzt der IV/Case-Manager gebeten, ein „Fremdrating“ der interviewten Patienten vorzunehmen: dieser zweite Fragebogen umfasste unter anderem eine Einschätzung der Compliance und Krankheitseinsicht sowie des Schweregrades der psychischen Erkrankung und der medikamentösen Nebenwirkungen, angelehnt an die „Clinical Global Impressions Scale“, kurz CGI. Mithilfe des CGI kann der Schweregrad der Erkrankung sowie die Effektivität einer medikamentösen Therapie erfasst werden (Guy, 1976; Haro et al., 2003). Für unsere Studie wurde der CGI teilweise gekürzt bzw. modifiziert.

Die Mitarbeiter der IV füllten einen Fragebogen zu ihrer eigenen Zufriedenheit mit dem Programm aus.

Der Fragebogen für die teilnehmenden niedergelassenen Psychiater beinhaltete zum einen eine Einschätzung dessen, welche Eigenschaften des Programms aus Sicht der

Patienten am relevantesten für deren weitere Teilnahme seien, sowie zum anderen einige Fragen zur Zufriedenheit der Niedergelassenen selbst mit dem Programm.

Der Fragebogen für die interviewten Angehörigen der Patienten beinhaltete eine Einschätzung der Relevanz verschiedener Programmpunkte für die Teilnahme der Patienten sowie eine Abfrage der Zufriedenheit mit dem Programm.

Die Auswertung der Fragebögen wurde mithilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 25 vorgenommen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden die erhobenen Daten im Wesentlichen deskriptiv ausgewertet, sie dienen lediglich der Veranschaulichung und können, obwohl mit der bestmöglichen Rekrutierung von Patienten von einer Vollerhebung ausgegangen werden kann, keine allgemeingültigen Thesen untermauern.

3 Ergebnisse

3.1 Quantitative Auswertung

3.1.1 Beschreibung der Grundgesamtheit der Patienten

Für eine Darstellung von Diagnose, Compliance, Abbruchgrund und Geschlecht der an der Studie beteiligten Patienten gemäß der Interviewkonstellationen siehe Tab. 1 und 2 aus Kapitel 2.1.3.2 „Sampling der noch eingeschlossenen sowie ehemaligen Patienten“.

Das Durchschnittsalter der interviewten Patienten betrug 53,6 Jahre (N=34, SD=10,2). Noch eingeschlossene Patienten waren im Mittel seit 7,6 Jahren (N=17, SD=4,1), Abbrecher im Mittel 6,3 Jahre (N=17, SD=2,8) beim Programm dabei. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer der eingeschlossenen Patienten betrug 18,2 Jahre (N=17, SD=10,2), für die Abbrecher lagen keine Daten vor. Für berufliche Situation sowie Familienstand der in die Studie eingeschlossenen Patienten siehe Tab.3 und 4.

Tabelle 3: Berufliche Situation in die Studie eingeschlossener Patienten (N=34)

Berufliche Situation	N	Prozent
berufstätig Voll- oder Teilzeit	9	26,5
geringfügig beschäftigt	2	5,9
beschützt beschäftigt	2	5,9
erwerbsgemindert	11	32,4
Arbeitslos / Hausfrau/-mann	4	11,7
Altersrente	4	11,8
In Ausbildung	1	2,9
Keine Angabe	1	2,9

Tabelle 4: Familienstand in die Studie eingeschlossener Patienten (N=34)

Familienstand	N	Prozent
Ledig/getrennt/verwitwet	21	61,8
Familie/Partner	13	38,2

Ein Fremdrating durch den IV-Arzt ergab außerdem, dass in 15 Fällen die Angehörigen der Patienten deren Behandlung unterstützten, während dies bei 19 Patienten nicht der

Fall sei. 4 der 34 Interviewteilnehmer verfügten über einen gesetzlichen Betreuer. Im Rahmen eines Fremdratings wurde der behandelnde IV-Arzt um eine Einschätzung des Schweregrades der psychiatrischen Erkrankung sowie der medikamentösen Nebenwirkungen der Teilnehmer (CGI: Clinical Global Impression) (Guy, 1976; Haro et al., 2003) gebeten, und zwar zum Erhebungszeitpunkt bzw. für die Abbrecher zum Zeitpunkt kurz vor dem Programmabbruch. Bei einer Abstufung von 1 (nicht krank) bis 7 (extrem schwer krank) erreichten die Patienten dabei im Durchschnitt einen Punktwert von 4,8, was einer deutlichen Erkrankungsausprägung entspricht. Dabei ist der Unterschied in der Schwere der Erkrankung bei noch eingeschlossenen bzw. unfreiwilligen Abbrechern im Vergleich zu freiwilligen Abbrechern unwesentlich, siehe Tab.5.

Tabelle 5: Schweregrad der Erkrankung der interviewten Patienten auf einer Skala von 1 bis 7, Fremdrating durch IV-Arzt

	N	MW	SD
Patienten gesamt	34	4,8	1,0
Noch eingeschlossene Teilnehmer + unfreiwillige Abbrecher	25	4,9	1,1
Freiwillige Abbrecher	9	4,6	1,0

Der Großteil der 34 Interviewteilnehmer leide bzw. litt zudem unter keinen (9) bzw. keinen wesentlichen (20) Nebenwirkungen, in einem Fall war keine Beurteilung möglich.

Die noch eingeschlossenen Patienten hatten aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung zwischen 0 und 14, im Schnitt rund 4 Krankenhausaufenthalte hinter sich.

Einer von 17 noch am Programm teilnehmenden Patienten erhielt eine Depotmedikation.

26 der 34 Teilnehmer wurden als größtenteils oder vollständig krankheitseinsichtig klassifiziert, 8 als nicht oder nur teilweise krankheitseinsichtig, siehe Tab.6. Unfreiwillige Programmabbrecher, compliante Teilnehmer und Teilnehmer mit einer F2-Diagnose wurden tendenziell als krankheitseinsichtiger eingeschätzt als freiwillige Abbrecher, nicht compliante Patienten sowie Patienten mit F3-Diagnose.

Tabelle 6: Krankheitseinsicht der Patienten gemäß Fremdrating durch IV-Arzt

	N	Anzahl krankheitsuneinsichtiger oder teilweise einsichtiger Patienten	Anzahl größtenteils oder vollständig krankheitseinsichtiger Patienten
Patienten gesamt	34	8	26
F2	17	2	15
F3	17	6	13
compliant	9	1	8
Nicht compliant	8	2	6
Freiwilliger Abbruch	9	4	5
Unfreiwilliger Abbruch	8	1	7

31 von 34 Patienten kenne, so das Ergebnis des Fremdratings, geeignete Maßnahmen, die beim Auftreten von Frühwarnzeichen vor einem Krankheitsrückfall getroffen werden sollten.

3.1.2 Zugang zum Programm und Antrieb zur Teilnahme

21 der 34 Patienten hatten von ihrem niedergelassenen Psychiater vom Programm erfahren, 5 durch die Klinik bzw. Station, auf der sie zur Behandlung gewesen waren, 8 gaben sonstige Quellen an (Krankenkasse, Psychotherapeut, Flyer).

Hinsichtlich des Beweggrundes der Patienten zur Programmteilnahme stimmten Selbst- und Fremdrating nur in 7 Fällen überein. Keiner der Teilnehmer gab an, auf Druck von Ärzten oder Angehörigen ins Programm gekommen zu sein, während der dazu befragte IV-Arzt einschätzte, dies sei in 6 Fällen der Fall gewesen, siehe Tab. 7.

Tabelle 7: Beweggrund der Patienten zur Teilnahme am Programm: Vergleich Selbst-/Fremdrating

		Fremdrating				Gesamt
		nur aus eigenem Antrieb	überwiegend aus eigenem Antrieb	auf Anraten von Ärzten oder Angehörigen	auf Druck von Ärzten oder Angehörigen	
Selbstrating	nur aus eigenem Antrieb	4	3	2	2	11
	überwiegend aus eigenem Antrieb	8	2	2	1	13

	auf Anraten von Ärzten oder Ange- hörigen	2	4	1	3	10
Gesamt		14	9	5	6	34

3.1.3 Beweggründe zur weiteren Teilnahme

Um herauszufinden, welche Beweggründe zur weiteren Programmteilnahme für die Patienten besonders relevant waren, wurde für 21 verschiedene Faktoren um eine Bewertung zwischen 1 (gar nicht wichtig) und 5 (äußerst wichtig) gebeten. Mitarbeiter des Programms sowie Niedergelassene beantworteten diesen Teil des Fragebogens aus Sicht der Patienten.

Besonders wichtig waren den Patienten im Schnitt die Punkte 2 („Gefühl, mit meiner Erkrankung und meinen Sorgen nicht allein zu sein“), 8 („das Gefühl, in Krisenzeiten jederzeit einen Ansprechpartner im PSG zu haben“) und 15 („die angenehme Stimmung / Atmosphäre“). Am irrelevantesten schnitten die Punkte 13 („die Telefonate mit den Ärzten“) und 14 („die Telefonate mit nichtärztlichen Mitarbeitern“) ab.

In der Mehrheit der Fälle vergaben complianten Patienten, depressive Patienten und unfreiwillige Abbrecher jeweils gleich hohe oder höhere Werte als nicht complianten Patienten, schizophrene Patienten und freiwillige Abbrecher. Noch eingeschlossene Patienten bewerteten die unterschiedlichen Teilnahmegründe insgesamt als relevanter als ehemalige Teilnehmer.

Sowohl Niedergelassene als auch Mitarbeiter des Programms bewerteten die Items durchschnittlich mit höheren Punktwerten als die Patienten selbst.

Am wichtigsten erschienen den niedergelassenen Psychiatern die Items 2 und 8, als am irrelevantesten wurde die Aussage 17 („ich habe nicht das Gefühl, in die Psychiatrie zu gehen, wenn ich zu einem Termin ins PSG gehe“) bewertet.

Die Mitarbeiter der IV bewerteten im Schnitt die Aussagen 2, 6, 8 und 12 („die Beratung und Hilfe durch Sozialpädagogen“) am höchsten, während Item 18 („den Kontakt mit der Psychiatrie im Klinikum RdI aufrecht zu erhalten“) an letzter Stelle stand.

Tabelle 8: Relevanz nachfolgend genannter Gründe für die Teilnahme am Programm auf einer Skala von 1 bis 5 in Abhängigkeit von Diagnose, Compliance und Abbruchgrund

	Untergruppe	N	MW	SD
1. Die Gruppenangebote im PSG	Patienten gesamt	33	3,7	1,1
	F2	16	3,6	1,1
	F3	17	3,8	1,0
	Compliant	9	4,1	1,2
	Nicht compliant	8	4,0	,8
	Noch im Programm	17	4,1	1,0
	Freiwilliger Abbruch	8	3,0	1,2
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,6	,9
	Mitarbeiter	6	4,5	,5
	Niedergelassene	5	3,8	,4
2. Gefühl, mit meiner Erkrankung und meinen Sorgen nicht allein zu sein	Patienten gesamt	33	4,2	,8
	F2	16	4,1	1,0
	F3	17	4,4	,5
	Compliant	9	4,3	,9
	Nicht compliant	7	4,3	,8
	Noch im Programm	16	4,3	,8
	Freiwilliger Abbruch	9	4,1	,9
	Unfreiwilliger Abbruch	8	4,3	,7
	Mitarbeiter	6	4,8	,4
	Niedergelassene	5	4,8	,4
3. Austausch mit anderen Teilnehmern	Patienten gesamt	33	3,5	1,1
	F2	16	3,4	1,4
	F3	17	3,6	,9
	Compliant	9	3,8	1,3
	Nicht compliant	8	3,5	1,2
	Noch im Programm	17	3,7	1,2
	Freiwilliger Abbruch	9	3,3	1,2
	Unfreiwilliger Abbruch	7	3,3	,8
	Mitarbeiter	6	4,3	,5
	Niedergelassene	5	4,0	,7
4. durch gemeinsame Aktivitäten mit anderen Betroffenen wieder mehr am Leben teilzunehmen	Patienten gesamt	34	3,4	1,2
	F2	17	3,3	1,2
	F3	17	3,4	1,2
	Compliant	9	2,9	1,2
	Nicht compliant	8	3,4	,9
	Noch im Programm	17	3,1	1,1
	Freiwilliger Abbruch	9	3,1	1,3
	Unfreiwilliger Abbruch	8	4,1	1,0
	Mitarbeiter	6	4,0	1,3
	Niedergelassene	5	3,8	,4
5. das Gefühl, dass mein Alltag mehr Struktur bekommt	Patienten gesamt	34	3,4	1,1
	F2	17	3,5	1,1
	F3	17	3,4	1,2
	Compliant	9	3,9	,8
	Nicht compliant	8	3,3	1,4

	Noch im Programm	17	3,6	1,1
	Freiwilliger Abbruch	9	3,3	1,1
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,3	1,2
	Mitarbeiter	6	4,3	,8
	Niedergelassene	5	4,2	,4
6. die Möglichkeit, Fragen zur Erkrankung und Behandlung zu stellen	Patienten gesamt	34	3,8	,9
	F2	17	3,7	1,0
	F3	17	4,0	,8
	Compliant	9	4,3	,7
	Nicht compliant	8	3,5	,9
	Noch im Programm	17	3,9	,9
	Freiwilliger Abbruch	9	3,6	1,0
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,9	,8
	Mitarbeiter	6	4,8	,4
	Niedergelassene	5	4,6	,5
7. mich an jemand wenden zu können, wenn mein Arzt im Urlaub ist	Patienten gesamt	34	3,6	1,3
	F2	17	3,4	1,4
	F3	17	3,9	1,3
	Compliant	9	4,3	1,1
	Nicht compliant	8	3,8	,9
	Noch im Programm	17	4,1	1,0
	Freiwilliger Abbruch	9	3,1	1,5
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,3	1,5
	Mitarbeiter	6	4,5	,8
	Niedergelassene	5	4,6	,9
8. das Gefühl, in Krisenzeiten jederzeit einen Ansprechpartner im PSG zu haben	Patienten gesamt	34	4,2	,9
	F2	17	3,9	1,1
	F3	17	4,5	,7
	Compliant	9	4,7	,5
	Nicht compliant	8	4,4	,9
	Noch im Programm	17	4,5	,7
	Freiwilliger Abbruch	9	4,2	1,1
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,5	,9
	Mitarbeiter	6	4,8	,8
	Niedergelassene	5	4,8	,4
9. die Hoffnung, in Krisenzeiten schneller ein Bett in der psychiatr. Klinik im RdI zu bekommen	Patienten gesamt	34	3,1	1,6
	F2	17	3,5	1,5
	F3	17	2,8	1,5
	Compliant	9	4,0	1,3
	Nicht compliant	8	3,8	1,5
	Noch im Programm	17	3,9	1,4
	Freiwilliger Abbruch	9	2,4	1,5
	Unfreiwilliger Abbruch	8	2,3	1,3
	Mitarbeiter	6	4,2	,8
	Niedergelassene	5	4,4	,5
10. die Gespräche mit den Ärzten	Patienten gesamt	33	3,9	,9
	F2	17	3,9	,9
	F3	16	4,0	,9
	Compliant	8	4,4	,7

	Nicht compliant	8	3,8	,9
	Noch im Programm	16	4,1	,9
	Freiwilliger Abbruch	9	3,7	,9
	Unfreiwilliger Abbruch	8	4,0	,9
	Mitarbeiter	6	4,3	1,2
	Niedergelassene	5	4,3	,4
11. die Gespräche mit den nichtärztlichen Mitarbeitern	Patienten gesamt	34	3,9	,8
	F2	17	3,6	,8
	F3	17	4,2	,7
	Compliant	9	4,2	,7
	Nicht compliant	8	3,8	,7
	Noch im Programm	17	4,0	,7
	Freiwilliger Abbruch	9	3,6	1,0
	Unfreiwilliger Abbruch	8	4,0	,8
	Mitarbeiter	6	4,5	,8
	Niedergelassene	5	4,2	,4
12. die Beratung und Hilfe durch Sozialpädagogen	Patienten gesamt	34	3,9	1,0
	F2	17	3,8	1,1
	F3	17	4,0	,9
	Compliant	9	4,6	,7
	Nicht compliant	8	4,1	,6
	Noch im Programm	17	4,4	,7
	Freiwilliger Abbruch	9	3,2	1,1
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,8	1,0
	Mitarbeiter	6	4,8	,4
	Niedergelassene	5	4,6	,5
13. die Telefonate mit den Ärzten	Patienten gesamt	34	2,7	1,3
	F2	17	2,5	1,4
	F3	17	2,9	1,3
	Compliant	9	2,9	1,5
	Nicht compliant	8	2,6	1,3
	Noch im Programm	17	2,8	1,4
	Freiwilliger Abbruch	9	2,7	1,1
	Unfreiwilliger Abbruch	8	2,6	1,6
	Mitarbeiter	6	4,3	1,2
	Niedergelassene	5	3,8	,8
14. die Telefonate mit nichtärztlichen Mitarbeitern	Patienten gesamt	34	2,7	1,0
	F2	17	2,2	,9
	F3	17	3,2	,8
	Compliant	9	3,2	1,2
	Nicht compliant	8	2,1	,6
	Noch im Programm	17	2,7	1,1
	Freiwilliger Abbruch	9	2,9	,9
	Unfreiwilliger Abbruch	8	2,8	1,0
	Mitarbeiter	6	4,0	1,3
	Niedergelassene	5	3,8	,8
15. die angenehme Stimmung / Atmosphäre	Patienten gesamt	34	4,1	,8
	F2	17	4,1	,8
	F3	17	4,1	,7

	Compliant	9	4,3	,7
	Nicht compliant	8	4,1	,6
	Noch im Programm	17	4,2	,7
	Freiwilliger Abbruch	9	3,6	,9
	Unfreiwilliger Abbruch	8	4,3	,7
	Mitarbeiter	6	4,5	,5
	Niedergelassene	5	4,4	,5
16. das angenehme "Drumherum" (Internet, Kaffee etc)	Patienten gesamt	34	3,5	1,1
	F2	17	3,7	1,1
	F3	17	3,4	1,1
	Compliant	9	3,7	1,1
	Nicht compliant	8	3,8	1,3
	Noch im Programm	17	3,7	1,2
	Freiwilliger Abbruch	9	3,1	1,3
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,6	,7
	Mitarbeiter	6	3,7	1,0
	Niedergelassene	5	3,4	1,1
17. ich habe nicht das Gefühl, in die Psychiatrie zu gehen, wenn ich zu einem Termin ins PSG gehe	Patienten gesamt	34	3,9	,9
	F2	17	3,9	,9
	F3	17	3,8	1,0
	Compliant	9	3,9	1,1
	Nicht compliant	8	3,5	,8
	Noch im Programm	17	3,7	,9
	Freiwilliger Abbruch	9	3,6	1,0
	Unfreiwilliger Abbruch	8	4,5	,5
	Mitarbeiter	6	3,8	1,2
	Niedergelassene	5	2,6	,5
18. den Kontakt mit der Psychiatrie im Klinikum RdI aufrecht zu erhalten	Patienten gesamt	34	3,0	1,4
	F2	17	3,4	1,5
	F3	17	2,7	1,3
	Compliant	9	3,0	1,4
	Nicht compliant	8	3,6	1,5
	Noch im Programm	17	3,3	1,4
	Freiwilliger Abbruch	9	2,6	1,3
	Unfreiwilliger Abbruch	8	2,9	1,4
	Mitarbeiter	6	3,2	1,3
	Niedergelassene	5	3,4	,9
19. die Möglichkeit, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen	Patienten gesamt	34	3,8	1,2
	F2	17	3,8	1,3
	F3	17	3,8	1,0
	Compliant	9	4,7	,5
	Nicht compliant	8	4,0	,8
	Noch im Programm	17	4,4	,7
	Freiwilliger Abbruch	9	2,7	1,1
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,9	1,0
	Mitarbeiter	6	3,8	1,0
	Niedergelassene	5	3,8	,4
20. die sozialen Kontakte zu Perso-	Patienten gesamt	34	3,4	1,1
	F2	17	3,5	1,3

nen innerhalb des PSG	F3	17	3,4	,7
	Compliant	9	3,7	1,0
	Nicht compliant	8	3,9	,8
	Noch im Programm	17	3,8	,9
	Freiwilliger Abbruch	9	2,9	,9
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,4	1,3
	Mitarbeiter	6	4,0	1,3
	Niedergelassene	5	3,8	,8
21. die Freizeitge- staltung anhand der Programmangebote	Patienten gesamt	34	2,9	1,1
	F2	17	2,9	1,2
	F3	17	2,9	1,1
	Compliant	9	3,2	,8
	Nicht compliant	8	2,5	,9
	Noch im Programm	17	2,9	,9
	Freiwilliger Abbruch	9	2,8	1,2
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,3	1,5
	Mitarbeiter	6	3,7	1,2
	Niedergelassene	5	3,4	,5

3.1.4 Auswirkungen der Programmteilnahme auf das Leben der Patienten

Die Teilnehmer wurden außerdem um eine Einschätzung gebeten, in welche Richtung sich ihr Leben bezüglich einiger Punkte während der Programmteilnahme verändert habe (1: sehr viel schlechter bis 5: sehr viel besser).

Die Auswertung ergab durchschnittlich eine positive Veränderung (>3 Punkte) in allen abgefragten Aspekten. Die positivste Veränderung gaben die Patienten hinsichtlich des Zurechtkommens mit der eigenen Erkrankung (Item 4) an, durchschnittlich am wenigsten wirkte sich das Programm auf die individuelle Freizeitgestaltung der Teilnehmer (Item 3) sowie auf die Beziehung zu den Angehörigen (Item 5) aus, siehe Tab. 9. In 9 von 10 Fällen lag der durchschnittliche Punktwert der complianten Patienten höher als jener der nicht complianten.

Tabelle 9: Auswirkung der Programmteilnahme auf das Leben der Teilnehmer auf einer Skala von 1 (schlechter) bis 5 (besser)

	Untergruppe	N	MW	SD	MW gesamt
1. Situation in Be- ruf/Ausbildung/Rente seit Programmteilnahme	F2	17	3,6	,6	3,7
	F3	17	3,8	1,0	
	Compliant	9	4,3	,7	

	Nicht compliant	8	3,3	,9	
	Freiwilliger Abbruch	9	3,4	,5	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,8	,7	
2. Beziehung zu Freunden und Bekannten seit Programmteilnahme	F2	17	3,5	,7	3,4
	F3	17	3,4	,6	
	Compliant	9	3,6	,7	
	Nicht compliant	8	3,6	,5	
	Freiwilliger Abbruch	9	3,1	,6	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,4	,7	
3. Meine individuelle Freizeitgestaltung	F2	17	3,5	,5	3,3
	F3	17	3,1	,6	
	Compliant	9	3,3	,5	
	Nicht compliant	8	3,1	,4	
	Freiwilliger Abbruch	9	3,1	,8	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,6	,5	
4. Mit meiner Erkrankung komme ich zu recht...	F2	16	4,1	,9	4,1
	F3	17	4,1	,6	
	Compliant	9	4,6	,5	
	Nicht compliant	8	3,6	,5	
	Freiwilliger Abbruch	8	4,0	,8	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	4,0	,8	
5. Die Beziehung zu meinen Angehörigen ist seitdem...	F2	17	3,3	,7	3,3
	F3	16	3,4	,5	
	Compliant	9	3,7	,7	
	Nicht compliant	8	3,0	,5	
	Freiwilliger Abbruch	8	3,6	,5	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,0	,0	
6. Meine psychische Gesundheit ist seitdem	F2	17	4,0	,8	3,9
	F3	17	3,9	,7	
	Compliant	9	4,6	,5	
	Nicht compliant	8	3,5	,8	
	Freiwilliger Abbruch	9	3,9	,6	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,8	,7	
7. Meine Zufriedenheit mit dem Leben ist seitdem...	F2	16	4,1	,6	3,8
	F3	17	3,6	,6	
	Compliant	9	4,1	,6	
	Nicht compliant	8	3,8	,7	
	Freiwilliger Abbruch	8	3,4	,5	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	4,0	,5	
8. Ich akzeptiere seitdem meine Erkrankung...	F2	17	3,8	,8	3,9
	F3	17	4,0	,7	
	Compliant	9	4,6	,5	
	Nicht compliant	8	3,3	,7	
	Freiwilliger Abbruch	9	3,7	,5	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	4,1	,6	
9. Meine Fähigkeit, den Alltag zu meistern, ist seitdem...	F2	16	4,2	,7	3,9
	F3	17	3,7	,7	
	Compliant	9	4,6	,7	
	Nicht compliant	8	3,6	,7	

	Freiwilliger Abbruch	8	3,8	,5	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,8	,5	
10. Ich akzeptiere seitdem meine psychiatrische Behandlung...	F2	16	3,6	,7	3,7
	F3	17	3,8	,8	
	Compliant	9	4,1	,8	
	Nicht compliant	8	3,6	,7	
	Freiwilliger Abbruch	8	3,	,5	
	Unfreiwilliger Abbruch	8	3,50	,8	

3.1.5 Zufriedenheit mit dem Programm

A) *Patienten*

Weiterhin wurden die Teilnehmer gebeten, sich zu ihrer Zufriedenheit mit dem Programm zu äußern („ZUF8“, (Schmidt & Nübling, 2002)). 8 Fragen zur Zufriedenheit konnten jeweils mit Punktwerten von 1 („sehr unzufrieden“) bis 4 („sehr zufrieden“) bewertet werden, sodass in Summe mindestens 8, maximal 32 Punkte vergeben werden konnten. Im Mittel vergaben die noch eingeschlossenen und ehemaligen Patienten einen Wert von 23,4 Punkten (Min. 17, Max. 28) (entspricht etwa 73%), siehe Tab. 10.

Tabelle 10: Zufriedenheit der Patienten mit dem Programm (ZUF8-Summe) auf einer Skala von 8 bis 32

	N	MW ZUF8-Summe	SD
Patienten gesamt	34	23,4	2,8
F2	17	23,9	2,9
F3	17	23,0	2,6
compliant	9	25,2	1,9
Nicht compliant	8	21,4	3,0
Freiwilliger Abbruch	9	22,1	2,1
Unfreiwilliger Abbruch	8	25,0	2,0

Unfreiwillige Abbrecher und complianten Teilnehmer zeigten sich gegenüber freiwilligen Abbrechern sowie nicht complianten Patienten tendenziell zufriedener.

B) *Mitarbeiter und Niedergelassene*

Sowohl Mitarbeiter der IV als auch beteiligte Niedergelassene gaben an, mit der Qualität des Programms, dessen Angeboten und auch mit der Adressierung der eigenen Bedürfnisse durch das Programm relativ zufrieden zu sein. Unterschiede zwischen Mitarbeitern und Niedergelassenen finden sich bei der Zufriedenheit mit der gemeinsamen

Zusammenarbeit sowie der Rollenverteilung. Die Mitarbeiter des Programms zeigten sich mit beiden Aspekten unzufriedener als die Niedergelassenen, siehe Tab. 11.

Tabelle 11: Zufriedenheit der Niedergelassenen und Mitarbeiter der IV mit dem Programm auf einer Skala von 1 (ziemlich unzufrieden/eindeutig nicht/...) bis 5 (sehr zufrieden/eindeutig ja/...)

		N	MW	SD
Wie würden Sie die Qualität des PSG beurteilen?	Niedergelassene	5	3,4	0,5
	Mitarbeiter	6	3,5	0,5
Haben ihre Patienten die Angebote erhalten, die sie wollten?	Niedergelassene	5	2,8	0,4
	Mitarbeiter	6	3,0	1,1
In welchem Maße entspricht das PSG Ihren Bedürfnissen als niedergelassener Arzt?	Niedergelassene	5	3,2	0,4
	Mitarbeiter	5	3,4	0,5
Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit den Ärzten des PSG?	Niedergelassene	5	3,4	0,5
	Mitarbeiter	6	2,3	0,8
Wie zufrieden sind Sie mit der Aufteilung der Rollen?	Niedergelassene	5	3,6	0,5
	Mitarbeiter	5	3,0	0,0

Alle 5 befragten Niedergelassenen gaben an, sie würden weiterhin Patienten ins Programm vermitteln, und schätzten die Compliance-fördernde Wirkung des Programms als „stark“ oder „sehr stark“ ein.

3.1.6 Gesundheit und Lebensqualität

Erfragt wurden auch die Lebensqualität der Programmteilnehmer und ihre Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit zum Zeitpunkt der Studie, also für die Abbrecher zum Zeitpunkt nach ihrem Programmausscheiden. Bewertet werden konnte beides mit 1 (sehr schlecht / sehr unzufrieden) bis 5 (sehr gut / sehr zufrieden) Punkten, sodass insgesamt mindestens 2, maximal 10 Punkte zu vergeben waren. Für eine Übersicht siehe Tab.12.

Tabelle 12: Aktuelle Lebensqualität und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit aller Patienten auf einer Skala von 2 bis 10

	N	MW	SD
Patienten gesamt	34	6,8	1,9
F2	17	7,3	1,9
F3	17	6,4	1,9
Compliant	9	7,7	1,3
Nicht compliant	8	5,6	2,5
Freiwilliger Abbruch	9	6,9	1,7
Unfreiwilliger Abbruch	8	6,8	1,9

3.1.7 Compliance

A) *Selbstrating der Patienten*

Auch die Medikamenteneinnahme und die damit zusammenhängende Therapieadhärenz der Teilnehmer im Selbstrating wurde mithilfe des Fragebogens untersucht. Mit der MARS-Skala (Medication Adherence Rating Scale (Thompson et al., 2000)), die in 14 dichotomen Fragen die Einstellung zu und den Umgang der Patienten mit Medikamenten zu erfassen sucht, kann versucht werden, die medikamentöse Compliance der Patienten einzuschätzen. Je höher der resultierende Summenwert, desto complianter kann der Patient gelten. Sowohl noch eingeschlossene als auch ehemalige Patienten wurden dabei gebeten, auf den Zeitpunkt ihrer Programmteilnahme Bezug zu nehmen. 26 der 34 Interviewteilnehmer konnten in die Auswertung einfließen (die übrigen hatten diesen Teil des Fragebogens unvollständig oder nicht ausgefüllt, etwa weil sie angaben, keine Medikamente zu nehmen / genommen zu haben).

Für die Gesamtheit der interviewten Patienten ergab die MARS-Skala einen Mittelwert von 10,7 von 14 möglichen Punkten. Nicht complianten F2-Patienten gaben im Schnitt höhere MARS-Summen an als complianten F2-Patienten. Den niedrigsten durchschnittlichen MARS-Summenwert erreichten freiwillige Programmabbrecher.

Tabelle 13: MARS-Summe auf einer Skala von 0 bis 14 der interviewten Patienten zum Zeitpunkt ihrer Teilnahme

		N	MW	SD
MARS-Summe	Patienten gesamt	26	10,7	2,4
	F2	13	11,4	2,7
	F2 compliant	5	11,6	1,9
	F2 nicht compliant	3	13,0	1,7
	F3	13	10,1	2,0
	compliant	9	11,8	1,6
	Nicht compliant	5	11,4	2,9
	Noch eingeschlossen	14	11,6	2,0
	Freiwilliger Programmabbruch	5	8,8	2,4
	unfreiwilliger Programmabbruch	7	10,3	2,5

In der Gruppe der Abbrecher wurde die MARS-Skala sowohl zur Zeit der Programmteilnahme als auch zum Erhebungszeitpunkt der Studie, also nach Programmabbruch, erhoben. Unfreiwillige Abbrecher erreichten zu beiden Zeitpunkten höhere Summenwerte als freiwillige, der Vergleich der Zeitpunkte untereinander erbrachte keine Unterschiede.

Tabelle 14: Vergleich der MARS-Summen (Skala von 0 bis 14) der Abbrecher vor und nach dem Auscheiden in Abhängigkeit von der Modalität des Programmabbruchs

		N	MW	SD
MARS-Summe der Abbrecher vor Abbruch	Freiwilliger Abbruch	5	8,8	2,4
	Unfreiwilliger Abbruch	7	10,3	2,5
MARS-Summe der Abbrecher nach Abbruch	Freiwilliger Abbruch	4	9,0	1,6
	Unfreiwilliger Abbruch	7	10,3	2,8

B) Fremdrating durch IV-Arzt

Des Weiteren wurde ein Fremdrating zur Compliance aller 34 Interviewteilnehmer durch den IV-Arzt vorgenommen.

Demnach hätten 9 von 34 Patienten während ihrer Programmteilnahme bereits einen Rückfall, der nach Einschätzung der IV-Ärzte aufgrund von medikamentöser Non-Compliance zustande gekommen sei, erlitten. Hinsichtlich der Compliance ergab das Fremdrating für 1 von 9 complianten und 4 von 8 nicht complianten Patienten Anhalt auf medikamentöse Non-Compliance und einen möglicherweise daraus folgenden Krankheitsrückfall, siehe Tab.15. Einen Krankheitsrückfall während ihrer Teilnahme hätten außerdem 3 freiwillige und 1 unfreiwilliger Abbrecher erlitten.

Tabelle 15: Rückfälle aufgrund medikamentöser Non-Compliance in Abhängigkeit von der Einschätzung der Compliance

		compliant	nicht compliant	
Rückfall aufgrund medikamentöser Non-Compliance	ja	1	4	5
	nein	8	4	12
Gesamt		9	8	17

9 von 34 Patienten reduzierten während ihrer Teilnahme außerdem von sich aus ab und zu die Dosierung der Medikation, und zwar vermehrt nicht complianten Teilnehmer sowie freiwillige Abbrecher, siehe Tab.16.

Tabelle 16: Dosisreduktion der Medikamente durch den Patienten während der Programmteilnahme

	N	Dosisreduktion	Keine Dosisreduktion
Patienten gesamt	34	9	25
Compliant	9	0	9
Nicht compliant	8	5	3
Freiwilliger Abbruch	9	3	6
Unfreiwilliger Abbruch	8	1	7

Bei 15 von 34 Programmteilnehmern sei zur Zeit der Teilnahme mitunter erhebliche Motivation von außen nötig gewesen, um eine Wahrnehmung der Termine sicher zu stellen, siehe Tab.17.

Tabelle 17: Notwendigkeit extrinsischer Motivation zur Terminwahrnehmung der Patienten

	N	Motivation nötig	Keine Motivation nötig
Patienten gesamt	34	15	19
Compliant	9	3	6
Nicht compliant	8	4	4
Freiwilliger Abbruch	9	6	3
Unfreiwilliger Abbruch	8	2	6

3.1.8 Leben der Abbrecher nach Programmende

Unter den aus dem Programm ausgeschiedenen Patienten hatten 5 der 8 unfreiwilligen und 3 der 9 freiwilligen Abbrecher nach Abbruch einen Krankheitsrückfall erlitten, in jeweils 2 Fällen hatten ein oder mehrere Krankenhausaufenthalte stattgefunden.

6 der 8 unfreiwilligen sowie 7 der 9 freiwilligen Abbrecher gaben an, sich zum Erhebungszeitpunkt in ambulanter psychiatrischer Behandlung zu befinden. Ein unfreiwilliger und zwei freiwillige Abbrecher nahmen zudem zusätzliche sozialpsychiatrische Angebote in Anspruch.

Das psychische Befinden der Abbrecher sei seit Programmende tendenziell gleich gut oder besser, siehe Tab. 18.

Tabelle 18: Psychisches Befinden der Abbrecher seit Programmende

	Aktuelles psychisches Befinden im Vergleich zur Zeit der Programmteilnahme			Gesamt
	schlechter	gleich	besser	
freiwilliger Abbruch	1	3	5	9
Unfreiwilliger Abbruch	1	5	2	8
Abbrecher gesamt	2	8	7	17

3.1.9 Angehörige

Die Auswertung der Fragebögen der Angehörigen wird angesichts der sehr geringen Teilnehmerzahl und der nur lückenhaften Bearbeitung nicht aufgeführt.

3.2 Qualitative Auswertung, Teil I: Patienten

Es wurden acht Interviews mit ehemaligen und noch ins Programm eingeschlossenen Patienten durchgeführt. Die relevantesten Inhalte der Interviews werden im Folgenden dargestellt.

3.2.1 Wie erleben Teilnehmer das Versorgungsprogramm „Münchner Modell“?

Im Folgenden ist stets sowohl von aktuellen als auch von ehemaligen Programmteilnehmern die Rede, beide Gruppen sind in der Bedeutung der Worte „Teilnehmer“, „Interviewteilnehmer“, „Programmteilnehmer“ oder „Patienten“ miteingeschlossen. Im Ausnahmefall wird, falls relevant, auf aktuelle oder ehemalige Teilnahme explizit hingewiesen.

Die offen gehaltene Frage, wie Patienten die Integrierte Versorgung (IV) erleben, beantworteten die Interviewteilnehmer sehr unterschiedlich. So begannen sie beispielsweise mit einer Aufzählung ihrer bisherigen Kursteilnahmen, mit Kritik an der Arztrotation oder Kommentaren zum rückläufigen Kursangebot. Andere berichteten spontan von persönlichen Erfolgserlebnissen aufgrund ihrer Kursteilnahme oder von der Unterstützung, die sie durch die IV erfahren hätten.

Zur Fragestellung, wie aktuelle und ehemalige Teilnehmer des Programms für seelische Gesundheit dieses erleben bzw. erlebten, konnten insgesamt 12 Hauptthemen erstellt werden. Diese 12 Hauptthemen wurden bereits vorab von Stirner et al. in einer stark zusammengefassten Form veröffentlicht (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022). Im Folgenden werden diese Hauptthemen explizit dargelegt und mit Beispielzitate versehen. Das zugehörige Kategoriensystem findet sich im Anhang (5. „Kategoriensysteme“). Die interviewten Personen wurden durch Abkürzungen anonymisiert, wobei der erste Buchstabe / die erste Ziffer für die Person, der zweite Buchstabe für die Diagnose (s = F2, d = F3) steht.

3.2.1.1 Bereicherung des Alltags durch Aktivitäten, Kontakte und Struktur („Enrichment of patients` everyday lives through activities, contacts and structure“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Die Interviewteilnehmer gaben an, durch ihre Teilnahme am PSG eine Bereicherung ihres Lebens und ihres Alltags erlebt zu haben.

Betont wurde dabei die Möglichkeit, in der IV an Aktivitäten teilzunehmen oder „irgendwo angebunden“ zu sein. Die „*gemeinschaftlichen Unternehmungen*“ hätten viel gebracht (8d), man könne „*konsequent irgendwas [...] machen, bevor [einem] zuhause die Decke aufn Kopf [falle]*“ (1s). Einige erläuterten, dass sie selbst „*wenig Aktivitäten*“ hätten und daher froh seien, „*irgendwo hingehen*“ zu können (Cs, Ds).

Auch der Kontakt zu anderen Betroffenen in der IV wurde als bereichernd beschrieben. Die Teilnehmer berichteten, der Austausch mit Menschen mit ähnlichen Problemen sei hilfreich und positiv, und obwohl zwar jeder seine eigenen Probleme habe, helfe einem dies einfach weiter (Md). Darüber hinaus habe es manchen sogar geholfen, zu sehen, „*dass es andren Leuten viel schlimmer geht als [einem selbst]*“ (6d). Einige Teilnehmer erzählten, sie seien auch hergekommen, wenn es ihnen gut ging, „*um die Leute zu treffen*“ (Xd). Manche Teilnehmer berichteten, Freundschaften über das Programm hinaus geschlossen zu haben.

Zu einer Bereicherung des Alltags beigetragen habe auch die Struktur, die Patienten durch ihre Teilnahme an der IV gewinnen konnten. Interviewteilnehmer berichteten davon, durch die Angebote in der IV eine „*Struktur in der Woche*“ (Js), einen „*Rhythmus*“ (6d) zu bekommen. Die Regelmäßigkeit, die man durch die Programmteilnahme erfahre, habe gutgetan, um „*das Leben besser [...] in [den] Griff zu bekommen*“ (1s).

3.2.1.2 Sicherheit

(„safety“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Für viele Interviewteilnehmer war das Gefühl der Sicherheit wichtig, welches sie durch ihre Teilnahme am PSG erfahren hätten. Teilnehmer beschrieben das Programm beispielsweise als „*Sicherheitsnetz*“ (Ks), als „*Rettungsring*“ (Td) oder als „*Rückversicherung*“ (Qd). Das Wissen um eine verlässliche Anlaufstelle führe zu einer „*Sicherheit, die einfach da*“ sei (1s). Die Teilnehmer hätten das Gefühl gehabt, in Notsituationen aufgefangen zu werden. Ein Teilnehmer berichtete, das Programm sei zwar ein „*Netz*“ gewesen, wenn es allerdings richtig schlecht gehe, sei „*es hier jetzt auch nich so ganz [...] richtig*“ (5d). Die Umgebung der IV habe Sicherheit und Schutz geboten, da sei „*nichts passiert*“ (Md). Zu einem Erleben von Sicherheit beitragen könne auch das Gefühl, dass neben dem niedergelassenen Psychiater noch „*wer drauf schaut von außen*“ (Ws), um eine Verschlechterung der Gesundheit rechtzeitig zu bemerken.

3.2.1.3 Stabilität

(„stability“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Weiterhin konnte das Hauptthema Stabilität identifiziert werden. Die Programmteilnehmer gaben an, ihre Teilnahme an der IV habe zu ihrer persönlichen Stabilität beigetragen, sei es durch Kurse („[...] hauptsächlich jetzt durch die Achtsamkeit“ (Pd)), durch die Strukturierung des Alltags (Js) oder durch die Tatsache, sich jederzeit hier herwenden (Js) zu können. Manche Patienten berichteten, das Programm sei ein „sehr guter Anker“ (6d) für sie gewesen. Auch wenn es einem vielleicht nicht auffalle, werde man durch die Programmteilnahme doch stabiler (3s).

3.2.1.4 Unterstützung

(„support“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Das Erleben von Unterstützung durch das PSG war ein weiterer Punkt, der von vielen Interviewteilnehmern angesprochen wurde. Durch das Programm habe man „ganz viel Kraft, Stärke und Unterstützung bekommen“ (Äd). Obwohl sie sich dessen bewusst sei, durch das Programm nicht geheilt werden zu können, wolle sie sich dennoch eine Stütze holen (Ds), erläuterte eine Patientin. Andere meinten, das Programm habe zwar schon unterstützend geholfen, aber man müsse auch viel selbst kämpfen (Zd). Zu Beginn ihrer Teilnahme habe sie angesichts häuslicher Belastungen zu wenig Unterstützung (Ws) empfunden, so eine weitere Teilnehmerin. In schwierigen Situationen habe das Programm die Teilnehmer allerdings gut unterstützt (Td, Ks, Js, 7d, 3s) und Stress genommen (Ws), beispielsweise durch die Organisation eines Klinikaufenthaltes (Ws). Eine Teilnehmerin berichtete, ohne die Unterstützung durch einen der Mitarbeiter vielleicht noch kränker geworden (Ks) zu sein. Selbst wenn es einem gut gehe und man eine Arbeit habe, so einer der Teilnehmer, brauche man eigentlich das Programm als Unterstützung (Xd).

3.2.1.5 Hilfe zur persönlichen Weiterentwicklung

(„assistance in personal enhancements“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Viele Interviewteilnehmer berichteten, die Teilnahme am PSG habe ihnen dabei geholfen, sich „menschlich weiter[zu]entwickeln“ (Cs). Die Teilnehmer hätten hier viele Strategien zur Problembewältigung und zum Krisenmanagement (7d) erlernt, die sie mit in den Alltag nehmen konnten (Rd, Ws). Ein Teilnehmer erläuterte, das Programm habe

ihm „auf jedem Gebiet“ etwas gebracht, sodass er jetzt im „*Leben vorwärts komm[e]*“ und sich „*im Leben [...] besser zurechtfinde*“ (3s). Das Programm sei weniger ein „Zeitvertreib“, sondern „*eher orientiert auf Weiterkommen, an sich arbeiten*“ (Ds), so eine Teilnehmerin. Es habe dabei geholfen, „*mit [der eigenen] Krankheit besser umzugehen*“ (Ks).

Manche Patienten erzählten, die Teilnahme am Programm sei für sie eine Art Expositionstraining, „*eine Übung, [...] aktiv zu sein*“ (Ds). Sie bemerkten dann, wenn sie es hierhin schafften, es „*auch woandershin schaffen*“ (Ds) zu können, und erlebten diese Art der Herausforderung als sehr hilfreich (Cs).

Speziell von den Kursangeboten konnten viele Teilnehmer persönlich profitieren. So habe man in der „*Salutogenese [...] innerlich an sich gearbeitet*“ (Ds), Kurse zur Ressourcenförderung (beispielhaft „Züricher Ressourcenmodell“, Kunsttherapie) hätten die Teilnehmer dazu gebracht, sich zu „*aktivieren*“ (Cs), und einige Teilnehmer berichteten stolz von persönlichen Erfolgen im Zuge des Ernährungskurses (Ds). Ein Interviewteilnehmer betonte, durch den Kurs „Selbstsicherheitstraining“ selbstsicherer geworden zu sein, er habe das Gelernte „*richtig anwenden*“ (3s) können. Sehr hilfreich sei es für eine Teilnehmerin (Sd) gewesen, Übungen, die sie in der Achtsamkeitsgruppe gelernt habe, in stressigen Situationen im Beruf anzuwenden. Betont wurde weiterhin der große Einfluss der Psychoedukation (siehe auch Punkt 2 Kursangebote - Psychoedukation) auf die Patienten: nicht nur hätte man dadurch das Krankheitsbild besser verstehen (Ks) können und wisse dann wieder, „*wie weit man sei*“ (Md), sondern man habe auch gelernt, mit schwierigen Phasen der Erkrankung besser umzugehen (Äd).

3.2.1.6 Hoffnung und Motivation

(„hope and motivation“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Etliche Interviewteilnehmer machten deutlich, durch ihre Teilnahme am PSG neue Hoffnung geschöpft zu haben. Gespräche mit Mitarbeitern hätten sie sehr ermutigt (Öd), ihnen Angst genommen (2s) und Sicherheit gegeben (Üd). Die Patienten berichteten von Vorfreude und Hoffnung auf Erfolge in Kursen (Ds). Die Einschreibung ins Programm sei für eine Patientin eine „*riesige Erleichterung*“ (6d) gewesen, für eine andere Teilnehmerin sei die Integrierte Versorgung ein „*Fenster nach draußen*“, wenn man sich in „*seinen vier Wänden [eingrabe]*“ (Ds).

Das Programm habe die Teilnehmer darüber hinaus motiviert, selbst Dinge in die Hand zu nehmen (Äd, Öd). Sie hätten hier Anstöße erhalten, „*was man [...] draußen machen*

[könne]“ (7d), „Nordic Walking“ sei beispielsweise ein „*Wink in die richtige Richtung*“ (7d) gewesen. Die Gruppendynamik in der IV hätte die Teilnehmer ermutigt, auch privat Dinge zu unternehmen, sodass eine Teilnehmerin jetzt sogar selbst Unternehmungen organisiere (1s). Durch die ermutigenden Worte des Arztes der IV arbeite eine Teilnehmerin fortan daran, ihre Medikamente regelmäßiger zu nehmen (Cs) (siehe auch Punkt 3 medikamentöse Compliance). Für einen Patienten sei die Beantragung der Verlängerung seiner Mitgliedschaft jedes Mal wieder ein Anreiz gewesen, sich „*auf die Hinterbeine [...] zu stellen*“ (5d), dadurch habe er bemerkt, dass er sich selbst wichtig sei und etwas für sich tun könne.

3.2.1.7 Nicht allein gelassen werden

(„not being left alone“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Das Thema, sich nicht allein gelassen gefühlt zu haben, wurde in etlichen Interviews angesprochen. Die Teilnehmer berichteten, sie hätten sich in schwierigen Situationen keine Sorgen machen müssen, sie hätten nicht „*auf dem Schlauch*“ (Sd) gestanden oder wären im „*leeren Raum*“ (Qd) gewesen, sondern hätten einfach anrufen und um Hilfe bitten können (Qd, Sd). Dies habe ihnen das Gefühl vermittelt, nicht allein gelassen (Us) zu sein. Dabei sei es den Mitarbeitern egal gewesen, wann man angerufen habe, es sei immer in Ordnung (Üd) gewesen. In „*brenzligen Situationen*“ (Ws) hätte man immer ein offenes Ohr (Ws) vorgefunden. Dadurch, dass man stets Hilfe erhalten habe, wenn man sie gebraucht habe (Pd, Qd), sei man auch nicht so leicht in Krisen geraten (3s). Einzig eine ehemalige Teilnehmerin, die ihre Teilnahme freiwillig abgebrochen hatte, berichtete von der Empfindung, sie sei sich gegen Ende ihrer Programmteilnahme „*selber überlassen*“ (Yd) gewesen.

3.2.1.8 Zugehörigkeit und aufgehoben sein

(„belonging and being in good hands“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Auch das Gefühl der Zugehörigkeit und des aufgehoben Seins wurde von den Teilnehmern als wichtiges Thema adressiert. Die Patienten betonten, sich gut aufgehoben (Pd, 6d, Us, Hs, Ds) und wohl (Td) gefühlt zu haben. Das Programm sei „*ein bisschen wie Familie*“ (7d) gewesen, man habe dazu gehört. In einer Gruppe von Gleichgesinnten habe man sich geborgen (Td) fühlen können. Einer der Interviewteilnehmer erzählte,

zwar eine gewisse Distanz zu Mitarbeitern und Mitpatienten zu spüren, dies aber als angenehm zu empfinden (As).

3.2.1.9 Vertrauen

(„trust“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Ein weiterer relevanter Aspekt der IV war für die Teilnehmer das Gefühl von Vertrauen. Sich „ohne Hintergedanken“ (Öd) jemandem anvertrauen (Td) zu können, der Interesse für einen zeige und zuhöre, sei für viele Teilnehmer eine wichtige Erfahrung gewesen. Eine Interviewteilnehmerin betonte, den Eindruck zu haben, dass Gesprochenes „hier in den Räumen“ (Sd) bleibe. Andere erzählten, es sei ihnen wichtig, in Gruppen über einen längeren Zeitraum hinweg mit denselben Personen zusammen zu sein (Td), dann sei durch den Kontakt mit einem konstanten Kreis an Leuten eine Vertrautheit (1s) da. Nichtsdestotrotz vermutete ein Interviewteilnehmer, dass „jeder seinen [niedergelassenen, Anm.d.Aut.] Arzt [habe], mit dem er vertrauter [sei] als hier“ (Od). Weil man die Menschen in der IV aber gut kenne, habe man einfach ein gewisses Vertrauen (Td), sogar trotz des Arztwechsels (1s) (siehe auch Punkt 2 Arztwechsel).

3.2.1.10 Wertschätzung

(„appreciation“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Etliche Interviewteilnehmer gaben an, den Umgangston im PSG als „nett“, „menschlich“ und „freundlich“ (Ds) empfunden zu haben. Anders als in anderen Hilfsangeboten sei man nicht nur „Patient oder Nummer“ (6d), sondern habe das Gefühl, man sei als Mensch ernst genommen worden (Td, Qd). Die Mitarbeiter seien „engagiert“ (3s), „mit Leidenschaft dabei“ (Sd) und nähmen sich immer Zeit für einen (Sd, Üd). Besonders betont wurde von den Teilnehmern auch, die Mitarbeiter der IV hätten ihnen das Gefühl gegeben, dass es nicht egal sei, ob man da sei oder nicht (8d, 7d). Eine Programmteilnehmerin erzählte, sie habe sich richtig „angenommen“ (Us) gefühlt.

3.2.1.11 Verständnis

(„understanding“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Ein bedeutender Faktor im PSG war für Teilnehmer das Erleben von Verständnis, sowohl untereinander als auch von Seiten der Mitarbeiter der IV. Man könne hier offen reden (Gs), ohne Angst haben zu müssen, falsch verstanden zu werden. Weil jeder dieselben Probleme habe, könne man mit Gleichgesinnten über Dinge sprechen, für die im

Bekanntenkreis kein Verständnis (Td) da sei, dies wiederum führe zu einem Gefühl der Geborgenheit (siehe oben). Eine Teilnehmerin betonte, man werde einfach verstanden (Yd), ohne viel erklären zu müssen. Zudem werde man, anders als „draußen“, im Programm nicht stigmatisiert (Ls).

3.2.1.12 Freiwilligkeit

(„voluntariness“ (Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, 2022))

Nicht zuletzt berichteten etliche Interviewteilnehmer von der als positiv erlebten Freiheit, an Kursen oder Angeboten teilzunehmen, von wenig Druck und einem Gefühl der Unverbindlichkeit. Sie gaben an, anders als in anderen Hilfseinrichtungen keinen „Erfolgsdruck“ (Äd) zu verspüren. Je nach Befinden habe man herkommen können oder auch nicht, dies sei als angenehm empfunden worden (Td, Xd). Auch die freie Kursauswahl wurde positiv wahrgenommen (Ls). Man könne die Kursangebote annehmen oder auch nicht (Md). Der geringe Druck verleite allerdings mitunter dazu, es „schleifen“ (Od) zu lassen, man müsse sich dann selbst den nötigen Druck machen, um herzukommen.

3.2.2 Wie bewerten Teilnehmer die Integrierte Versorgung?

Mithilfe von Fragen wie „Was hat Ihnen an der Integrierten Versorgung gut / nicht so gut gefallen?“, „Was hätte man besser machen können?“, aber auch durch spontane Erzählungen der Teilnehmer konnte eine Bewertung des Programms erarbeitet werden. Die Interviewteilnehmer sprachen dabei einerseits das Angebot der IV (Kurse, Arztgespräche, soziale Beratung und Begleitung, Notfallanlaufstelle), andererseits die Organisation des Programms an (Zugang zum Programm und Programmende, programminterne Organisation und Verknüpfung mit anderen Hilfsangeboten). Die dabei identifizierten Hauptthemen werden im Folgenden dargestellt.

3.2.2.1 Kursinhalte

A) Allgemeines zu den Kursen

Das Kursangebot im Programm für seelische Gesundheit wurde von den Teilnehmern häufig und ausführlich angesprochen. Viele zählten beispielsweise ihre bisherigen Kursbeteiligungen auf (Qd, 3s) oder berichteten von einem allgemein positiven Eindruck: die Kurse seien interessant (Md), vielfältig (Qd) und lehrreich (1s). So gäbe es etwa „inte-

ressante Seminare [...] über [...] Depression, dann mal Schizophrenie, dann mal gibt's [einen] Kochkurs“ (Bs), was insbesondere zur Tagesstätte, in der einige Teilnehmer angebunden seien, einen Unterschied darstelle. Die Kurse seien hilfreich (Qd) und wirkungsvoll (Td) gewesen und hätten die persönliche Stabilität gefördert (Js) (siehe auch Punkt 1, Stabilität). Auch sei es schön gewesen, dass das Programmangebot immer wieder erweitert oder ergänzt worden sei (4s).

Besonders positiv sei auch, dass man die Kurse in der IV kostenlos seien (Sd). Schließlich seien solche Kurse „draußen“ nicht gerade billig, und „viele Teilnehmer [hätten] auch nicht so viel Geld“ (Sd).

Für einige Patienten habe es allerdings auch Schwierigkeiten oder Hindernisse gegeben: beliebte Kurse seien schnell ausgebucht gewesen (Md). Zwei der Abbrecher waren sich einig, dass das Kursangebot sich im Lauf der Zeit gewandelt habe: während anfangs ein „Ablenken“, „etwas Heilsames“ im Vordergrund der Kurse gestanden habe, sei es später „nur noch um die Krankheit gegangen“ (5d, 7d). Ein Patient fügte hinzu, er habe sich von den Kursleitern „vom Fachlichen her [ein bisschen] mehr Kompetenz gewünscht“ (5d), wohingegen im Rahmen eines anderen Interviews Fachwissen und Kompetenz der Kursleiter gelobt wurden (Xd).

Auf konkrete Nachfrage nach Wünschen und Verbesserungsvorschlägen gaben manche Teilnehmer an, sich mehr und unterschiedliche Kurse zu wünschen (Ls, Hs, Pd), beispielsweise Kunsttherapie, Qi Gong, gemeinsames Kochen (7d) oder Sonntagsausflüge (Ls). Einen der freiwilligen Abbrecher habe es gestört, „immer wieder nur die Kranken gesehen“ zu haben (5d) – er habe sich auch „gesunde“ Teilnehmer in den Kursen gewünscht. Geäußert wurde auch der Vorschlag, einen „Stammtisch“ bzw. eine lockere Gruppe zum gemeinsamen Austausch zu gründen (Ws, Od).

Dass darüber hinaus zusätzlich zu Kursinhalten die gemeinsamen Gespräche in den Kursen besonders wichtig seien, waren sich viele Teilnehmer einig (As, Bs, Us)

B) Psychoedukation

Die Psychoedukation nimmt im Kursangebot der Integrierten Versorgung einen zentralen Stellenwert ein. Bei Einschluss ins Programm nimmt jeder Patient an der Psychoedukation teil, um über Entstehungsursachen, Häufigkeit, Behandlungsmöglichkeiten und Umgang mit der eigenen Erkrankung Verständnis zu erlangen. Die Psychoedukation richtet sich auch an Angehörige oder Partner der Patienten.

Viele Interviewteilnehmer äußerten sich positiv zum Kurs Psychoedukation. Der Kurs sei interessant, hilfreich und aufschlussreich (5d, Zd, Äd). Man könne dadurch verstehen, „*was das Krankheitsbild überhaupt [sei] oder was da im Körper passier[e]*“ (7d), etwa dass eine Depression „*chemische Ursachen*“ (Ks) habe und nicht „*irgendwas ominöses*“ (Ks) sei. In den Psychoedukationsabenden sei einem vieles klar geworden (Äd). So sei man etwa auch über verschiedene Medikamente und deren Wirkung aufgeklärt worden (6d, Ks) und habe gelernt, dass es „*nicht gut [sei], auf einmal irgendwie alles [mit allen Medikamenten, Anm. d. Aut.] aufzuhören*“ (7d). Wenn es ihr im Alltag einige Tage nicht so gut gegangen sei, erklärte eine Teilnehmerin, habe sie gedankliche Tricks aus der Psychoedukation anwenden können, um mit solchen Situationen umzugehen (Äd) (siehe auch Punkt 1 Hilfe zur persönlichen Weiterentwicklung). Durch die Psychoedukation seien psychische Erkrankungen auch für den Partner verständlicher geworden (Xd, Öd).

Manche Patienten äußerten den Wunsch nach einer Vertiefung bzw. Auffrischung des Kurses (Od, Qd), da sich zum Beispiel die medikamentöse Einstellung mit der Zeit ändere (Od).

C) „Freizeitkurse“

Kursangebote wie die „Spielegruppe“, die „Zeitungsgruppe“, Sonntags- / Wochenendausflüge, „Kaffee & Kultur“, Nordic Walking, Ernährungskurse („Gesund leben“), Kletterkurse und einige Angebote mehr verfolgen durch die Freizeitgestaltung und den Austausch der Teilnehmer untereinander den Zweck der Verbesserung der sozialen Fähigkeiten, die Förderung von Resilienz und Selbstsicherheit und die körperliche und geistige Aktivierung der Teilnehmer. Die Patienten erzählten, von den gemeinsamen Aktivitäten profitiert zu haben. Das Reden in der Spielegruppe, so ein Interviewteilnehmer, ersetze sogar zum Teil Psychologengespräche (As). Auch das Nordic Walking habe Freude gemacht (3s, 4s). Problematisch beim Nordic Walking sei das Fehlen von Umkleideräumen in der IV gewesen (Td). Zwei Teilnehmer (Ds, Bs) berichteten darüber hinaus frustriert, sie hätten beim Nordic Walking „*nicht mithalten können*“ (Ds). Erfolge hätten die Patienten wiederum beim Ernährungskurs erzielen können: zwei Patientinnen (Ds, 1s) berichteten stolz von ihrer Gewichtsabnahme. Dass das Thema Ernährung wichtig sei, bestätigten auch andere Interviewteilnehmer (Bs, Ds, 2s, 7d) und zeigten sich interessiert an weiteren Angeboten zu diesem Thema (Bs, Cs).

In vielen der Interviews wurde der Wunsch nach Wiedereinführung abgeschaffter Kurse deutlich. Vor allem „Nordic Walking“, Sonntagsgruppen (As, Ls) oder Freizeitangebote im Freien, wie Museen- oder Cafébesuche (Ds), wurden gewünscht. Gerade Unternehmungen im Freien traue sich eine Teilnehmerin allein nicht zu, sie würde dabei von einer Gruppe stark profitieren (Ds).

Wieder andere konnten Anregungen aus den Kursen mit nach Hause nehmen („[...] *Nordic Walken [...] mach ich jetzt heute auch noch, [...] des hat sich bei mir so festgelegt, [...] des tut mir gut*“ (8d)) oder fühlten sich durch die IV gestärkt, selbst gemeinsame Walking (Js)- oder Wandergruppen (1s) zu gründen.

D) *Kurse zur Ressourcenförderung*

Obwohl alle Kursangebote in der IV zum Ziel haben, die persönlichen Ressourcen der Patienten zu stärken, gibt es spezielle Angebote, die bewusst Eigenschaften wie Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit oder Resilienz der Patienten fördern sollen. Dazu zählen etwa das „Züricher Ressourcenmodell“, Salutogenese, Kunst-, Musik- und Tanztherapie, Stressmanagement, Selbstsicherheitstraining oder soziales Kompetenztraining.

Als besonders hilfreich wurde von den Teilnehmern das „Züricher Ressourcenmodell“ empfunden. Dieses sei interessant, hilfreich und aktivierend gewesen (Ks, Ls, Pd, Es, Sd, Cs). Eine Teilnehmerin berichtete von großer Vorfreude auf den Kurs: „*dann freu ich mich [...] schon [...], dass dann wieder irgendwas ist, wo ich hingehen kann, wo ich wieder bissl weiter komm*“ (Ds), auch eine erneute Teilnahme wurde gewünscht (Ls).

Auch vom Selbstsicherheitstraining habe er sehr stark profitiert, so ein Interviewteilnehmer. Durch den Besuch des Kurses sei er selbstsicherer geworden und könne „*viel bestimmter auf[zu]treten*“ (3s) (siehe auch 3.1.1.5 „Hilfe zur persönlichen Weiterentwicklung“).

Von großer Bedeutung für die Teilnehmer seien auch die Kunst-, Musik- und Tanztherapie gewesen. Diese Kurse hätten sehr gutgetan (Zd) und sehr viel gebracht (8d). Dass sie ausgelaufen / reduziert worden seien, wurde von den Patienten stark bedauert (Js, Ws). Sie kritisiere es sehr, so eine Teilnehmerin, dass die Musiktherapie eingestellt worden sei (Zd). In der Kunsttherapie habe man „*mental [...] runter [...] kommen*“ (6d) können, trotz des großen Andrangs habe dort eine sehr schöne Atmosphäre (Öd) geherrscht. Die Kunsttherapie habe „*vielen geholfen*“ (Xd), vermutete ein Interviewteilnehmer, ein anderer berichtete, die Kunsttherapie habe ihm „*gezeigt, dass [er] doch*

noch [...] Ressourcen habe“ (5d). Schließlich sei die Kunsttherapie für eine Interviewteilhnehmerin ein derartiges „Highlight“ (Öd) gewesen, dass deren Abschaffung ihre Entscheidung zur Beendigung der Programmteilnahme wesentlich beeinflusst habe (siehe auch 3.2.4 „Abbruch und Ausblick“).

E) Angebote zur Entspannung

In der Integrierten Versorgung werden verschiedene Kurse zur Entspannung wie Achtsamkeitstraining oder progressive Muskelrelaxation angeboten.

Diese Entspannungsübungen hätten vielen Patienten sehr gutgetan (Js). Dabei sei es wichtig, für die Entspannungsübungen ins PSG kommen zu können, so eine Patientin, denn zuhause falle es ihr schwer, sich zu entspannen (Js). Ein Interviewteilhnehmer berichtete hingegen, er komme in der Achtsamkeitsgruppe „nicht so zur Ruhe, wie es erforderlich wäre“ (Od), könne aber Anregungen aus den Übungen mit nach Hause nehmen. Auch in beruflichen Stresssituationen sei es hilfreich gewesen, die im Programm erlernten Achtsamkeitsübungen anzuwenden (Sd).

Weil sie Entspannung für ein sehr wichtiges Thema in psychiatrischen Krankheitsbildern hielten (6d, 7d), hätten sich zwei Interviewteilhnehmer zusätzliche Angebote gewünscht und nannten beispielhaft den Wunsch nach der Methode des „Feldenkrais“.

Insgesamt wirke sich das Achtsamkeitstraining stabilisierend auf ihre seelische Gesundheit aus, so eine weitere Teilnehmende (Pd), es ersetze sogar „manchmal etwas Psychotherapie“ (Pd). Speziell sei es einem Interviewteilhnehmer dabei wichtig, „dass die Gruppe nicht zu stark wechsel[e]“, sodass man „einfach die Personen schon kenn[e]“, mit denen man dann nicht nur meditiere, sondern „eben auch Gespräche führ[e]“ (Td).

3.2.2.2 Arztgespräche

A) Formales / Rahmenbedingungen

Jeder Patient, der im Programm für seelische Gesundheit eingeschrieben ist, kommt routinemäßig mindestens einmal im Quartal zum Arztgespräch.

Zu den Rahmenbedingungen der Arzttermine gab es unterschiedliche Meinungen von Seiten der Interviewteilhnehmer. Während manche Patienten sich einig waren, ein Termin pro Quartal sei zu wenig (Bs, Ds), gerade weil die Ärzte immer wieder wechselten (siehe auch Punkt 2, Arztgespräche - häufige Arztwechsel), hielten andere die Frequenz der Arztgespräche für in Ordnung (2s, Od, Rd, Sd, Td), wünschten sich aber längere

oder ausführlichere Gespräche (2s). Häufigere Gespräche wären ihr sogar zu viel, weil sie zusätzlich Gespräche mit ihrer niedergelassenen Psychiaterin habe, erläuterte eine Interviewteilnehmerin (Sd). Dennoch hätten die Ärzte hier mehr Zeit als „draußen beim Hausnervenarzt“ (Es), so einer der Teilnehmer (siehe auch 3.2.2.6 D „Zeit“).

Eine Patientin erklärte, sie wünsche sich die Möglichkeit eines telefonischen Arztgespräches: gerade, wenn man es nicht schaffe, „irgendwohin zu gehen“ (Ds), sei es wichtig, „spontan hier anruf[en] und ein Gespräch [...] mit dem Arzt“ (Ds) bekommen zu können. Konträr dazu schnitten „die Telefonate mit den Ärzten der IV“ im Rahmen der Fragebogenuntersuchung als irrelevantester Punkt ab (siehe auch 3.1.3 „Beweggründe zur weiteren Teilnahme“ der quantitativen Auswertung).

In einem der Interviews wurde das Alter der unterschiedlichen IV-Ärzte angesprochen. Manchmal seien die Ärzte dort so jung, dass man für bestimmte Themen nicht viel Verständnis erwarten könne (z.B. Thema „Kinder“) (Üd). Es sei aber auch „interessant“ (Xd, Äd), einem jüngeren Arzt gegenüber zu sitzen.

B) *Inhaltliches*

Inhalt der Arztgespräche seien beispielsweise die „äußeren Umstände“ (Ws) gewesen, etwa wie es mit den Kindern oder in der Arbeit laufe (Ws), was positiv bewertet wurde (Vs). Man könne im Arztgespräch offen reden (Gs) und habe das Gefühl, verstanden und angenommen zu werden (Us, Cs). (Siehe auch Punkt 1 Verständnis). Die Ärzte hätten sich sehr bemüht (Üd), die Arztgespräche seien „locker und entspannt“ gewesen, es sei auch mal gelacht (Äd) worden. Viele Interviewteilnehmer berichteten, zu den Ärzten der IV ein gutes Verhältnis zu haben bzw. gehabt zu haben. Manchem hätten die Arztgespräche Angst vor der Erkrankung genommen (2s), andere berichteten, die regelmäßigen Gespräche mit dem Arzt seien „fast wie ein Coaching“ (6d) gewesen. Sehr dankbar sei einer der Teilnehmer für die gute Unterstützung durch den IV-Arzt während einer „schwierigen Arbeitssituation“ (Td) gewesen, dies sei für ihn in jener Zeit „fast überlebenswichtig“ (Td) gewesen. Insgesamt sei es wichtig gewesen, hier einen Arzt gehabt zu haben, so eine Teilnehmerin (Us). Demgegenüber erklärte eine andere Patientin (Pd), ihr persönlich gäben die Kurse mehr als die Arztgespräche, gerade vor dem Hintergrund der häufigen Arztwechsel (siehe auch 3.2.2.2 C „häufiger Arztwechsel“).

C) *häufiger Arztwechsel*

In allen Interviewgruppen sprachen die Teilnehmer den häufigen Wechsel des IV-Arzt an. Die Meinungen dazu waren unterschiedlich. Für manche schien das Thema einen derart zentralen Stellenwert zu haben, dass sie es gleich zu Beginn des Interviews zur Sprache brachten. Kaum habe man Vertrauen aufgebaut, sei schon wieder ein anderer Arzt da. Es sei dann schwierig, immer wieder „*die ganze Geschichte nochmal von vorne erzählen*“ (Vs) zu müssen (Qd, Rd, Ws, Vs, Zd, 5d, 6d, Ls, Pd, Od, Md). Es lohne sich nicht, Vertrauen zu einem Arzt aufzubauen, der dann nur ein halbes Jahr lang da sei, so einer der Teilnehmer (Od). Gerade „*für einen Menschen, der psychisch erkrankt*“ sei, sei es „*unheimlich schwer, [sich] wieder auf jemanden anderen einzustellen*“ (Yd).

Für einige sei der Arztwechsel also ein „*riesen Problem*“ (Md) gewesen, andere hätten den Wechsel in der ersten Zeit noch als belastend empfunden, jetzt störe es allerdings nicht mehr (Sd, Qd). Wenige Teilnehmer (Gs, Hs) erklärten, aufgrund ihrer oft nur kurzen Arztkontakte störten sie die häufigen Wechsel nicht: „*ich komm meistens eh nur und sag, dass es mir gut geht und dann geh ich wieder*“ (Gs). Manche erläuterten, sie würden den Wechsel dann als störend empfinden, wenn sie nicht noch ihren niedergelassenen Psychiater als festen Andockpunkt hätten (Js). Viele Patienten stimmten jedoch darin überein, sich einen längerfristigen Arzt in der IV zu wünschen (Pd, Ks, Js, Td, Us).

Einige Interviewteilnehmer zeigten Verständnis für die Notwendigkeit der regelmäßigen Arztwechsel aus Gründen der Ausbildungsrotation (Md, Js, Qd). Lösungsorientiert schlug eine ehemalige Programmteilnehmerin (Ws) vor, den Arztwechsel „*schöner zu gestalten*“, sodass man auf einen Wechsel besser vorbereitet sei.

3.2.2.3 soziale Beratung und Begleitung

Zusätzlich zu Kursen und Arztgesprächen bietet die Integrierte Versorgung soziale Beratungen und Begleitungen durch Ärzte und Sozialpädagogen an.

Eine Patientin beispielsweise profitiere von intensiven sozialpädagogischen Einzelgesprächen in Zeiten, in denen sie Probleme habe, aus dem Haus zu gehen (Cs). Viele Patienten hätten Hilfe bei Amtsbesuchen (7d), bei der Berentung (Js, Ks), bei Bewähren (Ks) oder bei der Beantragung von Dokumenten (1s) erhalten, es sei einem hinsichtlich „*Krankenkasse und Arbeitsstelle [...] sehr viel abgenommen*“ (2s) worden.

Dass es beispielsweise bei Problemen mit der Arbeit eine „*Fachberatung*“ gebe, in der man Dinge besprechen könne, habe sie gut gefunden, so eine Patientin (Sd).

Auch in alltäglichen Dingen hätten die Gespräche mit dem Sozialpädagogen sehr geholfen, zum Beispiel habe er gute Tipps gegen das Vergessen der Tabletten erhalten (Gs), so ein Teilnehmer. Man habe einfach bei konkreten Problemen nachfragen und jederzeit ein Gespräch führen können (3s, Pd), das sei positiv gewesen.

Bei akuten Problemen hätten sich die Kursleiter teilweise auch nach den Gruppentherapien noch Zeit für einen genommen und es geschafft, diese Probleme zu lösen (Xd). Solche Gespräche wie im Programm für seelische Gesundheit habe sie weder in der Reha noch bei irgendeinem Arzt jemals erhalten, diese seien wie ein „*Fallschirm*“ für sie gewesen, betonte eine Patientin (Öd).

Einer Patientin sei es sogar gelungen, mithilfe einer intensiven Betreuung in der IV mit fast täglichen sozialpsychiatrischen Einzelgesprächen einen Klinikaufenthalt abzuwenden (Sd) (siehe auch 3.2.2.7 A „*Vorschaltfunktion*“).

3.2.2.4 Anlaufstelle bei akuten Problemen / Notfallfunktion

Die Integrierte Versorgung zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass teilnehmende Patienten sich in Akutfällen jederzeit telefonisch oder persönlich an die dortigen Mitarbeiter wenden können. Man wisse, dass man sich jederzeit hier herwenden könne, es sei immer ein „*Notfallansprechpartner*“ (Qd) da (Js). Man bekomme jederzeit zwanglos und schnell Hilfe, wenn es einem schlecht gehe, was „draußen“ nicht möglich sei (Td). Bei den niedergelassenen Ärzten bekomme man oft nur schwer einen Termin (Sd).

Gerade wenn man „ganz unten“ sei, sei es „*der schlimmste Aufwand*“ (6d), erstmal einen Therapeuten suchen zu müssen. Durch die Integrierte Versorgung fange man dann „*nicht wieder bei Null an*“ (6d), sondern werde aufgefangen (Gs), das gebe Sicherheit (Gs). Es sei eine psychische Stütze gewesen, dass immer jemand da sei, wenn man jemanden brauche, egal zu welcher Uhrzeit (Qd, Üd, Td). Dies habe auch Einfluss darauf, dass man nicht wieder so stark rückfällig werde (Td) (siehe auch 3.2.3.2 „*Einfluss der IV auf den Rückfallschutz der Patienten*“).

Eigentlich sei er am Ende nur noch im Programm geblieben, erklärte einer der freiwilligen Abbrecher (5d), um wirklich im Notfall einen Ansprechpartner zu haben, wenn es ihm ganz schlecht gehe.

3.2.2.5 Zugang zum Programm / Ein- und Ausschluss

A) *Einschluss in und Ausrollen des Programms*

Wie die Organisation von Programmeinschluss und Finanzierung der Teilnahme geregelt ist, war nicht allen Patienten gleichermaßen klar. Einige nahmen an, dass nicht nur die Krankenkasse einer Teilnahme zustimmen müsse, sondern auch der betreuende niedergelassene Psychiater die Notwendigkeit prüfen müsse (Ls). Man müsse der Krankenkasse in regelmäßigen Abständen „*bestätigen lassen, dass es weiter geh[e]*“ (Qd).

Manche Teilnehmer berichteten von der Problematik, dass ihre niedergelassenen Psychiater eine Teilnahme am Programm nicht unterstützt hätten (Xd) bzw. die Anzahl der kooperierenden Psychiater gering sei, was einen Einschluss ins Programm erschwere (Es). Es sollten mehr Psychiater mit der IV zusammenarbeiten, waren sich einige Patienten einig (Xd, Äd).

In einem der Interviews (F3, compliant) wurde diskutiert, wie anderen Betroffenen der Zugang zum Programm erleichtert werden könne. Er habe „*nur über [seinen] [...] Therapeuten erfahren, dass es dieses Programm [gebe]*“ (Td), erklärte ein Teilnehmer. Eine weitere Patientin stimmte zu und fügte an, sie sei nach Betrachten eines Flyers der IV von sich aus auf ihre Psychiaterin zugegangen, „*von selber hätte [ihr] das [die Teilnahme am Programm, Anm. D. Aut.] niemand angeboten*“ (Sd). Für eine bessere Verbreitung des Programms sei mehr „Werbung“ / Öffentlichkeitsarbeit (Td) nötig.

B) *Programmende*

Von großer Relevanz war für die Interviewteilnehmer das Thema eines (bevorstehenden) Programmendes.

Ähnlich zu den Formalitäten von Programmeinschluss und Finanzierung waren die Patienten auch zum Programmende sehr unterschiedlich informiert. Während sich eine Patientin (Ds) im Interview nach einer zeitlichen Begrenzung für die Teilnahme erkundigte, nahm eine andere an, die Teilnahme am Programm sei im Gegensatz zu Psychotherapiestunden unbegrenzt (Sd).

Einige Patienten hätten gehört, dass manche Krankenkassen nicht mehr zahlten (Cs, Yd). Man habe ihm „*anscheinend gekündigt*“ (Bs), begann einer der Teilnehmer bereits kurz nach Beginn des Interviews zu erzählen, „*wahrscheinlich, weil [er] zu lange dabei*“ (Bs) sei. Andere Teilnehmer des Interviews reagierten mit Bestürzung und Sorge. Schließlich sei durch das Programm zwar keine Genesung zu erwarten, aber eine Unter-

stützung sei es dennoch (Ds) - es breche dann wieder etwas weg (Ds). Wenn man allein zu Hause nicht zurechtkomme (Cs), sei es wichtig, mit dem PSG weiterhin eine Anlaufstelle zu haben. Schließlich bringe es nichts, wenn die Kasse nicht mehr zahle, obwohl man immer noch depressiv sei (Xd).

Andere berichteten, mit der Krankenkasse keine Schwierigkeiten / Probleme gehabt zu haben (Üd, Yd, Zd).

Das Thema Programmende wurde in den Interviewgruppen, in denen die Teilnehmer aufgrund der Zahlungseinstellung der Krankenkassen aus dem Programm austreten mussten, gesondert diskutiert, siehe 3.2.4 „Abbruch und Ausblick“.

3.2.2.6 Programminterne Organisation

A) *Proaktives Vorgehen*

Die Organisation im Programm für seelische Gesundheit zeichnet sich unter anderem durch ein konsequentes proaktives Zugehen auf die Patienten aus. Dies äußert sich zum Beispiel im aktiven Anbieten von Hilfe und Beratung durch die Mitarbeiter oder auch in telefonischen Erinnerungen an anstehende Termine oder Kurse.

Es habe einen mobilisiert (2s) und „*bei der Stange gehalten*“ (Üd), dass immer wieder angerufen worden sei. Gerade, weil er die Termine manchmal vergesse, fände er die telefonische Erinnerung daran sehr nett, so einer der Teilnehmer (Md).

Die Mitarbeiter hätten sich bemüht, dass man „*dabeibleibe*“ (Öd), so habe man etwa immer wieder aktiv Kurse angeboten bekommen, auch wenn man schon viele Angebote ausgeschlagen habe (Qd). Wenn Kurse ausfielen oder neue Kurse stattfänden, sei man stets darüber informiert worden (Qd, Rd, Td).

„*Toll*“ fände eine Teilnehmerin, dass die Mitarbeiter der IV anriefen und „*sich nach dem Stand der Dinge erkundigt[en]*“ (Ks). Sie sei überrascht gewesen, dass man sich um sie kümmere, ohne dass sie von sich aus etwas habe tun müssen (Ks).

In einer Gruppe (F3, nicht compliant) fiel ein Interviewteilnehmer auf, der betonte, es müsse von Seiten der IV mehr nachgefragt werden (Od). Wenn man lange nicht da gewesen sei, müsse eine Nachfrage erfolgen, da er dann selbst nicht im Stande sei, von sich aus anzurufen. Der vierteljährliche Arzttermin sei dann die einzige „*Insel*“ (Od), in der er auch wirklich herkomme. Die Absicht der Mitarbeiter sei wohl, dass man aus sich

rauskomme und sich selbst kümmere (Md) dennoch sei zum Teil mehr „*Eigeninitiative [...] gefordert, als man es vielleicht bringen*“ (Od) könne.

Als es ihr in der Achtsamkeitsübung eines Tages nicht gut gegangen sei, so habe noch am selben Abend ein Mitarbeiter bei ihr angerufen und sich nach ihr erkundigt, wideretzte eine Interviewteilnehmerin (Pd). Sei man zwei oder drei Mal nicht zum Kurs gekommen, so habe jemand angerufen und gefragt, was los sei – man habe wirklich das Gefühl gehabt, dass es nicht egal gewesen sei, ob man da sei oder nicht (8d). Das habe sehr geholfen (8d) (siehe auch 3.1.1.10 „Wertschätzung“).

B) *Organisation der Kurse*

Nicht nur über die Kursinhalte, sondern auch über die Organisation der Kursangebote wurde in den Interviews viel gesprochen.

B.1) *Kurszeiten*

Wenn man berufstätig sei, so waren sich viele Teilnehmer einig, sei es durch die Kurszeiten schwierig, am Angebot teilzunehmen (Es, Gs, Ks, Od, Td, Rd). Als passende Kurszeiten für Berufstätige wurden früher Morgen, später Abend oder das Wochenende diskutiert. Sei man arbeitslos oder depressiv, so fühle man sich besonders vormittags „*im Loch*“, so eine Patientin (Sd). Dann tue es gut, auch vormittags eine Ablenkung zu haben.

Die Problematik der Kurszeiten sei allerdings von den Mitarbeitern ernst genommen worden: die Kurszeiten seien oft so verändert worden, dass jeder irgendwie teilnehmen können. So sei zum Beispiel für die Achtsamkeitsgruppe ein zweiter Tag pro Woche eingeführt worden, um mehr Patienten eine Teilnahme zu ermöglichen (Td). Eine Kursleiterin habe sogar „*für [sie] alleine eine Stunde eingerichtet*“ (Ks), sodass sie nicht in die Gruppe habe kommen müssen, erzählte eine Teilnehmerin begeistert.

B.2) *rückläufiges Kursangebot*

Viele Interviewteilnehmer bemerkten über die Zeit ihrer Teilnahme, dass das Kursangebot kleiner geworden sei. Früher sei fast jeden Tag „volles Programm“ gewesen, nun sei alles, was Geld koste, gestrichen worden (4s, 5d). Dadurch sei „*die Attraktivität des Programms [...] mit der Zeit immer geringer geworden*“ (5d).

Vor allem die Beendigung von Kunst-, Musik- und Tanztherapie wurde von Seiten der Teilnehmer sehr stark kritisiert. Solche wichtigen Programmpunkte dürfe man nicht

einfach abschaffen (Zd, Yd). Auch der Wegfall des Sonntagsprogramms sei schade, denn *„grade am Wochenende [wisse] man oft nicht, was man machen soll[e]“* (Ds). Viele Teilnehmer nahmen finanzielle Gründe für die Verkleinerung des Kursangebots an (Es, Ls, 5d, Zd). Er verstehe schon, so einer der Teilnehmer, dass Kurse wie Kunsttherapie teuer seien, und schlug daher vor, dass die Teilnehmer zum Weiterbestehen des Kurses einen gewissen Kostenanteil selbst tragen könnten (Xd).

Die Krankenkassen hätten mit der Zeit vieles nicht mehr bezahlt (8d): zum Beispiel habe man anfangs noch *„eine Tasse Kaffee oder [...] ein Stück Kuchen“* (8d) bekommen, auch die Fahrtkosten seien übernommen worden. Früher sei das großartig gewesen, dass man etwas zusammen habe unternehmen können, egal wie man sozial gestellt sei. Als man die Fahrtkosten selbst habe bezahlen müssen, hätten viele Patienten sich das nicht mehr leisten können (5d, 8d, 7d).

B.3) *Information der Patienten zum Kursangebot*

Die Interviewteilnehmer fühlten sich über das Kursprogramm unterschiedlich gut informiert. Man könne sich über aushängende Pläne oder im Internet selbst über aktuelle Angebote informieren, erklärten einige Teilnehmer (Js, Td). Wenn man allerdings nicht oft hier sei, wisse man nicht, was geboten sei, kritisierten andere (Ks, Od). Manche erzählten auch, regelhaft in den Arztgesprächen aktiv auf Kurse hingewiesen zu werden (Js). Dennoch, so ein Patient, könne man die Kurse *„schon bisschen mehr promoten“* (Gs). Für den Vorschlag einer Teilnehmerin, einen aktuellen Kursplan monatlich in einer Rundmail zu verschicken, konnten sich auch andere begeistern (Ks, Ls). Der aushängende Kursplan sei außerdem oft veraltet (Ls, Bs). Man brauche eine Liste aller aktuellen Angebote, forderte ein Patient (Bs). Schließlich wisse man *„vielleicht von manchen Sachen gar nicht[s], wo man [...] gut teilnehmen könnte“* (Ds). Ein Patient schlug vor, *„das Hilfsangebot nochmal zu durchforsten und vorzustellen“* (Es).

C) *Standardisiertes Setting*

C.1) *Fragebögen*

Sobald vom Interviewer nach dem Thema Medikamente gefragt wurde, kamen fast alle Interviewteilnehmer auf die Fragebögen zu sprechen, die sie in den Quartalsgesprächen hätten ausfüllen müssen. In diesen Fragebögen müsse man angeben, welche Medikamente man nehme und wie regelmäßig man sie nehme. Über den „Nutzen“ dieser Fragebögen waren die Interviewteilnehmer recht unterschiedlicher Ansicht.

„Ein bisschen merkwürdig“ und „zu penibel“ habe er die Fragebögen gefunden, so ein Patient (4s). „Zum hundertsten Mal“ fülle man denselben Fragebogen aus, erzählte eine andere Patientin (Ws). Sie habe irgendwann das Gefühl gehabt, sie komme nur noch „zum Bogen ausfüllen her“ (Ws), dies habe sie zwar nicht per se als negativ, aber irgendwann als überflüssig empfunden. Andere hätten das Ausfüllen der Fragebögen als „nicht so schlimm“ (3s) empfunden, wieder andere bestätigten sogar, der Bogen habe durchaus manchmal ein „schlechtes Gewissen“ (Üd) bereitet, wenn man dann sehe, wozu das Weglassen der Medikamente führe. Gerade wenn man Probleme habe mit dem Vergessen von Medikamenten, sei es „schon gut mit dem Bogen“ (Ls).

Manche Teilnehmer konnten sich auf den Sinn der Fragebögen keinen Reim machen und stellten Vermutungen an, „dass da irgendwelche Studien im Hintergrund“ (6d) seien.

C.2) *Regelmäßigkeit der Arzttermine*

Zur Organisation der IV gehört für die Teilnehmer neben der Regelmäßigkeit der auszufüllenden Fragebögen auch ein regelmäßiger Arzttermin.

Regelmäßig zum Arztgespräch herkommen zu müssen sei positiv und hilfreich (Bs, Ks, Qd). Wenn man alle drei Monate zum Arztgespräch komme, mache man sich auch für sich selbst Gedanken, ob gerade eigentlich alles passe – das sei wie eine Art „Checkup“ (Gs). Manche ehemaligen Teilnehmer berichteten zwar, sie seien am Ende ihrer Mitgliedsdauer in den Quartalsgesprächen nur noch routinemäßig nach Medikamenten gefragt worden und sich dadurch zum Teil vorgekommen „wie eine Nummer“ (Us). Für Teilnehmer allerdings, die sonst selten in Kurse gingen, wirke der vierteljährliche Arzttermin als ein letztes verpflichtendes Element, zu dem man dann wirklich herkomme (Od).

D) *Zeit*

Viele Interviewteilnehmer bemerkten, dass in der IV viel Zeit und Ruhe herrsche (1s, Zd, Qd, Bs). Man könne auch mal etwas erzählen und sich „irgendwie bisschen mehr ausbreiten“ (Qd) als beim niedergelassenen Psychiater, der meist nur sehr kurz Zeit habe (Ds, Qd, 3s). Dass sich die Ärzte und Mitarbeiter im Programm für seelische Gesundheit mehr Zeit genommen hätten, sei ein „Luxus“ (Xd) gewesen, auch wenn manchen Teilnehmern die Gespräche trotzdem nicht lang genug gewesen seien. Auch mit

den anderen Teilnehmern habe man sich in Ruhe unterhalten und einfach Zeit miteinander verbringen können (Ds, 1s).

3.2.2.7 Verknüpfung mit anderen Angeboten

A) *Vorschaltfunktion*

Teil der Organisation der IV ist es, als dem Krankenhaus vorgeschaltete Institution Krankenhausaufenthalte auf lange Sicht zu verhindern, indem Krisen über eine intensive Betreuung aufgefangen werden, oder eine Einweisung, wenn sie zwingend nötig ist, konkret zu steuern.

Falls etwas sei, werde man hier aufgefangen, noch bevor man in die Klinik gehe. Dies gebe Sicherheit und ein gutes Gefühl (Gs, Od). Das Programm wirke „vorbeugend“ und helfe dabei, nicht wieder in eine Klinik zu müssen (7d, Sd). Bei ihr habe man „*das soweit [...] wieder hingekriegt*“ (Us), dass sie nicht stationär habe bleiben müssen, wofür sie froh gewesen sei, erklärte eine andere Patientin. Er wünsche sich das Programm „*als Ersatz für eine Klinik*“ (Xd), so ein Patient, auch die Kassen würden dabei auf lange Sicht profitieren.

Vielen Interviewteilnehmern sei es wichtig, im Notfall die Möglichkeit zu haben, ins Klinikum rechts der Isar vermittelt zu werden (Es, Ls, Ks). Dies sei das „*Hauptanliegen*“, warum er im Programm dabei sei, erklärte ein Patient (Es). Auch, dass man einen Klinikaufenthalt nicht selbst organisieren müsse, sei wichtig und habe Stress genommen (Bs, Ws).

Nicht allen Teilnehmern war jedoch der Zusammenhang zwischen Teilnahme im Programm und schneller Krankenhausaufnahme klar. Ob sie in der Vergangenheit deshalb so schnell einen Platz in der Klinik bekommen habe, weil sie hier dabei sei, das wisse sie nicht, so eine Interviewteilnehmerin (Ds).

Als sie an einem Punkt gewesen seien, wo sie sich eine stationäre Behandlung gewünscht hätten, habe der Arzt der IV dieser Bitte nicht zugestimmt, klagten zwei der ehemaligen Teilnehmer (5d, 7d). Dies sei für einen der beiden ein Grund gewesen, die Teilnahme am Programm zu beenden (5d) (siehe auch 3.2.4 „Abbruch und Ausblick“).

B) *Zusammenarbeit mit anderen Hilfsangeboten*

Über die Verbindung der IV zu anderen Hilfsangeboten wurde nur in zwei der Interviews gesprochen. Man könne andere Hilfsangebote mit der IV „*verzahnen*“, schlug

einer der Teilnehmer (Es) vor. Anderen sei die Verbindung der IV mit anderen Hilfsangeboten nicht klar (Bs, Cs, Ds, Es). Die Patienten wünschten sich mehr Aufklärung über andere Hilfsangebote in München. Es gebe zwar ein entsprechendes „*Büchlein*“ (Bs), dieses sei allerdings sehr unübersichtlich. Eine ehemalige Teilnehmerin (Vs) beschrieb den Verweis der IV auf andere Hilfsangebote, bei denen sie jetzt dabei sei, als hilfreich.

C) *Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern*

In manchen Interviews kam das Thema der Zusammenarbeit der Integrierten Versorgung mit den niedergelassenen Psychiatern zur Sprache. Nicht alle Interviewteilnehmer waren sich der Tatsache bewusst, dass überhaupt ein Austausch stattfindet (Js, Bs). Einigen sei schon aufgefallen, dass man nicht nur in der IV, sondern auch bei seinem niedergelassenen Psychiater einen Fragebogen ausfüllen müsse, der auf einen Austausch hindeute (Ks, Ls). Ein Teilnehmer (Md) berichtete von einer regelmäßigen Rücksprache zwischen IV-Arzt und Niedergelassenem bezüglich seiner Medikation.

Eine Patientin (Yd) habe sich mehr Austausch und Absprache zwischen ihrem niedergelassenen Psychiater und dem Arzt/Case Manager in der IV gewünscht.

Die meisten Teilnehmer stimmten überein, einen Austausch zwischen IV und Niedergelassenen prinzipiell für gut zu befinden (Ds, Hs, Ls, Md).

3.2.3 Einfluss der IV auf Compliance und Rückfallschutz der Teilnehmer

Ein wichtiger Aspekt der Untersuchung war es, herauszufinden, inwieweit der Besuch des Programms für seelische Gesundheit die Compliance, die seelische Gesundheit und konsekutiv den Rückfallschutz der Teilnehmer beeinflusste.

3.2.3.1 Einfluss der IV auf die medikamentöse Compliance der Patienten

A) *Umgang mit dem Thema Medikamente in der IV*

Die Interviewteilnehmer sprachen das Thema Medikamente in keinem der Interviews selbständig an. Auf die Frage, wie im PSG das Thema Medikamente gehandhabt werde, antworteten die Teilnehmer bisweilen nur zögerlich. Manche Patienten begannen, ihre eigene Medikamenteneinnahme zu beschreiben, viele wiesen als erstes auf die Notwendigkeit des Ausfüllens von Fragebögen hin (siehe auch 3.2.2.6 C „standardisiertes Setting“). Um eine Einschätzung der Patienten zu erhalten, welchen Stellenwert das Thema Medikamente in der Integrierten Versorgung ihrer Ansicht nach habe bzw. gehabt habe,

musste zum Teil mehrmals nachgefragt werden, die Einschätzungen fielen dabei recht unterschiedlich aus. Für eine Übersicht über die erhaltenen Antworten siehe Tab. 19.

Tabelle 19: Umgang mit dem Thema Medikamente in der IV aus Sicht der Patienten

Hauptkategorie	Unterkategorie	Ankerbeispiel
1. Kein mündlicher Austausch zwischen Patienten und Arzt/Mitarbeiter der IV über Medikamente	---	<i>S: "War des wichtig? war des n wichtiges Thema hier so, Medikamente?" 6d: "Nö, also, nicht im persönlichen oder also weil, wurde nicht gefragt äh nehmen Sie die regelmäßig oder machen Sie des, also,-[...] -ne sondern einfach, also ma hats halt immer angegeben."</i>
2. geringer Stellenwert des Themas Medikamente in der IV	---	<i>S: "Und wie empfinden Sie des? - Thema Medikamente hier?" Rd: "Also, i, ich muss sagen ich bin da, äh, weniger drauf angesprochen worden." Sd: "Also ich - glaub auch, dass es jetzt nichts - also es wird immer nachgefragt was ich nehm, des muss ich ja ausfüllen, und ob ichs auch nehm. Aber, ich weiß n-, also ich glaub des is jetzt nich so des Wichtigste."</i>
3. hoher Stellenwert des Themas Medikamente in der IV	3.1 Nachfrage von Seiten der IV nach Einnahme, Nebenwirkungen und Zurechtkommen mit Medikamenten	<i>Js: "Also es wird immer drauf geschaut, dadurch, dass [...] bei dem Fragebogen auch angegeben wird was ich aktuell nehme, ob sich was verändert hat, [...] und dann weiß aber der Arzt mit dem ich das Gespräch führe hier sofort, aha, so is der Stand der Dinge, und da kömmer weiter drüber reden und da wird schon auch immer danach gefragt wies klappt mit der Tabletteneinnahme [...]."</i>

	3.2 Beratung und Zweitmeinung zur Medikation in der IV	<p><i>Ds: "[...] und äh - ja ich hab mich hier ganz gut beraten gefühlt auch über Medikamente."</i></p> <p><i>Ls: "[...] aber ich hab hier mir schon Infos geholt, meinetwegen, welches Antidepressivum macht weniger dick, oder solche Sachen. ,Meinen Sie, wechseln wär gut', bei, äh, Mirtazapin nimmt ma zu, und da nimmt ma sehr ab, ham Sie paar Tipps, oder irgendwie so. Dass ich eben auch die Infos hier dann vielleicht hole, aber – äh äh, was verändern würd ich dann immer nur in der niedergelassenen Praxis."</i></p>
	3.3 Bekräftigung der Relevanz der Medikamenteneinnahme durch den IV-Arzt	<p><i>S: "Was hatten Sie denn für'n Gefühl, wie, wie wichtig oder wie war des hier im Programm? Welchen Stellenwert hatte des [die Medikamente, Anm. d. Aut.]"</i></p> <p><i>2s: "Doch das war schon wichtig hier für, für die Ärzte."</i></p> <p><i>1s: "Doch, wurde auch nachgefragt. Und schon klar gemacht, dass es Ihnen wichtig is, dass mas nich vergessen soll, weil des eim selber man sich dadurch schadet, also - war okay für mich."</i></p>
4. kein Druck, bestimmte Medikamente zu nehmen	---	<p><i>7d: "[...] es wurde schon immer kontrolliert, was man nimmt, und ähm, auch diese ewigen Fragebögen, die regelmäßig (lacht) [6d lacht], äh, was des bewirkt von eins bis zehn, ähm - also, es wurde drauf geachtet aber mich hat nie irgendjemand gesagt ich <u>muss</u> jetzt irgendwas nehmen von hier [...]"</i></p> <p><i>Ds: "Ich finds halt gut dass einem hier auch nix aufgezwungen wird, also - mir wird halt da ned irgendein Mittel aufs Auge gedrückt, des ich nich nehmen würde, also, des is mir sehr wichtig - dass ich nicht gezwungen werd, was einzunehmen."</i></p>
5. Patientenwunsch nach häufigerer Nachfrage in der IV nach Medikamenten	---	<p><i>Xd: "Beim Psychiater wennst bist mit der Medikation, da hast alle Monate oder moan wennst da, würd sagen, ja, du musst teilweise Wartezeiten und so, und wenn des dann irgendwie - gut, für mich ghört des a öfters kontrolliert."</i></p>

6. Verschreibung der Medikamente	6.1 Verschreibung der Medikamente beim Niedergelassenen	<i>Js: "Also, ich find sag ma mal ganz angenehm, dass, [...] wenns um Veränderungen gehen würde, des mit meim niedergelassenen Arzt bespreche --- und wenn jetz des hier auch nochmal Thema wäre, würd mich des eher verwirren glaub ich wenn dann beide – rundoktern würden oder so aber für mich, für mich is klar, des macht der niedergelassene Arzt [...]."</i>
	6.2 Wunsch nach Verschreibung der Medikamente in der IV	<i>Yd: "Ja eben also wie gsagt und ich bin auch der Meinung gwesen, dass mich hier die Leute besser gekannt ham [...], ich hab oft gefragt, ob, dass man eben, warum ich nicht von hier die Medikamente bekomm, grad wenn man so mal in so ner Krise war und eben, ähm, da, der Psychiater oder mein Neurologe, äh, nicht äh da war."</i>

B) Einfluss der IV auf die Medikamenteneinnahme der Patienten

Viele Interviewteilnehmer erzählten, sie nähmen ihre Medikamente immer schon freiwillig und konsequent ein, die Teilnahme am Programm habe daher keinen Einfluss auf ihre Medikamenteneinnahme (Ds). Während einzelne Teilnehmer angaben, die Teilnahme am Programm helfe ihnen nicht bei der regelmäßigen Medikamenteneinnahme (5d, Bs), konnten Andere wiederum einen Einfluss der IV auf ihre medikamentöse Compliance benennen. So habe sie sich schon vorstellen können, dass sie ohne das Programm ihre Medikamente vielleicht weggelassen hätte, so beispielhaft eine Teilnehmerin (Cs). Für eine Übersicht über mögliche Einflussfaktoren der IV auf eine regelmäßige Medikamenteneinnahme der Patienten siehe Tab. 20.

Tabelle 20: Mögliche Einflussfaktoren der IV auf die regelmäßige Medikamenteneinnahme der Patienten

Mögliche Einflussfaktoren auf die Medikamenteneinnahme	Ankerbeispiel
1. Tipps gegen das Vergessen	<i>Gs: "Aber der Herr X (Mitarbeiter der IV, Anm. d. Aut.), der hat auch, der hat mir schon krasse Ti-, Tipps auch gegeben wie man – äh, es – äh vermeiden kann, des zu vergessen quasi."</i>

2. Bekräftigung der Relevanz der regelmäßigen Einnahme durch die Mitarbeiter der IV	<p>S: "[...] die ganze Programmteilnahme, hat des irgend n Einfluss darauf gehabt, ähm - dass Sie die Medikamente anders, besser, schlechter, häufiger nehmen oder is des -?"</p> <p>7d: "Also vielleicht die Psychoedukation, dass eim eingeschärft hat, dass man halt nicht äh von eim Schlag aufn nächsten des aufhöörn soll [...]"</p> <p>Is: „In dem Sinne, dass eim, äh, klargemacht worden is, [regelmäßige Medikamenteneinnahme, Anm. d. Aut.] is wichtig, damit man sich selber stabilisiert und es eim gut geht. Darum soll ma drauf achten auch und eben mit Vergesslichkeit und so [...].“</p>
3. Selbständiges Erkennen der Relevanz der regelmäßigen Einnahme	<p>S: "[...] hat Ihnen hier was dabei geholfen, dass Sie die regelm-, die Medikamente regelmäßig nehmen [...]?"</p> <p>Vs: "Ja die ham schon auch negative Beispiele einem erzählt, eben, dass man wieder zurückfallen könnte in die Psychose [...]."</p>
4. praktische Organisationshilfen	<p>S: "Ham Sie da auch irgendwelche Tipps von hier bekommen, oder hat des hier irgendwie Auswirkungen drauf-"</p> <p>Üd: "Ja, a hier hab ich damals so diese Box geben so diese Wochentagebox da diese komplette und des hab i eigentlich, is glaub i ganz guad [...]."</p>
5. Regelmäßiges Ausfüllen des Fragebogens	<p>S: "Is des gut, dass es den gibt, hilft der [der Fragebogen, Anm. d. Aut.]?"</p> <p>Ls: "Jetzt bei mir äh, äh, ich hab nicht des Problem mit dem Vergessen, aber, grade Leute die vielleicht n bissl mehr nehmen oder oder, äh, kommt ja auch bissl aufs Krankheitsbild drauf an, also ich denke mir es is schon gut mit dem Bogen."</p>
6. Stabilisierende Wirkung der IV	<p>S: "Mhm, ham Sie hier auch was gelernt, dass des irgendwie besser geht mit der regelmäßigen Einnahme?"</p> <p>Md: "Ja. Bin einfach ruhiger worn und des ois."</p>

3.2.3.2 Einfluss der IV auf den Rückfallschutz der Patienten

In allen Interviews wurde nach dem Einfluss des Programms für seelische Gesundheit auf den Rückfallschutz der Patienten gefragt. Inwiefern habe das Programm einen Einfluss darauf (gehabt), dass die Teilnehmer nicht erneut oder vermehrt erkrankten bzw. erkrankt seien?

A) *kein Einfluss auf den Rückfallschutz*

Nicht alle Patienten konnten berichten, durch die Teilnahme an der IV seltener zu erkranken bzw. erkrankt zu sein. Ein Interviewteilnehmer (As) gab beispielsweise an, er habe nicht das Gefühl, dass er ohne das Programm öfter im Krankenhaus gewesen wäre. Ihm helfe weniger die IV, sondern eher seine Arbeit. Manche Interviewteilnehmer (Es) konnten den Einfluss ihrer Programmteilnahme auf ihren Rückfallschutz nicht einschätzen.

B) *Einfluss auf den Rückfallschutz*

Viele andere Interviewteilnehmer konnten sich einen Zusammenhang zwischen ihrer Programmteilnahme und einer verminderten Rückfallrate vorstellen. Neben ihren Medikamenten und der Betreuung in ihrer Wohngemeinschaft leiste das Programm einen „kleinen Beitrag“ (Ds) zum Rückfallschutz, vermutete eine Patientin. Es sei „ein Puzzleteil von vielen anderen auch noch“ (Ls). Eine Zeit lang habe er den Einfluss seiner Programmteilnahme auf den Rückfallschutz hoch eingeschätzt (Od), erzählte ein Teilnehmer (Od), im Moment könne er allerdings keine Angaben dazu machen.

Andere zeigten sich überzeugt, dass ihre Teilnahme großen Einfluss darauf habe, nicht erneut zu erkranken (Cs, Hs, Qd, 4s). Obwohl das Programm einen Rückfall nicht zu hundert Prozent verhindern könne, habe es dennoch großen Einfluss auf die Gesundheit (Hs). Ohne die IV hätte man vielleicht noch häufiger ins Krankenhaus gemusst oder wäre noch kränker geworden, waren sich manche einig (Bs, Ks). Nachdem das Programm sie während ihrer Teilnahme wirklich von Kliniken ferngehalten habe, bemerke eine ehemalige Teilnehmerin jetzt, dass es ihr ohne die IV wieder schlechter gehe (7d).

Die von den Patienten genannten Einflussfaktoren des PSG auf ihren Rückfallschutz sind redundant zu vielen in den Kapiteln 3.2.1 und 3.2.2 genannten Hauptthemen. Für eine Übersicht siehe Tab. 21.

3.2.3.3 Anteil der IV an der seelischen Gesundheit der Teilnehmer

Die Interviewteilnehmer wurden weiterhin um eine Einschätzung gebeten, inwieweit der Besuch des PSG einen Einfluss auf die ihre seelische Gesundheit habe bzw. gehabt habe.

Die Interviewteilnehmer machten unterschiedliche Angaben, ob und, wenn ja, wie die Teilnahme am Programm zu ihrer seelischen Gesundheit beigetragen habe. Manche ehemaligen Teilnehmer berichteten, das Programm habe sie gesundheitlich zwar eine

Zeit lang auf einem gewissen „Level“ gehalten (5d), trotzdem habe es irgendwann nichts mehr gebracht (Yd). Andere wiederum waren der Meinung, das Programm habe deutlich zu ihrer seelischen Gesundheit und Stabilität beigetragen (4s, 6d, 8d). Obwohl es einem vielleicht nicht so auffalle, werde man durch die Programmteilnahme stabiler (3s). Konkret würde sie „den Anteil mit 50 Prozent locker bewerten“ (Äd), den die IV an ihrer seelischen Gesundheit gehabt habe, schätzte eine Interviewteilnehmerin.

Für eine Zusammenstellung der Einflussfaktoren der IV auf die seelische Gesundheit im Vergleich mit den Einflussfaktoren auf den Rückfallschutz siehe Tab. 21, auch hier sind die Redundanzen zu den Hauptthemen aus den Kapiteln 3.2.1 und 3.2.2 ersichtlich.

Tabelle 21: Anteil der IV an der seelischen Gesundheit und am Rückfallschutz der Teilnehmer

	Verbesserung der seelischen Gesundheit	Erhöhung des Rückfallschutzes
durch...	Ankerbeispiel	Ankerbeispiel
A) die IV als Anlaufstelle	<p>S: "[...] inwiefern trägt dieses Programm für seelische Gesundheit hier denn wirklich zu Ihrer Gesundheit bei?" -</p> <p>Ds: "Ja ich denk ma halt wemma weiß, ääh, da is a Anlaufstelle, dass einen des, s-sogar scho etwas stabilisiert - wemma weiß, dass ma wo angebunden is [...]"</p>	<p>Td: "Hm, für mich hats den Einfluss, dass ich halt ned äh wieder so stark rückfällig werd, weil ma einfach hier psychotherapeutische Gespräche führen kann, weil des Programm hat, äh, einfach da is dass ma sehr schnell Hilfe bekommen kann."</p>
B) hilfreiche Kurse	<p>S: "Was würden Sie sagen, wie trägt jetzt dieses Programm für seelische Gesundheit hier zu Ihrer persönlichen seelischen Gesundheit [...] bei, [...] wie unterstützt es Sie?" -</p> <p>Js: "Ähm – ich mach etz schon länger, bei der Frau Henkel, also schon – seit ich angefangen hab eigentlich die Entspannung mit, und merk des tut mir einfach gut [...]"</p>	<p>Qd: "Auch durch, durch die Angebote damals, äh, die im akuterem äh Zeitraum bei mir warn, des, des hat schon sehr geholfen."</p>

C) Vermittlung von Sicherheit und Stabilität	<p>S: "Was würden Sie sagen, wie trägt des zu Ihrer seelischen Gesundheit bei?" -</p> <p>1s: "Es war schon eine Sicherheit die einfach da is [...]"</p>	<p>S: "Welchen Anteil [...] daran, dass Sie nicht krank geworden sind, hatte dieses Programm? Wieviel Anteil daran?" -</p> <p>3s: "Ja wenn i ma denk so wie ich war und so, des warn dann, wo mich noch aufgebaut hat, so 30% mehr. Also zu dem wie ich war. Hat mi des a bisschen mehr stabilisiert und auch Sicherheit gegeben."</p>
D) Hilfe zur persönlichen Weiterentwicklung	<p>---</p>	<p>S: "Mhm, [...] ham Sie denn hier von auch profitiert, dass Sie dann nicht mehr so oft [...] oder [...] nicht mehr so schwer erkranken?" -</p> <p>Vs: "Ja, wie gsagt die, diese Frühwarnzeichen ham sie mir gesagt, [...] das war ganz gut."</p> <p>S: "[...] Und was würden Sie denn sagen insgesamt, welchen Einfluss hat das Programm hier drauf dass Sie nicht mehr so oft oder gar nicht mehr erkranken [...]?" -</p> <p>Ks: "Also mir hat des Programm geholfen, mit meiner Krankheit besser umzugehen."</p>
E) professionelle Gespräche	<p>S: "[...] Was würden Sie denn insgesamt sagen, [...] wie hat dieses Programm für seelische Gesundheit zu Ihrer seelischen Gesundheit beigetragen?" -</p> <p>2s: "Ähm -- schwer zu sagen, also [...] ich hab nur ein[en] Kurs gemacht und dann ab und zu [hatte ich ein] Gespräch [...] mit dem Arzt [, das hat] vielleicht ein bisschen die Angst genommen von der [...] Krankheit, also, [...] ich hab ein bisschen so Panikanfälle und so weiter und des [...] is vielleicht ähm sicherlich dann stabiler alles [...]"</p>	<p>Sd: "Also ich glaub auch dass [...] es sehr hilft, dass man zum Beispiel nicht unbedingt wieder in eine Klinik muss oder so, weil - also ich wollte mal vor zwei Jahren unbedingt in die Klinik, weil [...] mir die Arbeitslosigkeit auch so übern Kopf gewachsen is, und dann hab ichs aber doch geschafft [...], dass ich doch nich geh, weil ich dann hier also, alle zwei Tage n Gespräch hatte. S hat mir schon ziemlich geholfen."</p>

F) Zugehörigkeit, Aufgehoben sein und Wertschätzung	<p>S: "Was, was würden Sie denn sagen, [...] wie hat dieses Programm zu Ihrer seelischen Gesundheit beigetragen?" -</p> <p>7d: "Hm - also es hat, ähm, - es hat irgendwie mich so beruhigt, dass es nicht egal ist ob ich da bin oder nicht, das war, es halt bei Depressionen so dass man oft in Frage stellt ähm, es es überhaupt relevant, dass ich da bin oder nicht, also, dieses Gefühl, ähm, war nicht so präsent [...]"</p>	<p>6d: "[...] aber ich denke schon, dass es, ja, zumindestens was dazu beiträgt, also ich kanns jetzt nicht in Prozent ausdrücken oder so, aber, rein eben durch die permanente Gewissheit, ich bin da gut aufgehoben."</p>
G) Wissen um die Vorschaltfunktion der IV	<p>Ks: "Also es ist auch für mich sowas wie so n Auf-, wie so n Auffangnetz. Für mich ist das ein Sicherheitsnetz hier, das Programm. [...] Und deswegen weiß ich, ich kann mich, äh erst mal an Sie wenden hier, wenn, wenns bei mir irgendwie akut schlechter wird, und dann können Sie mir auch einen Platz hier im Rechts der Isar vermitteln."</p>	---
H) Regelmäßigkeit und Struktur durch die IV	<p>6d: "Ja mir hats, aus meiner Erfahrung schon deutlich geholfen, also in der akuten Phase wars einfach, äh, ja schon so n Rhythmus mit, also Kunsttherapie und dann n Termin hier so also, die, ja neben der Arbeit zumindestens dass man sich mit dem Thema irgendwie auch beschäftigt [...]"</p>	<p>S: ["Welchen Anteil [...] daran, dass Sie nicht krank geworden sind, hatte dieses Programm? Wieviel Anteil daran?] Wie, wie ist das bei Ihnen so?"</p> <p>1s: "Also schon sehr viel am Anfang. Es gab eben einfach die Möglichkeit wie gesagt, auch die Strukturierung, du hast dir den Tag eingeschrieben, da haste [...] son richtigen Plan jede Woche was du machen kannst, [...] also es war sehr schön zum Strukturieren auch der Woche[...]. Und das gibt eim ja auch wieder Stabilität, du hast was zu tun, du kommst mit andern Leuten zusammen, etcetera. Schon sehr viel."</p>
I) soziale Beratung und Begleitung	---	<p>Ks: "Ich hab dann auch vom Herrn C. Unterstützung bekommen – und, ähm, ja, also – hätte es das nicht gegeben, wäre ich vielleicht – noch kränker geworden."</p>

3.2.4 Abbruch und Ausblick

Zwei Interviews fanden statt mit freiwilligen Programmabbrechern sowie zwei mit ehemaligen Teilnehmern, die ihre Mitgliedschaft im Programm aufgrund der Zahlungseinstellung der Krankenkasse beenden mussten. Diese Interviewteilnehmer wurden speziell zu Themen rund um das Programmende befragt: Welche Gründe hatte es für und gegen den Programmabbruch gegeben, wie hatten sich die unfreiwilligen Abbrecher bei Programmende gefühlt, wie hat sich das Leben der ehemaligen Teilnehmer seit ihrem Programmende verändert?

Um eine gewisse Vergleichbarkeit zu wahren, wurden neben den Abbrechern auch alle noch aktiven Teilnehmer befragt, aus welchen Gründen sie weiterhin am Programm für seelische Gesundheit teilnahmen.

3.2.4.1 Argumente der noch eingeschlossenen sowie ehemaligen Teilnehmer gegen einen Abbruch

Sowohl noch eingeschlossene als auch ehemalige Programmteilnehmer wurden befragt, aus welchen Gründen sie ihre Teilnahme nicht bzw. nicht schon früher beendet hätten. Die dabei erhaltenen Antworten finden sich auch in den Punkten 3.2.1 („Wie erleben Teilnehmer das Versorgungsprogramm Münchner Modell“) und 3.2.2 („Wie bewerten Teilnehmer die Integrierte Versorgung?“). Für eine Übersicht über die wichtigsten genannten Items, siehe Tab. 22.

Tabelle 22: Gründe der Abbrecher, die gegen einen Programmabbruch sprechen

Noch eingeschlossene Teilnehmer	Freiwillige Abbrecher	Unfreiwillige Abbrecher
	Unterstützung durch die IV (Us)	Unterstützung durch die IV (Äd)
Erfahren von Sicherheit durch Umgebung der IV (Md), Aufgehoben sein (Ds)	Aufgefangen werden und aufgehoben sein (Us, Ws)	---
	Verstanden werden (Yd)	---
Geborgenheit durch Austausch mit Gleichgesinnten (Td)	Leute treffen, nicht allein sein (Yd, Xd)	Gemeinschaftsgefühl, Zusammensein in der Gruppe (2s)

Anlaufstelle im Notfall (Gs, Ls, Js, Od), schnellere Hilfe als „draußen“ (Sd)	Anlaufstelle bzw. Ansprechpartner (Üd, Xd, 5d)	Sicherheit durch IV als Anlaufstelle (6d)
---	Erfahren von Halt durch das Programm (Zd)	Programm als „ <i>einzigere Halt im Leben</i> “ (7d), Erfahren von Kraft und Stärke (Äd), Stabilisierung (3s), besseres Zurechtkommen im Leben (3s)
---	---	Lehrreiche Kursangebote (1s, 4s)
---	---	Ablenkung von negativen Gedanken (8d)
Gutem treu bleiben (Ks)	Programm war „gut“ (Öd)	---
Hoffnung auf Besserung (Qd)	---	---
Anbindung an die Klinik (Es, Ls, Od)	---	---

3.2.4.2 freiwillige Abbrecher

A) Gründe der freiwilligen Programmabbrecher für den Abbruch

Die Gründe der freiwilligen Programmabbrecher für ihren Abbruch sind zum Teil in den Punkten 3.2.1 („Erleben“) und 3.2.2 („Bewertung“) zu finden und werden im Folgenden aufgeführt.

Einige Interviewteilnehmer erläuterten, sie seien „*einfach [...] heraußen aus der Krise*“ (Us) gewesen, es sei ihnen gut gegangen und sie hätten das Programm nicht mehr gebraucht (Us, Ws, Üd). Obwohl das Programmangebot immer noch ansprechend gewesen sei, habe sie dann lieber Dinge im Freundeskreis unternommen, erzählte eine Patientin (Us). Das Programm habe einfach nicht mehr in ihr Leben gepasst (Us, Ws), erzählten manche, auch, weil sie im Programm irgendwann zu viel Routine („*irgendwann immer dasselbe*“ (Vs)) empfunden hätten (Us, Ws, Vs). Eine andere Teilnehmerin habe sich selbst beweisen wollen, dass sie keine Therapien mehr brauche, und habe deshalb ihre Teilnahme beendet – das habe „*mal gut, mal weniger gut*“ (Öd) funktioniert.

Eine andere Teilnehmerin erklärte, sie habe „*zu viele Termine*“ (Vs) in ihrem Alltag gehabt und sich daher, obwohl es ihr eigentlich wieder schlechter gegangen sei, für einen Verzicht auf die IV entschieden.

Auch die häufigen Arztwechsel und der Wegfall von Kursangeboten, vor allem der Kunsttherapie, waren für einige Patienten an der Entscheidung für eine Beendigung der Teilnahme beteiligt (Yd, Öd, Xd).

Neben ihrem Umzug in eine andere Stadt als vorrangigem Abbruchgrund habe eine weitere Patientin (Zd) gegen Ende nicht genug Unterstützung empfunden (Zd), was ihr „*Wohnungsproblem und Altersproblem*“ (Zd) angegangen sei. Auch für einen anderen Interviewteilnehmer sei mangelnde Unterstützung ausschlaggebend gewesen: man habe ihm, als es ihm „*richtig schlecht*“ (5d) gegangen sei, eine stationäre Aufnahme verweigert, woraufhin er seine Teilnahme am Programm beendet habe.

Auch persönlicher Zeitmangel aufgrund der Arbeit sei für einen ehemaligen Teilnehmer ein Grund für den Abbruch gewesen (Xd).

B) *Leben der freiwilligen Abbrecher seit dem Programmende*

Die Interviewteilnehmer, die das Programm freiwillig beendet hatten, wurden nach ihrem Befinden seit ihrem Abbruch befragt. Es zeigte sich, dass sich das Leben der Teilnehmer auf sehr unterschiedliche Weise verändert hatte, seit sie nicht mehr am Programm teilnahmen.

Da es ihnen auch bei Programmende recht gut gegangen sei, habe sich seitdem wenig verändert, erklärten manche Teilnehmer (Ws, Us). Dennoch sei „*diese ganze Zeit [...] einfach so ne bewältigte Zeit*“ (Ws) gewesen, was ohne das Programm vielleicht „*anders*“ (Ws) gewesen wäre.

Sie habe die Therapien seit ihrem Abbruch ab und zu vermisst, bemerkte eine andere Interviewteilnehmerin (Öd), eine weitere überlegte, vielleicht solle sie „*mal wieder anfangen*“ (Vs), sie sei aber momentan mit anderen Hilfsangeboten gut versorgt.

Dass sie nach ihrem Programmende „*kämpfen*“ (Zd) habe müssen, erzählte eine andere Patientin und fügte hinzu, möglicherweise eines Tages doch wieder Hilfe zu brauchen. Ein anderer Patient berichtete, nach seinem Programmabbruch eine stationäre und dann eine ambulante Therapie durchgeführt zu haben, auch im Augenblick gehe es ihm schlecht (5d).

3.2.4.3 unfreiwillige Abbrecher

A) *Gefühle der unfreiwilligen Abbrecher bei Programmende*

Die Interviewteilnehmer, die ihre Programmteilnahme unfreiwillig hatten beenden müssen, wurden nach ihren Gefühlen bei Ankündigung des bevorstehenden Programmendes befragt.

„Schade“ (2s) sei es gewesen, so ein Interviewteilnehmer, das plötzliche Programmende habe ihn überrascht (2s). Auch andere seien „traurig“ und „frustriert“ (4s) über das Programmende gewesen, viele hätten sich „hilflos“ und „im Stich gelassen“ gefühlt (6d, 7d, 8d). Man falle „ins kalte Wasser“ (4s), wenn man plötzlich keinen Ansprechpartner mehr habe. Gerade, da man mit Hilfe des Programms etwas Halt gewonnen habe, der dann plötzlich weg sei, sei das Programmende ein richtiger „Dämpfer“ (7d) gewesen. Während das Programm einen von Kliniken ferngehalten habe (siehe auch Punkt 2 Vorschaltfunktion), könne man nun womöglich nicht mehr rechtzeitig „gegensteuern“ (6d), wenn es wieder schlechter gehe.

Viele reagierten mit Unverständnis (2s, 7d). Die Krankenkassen müssten akzeptieren, dass eine psychiatrische Erkrankung zwar in „Wellen“ (7d) komme, aber dennoch nie ganz weg sei. Warum sie trotzdem nur befristet Hilfe bekomme, habe eine Teilnehmerin nicht verstanden (7d). Dass die Krankenkassen „so gar nicht überleg[t]en, was da eigentlich alles dahinter steck[e]“ (8d), sei schade. Es sei ein „blödes Gefühl“ (7d), dass man erst wieder im Krankenhaus sein müsse, um Hilfe zu erhalten.

Für Patienten, die Struktur in Form von Arbeit (1s) oder Freundeskreis (3s) hätten, sei das Programmende weniger schlimm (3s) gewesen. Wenn man jedoch niemanden habe und allein sei, falle man womöglich in ein Loch (3s). Eigenständiges Aufbauen einer Tagesstruktur sei dann wichtig, schließlich könne „ja niemand verlangen [...], dass die Krankenkasse alles zahl[e]“ (3s). Vielmehr gebe ihm das Programmende nun die Möglichkeit, so ein Patient, sich „mal wieder mit [s]einem Leben so richtig befassen“ (3s). Auch andere sahen sich nach einer ersten Phase der Resignation in der Verantwortung, nun selbst „alles hinzukriegen“ (7d, 8d).

Eine Interviewteilnehmerin, die ihre Programmteilnahme aufgrund der Krankenkasse hatte einstellen müssen, wurde fälschlicherweise innerhalb einer Gruppe freiwilliger Abbrecher interviewt. Auf Nachfrage erklärte sie, sich zum Zeitpunkt ihres Programmendes so gesund gefühlt zu haben, dass sie das Programmende akzeptiert habe.

B) *Leben der unfreiwilligen Abbrecher seit Programmende*

Nach dem Abbruch habe er richtig gemerkt, dass das Programm ihm gefehlt habe, erzählte ein Teilnehmer (4s), einige Patienten hätten nach Programmende wieder tagklinische Aufenthalte (4s) oder Psychologengespräche (7d) benötigt. Es sei am Anfang nicht einfach gewesen, ohne das Programm zurecht zu kommen (8d), zum Teil sei es den Patienten nach Programmende „definitiv nicht gut“ (7d, 6d) gegangen. Obwohl er eine „schlimme Phase“ zwar habe überwinden können, so ein Patient, wäre es mit dem Programm als Anlaufstelle sicher einfacher gewesen (6d). Gerade jetzt bemerke sie eine erneute Verschlechterung der Gesundheit, schilderte eine Teilnehmerin, „da wäre es [...] schön, wenn man das [das Programm für seelische Gesundheit, Anm. d. Aut.] hätte, um nicht in irgendeiner Klinik zu landen“ (7d).

Manche Teilnehmer erklärten dagegen, ihr Leben und ihre Krankheit hätten sich kaum verändert, da sie gelernt hätten, wie wichtig es sei, sich außerhalb der IV eine Struktur im Leben aufzubauen (1s). Ein anderer Patient (3s) erzählte, seine Erkrankung habe sich zwar kurzzeitig verschlechtert, dennoch könne er nun selbstbewusster auftreten, und sei weiterhin in seinem sozialen Umfeld gut eingebunden. Eine Teilnehmerin habe sich zwar bei Programmende schon gesund (Äd) gefühlt, erklärte aber, auch heute noch vom Programm zu zehren.

Eine Patientin überlege aktuell, die Krankenkasse zu wechseln, um wieder am Programm teilnehmen zu können. Viele ehemalige Teilnehmer hätten zum Zeitpunkt des Programmendes jedoch nicht die „Kraft“ (7d) gehabt, die Krankenkasse zu wechseln, um die Teilnahme zu verlängern (7d, 8d). Weil sie mit ihrer Krankenkasse ganz zufrieden gewesen sei, sei es ihr das dann doch nicht wert gewesen, so eine Teilnehmerin, dass sie diese wechsele (8d).

3.2.4.4 Verbesserungsvorschläge und Zukunftswünsche

Obwohl Wünsche und Verbesserungsvorschläge der Patienten für die Zukunft der IV schon in den obigen Punkten (Erleben, Bewertung, Compliance, Abbruch) enthalten sind, sollen die wichtigsten Punkte erneut hier Erwähnung finden.

Einer der wichtigsten Kritikpunkte war der häufige Wechsel des IV-Arztes. Viele Patienten wünschten sich einen konstanten Arzt in der IV, zu dem ein dauerhaftes Vertrauensverhältnis aufgebaut werden könne. Auf dem Weg dahin könne als erster Schritt eine

transparentere Gestaltung der Arztwechsel stehen, um den Patienten die Umstellung auf einen neuen Arzt zu erleichtern.

Ein anderer wichtiger Aspekt war das rückläufige Kursangebot. Die Patienten bedauerten besonders den Rückgang von Kursen wie der Kunst- oder Musiktherapie und des Wochenendprogramms sowie die Einsparungen an dieser Stelle. Die Teilnehmer wünschten sich zudem mehr Abwechslung im Kursangebot, beispielsweise mehr Angebote zum Thema Entspannung. Auch die Kurszeiten waren nicht für alle Teilnehmer gleichermaßen optimal, manche Teilnehmer fragten nach früheren, späteren oder längeren Kursen. Viele Interviewteilnehmer baten um eine häufigere Aktualisierung des Kursplanes sowie allgemein um mehr Information zu stattfindenden Kursen, beispielsweise über eine monatliche Rundmail an die Programmteilnehmer.

Wichtig war den Teilnehmern eine Vermittlung ins Klinikum rechts der Isar durch die IV in Notsituationen, einige gaben diesen Umstand als wichtigsten Teilnahmegrund an.

In einer Gruppe wurde besonders die Notwendigkeit einer vermehrten Öffentlichkeitsarbeit des Programms zur Akquise neuer Patienten angesprochen.

Ein Programmteilnehmer stufte die proaktive Hilfestellung durch die Mitarbeiter der IV als nicht ausreichend ein.

Vereinzelt wurde der Wunsch nach Verschreibung der Medikamente in der IV, nach längeren Arztgesprächen, einem speziellen „Mütter-Angebot“ oder einer kompetenteren Anleitung in den Kursen angeführt. Es fielen verschiedene Vorschläge, wie zum Beispiel der eines „Stammtisches“ oder einer an die IV angeschlossenen „Krisen-WG“.

Einige Interviewteilnehmer gaben auf konkrete Nachfrage aber auch an, keine Verbesserungsvorschläge zu haben, das Programm laufe gut so und man wolle kein anderes haben.

3.3 Qualitative Auswertung, Teil II: Mitarbeiter der IV und niedergelassene Psychiater

Sowohl den Mitarbeitern der IV als auch den niedergelassenen Psychiatern wurde zu Beginn des Interviews eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Patienteninterviews vorgestellt, um einen Einstiegsstimulus zu bieten und beiden Gruppen die Möglichkeit zu geben, auf die Aussagen der Programmteilnehmer zu reagieren.

Es konnten sowohl im Interview der Mitarbeiter als auch der Niedergelassenen neun ähnliche Hauptthemen identifiziert werden, sodass eine direkte Gegenüberstellung dieser Themenkomplexe sinnvoll erschien.

Als Hauptthemen konnten das Erleben der IV aus Sicht der Mitarbeiter und Niedergelassenen, der Nutzen der IV für die Patienten, die Rolle des IV-Arztes, die Organisation der Kursangebote, die Vorschaltfunktion im Programm, Compliance und Rückfallschutz der Patienten, die Rekrutierung von Patienten, der Themenkomplex „Krankenkassen“ sowie „Finanzierung des Programms“ und die Zusammenarbeit zwischen der IV und den niedergelassenen Psychiatern identifiziert werden.

Die Hauptthemen werden im Folgenden dargestellt, Mitarbeiter wurden mithilfe römischer Ziffern von I bis VI, Niedergelassene mithilfe römischer Ziffern von VII bis XI anonymisiert.

3.3.1 Erleben der IV aus Sicht der Mitarbeiter und Niedergelassenen

Die Mitarbeiter der IV schilderten die IV als „fantastisches“ Programm, von dem viele Patienten profitieren könnten (III, VI). Arbeitsklima und Atmosphäre seien angenehm, sodass man sich als Mitarbeiter wohl fühlen könne (III). Viele betonten die „große Freiheit zur Gestaltung“ (VI), die sie in der IV hätten. Man könne eigene Ideen einbringen und viele Dinge umsetzen, die einem wichtig seien (III). Gelegentlich fehle eine „Supervision“ (III), merkte ein Teilnehmer an, die gerade bei schwierigen Patienten einiges an Belastung wegnähme.

Die meisten Mitarbeiter erläuterten außerdem, durch ihre Arbeit im PSG das Gefühl zu haben, etwas Sinnvolles zu tun. Da man hier Dinge anbieten könne, die den Leuten wirklich etwas brächten, nehme man „das Andere“ (IV) (siehe vor allem 3.3.8) dann in

Kauf. Gerade wenn man im Kontakt mit lang bekannten Patienten miterlebe, wie es diesen besser gehe, merke man, wie positiv die eigene Arbeit sei (V). Wären nicht so viele Mitarbeiter „mit Herzblut dabei“ (II), so gebe es das Programm wohl schon lange nicht mehr, vermutete eine Interviewteilnehmerin.

Die meisten Niedergelassenen zeigten sich überzeugt, dass das Programm ein gutes Konzept (VIII, IX) sei. Man erlebe es als hilfreiches, unterstützendes Angebot für die Patienten, habe sich aber auch selbst von den Kollegen der IV „unterstützt gefühlt“ (X), beispielsweise was die Kooperation in Krisenfällen angegangen sei. Die Vorteile des Programmes („insbesondere die ärztliche Expertise“ (X)) sehe man schon deutlich überwiegen, auch wenn für viele unklar sei, wie die Zukunft des Programms aussehe. Manche Niedergelassenen gaben an, den Eindruck zu haben, „das Ganze [laufe] jetzt aus“ (XI).

3.3.2 Nutzen der IV für die Patienten

Die Mitarbeiter der IV nannten verschiedene Punkte, von denen die teilnehmenden Patienten aus ihrer Sicht profitieren könnten. Zum einen habe man im PSG viel Zeit für die Patienten, welche man in einer psychiatrischen Praxis vermutlich in dem Ausmaß nicht habe. Man könne sogar „nach Hause fahren zum Patienten und [...] sich die häusliche Situation anschauen“ (I). Dieses spezielle Engagement sei für die Teilnehmer sehr hilfreich und werde auch entsprechend gewürdigt. Kleinere Krisen könne man auch telefonisch abfangen, schließlich sei die IV für die Patienten telefonisch immer zu erreichen. Von Vorteil sei auch die schnelle Terminvergabe (III). Die Patienten hätten so das Gefühl, dass einfach jemand da sei, wenn man jemanden brauche.

Der Zeitfaktor in der IV sei auch gerade deswegen so wichtig, weil es hier die Möglichkeit für die Patienten gebe, sich in Ruhe auszusprechen. Gerade psychiatrischen Patienten fehle oft ein intaktes soziales Umfeld, viele hätten „massive soziale Ängste“ (III), seien vereinsamt und wünschten sich jemanden, der ihnen zuhöre. Im PSG könnten die Patienten soziale Beziehungen pflegen, sie bekämen Anerkennung, Bestätigung und positives Feedback (III), was dabei helfen könne, Rückfälle zu verhindern. Die Patienten fühlten sich hier sicher und geborgen und könnten so den Umgang mit anderen üben, weil sie wüssten, dass immer einer der Mitarbeiter dabei sei, der darauf achte, dass keiner „verletzt“ (IV) werde. Über die Zeit baue sich zwischen den Patienten und den Mitarbeitern ein Vertrauensverhältnis auf. Vor dem Hintergrund, dass Vertrauen ein

entscheidender Faktor im Konzept der IV sei, sei auch die Kritik am häufigen Arztwechsel nachvollziehbar. Eine der Grundideen des Programmes fuße auf diesem Vertrauenskonzept: dadurch, dass die Patienten Vertrauen zu den Mitarbeitern hätten, meldeten sie sich schneller, wenn es ihnen schlecht gehe. So könne man schon frühzeitig verhindern, dass jemand in eine Krise rutsche. Insgesamt sei das Programm für viele Patienten ein „*Rückzugsort*“ und ein „*Rettungsanker*“ (I).

Auch vom vielfältigen Gruppenangebot der IV profitierten die Patienten. Dieses biete nicht nur Raum für Austausch und soziale Kontakte, sondern fördere auch die Aktivität und die Therapieadhärenz der Patienten. Dennoch seien eineinhalb Jahre Therapie in der IV, wie vertraglich festgelegt, zu kurz, um einen echten Effekt zu erzielen (VI). Die Mitarbeiter der IV wünschten sich, dass das weit verbreitete „*Effizienzdenken*“ (IV) dem Verständnis dafür weiche, dass es bei den meisten seelisch erkrankten Menschen lange Zeit brauche, bis sie wieder „gesund“ würden. Über einen langen Zeitraum hinweg allerdings könne man viele Patienten „*mit wenigen Maßnahmen sehr gut stabilisieren*“ (VI).

Aus Sicht der Patienten stünden vor allem die Kursangebote und die sozialpädagogische Unterstützung im Vordergrund, vermuteten die Niedergelassenen. Das Programm habe sehr viel Unterschiedliches geboten, sowohl für schwerer erkrankte Patienten, die sehr viel „*Basales*“ (VIII) bräuchten wie etwa eine gute sozialpädagogische Betreuung, als auch für Patienten, die eher eine „*Freizeitstrukturierung*“ (VIII) benötigten. Das Programm habe dadurch eine breite Einsatzmöglichkeit.

Manche niedergelassenen Psychiater berichteten hingegen, die Gruppenkurse seien aus ihrer Sicht „*hinten runtergefallen*“ (IX) viel wichtiger seien die Arztgespräche und die sozialpädagogische Unterstützung im Programm. Das Programm sei eine zusätzliche fachärztliche Begleitung (X) für die Teilnehmer gewesen. Gerade da ausführliche Patientengespräche in der Praxis nur begrenzt möglich seien, sei es nützlich, dass sich Patienten zur Krisenintervention an die IV wenden könnten (VII). Im Großen und Ganzen seien die Rückmeldungen positiv gewesen, die Patienten hätten das Programm als zusätzliche Unterstützung empfunden. Das Programm sei hilfreich, um für die Patienten „*das ambulante Netz ein bisschen enger zu knüpfen*“ (IX).

3.3.3 Relevanz eines gleichbleibenden IV-Arzt

Der Arzt als Case-Manager spiele nach Ansicht der Mitarbeiter der IV eine wichtige Rolle im Programm für seelische Gesundheit. Wenn die Patienten das Programm besuchten, dann seien sie in erster Linie beim Case-Manager respektive Arzt, und auch das Kernvertrauen der Patienten liege dort. Deshalb sei ein kontinuierlicher Arzt sehr wichtig, das Thema der häufigen Arztwechsel sei auch für die Mitarbeiter der IV ein schwieriges und die Kritik der Patienten daran durchaus nachvollziehbar. Man habe deswegen wohl *„tatsächlich einige Patienten unterwegs verloren“* (VI). Der Grund für den häufigen Arztwechsel liege unter anderem im Konzept des „Rotationsprogrammes“ als Teil der Facharztausbildung. Die Patienten bemerkten *„jedes Berufsjahr eines [...] Arztes nach zwei Sätzen“* (I), und auch die Kommunikation mit den niedergelassenen Kollegen verlaufe eher auf Augenhöhe, wenn der ärztliche Case-Manager in der IV bereits einige Jahre Berufserfahrung habe. Sogar die Motivation der Niedergelassenen, neue Patienten für das Programm zu rekrutieren, sei dann höher, vermutete ein Mitarbeiter (I).

Demgegenüber wurde die Rolle des Arztes bzw. Case-Managers der IV im Interview mit den Niedergelassenen nur am Rande angesprochen. Für viele Patienten sei es wichtig, in der IV einem bereits bekannten und erfahrenen Arzt gegenüber zu sitzen. Dementsprechend seien einerseits die häufigen Arztwechsel hinderlich, was das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient angehe, zum anderen wirke ein Arzt, der Erfahrung ausstrahle, auch Compliance fördernd auf die Patienten.

3.3.4 Organisation der Kursangebote

Als Reaktion auf die Zusammenfassung der Patienteninterviews äußerten sich die Mitarbeiter der IV unter anderem zu organisatorischen Aspekten bezüglich des Kursangebots. Beispielsweise habe man sich mit der Terminplanung viel Mühe gegeben, wiesen die Mitarbeiter (IV) Kritik der Patienten zurück, sodass sowohl sozialpädagogische Sprechstunden als auch einige Gruppen stets abends stattfänden.

Was den Rückgang von Kursangeboten angehe, so seien manche Kurse einfach finanziell nicht mehr möglich gewesen. Allerdings, betonte eine Mitarbeiterin (VI), gebe es nicht weniger Kurse als früher, sondern lediglich andere, die jedoch genauso hochwertig seien. Die Mitarbeiter könnten die Spekulationen der Patienten um die Kursabschaffung

gen nicht nachvollziehen, schließlich seien die Gründe dafür klar kommuniziert worden. Dennoch sei die Änderung des Kursangebots sicher ein Grund gewesen, warum viele Patienten nicht mehr so häufig oder gar nicht mehr gekommen seien.

Auch die Organisation der Kurse gestalte sich oft schwierig. Eine adäquate Termincompliance sei bei psychiatrischen Patienten oftmals nicht gegeben. Dies zeige sich etwa im großen Aufwand bei der Rekrutierung von Patienten für Kurse: man sei dabei „*wochenlang beschäftigt*“ und müsse immer wieder „*alle durchtelefonieren*“ (III), um die Patienten zu motivieren. Trotzdem liege die „Dropout-Rate“ häufig noch bei „*mindestens 50 Prozent*“ (III). Mit einer schriftlichen Zusicherung der Kursteilnahme durch die Patienten versuche man, dem entgegenzuwirken.

Demgegenüber sprachen die Niedergelassenen nur den Rückgang von Kursen an. Die Patienten hätten mitunter berichtet, dass die Angebote weniger geworden seien und sie dies bedauerten. Er sei sich dadurch schon längere Zeit nicht mehr sicher, so einer der niedergelassenen Psychiater, ob das Programm nicht „*am Einschlafen*“ (VII) sei. Für Teilnehmer, denen die abgeschafften Kurse wichtig gewesen seien, schmälere dies auch die Attraktivität des Programmes.

3.3.5 Vorschaltfunktion

Hilfreich sei für die Patienten die Vorschaltfunktion der IV (I). Durch das gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Mitarbeitern könnten gesundheitliche Verschlechterungen frühzeitig erkannt und dann adäquat darauf reagiert werden. Im Falle einer notwendigen stationären Behandlung könne den Patienten aufgrund der engen Kommunikation mit dem Haupthaus der psychiatrischen Abteilung im Klinikum rechts der Isar der Aufwand erspart werden, erst die Notaufnahme einer anderen Klinik aufsuchen zu müssen, was für die meisten Patienten „*schwierig*“ und „*stigmatisierend*“ (I) sei. Die Mitarbeiter der IV äußerten sich darüber hinaus zum „Vorwurf“ eines Patienten, ihm sei eine stationäre Aufnahme verweigert worden: dass einem Patienten in schlechtem gesundheitlichem Zustand die notwendige Hilfe verwehrt worden sei, sei nicht erinnerlich. Es sei jedoch vorgekommen, dass Programmteilnehmer eine stationäre Aufnahme erbeten hätten, um versorgt zu sein, wenn etwa der Partner auf Kur sei – dies sei natürlich eine „*schwierige Indikation*“ (VI), in solchen Fällen sei eine stationäre Aufnahme abgelehnt worden.

Auch die niedergelassenen Psychiater schätzten die Möglichkeit der Krisenintervention in der IV als hilfreich (IX) ein. Die Tatsache, dass Patienten in Krisensituationen in der IV einen Ansprechpartner und im Notfall sogar „eine Chance auf eine stationäre Aufnahme im rechts der Isar“ (IX) hätten, sei ein Grund für die Niedergelassenen, ihre Patienten zu motivieren, im Programm zu bleiben. Auch für viele Teilnehmer sei dieser Umstand einer der Gründe, weiterhin am Programm teilzunehmen.

3.3.6 Förderung von Compliance und Rückfallschutz der Patienten

Was die Complianceförderung angehe, so habe man in der IV „ein wahnsinniges Potential an Kompetenzen“ (III), erläuterte einer der Mitarbeiter. Jahrelang habe man sich innerhalb eines „Complianceteams“ intensiv Gedanken gemacht, wie man die Compliance der Teilnehmer in allen möglichen Bereichen fördern könne – im Moment sei jedoch die Weiterentwicklung in diesem Bereich angesichts der finanziellen und damit auch personellen Ressourcen erschwert. Compliance fördernd seien für Patienten zum Beispiel soziale Kontakte und aktivierende Gruppenunternehmungen, was sich im breiten Gruppenangebot der IV niedergeschlagen habe. Problematisch, gerade bei psychiatrischen Patienten, sei allerdings die Termincompliance. So könne zum Beispiel nicht von einer zuverlässigen Teilnahme der Patienten an den Angeboten ausgegangen werden. Die Patienten würden die Termine vergessen oder sagten sie kurzfristig ab, was auch aus finanzieller Sicht ungünstig für das Programm sei, schließlich müssten Räume und Mitarbeiter trotzdem bezahlt werden (siehe auch 3.3.8 „Krankenkassen und Finanzierung des Programms“). Um dem entgegenzuwirken, sei es im Programm gängige Praxis, die Patienten am Tag vor einem Termin oder Kurs anzurufen, um sie zu erinnern.

Die Mitarbeiter sprachen außerdem über die medikamentöse Compliance der Patienten. Warum sie täglich Medikamente nehmen müssten und wie das mit ihrer Krankheit zusammenhänge, bespreche sie häufig und ausführlich mit den Patienten, erläuterte eine Mitarbeiterin (IV). Dass die Patienten den Sinn ihrer Tabletteneinnahme einsähen, sei wichtig und daher immer wieder Thema. Daher frage sie im Rahmen der Gruppenangebote regelmäßig nach, wie es mit den Medikamenten laufe, ob die Tabletteneinnahme konsequent erfolge oder ob es Probleme gebe. Auch ein Teil der Psychoedukation sei intensiv den Medikamenten gewidmet.

Auch wenn es die Patienten vielleicht selbst nicht bemerkt hätten (VI), sei das Programm angesichts der großen Anzahl an Rückfällen und stationären Aufenthalten, die innerhalb der letzten Jahre hätten vermieden werden können, hinsichtlich der Complianceförderung sehr erfolgreich gewesen.

Aus Sicht der Niedergelassenen sei die IV „*absolut Compliance fördernd*“ (IX). Die ohnehin geringe Dropout-Rate an Patienten begründe sich am ehesten in der Verbesserung der Stabilität der Teilnehmer, die dann das Gefühl hätten, die IV nicht mehr zu brauchen. Auch die forcierte Arbeit an der Medikamentenadhärenz der Teilnehmer sei effektiv. Der Umgang mit dem Thema Medikation in der IV sei „*angemessen*“, waren sich die Niedergelassenen einig (VIII, X).

Nichtsdestotrotz erreiche man „*den schwierigsten Patientenkreis [...] auch mit dem Programm nicht*“ (VIII). Patienten mit großen Complianceproblemen im Programm zu halten, sei schwer (X) – für die meisten anderen sei das Programm aber durchaus hilfreich. Auch der Kontakt zu einem erfahrenen Arzt in der IV wirke auf viele Patienten Compliance fördernd.

3.3.7 Schwierigkeit der Rekrutierung von Patienten

Die Rekrutierung von Programtteilnehmern sei für alle Beteiligten schwierig (VI). Da es leider nicht gelungen sei, die großen gesetzlichen Kassen zu akquirieren, sei es aufwendig, aus den wenigen beteiligten Krankenkassen die passenden Patienten zu selektieren. Die Rekrutierung von Patienten von den psychiatrischen Stationen des angegliederten Haupthauses funktioniere nicht gut, man habe das Programm dort „*einfach [...] nicht mehr so im Blick*“ (II). Die niedergelassenen Psychiater wären vermutlich motivierter, was die Rekrutierung von Patienten angehe, wenn sie im Programm einen langjährigen Kollegen stationiert wüssten – auch in dieser Hinsicht sei der häufige Arztwechsel ein wichtiges Thema.

Im Interview mit den niedergelassenen Psychiatern waren die Selektion und Rekrutierung von Patienten eines der vorherrschenden Themen. Zuallererst sei es schwierig, in Frage kommende Patienten zu identifizieren, schließlich seien nur wenige Krankenkassen an das Programm angeschlossen. Einerseits vereinfache die breit gefächerte Indikation, mit der Patienten ins Programm eingeschlossen werden könnten, die Rekrutierung, andererseits sei es dadurch auch schwierig zu „*greifen*“, auf welche Klientel das Pro-

ogramm wirklich zugeschnitten sei (X). Unter den vielen vorhandenen IV-Projekten mit unterschiedlichen Einschlusskriterien habe man leicht den Überblick verloren. Daneben liege die Rekrutierung von Patienten für ein IV-Projekt „*außerhalb des Rahmens*“ (VIII) des Sprechstundenablaufs in der psychiatrischen Praxis, sodass man die IV einfach nicht „*auf dem Schirm*“ habe (X, XI). Eine regelmäßige Erinnerung durch die IV könnte also hilfreich sein, auch Infoabende für noch nicht eingeschlossene Patienten seien sinnvoll (XI). Schließlich sei es oft nicht nur „*mühsam*“ (IX), herauszusuchen, welche Krankenkassen gerade am Programm beteiligt seien, sondern auch, Patienten zur Teilnahme am Programm zu motivieren. Weniger compliant Patienten seien besonders schwer zu motivieren, wobei gerade dann die zusätzliche Patientenbetreuung in der IV eine Unterstützung für die Niedergelassenen darstelle – daher bemühe man sich besonders, solche Patienten zur Programmteilnahme zu bewegen.

Den Patienten einfach einen Flyer der IV in die Hand zu drücken mit der Bitte, sich selbst um den Programmeinschluss zu bemühen, vereinfache zwar die Rekrutierung deutlich, verlaufe jedoch oft „*im Sande*“ (IX). Auch andere Lösungsvorschläge zur Erleichterung der Patientenrekrutierung wurden gemacht: würden beteiligten Krankenkassen ihre Patienten auf das Programm hinweisen, so müssten diese sich nur noch melden, was zu einer Erhöhung der Einschlussrate führen könne (X, VIII).

Auch die Öffentlichkeitsarbeit des Programms wurde angesprochen – sie bräuchten „*irgendwas an der Hand*“ (VII), um das Programm zu „verkaufen“, betonten die Niedergelassenen. Es gebe für die IV „*kein einheitliches Auftreten, [...] keine Farbe*“ (VII), dadurch sei es offensichtlich, dass „*sich niemand jemals darum Gedanken gemacht*“ (VII) habe. Auch der Internetauftritt sei nur sehr klein, ansprechende Flyer gebe es zwar, diese seien jedoch veraltet (IX) und nur noch in geringen Stückzahlen verfügbar. Im Hinblick auf eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit sei es wichtig, das Programm durch aktives, offensives und optimistisches (X) Auftreten nach außen hin zu verkörpern, was in den letzten Jahren gefehlt habe.

3.3.8 Krankenkassen und Finanzierung des Programms

Eines der vorherrschenden, emotional aufgeladenen Themen im Interview mit den Mitarbeitern des Programms für seelische Gesundheit war die Finanzierung des Programms in Zusammenhang mit den beteiligten Krankenkassen. Von großer Problematik sei die Tatsache, dass nur wenige Krankenkassen als vertragliche Partner des Programms zur

Verfügung stünden. Die geringe Unterstützung durch die Krankenkassen, vor allem was die finanzielle Situation angehe, limitiere die Möglichkeiten der IV. Früher sei eine bessere Finanzierung des Programms möglich gewesen, nun reiche das Budget nicht aus, um Räume und Mitarbeiter für aufwendige, kostenintensive Gruppenangebote wie Kunst- oder Musiktherapie zu bezahlen. Viele Kurse würden sogar aus eigener Tasche angeboten, erzählten die Mitarbeiter. Man biete die Kurse aber dennoch an, weil man wisse, dass es für den Erfolg des Programms nötig sei, erklärte eine der Mitarbeiterinnen (VI). Viele Ideen seien momentan trotzdem nicht umsetzbar und viel Potential nicht ausschöpfbar, weil die finanziellen Möglichkeiten fehlten. Dennoch probiere man immer wieder neue Angebote aus. Darüber hinaus sei man aufgrund der finanziellen Limitationen auch räumlich sehr beengt, sodass etwa Yoga-Übungen im Liegen nicht möglich seien (IV). Die Unterstützung durch zusätzliche Krankenkassen könne zudem die Rekrutierung von Patienten vereinfachen, wobei eine größere Patientenzahl auch die Qualität der Kurse verbessern könne. Neben den schwierigen strukturellen Bedingungen (III) sei auch eine bessere Vergütung wünschenswert.

Man wünsche sich daher, fasste eine Mitarbeiterin (VI) zusammen, mehr Krankenkassen für die Zusammenarbeit mit der IV gewinnen zu können.

Angesprochen wurde auch die Tatsache, dass manche Krankenkassen ihre Beteiligung am Programm plötzlich beendet hätten – warum manche Kassen lange zahlten und manche plötzlich nicht mehr, sei den Mitarbeitern oft ein Rätsel. Verschiedene Ursachen wurden diskutiert. Zum einen ende die Programmbeteiligung einer Krankenkasse oft nach Fusion mit einer anderen Kasse. Auch ein Wechsel des zuständigen Sachbearbeiters innerhalb einer Krankenkasse wurde als ursächlich angeführt.

Dass man den Krankenkassen Belege für den Erfolg des Programms und die damit verbundenen langfristigen Kosteneinsparungen bieten müsse, sei den Mitarbeitern bewusst (I). Ohne eine Argumentationsgrundlage werde das Programm nicht überzeugen können und damit nicht überleben. Da jedoch erste Nachweise für die positiven ökonomischen Effekte des Programms bereits vorlägen, sei es für die Mitarbeiter nicht nachvollziehbar, warum die Beteiligung der Krankenkassen dennoch abnehme (III).

Die Hoffnung, wieder vermehrt Krankenkassen für das Programm gewinnen zu können, sei für die Mitarbeiter aber auch Motivator für die tägliche Arbeit.

Die niedergelassenen Psychiater hätten von den Finanzierungsschwierigkeiten des Programms gehört. Obwohl das Programm anfangs gut gelaufen sei, habe man einen Rückgang der Patientenzahlen bemerkt. Auch unter den Patienten habe es eine gewisse Unsi-

cherheit gegeben, wie lange das Programm noch existiere (VIII). Man habe das Gefühl, dass das Programm „*auslaufe*“ (X), was angesichts mangelnder Ressourcen nachvollziehbar sei. Speziell der Umstand, dass die anfänglich von den Krankenkassen übernommenen Fahrtkosten irgendwann von den Patienten selbst hätten getragen werden müssen, sei für manche Teilnehmer ein finanzielles Problem gewesen. Für manche Patienten habe dies den Abbruch der Programmteilnahme bedeutet.

Die Niedergelassenen deuteten an, sich zum Weiterbestehen des Programms für seelische Gesundheit Gedanken zu machen und zeigten Interesse an einem Fortbestehen des Programms. Allerdings sei es nicht selbstverständlich, dass die Krankenkassen das PSG immer noch unterstützten – es sei ein Problem vieler IV-Projekte, dass die Kassen die Finanzierung irgendwann einstellten, auch wenn die Programme gut liefen.

3.3.9 Zusammenarbeit zwischen IV und Niedergelassenen

Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen IV und Niedergelassenen wurde von den Mitarbeitern unterschiedlich bewertet, je nach Praxis sei diese stets positiv oder manchmal auch „*mau*“ (II, VI), auch weil die Kommunikation schwierig sei. Anstatt der Korrespondenz per Fax gaben die Mitarbeiter an, eine persönliche telefonische Kommunikation zu bevorzugen, die zwar aufgrund der Modalitäten des Praxisbetriebs nicht immer ganz einfach zu bewerkstelligen, aber dann meist positiv sei (VI, I). Da die schriftliche Kommunikation sowohl formal als auch inhaltlich verbesserungswürdig sei, habe man sich bereits über eine „*ansprechendere Form*“ (I) des schriftlichen Austausches Gedanken gemacht.

Innerhalb der Zusammenarbeit zwischen IV-Arzt und Niedergelassenen ergebe sich eine bestimmte Rollenverteilung: Die Behandlungshoheit liege vertraglich geregelt beim niedergelassenen Psychiater, vor allem was die Verordnung der Medikation angehe, betonte eine Mitarbeiterin (VI). Es erfolge zwar eine Rücksprache zwischen beiden Parteien, aber kein Eingreifen in die Behandlung von Seiten des IV-Arztes. Der IV-Arzt habe vielmehr die Rolle eines Case-Managers, mit der sich aber nicht alle IV-Ärzte hätten identifizieren können. Dennoch habe er bisweilen das Gefühl einer „*Patt-Situation*“ (I), erklärte einer der IV-Ärzte, denn eine therapeutische Beziehung zum Patienten bestehe zweifelsohne. Dass man einerseits unterstützend eingreifen wolle, ohne andererseits die Fachkompetenz der Niedergelassenen anzugreifen zu wollen (I), sei eine para-

doxe, aber unumgängliche Situation. Patienten mit „*Beziehungsstörungen*“ (I) profitierten allerdings von einer konsequenten und transparenten Rollenverteilung.

Die IV-Ärzte erklärten, ihre Aufgabe vermehrt in der Bestärkung der Patienten zu sehen, dass die vom Niedergelassenen verschriebenen Medikamente sinnvoll ausgesucht seien. Man ermuntere die Patienten, Probleme mit der Medikation aktiv beim Niedergelassenen anzusprechen und sehe die Patienten so auch als eine Art Medium zum Überbringen von Botschaften, erklärten die IV-Ärzte.

Von den Niedergelassenen hätten sich die Mitarbeiter der IV bisweilen einen besseren Informationsaustausch gewünscht – so habe man beispielsweise von geplanten Interventionen wie etwa Reha-Aufenthalten der Patienten erst recht kurzfristig durch die Patienten selbst erfahren, was die Organisation von Gruppenkursen erschwert habe.

Mit Unverständnis reagierte eine Mitarbeiterin auf das Unwissen der Patienten bezüglich des Informationsaustausches zwischen IV und Niedergelassenen: die Patienten würden bei Programmeinschluss dazu aufgeklärt, vergäßen aber vermutlich viele der Informationen wieder und fragten auch nicht erneut nach

Die interviewten Niedergelassenen gaben an, die IV als gleichwertige Partner zu erleben, und nicht etwa als Konkurrenz zur niedergelassenen Versorgung (VIII). Dabei spiele auch die schon lang bestehende gute Kooperation zwischen der psychiatrischen Abteilung der Klinik rechts der Isar und den Niedergelassenen eine Rolle. So seien die Niedergelassenen schon während der Entwicklung des Konzeptes für das IV-Programm mit einbezogen worden, was „*keineswegs Usus*“ (VIII) sei.

Der Kontakt mit den Ärzten der IV funktioniere sehr gut (IX), berichteten die interviewten Niedergelassenen. Durch die gute Kooperation habe man sich als Niedergelassener unterstützt gefühlt, man spreche die „gleiche Sprache“ und müsse daher „*nicht lang rumreden*“ (X). Trotzdem würde man häufigere Rückmeldungen über das „übliche“ Fax hinaus begrüßen (VIII, X, XI). Da man jedoch auch Verständnis für die Frustration der IV-Mitarbeiter aufgrund der schwierigen telefonischen Erreichbarkeit habe, sei das Fax für viele das unkomplizierteste Kommunikationsmedium. In kritischen Situationen sei ein Telefonat allerdings hilfreicher (IX).

Auch eine etwa halbjährliche Erinnerung an die einzelnen Bausteine des Programms könne hilfreich sein, um die IV im Kopf zu behalten und sie auch potenziellen Patienten „*schmackhafter*“ (XI) machen zu können (siehe auch 3.3.7 „Schwierigkeit der Rekrutierung von Patienten“).

Was die Therapieplanung der Patienten angehe, so sei es wichtig, „*dass die medikamentöse Therapie in einer Hand bleib[e]*“ (IX), sonst spielten einen die Patienten gegeneinander aus. Man könne sich jedoch mit dem Case-Manager der IV beraten und absprechen: oft lernten die Mitarbeiter der IV den Patienten in größerem Umfang und in anderen Situationen kennen und könnten somit wichtige Informationen beisteuern – solange in der IV keine Umstellung der Medikation erfolge.

Der mit der IV verbundene bürokratische Aufwand sei für die niedergelassenen Psychiater zudem deutlich geringer als für andere IV-Projekte (IX) und auch die „*Honorierung*“ sei dem Aufwand angemessen (X).

3.4 Qualitative Auswertung, Teil III: Angehörige

Auf eine Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Angehörigeninterviews wird in dieser Arbeit verzichtet. Grund dafür sind einerseits die Rekrutierungsschwierigkeiten, die lediglich ein Interview mit vier Angehörigen erlaubt hatten. Andererseits konnten die interviewten Angehörigen kaum Angaben zum Programm machen, sodass wir uns entschlossen, angesichts der Fülle der im Rahmen der Studie gewonnenen Informationen auf eine fünfte Sichtweise des Programmes zu verzichten.

4 Diskussion

In dieser Studie wurde das Programm für seelische Gesundheit (Integrierte Versorgung) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München aus Sicht eingeschlossener und ehemaliger Patienten, der Mitarbeiter und beteiligter niedergelassener Psychiater untersucht. Es bestehen bereits quantitative Auswertungen des hier untersuchten Versorgungsprogramms, unter anderem zu den Themen „Vermeidung stationärer Aufenthalte“ (Hamann et al., 2014), und „Patientenzufriedenheit“ (Spill, Beitinger, Kissling, & Hamann, 2013). Obwohl Ähnlichkeiten zu verschiedenen anderen Integrierten Versorgungsprogrammen bestehen, so ist das Programm für seelische Gesundheit dennoch in der vorliegenden Form einzigartig.

4.1 Erleben des Programms

4.1.1 Soziale Kontakte, Aktivitäten und Struktur

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Teilnehmer des Programms für seelische Gesundheit durch dieses eine Bereicherung ihres Alltags erlebten, indem sie Kontakte pflegen konnten, aktiver wurden und eine Struktur im Alltag erfahren konnten. Grundpfeiler in der Behandlung psychiatrischer Patienten stellen unter anderem das Schaffen einer stützenden Tagesstruktur sowie die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten dar. Das Bedürfnis nach sozialen Kontakten und regelmäßigen gemeinsamen Aktivitäten ist bei psychiatrischen Patienten zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus einer psychiatrischen Station besonders hoch und darüber hinaus oftmals ungedeckt (Bäuerle, 2012). Das Schaffen von Beschäftigung und einer Tagesstruktur hat großen Einfluss sowohl auf die Lebensqualität als auch damit einhergehend auf den Rückfallschutz der Patienten, auch vor dem Hintergrund der hohen Arbeitslosigkeit bei an Schizophrenie erkrankten Menschen, die zu einer mangelnden Beschäftigung über den Tag hinweg führt (Wancata, Gasselseder, & Müller, 1994). Das Programm für seelische Gesundheit ermöglicht es den Teilnehmern, ihren Alltag sinnvoll zu strukturieren und sorgt für Regelmäßigkeit und Struktur. Für Menschen mit dem Krankheitsbild einer schizophrenen Psychose sind Planungsdefizite charakteristisch (Klingberg & Buchkremer, 2009), auch in der Therapie schwer depressiver Patienten ist die Schaffung

einer aktivierenden Tagesstruktur ein wichtiger Aspekt (Wolfersdorf & Rupprecht, 2001).

Auch Einsamkeit ist bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hochprävalent und in der Folge assoziiert mit vermehrten Erkrankungen aus dem affektiven Formenkreis, Angst- und Panikstörungen und vermehrtem Stressempfinden (Eglit, Palmer, Martin, Tu, & Jeste, 2018). Auf Stigmatisierung durch ihre Umwelt reagieren psychisch erkrankte Menschen nicht selten mit sozialer Isolation (Rüsch et al., 2004, S.7). Breier et al. (Breier & Strauss, 1984) konnten mithilfe qualitativer Daten zeigen, dass soziale Beziehungen einen wichtigen Beitrag in der Therapie psychiatrischer Erkrankungen leisten. Vom „bloßen Reden“ bis hin zum Üben sozialer Interaktionen oder durch die Rückspiegelung des eigenen Verhaltens durch Mitmenschen können soziale Kontakte wichtige Funktionen erfüllen. Gegenseitige Unterstützung der betroffenen Patienten untereinander kann zudem die Therapieadhärenz steigern, wie im Gesundheitsbericht der WHO aus dem Jahr 2003 dargelegt wird (Sabaté, 2003). Dass sie im PSG von sozialer Interaktion mit anderen Teilnehmern stark profitieren konnten, bestätigten die Patienten im Rahmen der Interviews.

4.1.2 Sicherheit durch Vorschaltfunktion

Das Gefühl, ein „Sicherheitsnetz“ (Ks) zu haben, stellt – nicht nur in Notfallsituationen – eine wichtige Komponente eines jeden psychiatrischen Settings dar. Dies wurde von den befragten Patienten gerade im Sinne einer „Vorschaltambulanz“ geschätzt. In der Arbeit von Hamann et al. (Hamann et al., 2014) konnte gezeigt werden, dass stationäre Aufenthalte von Patienten mit affektiven und psychotischen Störungen während ihrer Teilnahme am Programm für seelische Gesundheit um etwa 75% im Vergleich zur Zeit vor der Teilnahme gesenkt werden konnten. Die vorliegende Arbeit stützt diese Ergebnisse im Wesentlichen, jedoch lässt sich im Einzelfall ein stationäres Setting aus subjektiver Sicht nicht immer verhindern. Stationäre Angebote bleiben auch in diesem Zusammenhang weiter wichtig.

4.1.3 Hoffnung und Motivation

In der öffentlichen Wahrnehmung wurden psychiatrische Einrichtungen bis zur Einführung wirksamer Medikamente und strukturierter Therapieformen oft als Orte zur „Ver-

wahrung“ von Patienten kritisiert. Während einige Arbeiten zeigen konnten, dass die durchschnittliche Patientenzufriedenheitsrate mit der Behandlung in ambulanten oder stationären psychiatrischen Einrichtungen in der Regel zwischen 70 und 100% beträgt (Rentrop, Böhm, & Kissling, 1999), mussten nach Gunkel et al. Patienten mit chronischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals schlechte Erfahrungen mit psychiatrischen Einrichtungen machen. Tief in den Köpfen verwurzelt bleiben etwa traumatisierende Fixierungsmaßnahmen, Isolation oder Zwangsmedikation (Gunkel, Bröker, & Priebe, 1996). Unsere Ergebnisse konnten hingegen zeigen, dass das Programm für seelische Gesundheit von seinen Teilnehmern nicht als einschränkend, sondern als zukunftsorientiert verstanden wird. Das Programm bietet nicht nur Krisenintervention und Stabilisierung, sondern legt auch großen Fokus auf das persönliche „Vorankommen“ der Patienten, indem Hoffnung und Motivation als zukunftsweisende Konzepte gefördert werden.

Darüber hinaus konnten unsere Ergebnisse zeigen, dass der Besuch der IV für die Patienten mit einer Entstigmatisierung einhergeht. Da viele Patienten unter der öffentlichen und Selbststigmatisierung durch eine psychische Erkrankung und der damit einhergehenden Senkung der Lebensqualität leiden (Rüsch et al., 2004), wirkt das wertschätzende, vertrauensfördernde Umfeld, der Austausch mit gleichsam betroffenen Menschen und nicht zuletzt die Psychoedukation im Programm heilsam auf die Teilnehmer und baut Ängste ab. Jede Erhöhung der Selbstbestimmung („Empowerment“) wirkt der Selbststigmatisierung entgegen (Rüsch et al., 2004), daher wird auch im Programm für seelische Gesundheit die Selbstbestimmung der Patienten, ganz im Sinne des weiter unten angesprochenen Kohärenzsinnens, gefördert. So können beispielsweise mithilfe von Rollenspielen oder Expositionsübungen in der Gruppe Selbstsicherheit und aktives Auftreten geübt und die Selbstbestimmung gestärkt werden.

4.1.4 Freiwilligkeit

Das Konzept des Programms für seelische Gesundheit lässt sich außerdem vereinbaren mit der Idee der „Recovery“: dieser Begriff meint einen ganzheitlichen Fokus auf den Patienten mit partizipativer Entscheidungsfindung, auch unter Einbeziehung der Angehörigen, „Selbstbestimmung und Wahlfreiheit“ des Patienten und „Anerkennung eines Wachstumspotentials“ (Kammer-Spohn, 2013, [S.1450]). Was den Aspekt der Selbstbestimmung angeht, so hoben die an der Studie beteiligten Patienten die im Programm

herrschende „Freiwilligkeit“ hervor. Gerade im Vergleich zu stationären Einrichtungen bietet die IV den Vorteil, keinen „Genesungsdruck“ auf die Patienten auszuüben, was von diesen sehr geschätzt wurde. Manche Teilnehmer sähen in der Zwanglosigkeit des Programms allerdings die Gefahr, zu „Schludrigkeit“ oder „Unzuverlässigkeit“ verleitet zu werden. Hier muss individuell am Patienten angesetzt und müssen dessen persönliche Bedürfnisse exploriert werden, sodass Patienten, die eine konsequentere Motivation und Aufforderung zur Teilnahme benötigen, aufgefangen werden können.

4.1.5 Selbstwirksamkeit und persönliche Weiterentwicklung

Als Salutogenese, ein vom amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky geprägter Begriff, wird ein Konzept verstanden, das nach der Entstehung und der Aufrechterhaltung von Gesundheit fragt (siehe auch (Faltermeier, 2020)). Anders als bei der Pathogenese, in der es um die Entstehung von Krankheit geht, stehen in der Salutogenese gesundheitsfördernde Faktoren im Vordergrund. In Zusammenhang mit der Salutogenese ist auch der Begriff des Kohärenzsinn von Bedeutung: diese „psychische Gesundheitsressource“ (Maercker, 1998) beschreibt das Gefühl des Vertrauens des Individuums in und das Verständnis für eine lebensformende Struktur („Verstehbarkeit“), in die Fähigkeit, das eigene Leben als sinnhaft zu empfinden („Sinnhaftigkeit“) und in die eigene Fähigkeit, gestellte Aufgaben zu bewältigen („Bewältigbarkeit“) (nach Blättner (Blättner, 2007): „Verstehbarkeit“, „Bedeutsamkeit“ und „Handhabbarkeit“). Menschen mit einem höheren Kohärenzsinn sind in der Lage, Stresssituationen besser zu meistern, indem sie Bewältigungsstrategien flexibel auf entsprechende Situationen anwenden können (Blättner, 2007). Dieses Konzept findet auch in der Psychiatrie Anwendung: Gassmann et al. (Gassmann, Christ, Lampert, & Berger, 2013) konnten zeigen, dass ambulant behandelte psychiatrische Patienten mit hohem Kohärenzsinn ein besseres therapeutisches Outcome erzielen konnten, was die Lebensqualität anging, als jene mit niedrigem. Ein hoher Kohärenzsinn geht bei an Schizophrenie erkrankten Patienten mit einer geringer ausgeprägten Negativsymptomatik einher (Witkowska-Łuć, 2018). Auch im Programm für seelische Gesundheit wird durch speziell zugeschnittene Kursangebote, individuelles Eingehen auf den Patienten und die damit verbundene Vermittlung von Wertschätzung und Bestätigung die Selbstwirksamkeit der Patienten gefördert. Auch die Pathogenese psychiatrischer Erkrankungen wird in der „Psychoedukation“ über mehrere Kursstunden hinweg mit den Teilnehmern besprochen. Psychoedukative und

soziale Kompetenz fördernde Therapien können helfen, Negativsymptomatiken zu reduzieren (Klingberg & Buchkremer, 2009). Nichtsdestotrotz steht der therapeutische Fokus des Programms zukunftsorientiert auf salutogenetischen Beinen. Zusätzlich zum gleichnamigen Kurs dazu („Salutogenese“) können Patienten in schöpferischen Kursangeboten wie der Kunst- oder Musiktherapie dann aktiv erleben, dass gestellte Aufgaben erfolgreich gemeistert werden können. Die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse lassen sich also mit den Konzepten von Salutogenese und Kohärenzsinn vereinbaren.

4.1.6 Vertrauen, Wertschätzung, Zugehörigkeit

Die interviewten Programmteilnehmer gaben an, im Programm von einem Gefühl, nicht allein gelassen zu werden, profitiert zu haben. Bei Erkrankungen aus dem affektiven und schizophrenen Formenkreis sind Einsamkeit, Entwurzelung und das Fehlen eines intakten sozialen Umfeldes häufige Cofaktoren, die mit der Krankheit einhergehen. Umso mehr sind Hoffnung und ein Gefühl der Zugehörigkeit bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen wesentliche Faktoren für die Gesundheit (Barut, Dietrich, Zanoni, & Ridner, 2016). Auch bei Rentrop et al. findet sich, dass vor allem bezüglich Lebensalter und Krankheitsbild homogene Gruppen, wie sie in der Integrierten Versorgung existieren, gegenseitiges Verständnis und Vertrauen fördern können (Rentrop et al., 1999).

In jeder therapeutischen Beziehung ist ohne Zweifel eine Vertrauensbasis zwischen Patient und Behandler, auch in Hinblick auf die therapeutische Adhärenz, essentiell (Kern et al., 2008), gerade bei psychiatrischen Erkrankungen mit charakteristischerweise schambesetzten persönlichen Problemen. Dieses Vertrauen ist in der Integrierten Versorgung gegeben.

Die wohlwollende, wertschätzende Atmosphäre, die lange Dauer der Arztgespräche und auch die allgemein im Programm herrschende Ruhe können als Vorteil der IV im Vergleich zur ambulant-niedergelassen psychiatrischen Versorgung gesehen werden, in der nach Einschätzung von Prof. Dr. med S. Herpertz (Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Universität Heidelberg) pro Quartal und Patient oft nur etwa 30 Minuten Gesprächszeit bleiben (Urban & Vogel, 2015). Besonders psychisch belastete Menschen können von längeren therapeutischen Kontakten profitieren (Bahrs & Dingelstedt, 2009), wie sie in der IV gegeben sind. Neben dem Faktor der potenziell besseren zeitli-

chen Ausstattung bedarf es jedoch für das Erreichen einer „wertschätzenden“ Beurteilung immer eines durchdachten Gesamtsettings. Die statistische Auswertung der Fragebögen zeigt, dass das Gefühl, beim Besuch der IV nicht in die Psychiatrie zu gehen, von einigen Patienten als hoch relevanter Faktor für die Teilnahme eingeschätzt wird (siehe auch 3.1.3 „Beweggründe zur weiteren Teilnahme“). Dass Teilnehmer des Programms für seelische Gesundheit sich nicht „wie Patienten“ fühlen, könnte zusätzliche Gründe haben, wie etwa die örtliche Unterbringung der Ambulanz außerhalb des Psychiatriehauptgebäudes, die von den Patienten beschriebene Zwanglosigkeit im Programm oder der teilweise Verzicht der Ärzte in der IV auf einen weißen Kittel.

4.1.7 Unterstützung und Stabilität

All diese Faktoren sorgen zusammen für ein Gefühl der Unterstützung und eine Verbesserung der persönlichen Stabilität der Patienten. Die Interviewteilnehmer sprechen davon, „stabiler“ geworden zu sein, was zum einen die seelische und psychische Gesundheit, die Resilienz, und zum anderen die Lebensqualität im Sinne eines geregelten Tagesablaufes beinhaltet. Dazu trägt auch bei, dass das Programm sowohl in Alltags-, als auch in schwierigen und in Notsituationen für die Teilnehmer stets persönlich oder telefonisch zu erreichen ist. Diese ständige Greifbarkeit eines Ansprechpartners im Sinne eines „offenen Ohres“ trägt wesentlich zum Gefühl von Sicherheit und Stabilität bei, wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen konnten.

4.2 Bewertung des Programms

Neben dem großen Themenkomplex des „Erlebens“ wurden weitere Inhalte der Gruppeninterviews dem Überbegriff „Bewertung“ zugeordnet. Aufgrund der Fülle an Themen sollen im Folgenden nur die wichtigsten diskutiert werden.

4.2.1 Kursangebote

Was die Attraktivität eines sozialpsychiatrischen Angebots anbelangt, so steht und fällt diese neben der Adressierung der sozialen, zwischenmenschlichen Bedürfnisse der Patienten mit dem therapeutischen Angebot.

A) *Ressourcenfördernder Charakter der Kursangebote*

Alle im Programm angebotenen Kurse haben zum Ziel, die Ressourcen der Teilnehmer zu stärken und die Therapieadhärenz zu steigern. So werden auch unter dem „Deckmantel“ gemeinsamer „Freizeitaktivitäten“ die Sozialkompetenz und die Fähigkeit zur Gestaltung eines aktiven Lebensstils gefördert und Selbstbewusstsein sowie Selbstwirksamkeit der Patienten gesteigert. Für Menschen mit depressiven Störungen können Entspannungsverfahren wirkungsvoll sein (Rupprecht & Hampel, 2006). Die Kursinhalte sind so gestaltet, dass eine Integration in den persönlichen Alltag der Patienten möglich ist, etwa die Anwendung von in der IV erlernten Entspannungsstrategien in beruflichen Stresssituationen. Dies wiederum entspricht dem Konzept der Förderung von Kohärenzsinne und Selbstwirksamkeit (s.o.).

B) *Reduktion des Kursangebots und Kurswünsche der Patienten*

Die für viele Patienten hohe Relevanz therapeutischer Angebote für die Motivation zur Teilnahme wird in der Kritik an der Reduktion des Angebots und dem Wunsch nach Einführung neuer Kurse deutlich. Gerade die Kunst-, Musik- und Tanz- bzw. Bewegungstherapie als „ressourcen-, beziehungs-, handlungs- und erlebnisorientierte“ Therapieformen (Gühne et al., 2012, [S.855] nach Sprei F von, 2011)) haben in der Behandlung psychiatrischer Patienten hohen Stellenwert, insbesondere die Negativsymptomatik kann bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gebessert werden (Gühne et al., 2012).

Um aufgrund der recht unterschiedlichen Kurswünsche und -vorstellungen die Motivation der Patienten zur Programmteilnahme zu erhalten, wird eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Programms nötig sein, was vom Team der IV nach Möglichkeit umzusetzen versucht wird. Welche Angebote dabei reduziert oder aufgestockt werden sollten, ist zu diskutieren und bedarf der Exploration unter aktuellen oder ehemaligen Kursteilnehmern. Die Ergebnisse der Patienteninterviews deuten auf einen hohen Stellenwert aktiv gestalterischer Angebote wie Kunst-, Musik- oder Tanztherapie hin.

C) *Kurszeiten und Motivation zur Teilnahme*

Die Schwierigkeit bei der Terminfindung der Kursangebote ist den Teilnehmern bewusst. Lösen ließe sich die Problematik erst, wenn durch eine größere Anzahl an Programmteilnehmern ein grundsätzlicher Ausbau des Versorgungsprogrammes möglich wäre, sodass größere Ressourcen für mehr und unterschiedliche Kursangebote, unter Umständen auch zu unterschiedlichen Tageszeiten, zur Verfügung stünden.

Bei der aktuell überschaubaren Anzahl eingeschriebener Programmteilnehmer gestaltet sich auch das „Füllen einer Gruppe“ durch die Mitarbeiter der IV nachvollziehbar schwierig, was aufgrund der häufig ausgeprägten Antriebs- und Motivationslosigkeit psychiatrischer, gerade depressiver Patienten (Wolfersdorf & Rupprecht, 2001) nicht einfach zu realisieren sei. Konsequenzen aus versäumten Terminen, wie beispielsweise ein Programmausschluss, sind jedoch im IV-Setting in der Regel nicht vorgesehen. Erste Ansätze zur Problemlösung, wie etwa eine Zusicherung der Teilnahme per Unterschrift, wurden hier bereits etabliert. Die Patienten schlagen eine verbesserte Informationspolitik von Seiten der IV (Infobroschüren, Rundmails) vor, mit deren Hilfe ein „Füllen“ der Kurse möglich sei. Über weitere Schritte zur Sicherstellung der Kursteilnahme möglichst vieler Patienten, die notwendig ist, um das umfangreiche Kursangebot aufrecht zu erhalten, sollte gerade im Sinne der Verbesserung der Therapieadhärenz aber auch weiterhin nachgedacht werden.

4.2.2 Zusammenarbeit der IV mit anderen Hilfsangeboten

Da im Ballungszentrum München eine Vielzahl an Angeboten besteht, stellt sich auch die Frage zur Kombinierbarkeit bzw. Zusammenarbeit der IV mit anderen Angeboten. Neben der Zusammenarbeit mit dem stationären Angebot im Klinikum rechts der Isar wird beispielsweise mit ariadne e.V. (Verein zur Hilfe für Alterskranke und seelisch Kranke e.V. mit Sitz in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München

(Ariadne – Verein zur Hilfe für Alterskranke und seelisch Kranke e.V., n.d.)) zusammengearbeitet. Trotz dieser Kooperationsmöglichkeiten konnten wir ein hohes Maß an Unsicherheit auf Seiten der Patienten mit erhöhtem Informationsbedürfnis bis hin zu nicht nachvollziehbaren Fehlinformationen feststellen. Die Information der Patienten über regional ergänzende Angebote sollte daher verstärkt werden.

4.2.3 Arztgespräche und Arztwechsel

Die Arztgespräche in der IV boten - wohl auch aufgrund ihrer Einzigartigkeit - viel Anlass zur Diskussion. Länge und Frequenz der Arztgespräche wurden von den Patienten kontrovers diskutiert, dem geäußerten Wunsch nach längeren, ausführlichen Arztgesprächen kann in der IV jedoch entsprochen werden. Jederzeit erreichbar zu sein und sich Zeit für die Patienten zu nehmen sind für psychiatrische Patienten grundlegend wichtige Eigenschaften eines „idealen“ Arztes (Theisel, Schielein, & Spießl, 2010). Die therapeutischen Gespräche in der IV sind daher sowohl aus inhaltlich-therapeutischer Sicht als auch in ihrer Funktion als „Kontrollpunkte“ innerhalb der ambulanten Begleitung als wesentlicher Punkt des Gesamtkonzeptes zu werten.

Als einer der zentralsten Punkte der gesamten Interviews wurden die aus Sicht der Patienten häufigen Arztwechsel genannt. Die kritische Sichtweise der meisten Patienten ist vor dem Hintergrund des sensiblen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, gerade im psychiatrischen Setting, nachvollziehbar. Ein „fortlaufendes, einheitliches Behandlungsschema“ (Fleischhacker et al., 2011, [S.107]) auf dem Boden einer kontinuierlichen, verlässlichen und vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung ist gerade für psychiatrische Patienten ein enorm wichtiger Faktor für eine gute Therapieadhärenz (Sabaté, 2003). Zu einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung gehört die Möglichkeit, in einer vertrauensvollen Atmosphäre Therapiemöglichkeiten, die Adhärenz des Patienten und den weiteren Verlauf der Behandlung zu besprechen (Sabaté, 2003). Die Interviews mit den Patienten bestätigten, dass diese Punkte in der Integrierten Versorgung gegeben sind. Małus et al. konnten zeigen, dass Patienten nach längerer Therapiedauer mit dem selben Arzt eine positivere Einstellung diesem gegenüber zeigten, was unter anderem eine größere Attribution von Kompetenz und damit einhergehend eine häufigere Kontaktaufnahme von Seiten des Patienten beinhaltete (Małus, Galińska-skok, Konarzewska, & Szulc, 2018). Dies wiederum kann sich einerseits positiv auf die Therapieadhärenz auswirken, andererseits ermöglicht eine enge Arzt-Patienten-Bindung

eine bessere Sicherstellung der Vorschaltfunktion. Was die Gründe für den Arztwechsel angeht, so können die Realitäten einer (Ausbildungs-)Rotation, welche diesen bedingt, jedoch von manchen Patienten nachvollzogen werden. Eine Reaktion auf diesen Kritikpunkt erscheint dennoch sinnvoll und notwendig. Zumindest sollte eine rechtzeitige Information der Patienten über einen bevorstehenden Arztwechsel und eine gute Übergabe gewährleistet sein. Das Team der IV war sich dieser Problematik bewusst, geplant ist für die Zukunft die längerfristige Stationierung eines gleichbleibenden Arztes in der IV.

4.2.4 Zeitliche Ressourcen in der IV

Auch wenn keine expliziten Daten über die tatsächliche Interaktionszeit zwischen den Programmteilnehmern und dem Arzt bzw. den Kursleitern, Psychologen und weiteren Mitarbeitern der IV erhoben wurden, ist davon auszugehen, dass der kaum vorhandene Zeitdruck in der IV und die grundsätzliche Möglichkeit, in Ruhe längere Gespräche mit Kursleitern oder anderen Programmteilnehmern zu führen, eine erhöhte Patientenzufriedenheit zur Folge haben können (Gross, 2014). Die im Programm herrschende Atmosphäre von Zeit und Ruhe kann den Patienten ein Gefühl der Wertschätzung vermitteln und die Vertrauensbildung zwischen Patient Mitarbeitern fördern. Mit wachsendem Vertrauen in die Mitarbeiter der IV kann die Wirksamkeit der Vorschaltfunktion erhöht werden. Auch die niedergelassenen Psychiater gaben an, von den größeren zeitlichen Kapazitäten in der IV profitieren zu können, indem sie durch die zusätzliche intensive Betreuung ihrer Patienten in der IV eine Entlastung empfänden.

4.2.5 soziale Beratung / Begleitung

Im Rahmen der sozialen Beratung und Begleitung im Setting der IV kann eine große Bandbreite unterschiedlicher Problemstellungen bearbeitet werden, was bei den Patienten auf Dankbarkeit und Erleichterung stößt. Gerade vor dem Hintergrund der sozialen Isolation und der Überforderung in Alltagssituationen aufgrund der oft hohen Vulnerabilität psychisch erkrankter Menschen (Klingberg & Buchkremer, 2009) sind solche ganz grundlegenden, sozial unterstützenden Angebote viel wert und werden als entlastend empfunden.

4.2.6 24-stündige Erreichbarkeit und Vorschaltfunktion

Als einer der zentralsten Punkte eines ambulanten Versorgungsprogramms kann die ständige Erreichbarkeit eines Ansprechpartners gesehen werden. Zepf et al.s Untersuchung aus dem Jahr 2003 zufolge beläuft sich die Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Deutschland auf durchschnittlich etwa 1,9 Monate (Zepf, Mengele, & Hartmann, 2003), während im Programm für seelische Gesundheit ein therapeutisches Gespräch meist noch am selben Tag geführt werden kann. Die IV erfüllt also eine erhebliche Notfallfunktion, die nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Der eigentliche und ursprüngliche Sinn der IV als Vorschaltfunktion ist das Auffangen von Krisen, bevor ein Krankenhaus-Aufenthalt unausweichlich wird. Viele Patienten verstehen den Terminus jedoch so, dass hier deren Aufenthalt in der „Wunschklinik“, oftmals das Klinikum rechts der Isar, organisiert wird. Fraglich ist, wie einige Patienten zur Annahme gelangten, in der Vergabe von Klinikbetten gegenüber Nicht-Teilnehmern einen Vorzug zu erhalten, während andere Interviewteilnehmer angaben, noch nie von einem solchen Zusammenhang gehört zu haben. Auch die Kritik zweier Patienten, es sei ihnen im Programm der Wunsch nach einer stationären Aufnahme trotz deren Notwendigkeit verweigert worden, muss, obwohl im Nachhinein kaum aufklärbar, Anlass zu einer transparenten Patienten-Aufklärung bezüglich Organisation von ambulanter und stationärer Versorgung geben.

4.2.7 Zugang zum Programm

Im Interview mit den niedergelassenen Psychiatern waren die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung neuer IV-Patienten ein wichtiges Thema.

Hier könnte es hilfreich sein, den Niedergelassenen neben Material zur Patienteninformation auch regelmäßig aktualisierte Listen der noch beteiligten Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Nicht nur Patienten, sondern auch die Niedergelassenen selbst könnten von regelmäßigen Informationsmaterialien im Sinne eines „Reminders“ profitieren.

4.2.8 Austritt aus dem Programm

Die Modalitäten eines bevorstehenden oder gefürchteten Teilnehmers wurden in den Patienteninterviews auffallend häufig und ausführlich diskutiert.

Die im Programm gewonnenen Energien aufzuwenden, um den weiteren Verbleib im Programm zu organisieren, ist für die Patienten aufwendig und im weitesten Sinne kontraproduktiv. Dieselbe Energie fehlt den Teilnehmern dann für die produktive Arbeit am eigenen zukunftsorientierten Vorankommen, vor allem angesichts der ohnehin begrenzten Ressourcen psychisch erkrankter Menschen. (i.S.v. Rückzug, Vermeidung, Gemüthlichkeit und Apathie als Ausdruck geringer Frustrationstoleranz depressiv Erkrankter (Wolfersdorf & Rupprecht, 2001), Motivationslosigkeit und „planloses in den Tag hinein leben“ als Ausdruck der Negativsymptomatik bei F2-Patienten (Rupprecht & Hampel, 2006, [S.367])).

Auch die sukzessive Streichung von Zuschüssen durch die Kassen ist problembehaftet. Beispielsweise haben psychisch erkrankte Menschen bei der Suche nach einer Arbeitsstelle oft erhebliche Schwierigkeiten. Falls Arbeitgeber Kenntnis ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte erhalten, schließen sie sie häufig unabhängig von ihrer Qualifikation aus dem Bewerberkreis aus (Rüsch et al., 2004), was zum Scheitern von Wiedereingliederungsversuchen führt. Dies hat zur Folge, dass psychisch erkrankte Menschen oftmals von Sozialhilfe, Pension / Rente oder Arbeitslosengeld leben müssen (Wancata, Gasselseder, & Müller, 1994). Die sukzessive Streichung monetärer Unterstützung durch die Krankenkassen greift oftmals an den basalsten Notwendigkeiten (wie beispielsweise an einer Fahrkarte für öffentliche Verkehrsmittel) an, was manchen Teilnehmern die Möglichkeit nimmt, die IV weiterhin zu besuchen, und die Relevanz des Themas unterstreicht.

4.2.9 mangelnde Transparenz aus Patientensicht

In allen Patienteninterviews gab das Thema der uneinheitlichen Informationspolitik im Programm für seelische Gesundheit Anlass zu Diskursen.

Beispielsweise ergab sich für Teilnehmer, die selten im Programm anwesend waren, ein Informationsdefizit hinsichtlich der Verbreitung bzw. Zugänglichkeit aktueller Kurspläne. Hier kann auf der einen Seite argumentiert werden, dass die Notwendigkeit, sich vor Ort über mögliche Angebote zu informieren, zu höherfrequenten Besuchen in der IV motivieren könnte. Auf der anderen Seite mag dies dazu führen, dass unmotiviertere, we-

nig termintreue Patienten die IV aus Mangel an konkreten Terminen noch seltener aufsuchen.

Vorschläge zur Verbesserung der gegebenen Informationspolitik sowohl von Seiten der Patienten als auch der niedergelassenen Psychiater beinhalteten vermehrte Arbeit mit den „neuen Medien“ im Sinne einer digitalen Aufarbeitung des Programms, etwa indem der aktuelle Kursplan in einer monatlichen Rundmail versendet werde.

Laut den Mitarbeitern würden die Patienten bei Einschluss ins Programm umfassend über alle Abläufe und Gegebenheiten informiert, vergäßen aber, vermutlich aufgrund krankheitsimmanenter kognitiver Einschränkungen, viele der ursprünglich erhaltenen Informationen wieder (Beblo, 2016; Leucht & Förstl, 2012). Um dieses Problem zu lösen, wären regelmäßige Infoabende geeignet, die auch für noch nicht eingeschlossene Patienten im Sinne eines „Schnupperkurses“ zum Kennenlernen des Programms interessant sein könnten. Dies käme dem Vorschlag der Niedergelassenen, eine „Einführungsveranstaltung“ für Patienten anzubieten, entgegen und könnte noch unentschlossenen Menschen die Möglichkeit geben, Motivation für eine Teilnahme zu finden.

4.2.10 Zusammenarbeit zwischen IV und niedergelassenen Psychiatern

Die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der Integrierten Versorgung und den niedergelassenen Psychiatern wurde in allen Interviews diskutiert. Durch den Austausch der behandelnden Ärzte über die eigene Person empfinden Patienten Wertschätzung und fühlen sich ernst genommen, sodass diesbezüglich mithilfe einer konsequenten, effizienten Informationspolitik mehr Transparenz für die Patienten geschaffen werden sollte.

Während für die niedergelassenen Psychiater die praktizierte Rollenverteilung im Rahmen der IV in Ordnung ist, scheinen die IV-Ärzte die für sie relativ neue, mitunter gewöhnungsbedürftige Funktion als „Case-Manager“ als anspruchsvoll zu empfinden. Dennoch sollten einzelne Punkte, wie etwa die Auswahl und Verschreibung von Medikamenten, zentral verortet bleiben und die Zuständigkeiten klar geregelt sein, worin sich diese Rollenverteilung begründet. Gerade für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sind klare Strukturen und durchschaubare, geregelte Abläufe wichtig, da sie Orientierung schaffen und Halt geben (Kircher, 2019). Auch für alle beteiligten Ärzte kann eine klare Rollenverteilung die Zusammenarbeit vereinfachen, wenn keine Energien auf den Umgang mit unklaren Zuständigkeitsverhältnissen verwendet werden.

Auch könnte man das Medium der Kommunikation überdenken: Neben dem bisherigen Informationsaustausch via Fax steht ein telefonischer Austausch zur Diskussion, jedoch steht den theoretischen Vorteilen die schlechte Umsetzbarkeit im Sinne der schwierigen Erreichbarkeit der Niedergelassenen gegenüber. Auch der Patient als Überbringer von Nachrichten in eigener Sache wurde diskutiert. Während diese Praxis bei complianten, selbständigen Patienten erfolgreich umgesetzt wird, besteht hier aber auch die Gefahr, dass Information verloren geht. Gerade bei wenig complianten Patienten sollte der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Behandlern also auf „altmodische“ Art und Weise sichergestellt werden.

Perspektivisch muss sich die Zusammenarbeit zwischen dem Programm für seelische Gesundheit und den beteiligten niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten sicher dem Wandel der Zeit anpassen. Der Umstand, dass die IV von den niedergelassenen Psychiatern nicht als Konkurrenz gesehen wird, bietet eine gute Grundlage zu weiterer Zusammenarbeit.

4.3 Rezidivprophylaktische Wirkung der IV

Die Ergebnisse der quantitativen Auswertung des Integrierten Versorgungsprogramms durch Hamann et al. (Hamann et al., 2014) stützen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zur Erhöhung von Compliance und seelischer Gesundheit und damit einhergehend des Rückfallschutzes der Teilnehmer. Hamann et al. konnten in ihrer Arbeit zeigen, dass sich bei den Programmteilnehmern mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis über den Zeitraum von 12 bzw. 18 Monaten ein positiver Trend in Richtung einer Erhöhung der Therapieadhärenz einstellte, während bei Patienten mit affektiven Störungen sogar eine statistisch signifikante Erhöhung sowohl der Therapieadhärenz, als auch der persönlichen Einschätzung der Lebensqualität stattfand (Hamann et al., 2014).

Hamann et al. fassen zusammen, dass stationäre Aufenthalte für beide Diagnosegruppen (F2, F3) um rund 75% im Vergleich zur Zeit vor der Programmteilnahme gesenkt werden konnten, was die Ergebnisse der vorliegenden Studie, die eine hohe Patientenzufriedenheit und den für die Teilnehmer großen persönlichen Nutzen des integrierten Versorgungsprogramm nahelegt, stützt. Als Gründe für die signifikante rezidivprophylaktische Wirkung des Programms führt Hamann eine Kombination aus verschiedenen Faktoren an, die auch in unserer Studie gefunden werden konnten. Einer davon ist die Erhöhung der Compliance bzw. Therapieadhärenz der Teilnehmer.

4.3.1 Verbesserung der Compliance

Obwohl alle Programmpunkte, begonnen mit Arzt- oder Mitarbeitergesprächen über Gruppenkurse bis hin zur bloßen Herstellung von sozialen Kontakten der Patienten untereinander zum Rückfallschutz beitragen sollen, sind im Setting der Integrierten Versorgung einige Prinzipien verankert, die speziell auf die Complianceverbesserung der Teilnehmer abzielen.

4.3.1.1 Maßnahmen zur Erhöhung der Adhärenz in der Literatur

Gründe für Non-Adhärenz können vielfältig sein. Nicht nur patientenbezogene Faktoren spielen eine Rolle, auch krankheitsbedingte, Arzt-bzw. Behandler-bezogene, therapiebezogene oder umweltbedingte Faktoren können die Compliance des Patienten beeinflussen (Fleischhacker et al., 2011). Konsekutiv können viele verschiedene Ansätze

helfen, Therapieadhärenz zu verbessern. Dazu gehören nach Fleischhacker (Fleischhacker et al., 2011, [S.104])

- Die Einbeziehung des Patienten („Shared Decision Making“ oder partizipative Entscheidungsfindung),
- Das Verstehen der Sichtweise des Patienten,
- Eine Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation,
- Eine individuelle Informationsweitergabe,
- Das Sammeln von Informationen zur Adhärenz,
- Das Setzen von Interventionen, um adhärentes Verhalten zu steigern, z.B. Psychoedukation, Medikamententraining
- Eine regelmäßige Überprüfung der Therapiepläne und der Therapieadhärenz,
- Die Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheitsdienstleistern, sowie
- Eine regelmäßige Nutzen-Risiko-Analyse.

Vor allem eine Kombination verschiedener Ansätze zur Adhärenzförderung kann wirkungsvoll sein (Kern et al., 2008). Viele der oben aufgeführten Aspekte werden im Programm für seelische Gesundheit von Anfang an umgesetzt.

4.3.1.2 Verbesserung der Compliance durch Struktur

Ein hochstrukturiertes Setting hat sich bei vielen psychiatrischen Erkrankungen bewährt (Kircher, 2019) und kann gerade für kognitiv eingeschränkte Patienten hilfreich sein. Zwar stellt sich auch die Frage nach einem möglichst individuellen, maßgeschneiderten Therapieplan, diese beiden Prinzipien schließen sich allerdings nicht aus. Durch die Besonderheiten der Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen und die Anforderungen zur Erhöhung der Compliance ergeben sich besondere Notwendigkeiten im Setting der IV, wie etwa das strukturierte Abfragen der individuellen Medikation, der Nebenwirkungen oder der subjektiven Therapieadhärenz in Form eines Fragebogens. Dadurch kann etwa dem Aspekt der Vergesslichkeit als einer der Ursachen für (passive) Non-Adhärenz entgegengewirkt werden (Fleischhacker et al., 2011). Fleischhacker führt das regelmäßige Überprüfen der Therapieadhärenz, das in der IV mithilfe von Fragebögen realisiert wird, als wichtigen Punkt bei der Complianceförderung an (Fleischhacker et al., 2011).

Neben der Fragebogenroutine verfolgen auch die regelmäßigen Arzttermine das Ziel einer Strukturierung, der Schaffung von Stabilität und der Früherkennung von neuen Krankheitsepisoden respektive einer Verschlechterung der Compliance. Insbesondere für Patienten, die an wenigen nicht-ärztlichen Angeboten teilnehmen, stellt die Regelmäßigkeit der Arzttermine eine Möglichkeit zum „Checkup“ (Gs) dar. Das Ziel einer erhöhten Aufgreifwahrscheinlichkeit nicht-complianter Patienten, die Möglichkeit zur Selbstkontrolle und damit der Vermeidung erneuter Krankenhausaufenthalte erscheint auch durch die Ergebnisse der bereits vorliegenden quantitativen Auswertung (Hamann et al., 2014) erfüllt.

Während die meisten Programmteilnehmer große Akzeptanz gegenüber dem standardisierten Vorgehen in der IV aufbrächten, empfänden einige Patienten die vorherrschende Routine als ermüdend, „zu penibel“ (4s) und „irgendwann überflüssig“ (Ws). Hier ist es wichtig, im Diskurs mit den Patienten ein akzeptables Mittelmaß an Routine zu finden, um Frustration und konsekutiv einer Complianceverschlechterung entgegenzuwirken. Die aus therapeutischer Sicht überwiegenden positiven Aspekte des standardisierten Vorgehens in der IV sprechen zusammen mit dem bisherigen Erfolg dieses Konzeptes dennoch dafür, letzteres grundsätzlich weiterhin beizubehalten.

4.3.1.3 Verbesserung der Compliance durch Arzt-Patienten-Beziehung

Dem Gefühl, durch ein hohes Maß an Routine zu einer bloßen Nummer zu werden, kann durch geeignete Intervention vorgebeugt werden: im Rahmen einer adäquaten Kommunikation zwischen Arzt und Patient können unerwünschte Medikamenten-Nebenwirkungen oder die Fragebögen besprochen und gemeinsam im Sinne von „Shared Decision Making“ (Hamann et al., 2016) über eventuelle Maßnahmen nachgedacht werden. Regelmäßige, qualitativ hochwertige Kommunikation, partizipative Entscheidungsfindung sowie ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist mit positivem Einfluss auf die Therapieadhärenz verknüpft (Fleischhacker et al., 2011). Auch bei Hamann (Hamann et al., 2014) wird die Möglichkeit, in der IV einen vertrauten Ansprechpartner (etwa in Form eines Arztes/ Psychologen/ Sozialpädagogen) vorzufinden, als Adhärenz fördernd gewertet.

4.3.1.4 Förderung der medikamentösen Adhärenz in der IV

Ein wichtiger Aspekt von Adhärenz bezieht sich auf die Einnahme von Medikamenten. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass rund 50% aller psychiatrischen Patienten ihre Medikamente nicht wie verordnet oder nur inkonsequent einnehmen, was zu erheb-

lichen Rückfallraten und den damit verbundenen hohen Behandlungskosten führt (Rüsch et al., 2004). Das jährliche Rückfall-Risiko bei Patienten mit Schizophrenie unter geringer Medikamentenadhärenz beträgt demnach bis zu 75%, während es bei guter Adhärenz lediglich 35% sind (Fleischhacker et al., 2011). Gut die Hälfte der Rückfälle ließe sich also durch eine adäquate Therapietreue verhindern, was die medikamentöse Compliance zu einem der Hauptprobleme bei der Behandlung schizophrener Patienten macht (Fleischhacker et al., 2011). Innerhalb der IV scheint das Thema Medikamente für die interviewten Programmteilnehmer eine eher untergeordnete Rolle zu spielen, obwohl dieses Thema bei der Konzeption der IV eine sehr große Rolle gespielt hat. Das Thema Medikamente wurde von den Programmteilnehmern weniger mit dem PSG, sondern vermehrt mit dem niedergelassenen Psychiater assoziiert, der für die Verschreibung der Präparate verantwortlich ist. Eine Förderung der Adhärenz über eine Dosisanpassung, eine Vereinfachung des Medikamentenregimes oder eine Umstellung der Psychopharmaka (Fleischhacker et al., 2011) fällt folglich nicht in den Zuständigkeitsbereich der IV. Im Rahmen der IV wurden die Patienten allerdings auf den Gebieten Medikamententraining, Psychoedukation oder Erarbeiten einer Routine gegen das Vergessen der Einnahme geschult, sodass von einer Erhöhung der medikamentösen Adhärenz der Patienten durch die IV ausgegangen werden kann.

4.3.1.5 Verbesserung der Compliance durch Proaktivität

Proaktivität von Seiten des Therapeuten kann als unverzichtbares Werkzeug der Complianceförderung und -aufrechterhaltung betrachtet werden und stellt eines der wichtigsten Prinzipien der Integrierten Versorgung dar. Falkenberg beschreibt das konsequente Erinnern des Patienten an die Notwendigkeit von Adhärenz und das regelmäßige, wiederholte Abfragen derselben als wichtige Faktoren in der Erhaltung von medikamentöser Compliance (Falkenberg, 2012). Auch aufgrund massiver Planungsdefizite bei schizophren erkrankten Patienten (Klingberg & Buchkremer, 2009) in Zusammenhang mit kognitiven Einschränkungen, die unter anderem das Gedächtnis betreffen, sind regelmäßige Erinnerungen an bevorstehende Kurse / Termine von großer Relevanz. Durch die telefonischen Erinnerungen oder durch schlichte Erkundigung nach dem aktuellen Befinden erlebten die Teilnehmer zudem ein Gefühl von Wertschätzung und Unterstützung. Lediglich in einem Gruppeninterview mit als nicht compliant eingeschätzten Patienten mit Hauptdiagnosen F3 kritisierte ein Patient eine aus seiner Sicht unzureichende Kontaktaufnahme seitens der Mitarbeiter der IV. Angesichts des bereits sehr ausgeprägten proaktiven Vorgehens erscheint eine noch höherfrequente Kontaktierung durch das

IV-Team zwischen den Terminen im derzeitigen Konzept allerdings wenig realistisch. Ein erheblicher personeller Aufwand und eine gute Organisation von Seiten der IV sind nötig, um das aktuell angebotene proaktive Setting so zu erhalten. Ob die hier getätigte Aussage möglicherweise aus einer krankheitsimmanenten „Überanspruchlichkeit an Versorgung, Beziehung und Zuwendung“ (Wolfersdorf & Rupprecht, 2001), wie sie nach Wolfersdorf et al. beim Umgang depressiver Menschen mit ihrem Umfeld vorkommen kann, entstand, und welche Frequenz der Kontaktaufnahme im vorliegenden Fall adäquat bzw. gewünscht wäre, wurde nicht eruiert und lässt sich rückblickend nicht feststellen. Dass die anderen Gruppenmitglieder des Interviews der Kritik nicht zustimmten, sondern gegenteilige Erfahrungen teilten, spricht für die Singularität des Falles, dem im Sinne des Patienten außerhalb des Rahmens der vorliegenden Studie nachgegangen werden sollte.

Dass auch die niedergelassenen Psychiater der IV im Rahmen der Fragebögen eine starke bis sehr starke Compliance-fördernde Wirkung zusprachen, spricht für das Programm.

4.3.2 Förderung der seelischen Gesundheit der Patienten

Das ganze Programm ist so konzipiert, dass es sich kumulativ positiv auf das seelische Wohlbefinden seiner Teilnehmer auswirkt. Dennoch wurden von den Interviewteilnehmern individuell unterschiedliche Faktoren mit besonders hohem Einfluss auf die seelische Gesundheit genannt, was für die Qualität des Programmes spricht, den unterschiedlichen Wünschen seiner Teilnehmer gerecht zu werden. Neben konkreten Programmpunkten wie Kursen oder Arztgesprächen waren es vor allem das Erleben von Wertschätzung, Sicherheit und Stabilität, welche von den Patienten als besonders gesundheitsfördernd hervorgehoben wurden. Es steht also neben dem „Was“ vor allem das „Wie“ im Vordergrund: für die seelische Gesundheit psychisch kranker Menschen ist ein wohlwollendes, wertschätzendes Gesamtsetting mit einer menschlichen Atmosphäre des Vertrauens und der Sicherheit mindestens genauso wichtig wie die Therapieinhalte, wie auch Rentrop et al.s Übersichtsarbeit zur Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Setting bestätigt (Rentrop et al., 1999). Das Programm als strukturgebende Gesamtheit, das Geborgenheit vermittelt und Stabilität fördert, ist mehr als eine Aneinanderreihung von Kursangeboten und Arztgesprächen und kann als solches viel zur Gesundheit seiner Teilnehmer beitragen, wie die Aussagen der interviewten Patienten belegen.

4.3.3 Edukative Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe

Als einen von vielen relevanten Einflussfaktoren auf ihren Rückfallschutz gaben einige Interviewteilnehmer an, im Programm für seelische Gesundheit das korrekte und rechtzeitige Erkennen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes erlernt zu haben, um im Bedarfsfall frühzeitig intervenieren und Hilfe beim behandelnden Psychiater oder in der IV erbitten zu können. In Psychoedukation und den Achtsamkeitsübungen werden die Patienten dabei unterstützt, die eigene Erkrankung zu verstehen und den Umgang mit ihr zu erlernen (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml, & Kissling, 2006). Bei der Therapie psychotischer und affektiver Erkrankungen stellt Psychoedukation einen enorm wichtigen Bestandteil der Behandlung dar (Fleischhacker et al., 2011; Lencer & Korn, 2015) und kann helfen, sowohl die Re-Hospitalisierungsrate als auch die Dauer der Krankenhausaufenthalte schizophrener Patienten signifikant zu senken (Bäuml, Pitschel-Walz, Volz, Engel, & Kissling, 2007; Rummel-Kluge et al., 2006). Auch bei der Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen zeigen sich positive Effekte der Psychoedukation (Rabovsky & Stoppe, 2006). Im Rahmen einer Metaanalyse über 18 Studien konnten Lincoln et al. zeigen, dass Psychoedukation zwar keine wesentlichen Effekte auf die Adhärenz der Patienten hat, Effekte hinsichtlich der Rückfallraten sind jedoch vorhanden (Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007). Die Einbeziehung der Angehörigen von Patienten in die Psychoedukation kann nicht nur hilfreich für den Umgang mit den Erkrankten sein, sondern wirkt sich nachweislich positiv auf Rückfälle und Re-Hospitalisierungen aus (Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2001).

Insgesamt sprechen die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse in Zusammenschau mit der von Hamann et al. statistisch bestätigten rezidivprophylaktischen Wirkung des Programmes für die Annahme einer relevanten Unterstützung bei der Verbesserung der seelischen Gesundheit, der Therapieadhärenz und damit des Rückfallschutzes der teilnehmenden Patienten durch die IV.

4.4 Programmabbruch

Bezüglich der Ursachen für einen Programmabbruch lassen sich drei Grundannahmen unterscheiden:

Ein Teil der freiwilligen Abbrecher schätzte sich selbst als „gesund“ und das Programm damit als überflüssig ein. Hier stellt sich die Frage, ob diese Patienten nicht über ihre „Genesung“ hinaus vom Programm hätten profitieren können, um die seelische Gesundheit und die Therapieadhärenz zu erhalten. Auch vor dem Hintergrund der Chronizität bzw. des episodischen Verlaufs affektiver und schizophrener Erkrankungen erscheint eine Begleitung der Patienten über eine vermeintliche Remission hinaus sinnvoll.

Der andere Teil der freiwilligen Abbrecher hatte die Teilnahme aus spezifischen Gründen (im Wesentlichen Unzufriedenheit mit dem Programm) beendet. Es stellt sich zum einen die Frage nach der Nachvollziehbarkeit der angeführten Gründe, sowie in der Folge nach möglichen Konsequenzen von Seiten des Programms, diese Gründe für zukünftige Teilnehmer zu beseitigen. Hier lässt sich etwa der Arztwechsel in der IV anführen. Wie relevant ein intaktes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist, zeigt sich, wenn dessen plötzlicher Abriss die Patienten zur Beendigung ihrer Programmteilnahme veranlasst. In der Konsequenz müssen sich Gedanken darüber gemacht werden, wie das Problem der Arztwechsel in Zukunft gelöst werden kann.

Nicht alle Abbruchgründe erscheinen hingegen nachvollziehbar: für die als mangelhaft empfundene Unterstützung der IV bei einem „Wohnungsproblem“ stellen andere Unterstützungsmöglichkeiten ggf. bessere Ansprechpartner dar.

Der dritte Teil der interviewten Abbrecher bestand aus ehemaligen Teilnehmern, deren Krankenkasse die weitere Programmteilnahme nicht mehr zu finanzieren bereit war. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle äußerten die betroffenen Patienten Bedauern oder Frust über das erzwungene Ende der Teilnahme, einige erklärten aber auf Nachfrage auch, nicht die nötige Kraft oder Motivation gehabt zu haben, die Krankenkasse für einen Verbleib im Programm zu wechseln. Dies lässt die Vermutung zu, der Anreiz, die IV weiter zu besuchen sei nicht groß genug gewesen, um den organisatorischen Aufwand eines Kassenwechsels zu rechtfertigen. Aber auch die krankheitsimmanente geringere Frustrationstoleranz psychiatrisch erkrankter Menschen mit der Folge von Re-

signation und Gleichgültigkeit kann als Begründung angeführt werden. Die Verschlechterung dieser krankheitsimmanenten Verhaltensmuster bei Wegfallen des unterstützenden Versorgungsprogramms spricht für die Notwendigkeit einer langfristigen professionellen Begleitung psychisch erkrankter Menschen, um eine gewisse Lebensqualität aufrecht zu erhalten und Rückfälle zu verhindern.

Wichtig sind Lösungswege, um neue Kostenträger für eine Unterstützung des Programms gewinnen zu können, sowie bereits integrierte Krankenkassen von der weiterhin gegebenen Sinnhaftigkeit der IV zu überzeugen. Ein regelmäßiges, offenes Zugehen auf die Ansprechpartner der Krankenkassen, eventuell mit gut ausgearbeitetem Infomaterial, bleibt weiterhin von großer Relevanz.

4.5 Unterschiede innerhalb der Hauptdiagnosen und der Compliance im Rahmen der qualitativen Daten

Grund für die Aufteilung der Patienten nach Diagnosegruppe und Compliance war, mögliche Unterschiede in Erleben und Bewertung der IV zwischen therapietreuen und weniger therapietreuen Teilnehmern sowie zwischen den Diagnosegruppen herauszuarbeiten.

Die Einteilung der Patienten nach Compliance erfolgte anhand standardisierter Beurteilungsbögen, die durch die behandelnden Ärzte der IV im Laufe der Jahre erstellt worden waren. Standardisierte Messmethoden zur Ermittlung der Therapietreue wurden nicht herangezogen. Dass die statistische Auswertung der Fragebögen jedoch Unterschiede zwischen „complianten“ und „nicht complianten“ Patienten findet (siehe 3.1 „quantitative Auswertung“), spricht für die Richtigkeit der vorgenommenen Klassifizierung.

Obwohl verschiedene Anstrengungen unternommen wurden, im Interviewmaterial Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen sowie hinsichtlich der Compliance herauszuarbeiten, konnten trotz intensiver qualitativ inhaltsanalytischer Auswertung keine wegweisenden Differenzen zwischen complianten und nicht complianten Patienten bzw. den beiden Diagnosegruppen bezüglich der angesprochenen Hauptthemen gefunden werden. Unterschiede sind zwar vorhanden, jedoch dominierten interpersonelle gegenüber potenziell diagnose- oder compliance-spezifischen Unterschieden.

Beispielsweise lässt sich nicht unterscheiden, ob die anklagende, „wehleidige“ Atmosphäre in einer Gruppe depressiver, als nicht compliant eingeschätzter Patienten echte Unzufriedenheit mit der IV ausdrückt oder als krankheitsimmanent zu werten ist. Als „mutlos, negativ“ und „verlangsamt“ (Hautzinger, 2011, [S.568]) beschreibt Hautzinger depressive Patienten. Diesen Eindruck konnten auch die Interviews mit depressiven Patienten zum Teil erwecken. Auch wurde beispielsweise das Hauptthema „Zugehörigkeit und aufgehoben sein“ (3.1.1.8) in allen Interviews angesprochen, nicht aber in den Interviews mit unfreiwilligen Programmabbrechern mit Hauptdiagnose F2. Dass sich gerade die in dieser Gruppe interviewten Personen jedoch in der IV unwohl gefühlt hätten, lässt sich daraus allerdings nicht schlussfolgern. Vielmehr scheint sich die unterschiedliche Intensität, mit der verschiedene Themen in den Gruppeninterviews besprochen wurden, eher auf die sich entwickelnde Gruppendynamik (siehe auch 4.1.3 „Rolle

der Gruppendynamik innerhalb der Interviews“) zurückführen zu lassen, als auf die reine Konkordanz der Interviewteilnehmer hinsichtlich Diagnosegruppe oder Therapie-treue.

4.6 Diskussion der quantitativen Daten

Sowohl Patienten als auch Mitarbeiter, Niedergelassene und Angehörige wurden nach den Gruppeninterviews um die Bearbeitung eines Fragebogens zum Programm gebeten. Zum Zeitpunkt der Erhebung nahmen 52 Patienten am Programm für seelische Gesundheit teil. Alle Patienten, die gesundheitlich für eine Studienteilnahme in Frage kamen, wurden kontaktiert. Angesichts der gegebenen Bedingungen kann daher für die noch eingeschlossenen Patienten nahezu von einer Vollerhebung ausgegangen werden. Trotzdem muss beachtet werden, dass die im Rahmen dieser Studie generierten Daten aufgrund der kleinen Stichprobe nicht ausreichen, um Thesen valide zu stützen. Tendenzen können jedoch zur Kenntnis genommen werden und, eingebettet in den Kontext der qualitativen Daten, vorsichtig interpretiert werden.

Insgesamt lassen sich die gefundenen Ergebnisse der quantitativen Erhebung in weiten Teilen mit den Ergebnissen der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews in Einklang bringen. Im Folgenden wird zum Teil auf Unterschiede hinsichtlich der Diagnose, der Compliance oder des Abbruchgrundes eingegangen, eine Bewertung potenzieller Signifikanz ist jedoch aufgrund des geringen Stichprobenumfangs nicht aussagekräftig.

4.6.1 Zufriedenheit mit dem Programm

In acht Fragen („ZUF8“, (Schmidt & Nübling, 2002)) wurde die Zufriedenheit der Patienten mit dem Programm zu erfassen gesucht. Insgesamt erreichte die IV hier durchschnittlich 23,4 von 32 möglichen Punkten, was für eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer spricht.

Unfreiwillige Abbrecher stellten sich als zufriedener mit dem Programm dar als freiwillige Abbrecher. Unter dem Gesichtspunkt der unterschiedlichen Beweggründe für den freiwilligen Programmaustritt („sich gesund fühlen“ vs. Unzufriedenheit) lässt sich hier jedoch keine Beurteilung dieser Differenz vornehmen.

Compliance Patienten gaben an, mit dem Programm durchschnittlich zufriedener zu sein als weniger compliance. Konsekutiv kann Zufriedenheit mit dem Programm als einer von vielen Faktoren für Compliance gelten, sodass folglich die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Programm als wichtiger Schritt auf dem Weg der Complianceförde-

nung zu werten ist. Eine Ausrichtung des Programms auf die Bedürfnisse seiner Teilnehmer sollte auch weiterhin hohe Priorität haben.

Auch die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Niedergelassenen mit dem Programm wurde untersucht, wobei sich Mitarbeiter zufriedener darstellten als Niedergelassene. Was die gemeinsame Zusammenarbeit und die Rollenverteilung innerhalb der IV anging, zeigte sich auf Seiten der Mitarbeiter eine geringere Zufriedenheit als auf Seiten der Niedergelassenen, was auf Kommunikationsbedarf an dieser Stelle hinweisen könnte. Dass alle an der Studie beteiligten niedergelassenen Psychiater weiterhin Patienten in die IV vermitteln würden, spricht für die Qualität des Programms.

4.6.2 Relevanz verschiedener Aspekte des Programms für die weitere Teilnahme

Verschiedene Aspekte des Programms wurden von allen Studienteilnehmern nach ihrer Relevanz für die weitere Teilnahme bewertet. Wenngleich alle gelisteten Aspekte insgesamt als überdurchschnittlich relevant gewertet wurden, fanden sich dennoch Unterschiede hinsichtlich Compliance und Diagnosegruppen, deren Interpretation jedoch lediglich spekulativ sein kann. So könnten complianten Patienten aufgrund ihrer größeren Zufriedenheit mit dem Programm diesem gegenüber grundsätzlich positiver eingestellt sein. Dass noch eingeschlossene Patienten durchschnittlich höhere Werte als ehemalige Teilnehmer vergaben, könnte mit einem „Verblässen“ der Erinnerung aufgrund der zeitlichen Differenz zwischen Programmteilnahme und Studie in Zusammenhang gebracht werden. Die geführten Gruppeninterviews könnten hier aufgrund der Stimulation des kollektiven Gedächtnisses verwertbarere Ergebnisse liefern.

Insgesamt hoben die Patienten besonders das Gefühl, „mit der Erkrankung und den eigenen Sorgen nicht alleine zu sein“, sowie „in Krisenzeiten jederzeit einen Ansprechpartner zu haben“ hervor, während die „Telefonate mit Ärzten“ bzw. „nichtärztlichen Mitarbeitern“ als eher irrelevant eingestuft wurden. Zusammen mit der großen Relevanz der „angenehmen Stimmung/Atmosphäre“ im Programm deutet dies auf den hohen Stellenwert einer persönlichen (vs. einer telefonischen) Kontaktaufnahme hin, was mit den Ergebnissen aus den Interviews in Einklang gebracht werden kann („dann freu ich mich [...], dass dann wieder irgendwas ist, wo ich hingehen kann“ (Ds)).

4.6.3 Auswirkungen der Programmteilnahme auf Gesundheit und Lebensqualität der Patienten

Alle untersuchten Patienten gaben an, ihre Zufriedenheit mit dem Leben und ihre Fähigkeit, den Alltag zu meistern seien seit der Programmteilnahme deutlich besser geworden. Dies deckt sich mit Hamanns Untersuchungen, die schon 2014 mithilfe des GAF-Scores (Global Assessment of Functioning) eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen der Patienten durch das Programm detektieren konnten (Hamann et al., 2014).

Complianten Patienten vergaben durchschnittlich höhere Punktwerte bezüglich der „Verbesserung des Lebens seit der Teilnahme“ anhand verschiedener Aspekte als nicht complianten. Auch mit der aktuellen Lebensqualität und Gesundheit zeigten sich sowohl F2-Patienten als auch complianten Patienten zufriedener als F3- bzw. nicht complianten Patienten. Eine größere Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit kann bei complianten Patienten, die sich an ihre Behandlungsvereinbarungen halten, nachvollzogen werden. In ihrer quantitativen Auswertung des Programms im Jahre 2014 konnten Hamann et al. zeigen, dass sich die Lebensqualität vor allem der teilnehmenden F3-Patienten über die Zeit der Untersuchung statistisch signifikant verbessert hatte (Hamann et al., 2014), während in dieser Studie F2-Patienten vorne lagen. Unter Berücksichtigung der kleinen Stichprobe und aufgrund der Tatsache, dass alle Patientengruppen eine tendenzielle Verbesserung in allen abgefragten Aspekten angaben (mit durchschnittlich 6,4 von 10 Punkten hinsichtlich der Zufriedenheit mit Lebensqualität und Gesundheit können auch depressive Patienten nicht als „unzufrieden“ gelten), widersprechen sich Hamanns und die hier gefundenen Ergebnisse jedoch nicht.

Erfreulicherweise konnten 15 von 17 Abbrechern seit ihrem Ausscheiden aus dem Programm ein Gleichbleiben oder sogar eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes verzeichnen, welche aus vielerlei Gründen (gute Betreuung durch den niedergelassenen Psychiater, „Überwinden“ einer schwierigen Phase, ...) denkbar ist. Um jedoch nicht hinnehmbare Verschlechterungen des Gesundheitszustandes ehemaliger Teilnehmer, die in dieser Arbeit aufgrund des geringen Stichprobenumfangs nur schwierig zu erfassen sind, differenzierter untersuchen zu können, sind weitere Studien nötig.

4.6.4 Untersuchung der Medikamentenadhärenz der Patienten

Auf der MARS-Skala, die versucht, die medikamentöse Adhärenz der Patienten zu quantifizieren, erreichten die Patienten durchschnittlich 11,7 von 14 möglichen Punkten. Hamann et al. konnten 2014 zeigen, dass die Therapieadhärenz der damaligen Programmteilnehmer im Verlauf der Teilnahme gestiegen war, für Patienten mit einer F3-Diagnose sogar signifikant (Hamann et al., 2014). Die hier gefundenen Ergebnisse stellen eine Momentaufnahme dar, die Ergebnisse lassen sich jedoch gut vereinbaren. In der vorliegenden Studie unterschieden sich die Patienten hinsichtlich Diagnose und Compliance in dieser Kategorie kaum. Zu beachten sind allerdings die höheren MARS-Werte weniger complianten F2-Patienten gegenüber complianten F2-Patienten (13,0 vs. 11,6 Punkte). Dies lässt am ehesten auf eine Differenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung schließen. Wahrnehmungsstörungen als kognitives Defizit sind im Krankheitsbild der schizophrenen Störungen häufig zu finden (Leucht & Förstl, 2012 [S.83]). Die Differenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung der untersuchten psychiatrischen Patienten zeigt sich auch in der Einschätzung der Motivation für den Programmeintritt (eigene Antrieb vs. Druck von Ärzten/Angehörigen), nur in wenigen Fällen lag Konkordanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung vor. Eine Harmonisierung der Fremd- und Selbsteinschätzung könnte im Rahmen der Betreuung der Patienten stärker forciert werden.

Innerhalb des Kontextes der Therapieadhärenz fällt außerdem auf, dass freiwillige Programmabbrecher sowohl niedrigere MARS-Summen-Werte (sowohl vor als auch nach Programmende) erreichten, als auch im Fremdrating durch den IV-Arzt als weniger medikamentös bzw. therapieadhärent, vermehrt motivationsbedürftig und weniger krankheitseinsichtig eingeschätzt wurden als die übrigen Patienten. Fleischhacker et al. berichten von mangelnder Krankheitseinsicht als einer von vielen Ursachen für mangelnde Adhärenz bei schizophrenen Patienten. Oft sei die Folge der Krankheitsuneinsichtigkeit und des konsekutiven Absetzens der Medikamente sogar ein vorübergehendes Gefühl der gesundheitlichen Besserung (Fleischhacker et al., 2011), was zur vermeintlichen Gesundheit einiger freiwilliger Programmabbrecher passen könnte. An dieser Stelle könnten zukünftige Investigationen Aufschluss darüber geben, ob Patienten, die ein psychiatrisches Versorgungsprogramm aus freien Stücken verlassen, später vermehrt durch Krankheitsrückfälle in Erscheinung treten.

Räumlich angeschlossen an das PSG befindet sich die Psychiatrische Institutsambulanz des Klinikums rechts der Isar, in der Patienten die Möglichkeit haben, Depotmedikation zu erhalten. Weniger complianten Patienten profitieren dabei von der intramuskulären Applikation des Medikamentes, was ein Vergessen der täglichen Einnahme unmöglich macht. Die geringe Anzahl der Studienteilnehmer mit Depotmedikation (lediglich ein Patient) lässt die Vermutung zu, dass die Förderung von Compliance und Selbständigkeit in der IV eine Depotmedikation zum Teil überflüssig machen könnte.

4.6.5 Unterstützung der Patienten durch Angehörige

Eines der Ergebnisse des Fremdratings zeigt, dass 19 der 34 Patienten unserer Studie bei der Behandlung ihrer Erkrankung keine Unterstützung durch Angehörige erfahren. Gründe dafür können Scham und Isolation, Stigmatisierung oder auch schlicht das Fehlen von Familie oder sozialen Kontakten sein. Gerade wenn familiäre Unterstützung fehlt, sind ambulante Hilfsangebote umso wichtiger, um die Therapieadhärenz zu erhalten oder zu verbessern (Lencer & Korn, 2015). Eine verstärkte Einbeziehung der Angehörigen über die Psychoedukation hinaus mit dem Ziel der Verbesserung von Akzeptanz und Unterstützung der psychisch erkrankten Patienten kann sich ggf. förderlich auf die Vermeidung von Rückfällen und Re-Hospitalisierungen auswirken (Rupprecht & Hampel, 2006).

4.6.6 Erkennen von Frühwarnzeichen

Rund 90% der untersuchten Patienten seien in der Lage, so ein Ergebnis des Fremdratings, beim Auftreten von Frühwarnzeichen geeignete Maßnahmen zu treffen - ein hochrelevanter Aspekt, der auf die Effektivität des Programms schließen lässt, denn Programmpunkte wie Psychoedukation oder Achtsamkeitsübungen, in denen die Patienten lernen, Körpersignale wahrzunehmen, können dazu einen großen Beitrag leisten. Je später eine Psychose erkannt und behandelt wird, desto schlechter ihre Prognose (Rupprecht & Hampel, 2006). Jeder Rückfall, der mithilfe der IV frühzeitig erkannt und verhindert werden kann, kann daher als Erfolg des Programms verbucht werden.

4.7 Limitationen

Um das komplex wirkende Programm zusätzlich zu quantitativen Parametern besser abbilden zu können, wurde im Rahmen dieser Studie eine vorrangig qualitative Herangehensweise gewählt (Mayring, 2010).

4.7.1 Einfluss des Teilnehmersamplings auf die Ergebnisse

A) *Verzerrung des Patientensamplings in Richtung gesünderer / complianten Patienten*

Obwohl das Verhältnis von complianten zu weniger complianten Interviewteilnehmern relativ ausgeglichen war, ist dennoch zu berücksichtigen, dass sich das Spektrum der interviewten Patienten von vornherein auf den complianteren Teil der IV-Teilnehmer beschränkt haben könnte: die am wenigsten therapieadhärenten Patienten fielen womöglich schon bei der Vorauswahl aufgrund florider Erkrankung durch das Raster, andere Patienten sagten ihre Teilnahme kurzfristig ab oder erschienen nicht zum Termin. Dass es sich bei diesen Patienten um wenig complianten Erkrankte gehandelt haben könnte, erscheint denkbar.

Andererseits könnte eine Steigerung der Motivation weniger complianten Patienten zur Interviewteilnahme zum Teil durch die monetäre Aufwandsentschädigung zu erklären sein, was angesichts der oft schwierigen finanziellen und sozialen Situation psychisch erkrankter Menschen (Mauz & Jacobi, 2008; Wancata et al., 1994) nachvollziehbar scheint.

B) *Fehler bei der Gruppenzuordnung*

In den Interviews mit Abbrechern mit Hauptdiagnose F3 wurde vor Durchführung der Interviews versehentlich jeweils ein Gruppenmitglied falsch zugeordnet: ein Interviewteilnehmer, der das Programm freiwillig beendet hatte, wurde in der Gruppe der unfreiwilligen Abbrecher interviewt, während eine unfreiwillige Abbrecherin in der Gruppe der freiwilligen Abbrecher interviewt worden war. Dieser Samplingfehler wurde im Rahmen der Auswertung (qualitativ und quantitativ) berücksichtigt. Dennoch ist eine unbewusste Beeinflussung der Gruppenmitglieder untereinander möglich, bei der Auswertung wurde sich dessen stets bewusst gemacht.

C) *Sampling der Niedergelassenen und Mitarbeiter der IV*

Wenngleich alle Psychiater bzw. Nervenärzte, welche Mitglied in der „Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater e.V.“ sind, Patienten in die IV vermitteln können, befanden sich zum Zeitpunkt der Studie 29 niedergelassene Psychiater in aktiver Kooperation mit der Integrierten Versorgung. Daher wurden vorrangig diejenigen Niedergelassenen, mit denen eine reibungsfreie, gut funktionierende Kooperation besteht, für eine Interviewteilnahme kontaktiert. Das Bild der Niedergelassenen ist also möglicherweise in eine Richtung verzerrt, die nahelegt, dass alle beteiligten niedergelassenen Psychiater das Programm wohlwollend unterstützen, während kritische Stimmen aufgrund der Vorauswahl nicht zu Wort kamen. Auf der anderen Seite ist davon auszugehen, dass sich Psychiater/ Nervenärzte, die vom Konzept der IV nicht überzeugt sind, von vornherein nicht am Programm beteiligen. Die Ergebnisse zeigen, dass die interviewten Niedergelassenen trotz guter Kooperation eine reflektierte Evaluation der IV vornahmen und auch Kritikpunkte äußerten, wodurch eine Verzerrung der Ergebnisse in Richtung einer zu „wohlwollenden“ Sichtweise zwar unwahrscheinlich, aber dennoch nicht ganz auszuschließen ist.

Die Befragung der Mitarbeiter der IV stellte zum Zeitpunkt der Studie eine Vollerhebung dar.

D) *Limitationen beim Sampling der Angehörigen von Patienten*

Um Freunde und Angehörige von Patienten zu einem Gruppeninterview einladen zu können, wurden die Patienten gebeten, Kontaktdaten von Familienmitgliedern, Partnern oder Freunden zu hinterlassen. Ursachen für die nur zögerliche Nennung von Kontakten seitens der Patienten können beispielsweise in den schwierigen sozialen Verhältnissen psychisch erkrankter Menschen gesucht werden. Soziale Kontakte werden oftmals gemieden, nicht zuletzt aufgrund der Angst vor öffentlicher Stigmatisierung (Rüsch, Berger, Finzen, & Angermeyer, 2004). Menschen mit schizophrener Erkrankung verfügen darüber hinaus über „kleinere soziale Netzwerke als gleichaltrige Kontrollpersonen“ (Klingberg & Buchkremer, 2009, [S.28]), schreiben Klingberg und Buchkremer. Auch unter dem Aspekt, dass viele Angehörige von Patienten deren Behandlung nicht (aktiv) unterstützen (siehe Ergebnisse der quantitativen Untersuchung), erscheint die zögerliche Empfehlung von Freunden und Angehörigen für ein Interview nachvollziehbar.

Die geringe Motivation der Angehörigen selbst zur Teilnahme am Interview ist vor dem Hintergrund, dass der Großteil der interviewten Angehörigen wenig bis gar kein Wissen über das Programm hatte, erklärbar. Die Akquise von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen stellte sich insgesamt als schwierig heraus. In künftigen Studien wird ein gut ausgearbeitetes, zeitintensives Konzept nötig sein, um Angehörige psychisch erkrankter Menschen zu erreichen.

4.7.2 Einfluss der Interviewsituation auf die Ergebnisse

Die Interviews wurden von einem Arzt und einer Doktorandin durchgeführt, worauf die interviewten Programmteilnehmer zu Beginn der Interviews hingewiesen wurden. Dies kann dahingehend zu einem Bias geführt haben, dass die Patienten infolge eines Erwartungsdruckes, der durch das Gespräch mit einem Arzt / einer Ärztin entsteht, „sozial erwünscht“ antworten (Kuckartz, 2005, [S.14]) oder Kritik verschweigen. Es wurde bewusst auf mit dem Beruf des Arztes attribuierte Merkmale wie einen weißen Kittel verzichtet, um diesen Effekt abzumildern. Dennoch war es aus Gründen der Offenheit und Transparenz selbstverständlich nötig, sich den Interviewteilnehmern entsprechend vorzustellen und den beruflichen Hintergrund offen zu legen. Um Verzerrungen in dieser Hinsicht komplett zu verhindern, hätten die Interviews von einer dritten, neutralen, in der Interviewführung geübten Person durchgeführt werden müssen. Dass der interviewführende Arzt einigen Patienten bereits bekannt war, kann allerdings auch zu einer vertrauensfördernden Atmosphäre beigetragen haben. Steinke (in Kuckartz, 2005) beschreibt ein offenes Verhältnis zwischen Interviewteilnehmern und Interviewendem, das von Vertrauen und Kommunikation auf Augenhöhe geprägt ist, als ein wesentliches Gütekriterium qualitativer Forschung.

4.7.3 Rolle der Gruppendynamik innerhalb der Interviews

Bei der Auswertung aller Interviews muss berücksichtigt werden, dass innerhalb eines Gespräches mit mehreren Teilnehmern stets eine gewisse Gruppendynamik entsteht. Die Gesprächspartner beeinflussen sich gegenseitig. Richter und Fleer merken an, dass „gerade durch die Gruppensituation grobe personenabhängige Verzerrungen ausgeglichen werden“ (Richter & Fleer, 2004, [S.239]) können. Wollte man von jedem Interviewteilnehmer einen von anderen Teilnehmern unbeeinflussten Kommentar zu allen

oben aufgeführten Themen, so wären Einzelinterviews die passendere Wahl gewesen. Nicht nur der immense zeitliche und personelle Aufwand, der mit Einzelinterviews verbunden wäre, sondern auch das Forschungsinteresse rechtfertigen jedoch die Entscheidung für Fokusgruppen.

4.7.4 Einfluss der Forschenden im Rahmen der Auswertung

Eines der vielen Prinzipien der qualitativen Sozialforschung ist das Prinzip der Offenheit. Forscher müssen offen gegenüber „Untersuchungspersonen, -situationen und -methoden“ (Steger, 2003, [S.4]) ins Feld gehen, auch bei der Analyse der entstandenen Texte dürfen keine Vorannahmen verzerrend wirken. Qualitative Forschung möchte keine Hypothesen prüfen, sondern sie vielmehr generieren (Steger, 2003 nach (Glaser/Strauß, 1967) et al.). Die Atmosphäre innerhalb einer Interviewsituation, Mimik und Gestik, Klangfarbe und Satzmelodie der Gesprächsteilnehmer sind Teil des Gesamteindrucks der Interviews, lassen sich jedoch in Textform schwer festhalten. Sie fließen unterbewusst in die Auswertung mit ein. Forschende müssen sich einer möglichen Beeinflussung dadurch zu jeder Zeit bewusst sein, adäquat damit umgehen und etwaige Vorannahmen offenlegen und begründen (Steger, 2003 nach (Hopf, 1984) et al.).

4.7.5 Limitationen aufgrund des Studiendesigns

Bei Betrachtung der vorliegenden Arbeit muss berücksichtigt werden, dass die gefundenen Ergebnisse als zeitpunktabhängig zu werten sind (Richter & Fleer, 2004). Das Programm für seelische Gesundheit muss als dynamisches Konstrukt betrachtet werden, sodass die vorliegende Studie eine umfassende Momentaufnahme der IV zum Zeitpunkt der Studie darstellt.

Darüber hinaus liegt es in der Natur des Studiendesigns, dass keine Kontrollgruppe vorhanden ist, mit der ein Vergleich der interviewten Studienpopulation möglich ist. Denkbar wäre ein Vergleich zwischen aktuellen und ehemaligen Programmteilnehmern, jedoch lassen sich hinsichtlich des Erlebens und der Bewertung der IV keine nennenswerten Unterschiede zwischen diesen Gruppen finden. Ein Vergleich zwischen dem Gesundheitszustand aktueller und ehemaliger Teilnehmer wäre denkbar, unterliegt aber zu starken interpersonellen Schwankungen, welche nicht mit der Teilnahme oder Nicht-

Teilnahme am Programm in Verbindung zu bringen sind. Es wurde sich aus diesen Gründen auf eine umfassende qualitative Evaluation des Programms für seelische Gesundheit aus der Sicht von aktiven und ehemaligen Patienten, Mitarbeitern und Niedergelassenen beschränkt.

Die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse können nur in beschränktem Maß verallgemeinert oder auf andere IV-Projekte übertragen werden. Es handelt sich bei den erhobenen Daten um ein subjektives Stimmungsbild des Programms, welches von zahlreichen Faktoren abhängig ist: So können etwa die akuten Erkrankungsausprägungen der Interviewteilnehmer, die Zusammensetzung der Fokusgruppen oder sogar das Wetter am Tag des Interviews durch Beeinflussung der Stimmung der Teilnehmer eine Auswirkung auf die Inhalte der Gespräche gehabt haben. All dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

4.8 Ausblick

Letztendlich stellt sich die Frage, wie das Programm in Zukunft weitergeführt oder angepasst werden muss, um sowohl Krankenkassen und niedergelassene Psychiater als auch Patienten weiterhin zu überzeugen.

Für die Programmteilnehmer stellte sich vor allem ein konstanter Bezugsarzt, eine Vielfalt an Kursangeboten (insbesondere Kunst-/Musiktherapie sowie „Freizeitangebote“), die im Programm herrschende „familiäre“ Atmosphäre von Ruhe und Geborgenheit, sowie die ständige Erreichbarkeit eines Ansprechpartners als besonders wichtig dar. In den Interviews vielfach betont wurde auch die Relevanz der „Kopplung“ der IV an das Klinikum rechts der Isar mit der Möglichkeit, in Notsituationen dort behandelt werden zu können.

Bei der Auswahl der Kursangebote sollten einerseits die therapeutische Sinnhaftigkeit, auf der anderen Seite aber auch die Patientenwünsche berücksichtigt werden. Ein als Compliance-fördernd konzipiertes Therapiekonzept kann nur dann als solches wirken, wenn auch wenig therapieadhärente Patienten gerne und freiwillig daran teilnehmen. Dass das Programm von der überwiegenden Mehrheit seiner Teilnehmer als rezidivprophylaktisch wirkungsvoll wahrgenommen wird, konnte die vorliegende Arbeit zeigen. Von was Patienten besonders profitieren, ist individuell unterschiedlich: Während für den einen vor allem die sozialen Kontakte in der IV rezidivprophylaktisch wirken, sind es für den anderen die Meditationskurse oder das Stärken der Selbstwirksamkeit in der Kunsttherapie. Am Ende muss beinahe jedes Mittel recht sein, um einen Rückfall zu verhindern.

Die Mitarbeiter der Integrierten Versorgung äußerten neben dem Empfinden von Sinnhaftigkeit ihrer täglichen Arbeit den expliziten Wunsch nach einem Ausbau des Programms, der nur mit Hilfe der Unterstützung durch zusätzliche, „große“ Krankenkassen möglich sei. Entsprechende neue finanzielle Mittel könnten eine Erweiterung der Räumlichkeiten, der Mitarbeiter, des Kursangebotes und in der Folge die Betreuung zusätzlicher Patienten ermöglichen.

Das mittlerweile breite Feld der IV-Projekte stellt sich für Patienten vermehrt unübersichtlich dar (Amt für Gesundheit sowie Amt für Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), 2019). Um Patienten den Zugang zum Programm zu erleichtern, ist

eine bessere Öffentlichkeitsarbeit und Verbreitung von Informationen unter den Versicherten nötig. Auch für niedergelassene Leistungserbringer muss die Selektion passender Patienten für das Programm erleichtert werden, um den Ausbau des Münchner Modells fördern zu können.

Der von Hamann et al. gezeigte Erfolg der Integrierten Versorgung (Hamann et al., 2014) durch die hohe Patientenzufriedenheit und vielschichtige Verbesserung der Gesundheit der Programmteilnehmer konnte in dieser Studie differenzierter erhoben und gestützt werden. Gerade vor dem Hintergrund der immer noch unzureichenden therapeutischen Versorgung auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen (Frank Jacobi & Kessler-Scheil, 2013) in Zusammenschau mit den sowohl objektiven (Hamann et al., 2014) als auch subjektiven Erfolgen des Programms ist ein Ausbau bzw. die Weiterführung der Münchner Integrierten Versorgung wünschenswert.

5 Zusammenfassung

In dieser Studie wurde das Integrierte Versorgungsprojekt in der Psychiatrie „Münchener Modell“ aus Sicht von Patienten, Mitarbeitern, niedergelassenen Psychiatern und Angehörigen von Patienten qualitativ evaluiert. Das Programm wurde 2005 vom Zentrum für Disease Management der Universitätsklinik rechts der Isar der TU München gegründet und betreut in Kooperation mit einigen Krankenkassen und der Arbeitsgruppe Münchener Nervenärzte e.V. Menschen mit psychischen Störungen aus den Bereichen F2 und F3 nach ICD-10. Im Vordergrund des Programms stehen die Verbesserung der rezidivprophylaktischen Compliance der teilnehmenden Patienten sowie eine Verbesserung der Koordination zwischen stationärer und ambulanter Betreuung.

Nachdem statistische Auswertungen des Programmes bereits Erfolge im Bereich der Reduktion von Krankenhaustagen verzeichnen konnten, widmet sich die vorliegende Arbeit der qualitativen und damit differenzierteren Evaluation des Programms aus Sicht der beteiligten Personengruppen.

Dazu wurden elf Gruppeninterviews mit insgesamt 17 ehemaligen sowie 17 noch eingeschlossenen Patienten, vier Angehörigen, fünf niedergelassenen Psychiatern und sechs Mitarbeitern der IV geführt und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Zusätzlich wurden mithilfe von Fragebögen quantitative Parameter erhoben, wobei sich aus den erhaltenen Daten aufgrund der kleinen Stichprobe lediglich begrenzte Schlussfolgerungen ziehen lassen.

Mithilfe der vorliegenden Studie konnte sowohl im Rahmen der qualitativen als auch der quantitativen Untersuchung eine hohe Zufriedenheit aller beteiligten Personengruppen mit dem Programm gezeigt werden und Gründe für die Programmteilnahme vielschichtig analysiert werden. Teilnehmende Patienten schätzen besonders die behütende, Sicherheit gebende Atmosphäre im Programm, das breit gefächerte Kursangebot sowie die ständige Erreichbarkeit eines Ansprechpartners. Wichtiger Aspekt ist ein gleichbleibender Bezugsarzt im Programm. Sowohl für die Mitarbeiter als auch für die beteiligten niedergelassenen Psychiater liegt die Sinnhaftigkeit der Integrierten Versorgung auf der Hand. Eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit könnte zudem weiteren Patienten den Zugang zum Programm erleichtern. Um die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern

der IV und Niedergelassenen weiterhin komplikationslos fortführen zu können, arbeiten beide Seiten an einer Optimierung der Kommunikation.

Die vielschichtige rezidivprophylaktische und Compliance-fördernde Wirkung des Programms konnte im Gespräch mit Patienten, Mitarbeitern und Niedergelassenen gleichermaßen bestätigt werden.

Für die Zukunft des Programms stellt sich vor allem die Akquise weiterer Kostenträger als vordergründig dar, um die nötigen finanziellen Ressourcen zu generieren, die die Weiterführung und den Ausbau des Programms ermöglichen. Nur so kann das Programm weiterhin die Hilfen bereitstellen, die den teilnehmenden Patienten so viel Sicherheit, Unterstützung und Geborgenheit bieten und damit zu einer deutlichen Reduktion der Rückfallwahrscheinlichkeit beitragen können.

Literaturverzeichnis

- Amt für Gesundheit sowie Amt für Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.). (2019). *Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg*. Hamburg. Retrieved from <https://www.hamburg.de/contentblob/12273896/2faa32cb036a0911cbcac4e1baec06d0/data/psychiatriebericht.pdf>
- Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater e.V. (2019). Münchner Nervenärzte und Psychiater. Retrieved July 19, 2019, from <http://ag-psy-muc.de/>
- Ariadne – Verein zur Hilfe für Alterskranke und seelisch Kranke e.V. (n.d.). Ariadne – Verein zur Hilfe für Alterskranke und seelisch Kranke e.V.. Hilfe für den Weg aus dem Labyrinth. Retrieved July 19, 2019, from <https://www.ariadne-ev.de/index.htm>
- Bahrs, O., & Dingelstedt, A. (2009). Auf der Suche nach der verlorenen Zeit: Zur angemessenen Dauer des hausärztlichen Gesprächs aus Sicht der Versicherten. In J. Böcken, B. Braun, & J. Landmann (Eds.), *Gesundheitsmonitor 2009* (pp. 80–101). Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung.
- Barut, J. K., Dietrich, M. S., Zanoni, P. A., & Ridner, S. H. (2016). Sense of Belonging and Hope in the Lives of Persons with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(2), 178–184. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.009>
- Bäuerle, S. (2012). *Umsetzung einer bedarfsorientierten Entlassungsplanung für Patienten mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems : eine Prozessevaluation*. Open Access Repository der Universität Ulm. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.18725/OPARU-2717>
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R., & Kissling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *The Journal of Clinical Psychiatry, 68*(6), 854–861. Retrieved from <https://europepmc.org/abstract/med/17592908>
- Beblo, T. (2016). Die Bedeutung kognitiver Beeinträchtigungen bei depressiven Patienten. *Zeitschrift Fur Neuropsychologie, 27*(2), 69–83. <https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000174>
- Bechdolf, A., Halve, S., Schultze-Lutter, F., & Klosterkötter, J. (1998). Selbst wahrnehmbare Vulnerabilität, Prodromalsymptome und Bewältigungsreaktionen vor schizophrener und affektiven Episoden. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie, 66*(8), 378–386. <https://doi.org/10.1055/s-2007-995275>
- Blättner, B. (2007). Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Prävention Und Gesundheitsförderung, 2*(2), 67–73. <https://doi.org/10.1007/s11553-007-0063-3>
- Breier, A., & Strauss, J. S. (1984). The Role of Social Relationships in the Recovery From Psychotic Disorders. *Am J Psychiatry, 141*(August), 949–955.
- Bschor, T., Bauer, M., & Adli, M. (2014). Chronische und therapieresistente Depression - Diagnostik und Stufentherapie. *Deutsches Arzteblatt International, 111*(45), 766–

776. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0766>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. (2019a). Gütekriterien innovativer Versorgungsformen. Retrieved June 3, 2019, from [https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/81a022cc6ffaa7eda6c3aa4bd105400abe6e99ec/Gütekriterien innovativer Versorgungsformen.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/81a022cc6ffaa7eda6c3aa4bd105400abe6e99ec/Gütekriterien_innovativer_Versorgungsformen.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. (2019b). Neue Lösungen für wachsenden Hilfebedarf. Retrieved May 29, 2019, from <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung.html>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. (2019c). Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. Retrieved July 17, 2019, from https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/933a83524dd5459f46f2d2885ff57a0b69264cef/Factsheet_Psychiatrie.pdf
- Eglt, G. M. L., Palmer, B. W., Martin, A. S., Tu, X., & Jeste, D. V. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS ONE*, *13*(3), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194021>
- Falkenberg, I. (2012). Kompendium der Psychotherapie. In T. Kircher (Ed.), *Kompendium der Psychotherapie* (pp. 67–93). Berlin Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-23664-8_6
- Faltermeier, T. (2020). BZgA Leitbegriffe: Salutogenese. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i104-2.0>
- Fenerty, S. D., West, C., Davis, S. A., Kaplan, S. G., & Feldman, S. R. (2012). The effect of reminder systems on patients' adherence to treatment. *Patient Preference and Adherence*, *6*, 127–135. <https://doi.org/10.2147/PPA.S26314>
- Fleischhacker, W. W., Allen, C., Erfurth, A., Hofer, A., Lehofer, M., Marksteiner, J., ... Stuppäck, C. (2011). Therapieadhärenz bei Schizophrenie-Patienten. *Psychiatrie & Psychotherapie*, *7*(3), 98–109. <https://doi.org/10.1007/s11326-011-0170-9>
- Gassmann, W., Christ, O., Lampert, J., & Berger, H. (2013). The influence of Antonovsky's sense of coherence (SOC) and psychoeducational family intervention (PEFI) on schizophrenic outpatients' perceived quality of life: a longitudinal field study. *BMC Psychiatry*, *13*(10). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-10>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien GmbH 2011.
- Gross, H. (2014). Wunderdroge Empathie. *HNO Nachrichten*, *44*(2), 14–18. <https://doi.org/10.1007/s00060-014-0296-7>
- Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Ay, E.-S., Becker, T., & Riedel-Heller, S. (2012). Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen - Sind sie wirksam? *Nervenarzt*, *83*, 855–860. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3472-7>
- Gunkel, S., Bröker, M., & Priebe, S. (1996). Psychiatrische Behandlung aus der Sicht chronisch schizophrener Patienten. *Sozialpsychiatrische Informationen, Themenheft "Qualitätssicherung in Der Psychiatrie (Teil 2)"*, *26*(1), 20–33. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/233832575_Psychiatrische_Behandlung_

aus_der_Sicht_chronisch_schizophrener_Patienten

- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... Faravelli, C. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(10), 718–779. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008%0A>
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impression (CGI). In W. Guy (Ed.), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (revised)* (pp. 217–222). Rockville, MD: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs. Retrieved from <https://archive.org/details/ecdeuassessmentm1933guyw>
- 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 Research*, *217*(1–2), 15–19. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.005>
- Hamann, J., Kohl, S., McCabe, R., Bühner, M., Mendel, R., Albus, M., & Bernd, J. (2016). What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(4), 617–625. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1089-z>
- Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., ... Jones, P. B. (2003). The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(Suppl. 416), 16–23. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x>
- Hautzinger, M. (2011). Depressionen. In M. Linden & M. Hautzinger (Eds.), *Verhaltenstherapiemanual* (pp. 565–571). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-16197-1_100
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien GmbH 2011.
- Indermaur, E., & Holder, J. (2017). Mind the Gap - Lücken in der ambulanten Versorgung schließen. In S. Hahn, C. Gurtner, C. Burr, A. Hegedüs, U. Finklenburg, I. Needham, ... H. Stefan (Eds.), *“Mitmischen - Aufmischen - Einmischen” Eine Aufforderung an die psychiatrische Pflege in Praxis - Management - Ausbildung - Forschung* (pp. 93–98). 14. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern: Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Anna_Hegedues/publication/320472137_Mitmischen_-_Aufmischen_-_Einmischen_Eine_Aufforderung_an_die_psychiatrische_Pflege_in_Praxis_-_Management_-_Ausbildung_-_Forschung/links/59e776000f7e9bed362bf5ff/Mitmischen-Aufmisch
- Jacobi, F. (2012). Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? In Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Ed.), *Die Grossen*

- Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung* (pp. 16–24). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag GmbH. Retrieved from <https://www.bdp-verband.de/binaries/content/assets/verband/bdp-berichte/bdp-bericht-2012-die-grossen-volkskrankheiten.pdf>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Jacobi, F., Klose, M., & Wittchen, H. U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47(8), 736–744. <https://doi.org/10.1007/s00103-004-0885-5>
- Jacobi, Frank, & Kessler-Scheil, S. (2013). Epidemiologie psychischer Störungen: Häufigkeit und Krankheitslast in Deutschland. *Psychotherapeut*, 58(2), 191–206. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-0962-z>
- Kammer-Spohn, M. (2013). Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 94(38), 1450–1452. Retrieved from https://www.psych.ch/fileadmin/templates/publikationen/Fachartikel/Recovery-_SAEZ-01580.pdf
- Karow, A., Reimer, J., & Schulz, H. (2012). Cost-utility analysis of 12 months Assertive Community Treatment as part of Integrated Care versus Standard Care in patients with schizophrenia treated with Quetiapine (ACCESS Trial). *J Clin Psychiatry*, 73, 402–408.
- Kern, S., Reichmann, H., & Ziemssen, T. (2008). Therapieadhärenz in der neurologischen Praxis. Beispiel: Multiple Sklerose. *Nervenarzt*, 79(8), 877–890. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2419-0>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kircher, T. (2019). Grundlagen. In T. Kircher (Ed.), *Kompendium der Psychotherapie für Ärzte und Psychologen* (2. Auflage, pp. 6–16). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH Deutschland. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-57287-0>
- Klesse, C., Bermejo, I., & Härter, M. (2007). Neue versorgungsmodelle in der depressionsbehandlung. *Nervenarzt*, 78(SUPPL. 3), 585–596. <https://doi.org/10.1007/s00115-007-2368-z>
- Klingberg, S., & Buchkremer, G. (2009). Neue entwicklungen in der psychotherapie schizophrener psychosen. *Nervenarzt*, 80(1), 22–30. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2617-9>
- Krollner, B. (2019). ICD-Code: ICD-10-GM-2019. F32. - Depressive Episode. Retrieved July 12, 2019, from <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html>
- Krueger, R. A. (2015). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Los Angeles / Washington DC: SAGE Publications Inc.

- Kuckartz, U. (2005). *Computergestützte Analyse qualitativer Daten - Tagungsband 2005: winMAX / MAXqda Anwenderkonferenz, Philipps-Universität Marburg, 10.-11. März 2005. Anwenderkonferenz Philipps-Universität Marburg, Tagungsband zur CAQD 2005*. Marburg:Universität Marburg, FB 21 Erziehungswissenschaften, Institut für Erziehungswissenschaft, Arbeitsbereich EmpirischePädagogik.: Kuckartz, Udo Rädiker, Stefan Stefer, Claus Dresing, Thorsten. Retrieved from <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-9472>
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (2.)*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kunze, H., & Priebe, S. (2006). Integrierte Versorgung - Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatrische Praxis*, 33(05), 53–55. <https://doi.org/10.1055/s-2005-915398>
- Lambert, M., Bock, T., Schöttle, D., Golks, D., Meister, K., Rietschel, L., & Huber, C. G. (2010). Assertive community treatment (ACT) as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first-and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine IR (ACCESS trial). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1313–1323.
- Lambert, M., Schöttle, D., Ruppelt, F., Rohenkohl, A., Sengutta, M., Luedecke, D., ... Karow, A. (2017). Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(2), 188–200. <https://doi.org/10.1111/acps.12762>
- Lambert, Martin, Schöttle, D., Ruppelt, F., Lüdecke, D., Sarikaya, G., Schulte-Markwort, M., ... Karow, A. (2015). Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen: 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(4–5), 408–419. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2123-8>
- Lechner, S., & Kaufmann, A. (2017). Psychosoziale Übergangsbetreuung – Ein Betreuungskonzept auf Augenhöhe. In S. Hahn, C. Gurtner, C. Burr, A. Hegedüs, U. Finklenburg, I. Needham, ... H. Stefan (Eds.), *„Mitmischen - Aufmischen - Einmischen“ Eine Aufforderung an die psychiatrische Pflege in Praxis - Management - Ausbildung - Forschung* (pp. 115–119). 14. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern: Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule.
- Lencer, R., & Korn, D. (2015). Adhärenz in der Psychopharmakologie. *Der Nervenarzt*, 86(5), 637–648. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4275-z>
- Leucht, S., & Förstl, H. (2012). *Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96(1–3), 232–245. Retrieved from <https://www-sciencedirect-com.eaccess.ub.tum.de/science/article/pii/S0920996407003210?via%3Dihub>
- Lutfey Spencer, K., & J Wishner, W. (1999). Beyond “compliance” is “adherence”: Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*, 22(4), 635–639. <https://doi.org/10.2337/diacare.22.4.635>

- Maercker, A. (1998). Kohärenzsinn und persönliche Reifung als salutogenetische Variablen. In S. Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer (Ed.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie: Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. (pp. 187–199). Berlin: Springer-Verlag GmbH. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Andreas_Maercker/publication/278748671_Kohärenzsinn_und_personliche_Reifung_als_salutogenetische_Variablen/links/563321dc08ae58487809938f.pdf
- Małus, A., Galińska-skok, B., Konarzewska, B., & Szulc, A. (2018). How do patients perceive ambulatory psychiatric care and what are their needs? *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(1), 90–94. <https://doi.org/10.5604/12321966.1233559>
- Mauz, E., & Jacobi, F. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*, 35(November), 343–352. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067557>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. überar.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- Meyer, T., & Flick, U. (2011). Methoden der qualitativen Forschung. In *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik-Methodik-Anwendung* (2., vollst., pp. 77–83). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Misoch, S. (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin/München/Boston: De Gruyter.
- Perkins, D. O. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121–1128.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73–92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>
- Rabovsky, K., & Stoppe, G. (2006). Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker: Eine kritische Übersicht. *Nervenarzt*, 77(5), 538–548. <https://doi.org/10.1007/s00115-005-2036-0>
- Rommel-Fassbender, R. (2002). Case Management - eine Methode der Sozialen Arbeit; Erfahrungen und Perspektiven. In P. Löcherbach, W. Klug, R. Rommel-Fassbender, & W. Wendt (Eds.), *Case Management: Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis* (pp. 63–80). Neuwied: Luchterhand.
- Rentrop, M., Böhm, A., & Kissling, W. (1999). Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung: Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 67, 456–465.
- Richter, D., & Fleer, B. (2004). Fokusgruppen als evaluationsinstrument der zufriedenheit mit der psychiatrischen behandlung. *Gesundheitsökonomie Und Qualitätsmanagement*, 9(4), 236–240. <https://doi.org/10.1055/s-2004-813544>
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia — Results of a Survey of All Psychiatric

- Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 765–775. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl006>
- Rupprecht, R., & Hampel, H. (2006). *Roter Faden Psychiatrie und Psychotherapie*. (R. Rupprecht & H. Hampel, Eds.). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A., & Angermeyer, M. C. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In M. Berger (Ed.), *Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie, elektronisches Zusatzkapitel Stigma* (pp. 1–14). Freiburg, Basel, Leipzig: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; Auflage: 5. Retrieved from http://berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf
- Sabaté, E. (2003). *ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES. Evidence for action. World Health Organization*. Geneva. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf%5Cnwww.who.int/chp/knowledge/publications/adherence>
- Sander, K., & Albus, M. (2010). Innovative Projekte im Gefolge der Gesundheitsmodernisierungsgesetze: Erfahrungen mit einem Projekt der integrierten Versorgung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Forschung, Supplement*, 92–95.
- Schmid, P., Steinert, T., & Borbé, R. (2013). Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 40(08), 414–424. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343192>
- Schmidt, J., & Nübling, R. (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In E. Brähler, J. Schumacher, & B. Strauß (Eds.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (pp. 392–396). Göttingen: Hogrefe. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/247161440_ZUF-8_Fragebogen_zur_Messung_der_Patientenzufriedenheit
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(1), 27. <https://doi.org/10.17169/FQS-15.1.2043>
- Schreyögg, J., Weinbrenner, S., & Busse, R. (2006). Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In R. Busse, J. Schreyögg, & C. Gericke (Eds.), *Management im Gesundheitswesen* (pp. 106–122). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-29465-8_6
- SGB V. (2019). Sozialgesetzbuch (SGB V). Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. § 140a SGB V Besondere Versorgung. Retrieved July 20, 2019, from <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/140a.html>
- Spill, B., Beiting, R., Kissling, W., & Hamann, J. (2013). Patientenzufriedenheit mit einem Programm der Integrierten Versorgung für die Indikationen Schizophrenie und Depression. *Psychiatrische Praxis*, 40(03), 142–145. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327388>
- Sprei F von, M. P. (2011). Kunsttherapie. In H. Möller, G. Laux, & H. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Bd 1, Allgemeine Psychiatrie*.

- (4. Auflage, pp. 1079–1083). Berlin: Springer-Verlag.
- Steger, T. (2003). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Schriften zur Organisationswissenschaft, No. 1. Technische Universität Chemnitz, Professur für Organisation und Arbeitswissenschaft*. Chemnitz. Retrieved from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-200906309282>
- Stirner, S.; Kissling, W.; Hamann, J.; Senner, S. (2022). A German psychiatric care program aiming to improve patients' compliance – Patients' view. *The European Journal of Psychiatry*, 36(2), 137–139. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.02.002>
- Theisel, S., Schielein, T., & Spießl, H. (2010). Der „ideale“ Arzt aus Sicht psychiatrischer Patienten. *Psychiat Prax*, 37(06), 279–284. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248403>
- Thompson, K., Kulkarnia, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42(3), 241–247. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00130-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00130-9)
- Urban & Vogel. (2015). „Die Akutsprechstunde wäre ein Schritt in die sektorenübergreifende Versorgung“. Interview mit Professor Sabine Herpertz. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 17(1), 6–7. <https://doi.org/10.1007/s15005-015-1138-x>
- van Eijken, M., Tsang, S., Wensing, M., de Smet, P., & Grol, R. (2003). Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community. *Drugs and Aging*, 20(3), 229–240. Retrieved from <https://link-springer-com.eaccess.ub.tum.de/content/pdf/10.2165/00002512-200320030-00006.pdf>
- Wancata, J., Gasselseder, M., & Müller, C. (1994). Arbeit und Lebensqualität schizophrener Patienten. In H. Katschnig & P. König (Eds.), *Schizophrenie und Lebensqualität* (pp. 189–202). Vienna: Springer Vienna.
- Winkelhage, J., Winkel, S., Schreier, M., Heil, S., Lietz, P., & Diederich, A. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse: Entwicklung eines Kategoriensystems zur Analyse von Stakeholderinterviews zu Prioritäten in der medizinischen Versorgung. *Priorisierung in Der Medizin / FOR 655*, 15(May 2014), 1–21.
- Witkowska-Łuć, B. (2018). Schizophrenia and sense of coherence. *Psychiatria Polska*, 52(2), 217–226. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/69697>
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2011). Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. In Hans-Ulrich Wittchen & J. Hoyer (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 57–90). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_3
- Wolfersdorf, M., & Rupprecht, U. (2001). Depressive Störung - psychopathologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte. *PiD - Psychotherapie Im Dialog*, 2(4), 389–396. <https://doi.org/10.1055/s-2001-19620>
- Zepf, S., Mengele, U., & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psych Med*, 53(03/04), 152–162. <https://doi.org/10.1055/s-2003-38004>
- Zivin, K., Ganoczy, D., Pfeiffer, P. N., Miller, E. M., & Valenstein, M. (2009). Antidepressant adherence after psychiatric hospitalization among VA patients with

depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(6), 406–415. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0230-2>

Anhang

1. Interviewleitfäden

Abbildung 1: Leitfaden für Interviews mit noch eingeschlossenen Patienten

Interviewleitfaden

*Für Gruppeninterviews mit **Patienten, die aktuell an der IV teilnehmen***

„Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, einige Fragen zum Programm Integrierte Versorgung zu beantworten, an dem Sie teilnehmen. Das Interview wird aufgezeichnet und dann anonymisiert. Beginnen wir doch mit einer kleinen Vorstellungsrunde, wenn Sie möchten. Mein Name ist [REDACTED], Assistenzarzt, ich werde heute das Interview führen. Neben mir sitzt [REDACTED], Medizinstudentin, die im Rahmen ihres Medizinstudiums zu diesem Thema eine Doktorarbeit schreiben wird. Sollte ich einige Fragen vergessen oder sollte sie auch noch Fragen an Sie haben, wird sie mich im Interview unterstützen.“

1. Wie **erleben** Sie das Programm Integrierte Versorgung?
Wie nehmen Sie es wahr? Was fällt Ihnen dazu ein?
Was ist das **Spezielle**?
Wie unterscheidet es sich von anderen Hilfsangeboten wie zum Beispiel der Klinik oder dem niedergelassenen Psychiater?
Wie trägt das Programm **zu Ihrer seelischen Gesundheit bei**?
2. Was gehört dazu, dass das Programm **gut** ist?
Was gefällt Ihnen hier gut?
Von was **profitieren Sie** hier besonders?
Welche Komponenten sind besonders hilfreich?
3. Was kann man besser machen?
Was gefällt Ihnen nicht so gut?
Wo können **Anpassungen** durchgeführt werden?
(Wenn Sie es einmal nicht herschaffen, woran liegt das?)
4. Psychiatern ist es ja immer sehr wichtig, dass alle ihre Medikamente nehmen. Wie ist das denn hier im Programm?
Welche Rolle spielen Medikamente hier?
Wie ist es mit der Regelmäßigkeit der Einnahme?
Was hilft Ihnen dabei, regelmäßig Medikamente zu nehmen?

Warum sind Sie schon so lange im Programm dabei?
Welchen Einfluss hat das Programm darauf, dass Sie **nicht erneut erkranken**?

Probing questions:

- „Was meinen Sie damit?“
- „Können Sie das konkret beschreiben?“
- „Wie sehen das die anderen?“

Abbildung 2: Leitfaden für Interviews mit freiwilligen Abbrechern

Interviewleitfaden

Für Gruppeninterviews mit (ehemaligen) Patienten, die freiwillig die Programmteilnahme abgebrochen haben

„Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, einige Fragen zum Programm Integrierte Versorgung zu beantworten, an dem Sie teilgenommen haben. Das Interview wird aufgezeichnet und dann anonymisiert. Beginnen wir doch mit einer kleinen Vorstellungsrunde, wenn Sie möchten. Mein Name ist [REDACTED], Assistenzarzt, ich werde heute das Interview führen. Neben mir sitzt [REDACTED], Medizinstudentin, die im Rahmen ihres Medizinstudiums zu diesem Thema eine Doktorarbeit schreiben wird. Sollte ich einige Fragen vergessen oder sollte sie auch noch Fragen an Sie haben, wird sie mich im Interview unterstützen.“

1. Wie haben Sie das Programm Integrierte Versorgung **erlebt**, als Sie noch teilgenommen haben?
Wie haben Sie es wahrgenommen? Was fällt Ihnen dazu ein?
Was war das **Spezielle**?
Wie hat es sich von anderen Hilfsangeboten, wie zum Beispiel der Klinik oder dem niedergelassenen Psychiater, **unterschieden**?
Wie hat das Programm zu Ihrer **seelischen Gesundheit beigetragen**?
2. Von was haben Sie hier besonders **profitiert**?
Was hat dazugehört, dass das Programm gut war?
Welche Komponenten waren besonders **hilfreich**?
3. Was hat Ihnen **nicht so gut** gefallen?
Was hätte man besser machen können?
Wo hätten **Anpassungen** durchgeführt werden können?
4. Psychiatern ist es ja immer sehr wichtig, dass alle ihre Medikamente nehmen. Wie war das denn hier im Programm?
Welche Rolle haben Medikamente hier gespielt?
Wie war es mit der Regelmäßigkeit der Einnahme?
Was hat Ihnen dabei geholfen, regelmäßig Medikamente zu nehmen?
Warum waren Sie so lange im Programm dabei? Was hat Sie hier gehalten?
Wenn Sie es einmal nicht hergeschafft haben, woran hat das gelegen?
Welchen Einfluss hatte das Programm darauf, **nicht erneut zu erkranken**?
5. **Wie kam es dazu**, dass Sie hier nicht mehr teilnehmen?
Wie geht es Ihnen jetzt, seit Sie nicht mehr am Programm teilnehmen? Hat sich etwas **verändert**?
Was müsste man **verändern, um die Leute zu motivieren**, länger im Programm zu bleiben?

Probing questions:

- „Was meinen Sie damit?“
- „Können Sie das konkret beschreiben?“
- „Wie sehen das die anderen?“

Abbildung 3: Leitfaden für Interviews mit unfreiwilligen Abbrechern

Interviewleitfaden

Für Gruppeninterviews mit (ehemaligen) Patienten, die aufgrund der Zahlungseinstellung der Krankenkasse die Teilnahme am Programm abbrechen mussten

„Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, einige Fragen zum Programm Integrierte Versorgung zu beantworten, an dem Sie teilgenommen haben. Das Interview wird aufgezeichnet und dann anonymisiert. Beginnen wir doch mit einer kleinen Vorstellungsrunde, wenn Sie möchten. Mein Name ist [REDACTED], Assistenzarzt, ich werde heute das Interview führen. Neben mir sitzt [REDACTED], Medizinstudentin, die im Rahmen ihres Medizinstudiums zu diesem Thema eine Doktorarbeit schreiben wird. Sollte ich einige Fragen vergessen oder sollte sie auch noch Fragen an Sie haben, wird sie mich im Interview unterstützen.“

1. Wie haben Sie das Programm Integrierte Versorgung **erlebt**, als Sie noch teilgenommen haben?
Wie haben Sie es wahrgenommen? Was fällt Ihnen dazu ein?
Was war das **Spezielle**?
Wie hat es sich von anderen Hilfsangeboten, wie zum Beispiel der Klinik oder dem niedergelassenen Psychiater, **unterschieden**?
Wie hat das Programm zu **Ihrer seelischen Gesundheit beigetragen**?
2. Von was haben Sie hier besonders **profitiert**?
Was hat dazugehört, dass das Programm **gut** war?
Welche Komponenten waren **besonders hilfreich**?
3. Was hat Ihnen **nicht so gut** gefallen?
Was hätte man besser machen können?
Wo hätten **Anpassungen** durchgeführt werden können?
4. Psychiatern ist es ja immer sehr wichtig, dass alle ihre **Medikamente** nehmen. Wie war das denn hier im Programm?
Welche Rolle haben Medikamente hier gespielt?
Wie war es mit der Regelmäßigkeit der Einnahme?
Was hat Ihnen dabei geholfen, regelmäßig Medikamente zu nehmen?
Warum waren Sie so lange im Programm dabei? Was hat Sie hier gehalten?
Wenn Sie es einmal nicht hergeschafft haben, woran hat das gelegen?
Welchen Einfluss hatte das Programm darauf, nicht erneut zu erkranken?
5. Wie haben Sie sich **geföhlt**, als die Krankenkasse die Programmteilnahme beendet hat? Was hat das mit Ihnen gemacht?
Wie geht es Ihnen **jetzt, seit Sie nicht mehr am Programm teilnehmen**? Hat sich etwas **verändert**?

Probing questions:

- „Was meinen Sie damit?“
- „Können Sie das konkret beschreiben?“
- „Wie sehen das die anderen?“

Abbildung 4: Leitfaden für Interviews mit Mitarbeitern der IV

Interviewleitfaden

Für Interview mit **Mitarbeitern der IV**

Im Vorfeld wurde den Interviewteilnehmern eine inhaltliche Zusammenfassung der bisher stattgehabten Patienteninterviews präsentiert. Das Interview findet auf Grundlage dieser Informationen statt.

„Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben heute an diesem freien Interview teilzunehmen. Wie besprochen werden wir das Gespräch hier aufzeichnen, aber danach anonymisieren. Ich würde vorschlagen, dass wir eine kleine Vorstellungsrunde machen, also neben mir sitzt [REDACTED], Medizinstudentin, die im Rahmen dieses Projektes ihre Promotion schreiben wird. Mein Name ist [REDACTED], ich bin Assistenzarzt im Haupthaus, ...“

1. **Wie erleben Sie** das Programm/die Arbeit/den Umgang mit Patienten hier?
2. Was trägt besonders zur **seelischen Gesundheit der Patienten** bei? Was sind entscheidende Faktoren?
Von was profitieren die Patienten hier besonders?
3. Welches Kernsetting / welche basalen Eigenschaften braucht eine integrierte Versorgung?
Was könnte man hier **besser machen**? Was würden Sie sich wünschen?
Wie könnte man das Programm inhaltlich weiterentwickeln, unabhängig von den äußeren Umständen (Kassen etc.)?
Wie könnte man das Programm nach außen hin zugänglicher machen?
4. Ist das Programm aus Ihrer Sicht **Compliance fördernd**? Wenn ja, inwiefern?
5. Falls folgende Themen nicht von den Interviewteilnehmern selbst angesprochen werden, Ansprechen durch den Interviewleiter:
 - **Vorschaltfunktion** (z.B. Umgang mit einem Patientenwunsch nach stationärer Aufnahme)
 - **Umgang mit der Medikation in der IV** (z.B. Umgang mit der Situation, dass ein Patient seine Medikation in der IV verschrieben bekommen möchte)
 - **Zusammenarbeit zwischen IV und niedergelassenen Psychiatern**
6. Was hält Sie hier, was ist Ihre **persönliche Motivation**?
Möchten Sie noch irgendetwas loswerden?

Relevante Themen, die von Interviewten eigenständig angesprochen werden, können aufgegriffen werden und Meinungen dazu von den anderen Teilnehmern erfragt werden.

Probing questions:

„Was meinen Sie damit?“

„Können Sie das konkret beschreiben?“

„Wie sehen das die anderen?“

Abbildung 5: Leitfaden für Interviews mit beteiligten niedergelassenen Psychiatern

Interviewleitfaden

Für Interview mit am Programm beteiligten **niedergelassenen Psychiatern / Nervenärzten**

Im Vorfeld wurde den Interviewteilnehmern eine inhaltliche Zusammenfassung der bisher stattgehabten Patienteninterviews präsentiert. Das Interview findet auf Grundlage dieser Informationen statt.

„Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben heute an diesem freien Interview teilzunehmen. Wie besprochen werden wir das Gespräch hier aufzeichnen, aber danach anonymisieren. Ich würde vorschlagen, dass wir eine kleine Vorstellungsrunde machen, also neben mir sitzt [REDACTED], Medizinstudentin, die im Rahmen dieses Projektes ihre Promotion schreiben wird. Mein Name ist [REDACTED], ich bin Assistenzarzt im Haupthaus, ...“

1. Wie haben **Sie** als niedergelassene Ärzte dieses Programm für integrierte Versorgung in den letzten Jahren **erlebt**?
2. Was trägt besonders **zur seelischen Gesundheit der Patienten** bei? Was, würden Sie sagen, was ist das Spezielle an diesem Programm? Wie unterscheidet es sich von anderen Hilfsangeboten?
Von was profitieren die Patienten Ihrer Ansicht nach hier besonders?
3. Was ist Ihrer Ansicht nach wichtig / unbedingt nötig, damit solch ein Programm erfolgreich ist?
Was könnten wir **besser machen**? / Wie könnte man das Programm verbessern?
4. Thema **Compliance**:
Für wie wichtig halten Sie das Thema Compliance, wenn Sie Patienten hierher schicken?
Ist das Programm aus Ihrer Sicht Compliance fördernd? Wenn ja, inwiefern?
Halten Sie die Rolle, die das Thema Medikation hier spielt, für adäquat?

Welchen Anteil hat Ihrer Ansicht nach das Programm daran, dass **Patienten weniger stark erkranken** / weniger häufig rückfällig werden / in die Klinik müssen?
5. Thema **Zusammenarbeit mit den Ärzten der IV**:
Was sind Ihre Gedanken zur **Rollenverteilung** zwischen unseren Ärzten und Ihnen als Niedergelassene?
Welchen **Kommunikationsweg** halten Sie für die Kommunikation mit den Ärzten der IV für geeignet?
Wie sehen / bewerten Sie den **Umgang der IV-Ärzte mit dem Thema Medikation**? (Ist mehr/weniger Beteiligung gewünscht? Positive / negative Erfahrungen?)
Was würden Sie sich von den IV-Ärzten noch wünschen?
6. **Warum sind Sie schon so lange dabei**? Was ist Ihre persönliche Motivation?

Relevante Themen, die von Interviewten eigenständig angesprochen werden, können aufgegriffen werden und Meinungen dazu von den anderen Teilnehmern erfragt werden.

Probing questions:

„Was meinen Sie damit?“

„Können Sie das konkret beschreiben?“

Abbildung 6: Leitfaden für Interviews mit Angehörigen

Interviewleitfaden

*Für Gruppeninterviews mit **Angehörigen / Partnern / Freunden von Patienten, die am Programm teilnehmen / teilgenommen haben***

„Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, einige Fragen zum Programm Integrierte Versorgung zu beantworten, an dem Sie teilnehmen. Das Interview wird aufgezeichnet und dann anonymisiert. Beginnen wir doch mit einer kleinen Vorstellungsrunde, wenn Sie möchten. Mein Name ist [REDACTED], [REDACTED], Assistenzarzt, ich werde heute das Interview führen. Neben mir sitzt [REDACTED], Medizinstudentin, die im Rahmen ihres Medizinstudiums zu diesem Thema eine Doktorarbeit schreiben wird. Sollte ich einige Fragen vergessen oder sollte sie auch noch Fragen an Sie haben, wird sie mich im Interview unterstützen.“

1. Wie **erleben** Sie hier dieses Programm für seelische Gesundheit / was stellen Sie sich darunter vor / wie stellen Sie sich das hier vor?
Was würden Sie sagen, was ist hier das Spezielle? Was unterscheidet dieses Programm von anderen Hilfsangeboten?
Was glauben Sie, inwiefern trägt dieses Programm zur **seelischen Gesundheit** bei?
2. Was würden Sie sagen, **von was profitieren Ihre Angehörigen** / Lebenspartner / Freunde hier am meisten? Was hält sie hier?
Was haben Sie als besonders hilfreich empfunden?
3. Was gefällt Ihnen nicht so gut / gar nicht?
Was könnte man hier **besser machen**? Haben Sie Vorschläge?

4. **Compliance & Rezidivprophylaxe**

Dieses Programm wurde damals unter anderem deshalb gegründet, um die Compliance der Teilnehmer, das heißt **zum Beispiel die regelmäßige Medikamenteneinnahme, zu verbessern.**

Hat das Programm Ihrer Meinung nach in dieser Hinsicht **etwas gebracht**?

Würden Sie sagen, dass dieses Programm etwas dazu beiträgt / beigetragen hat, dass Ihr Angehöriger / Lebenspartner / Freund seine/ihre Medikamente regelmäßiger nimmt?

Welchen Einfluss hat dieses Programm Ihrer Meinung nach darauf, dass Ihr Angehöriger / Lebenspartner / Freund seltener oder nicht mehr so stark erkrankt?

Was hat sich an Ihren Angehörigen oder Lebenspartnern **verändert**, seit diese hier teilnehmen?

Geht Ihr Angehöriger mit der Erkrankung anders um, seitdem er hier teilnimmt? Inwiefern hat sich an seiner/ihrer Einstellung zu seiner/ihrer Erkrankung etwas geändert?

Probing questions:

„Was meinen Sie damit?“

„Können Sie das konkret beschreiben?“

„Wie sehen das die anderen?“

2. Einverständniserklärung

Abbildung 7: Einverständniserklärung zur Studienteilnahme



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Einverständniserklärung

Zur Teilnahme an Interviews und Fragebögen im Rahmen der
Untersuchung

„Evaluation der integrierten Versorgung in der Psychiatrie“

Vom Teilnehmer selbst auszufüllen:

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

Hiermit erkläre ich mich zur Teilnahme an der Studie bereit.

Mir wurde zugesichert, dass alle Daten lediglich in anonymisierter Form
zusammengeführt und wissenschaftlich ausgewertet werden.

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahme an der Untersuchung jederzeit
ohne Angabe von Gründen abbrechen kann.

Ort, Datum (vom Teilnehmer selbst auszufüllen)

Unterschrift des Patienten

Vorstand:
Prof. Dr. Markus Schwaiger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
Sylvia Heigl
(Stellvertreterin des Kaufmännisch-
Direktors)
Robert Jeske
(Pflegedirektor)
Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen
(Dekan)

3. Fragebögen

3.1 Fragebogen für noch eingeschlossene Patienten (Selbstrating)

Fragebogen

zur

„Evaluation der integrierten Versorgung in der Psychiatrie“

Patientenkürzel: _____

Vom Patienten selbst auszufüllen:

1. Geschlecht: männlich weiblich

2. Durch wen haben Sie zum ersten Mal vom Programm für seelische Gesundheit erfahren? (*Bitte nur eine Aussage ankreuzen!*)
 - durch meinen niedergelassenen Nervenarzt/ Psychiater
 - durch die Klinik bzw. Station, auf der ich behandelt worden bin
 - andere:.....

3. Ich nehme am Programm für seelische Gesundheit teil ... (*Bitte nur eine Aussage ankreuzen!*)
 - ...nur aus eigenem Antrieb
 - ...überwiegend aus eigenem Antrieb
 - ...auf Anregung von Ärzten oder Angehörigen
 - ...auf Druck von Ärzten oder Angehörigen

4. Bitte teilen Sie uns mit, wie wichtig folgende Gründe für Ihre Teilnahme am Programm für seelische Gesundheit (PSG) sind:

Dieser Beweggrund ist für mich...	gar nicht wichtig					äußerst wichtig
...die Gruppenangebote im PSG	①	②	③	④	⑤	
...das Gefühl, mit meiner Erkrankung und meinen Sorgen nicht allein zu sein	①	②	③	④	⑤	
...der Austausch mit anderen Teilnehmern/Patienten	①	②	③	④	⑤	
...durch gemeinsame Aktivitäten mit anderen Betroffenen wieder mehr am Leben teilzunehmen	①	②	③	④	⑤	
...das Gefühl, dass mein Alltag mehr Struktur bekommt	①	②	③	④	⑤	
...die Möglichkeit, Fragen zu Erkrankung und Behandlung zu stellen	①	②	③	④	⑤	
... mich an jemanden wenden zu können, wenn mein Arzt im Urlaub ist	①	②	③	④	⑤	
...das Gefühl, in Krisenzeiten jederzeit einen Ansprechpartner im Programm für seelische Gesundheit zu haben	①	②	③	④	⑤	
...die Hoffnung, in Krisensituationen schneller ein Bett in der psychiatrischen Klinik im rechts der Isar zu bekommen	①	②	③	④	⑤	
...die Gespräche mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤	
...die Gespräche mit den nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤	
...die Beratung und Hilfe durch Sozialpädagogen	①	②	③	④	⑤	
...die Telefonate mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤	
...die Telefonate mit nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤	
...die angenehme Stimmung/Atmosphäre	①	②	③	④	⑤	
...das angenehme „Drumherum“ (Internetzugang, Kaffee etc.)	①	②	③	④	⑤	
...ich habe nicht das Gefühl, in die Psychiatrie zu gehen, wenn zu einem Termin im Programm für seelische Gesundheit gehe	①	②	③	④	⑤	
...den Kontakt mit der Psychiatrie im Klinikum rechts der Isar aufrecht zu erhalten	①	②	③	④	⑤	
...die Möglichkeit, eine zweite ärztliche Meinung einholen zu können	①	②	③	④	⑤	

...die sozialen Kontakte zu Personen innerhalb des Programms für seelische Gesundheit	①	②	③	④	⑤
...die Freizeitgestaltung anhand der Programmangebote	①	②	③	④	⑤

5. Was hat sich in Ihrem Leben verändert, seit Sie am Programm für seelische Gesundheit teilnehmen?

(Bitte entsprechende Ziffer ankreuzen)

Situation in Beruf/ Ausbildung/ Rente ist seitdem...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Die Beziehung zu Freunden und Bekanntem ist seitdem...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Meine individuelle Freizeitgestaltung ist seitdem...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Mit meiner Erkrankung komme ich zurecht...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Die Beziehung zu meinen Angehörigen ist seitdem...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Meine psychische Gesundheit ist seitdem...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Meine Zufriedenheit mit dem Leben ist seitdem...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Ich akzeptiere seitdem meine Erkrankung...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Meine Fähigkeit den Alltag zu meistern ist seitdem...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Ich akzeptiere seitdem meine psychiatrische Behandlung...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤

6. Fragebogen zur Zufriedenheit (ZUF8)

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihrer Meinung am besten entspricht:

1. Wie würden Sie die Qualität des Programms für seelische Gesundheit beurteilen?

ausgezeichnet	gut	angemessen	dürftig
---------------	-----	------------	---------

2. Haben Sie die Angebote erhalten, die Sie wollten?

eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
-----------------	------------------	---------------	--------------

3. In welchem Maße hat das Programm für seelische Gesundheit ihren Bedürfnissen entsprochen?

Fast allen Bedürfnissen	Den meisten meiner Bedürfnisse	Den wenigsten meiner Bedürfnisse	Meinen Bedürfnissen nicht
-------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------

...entsprochen.

4. Würden Sie einem Freund (einer Freundin) das Programm für seelische Gesundheit empfehlen, wenn er (oder sie) eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
-----------------	------------------	---------------	--------------

5. Wie zufrieden sind Sie über das Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

ziemlich zufrieden	leicht zufrieden	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
--------------------	------------------	----------------------	----------------

6. Hat das Programm, an dem Sie hier teilgenommen haben, Ihnen geholfen, angemessener mit ihre Problemen umzugehen?

ja, es half eine Menge	ja, es half etwas	nein, es half eigentlich nicht	nein, es hat mir die Dinge schwerer gemacht
------------------------	-------------------	--------------------------------	---

7. Wie zufrieden sind Sie mit dem Programm im Großen und Ganzen?

ziemlich unzufrieden	leicht unzufrieden	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
----------------------	--------------------	----------------------	----------------

8. Würden Sie wieder an unserem Programm teilnehmen, wenn Sie wieder Hilfe bräuchten und wenn die Möglichkeit bestünde?

eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
-----------------	------------------	---------------	--------------

8. WHO Quol Brec

Bitte lesen Sie sich die folgenden zwei Fragen durch. Überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

1. Wie würden Sie ihre Lebensqualität beurteilen

sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
------------------	----------	-------------	-----	----------

2. Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Gesundheit?

sehr unzu- frieden	unzufrieden	weder zu- frieden noch unzu- frieden	zufrieden	sehr zu- frieden
-----------------------	-------------	---	-----------	---------------------

9 MARS

Wie geht es Ihnen mit den Medikamenten?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an

Ja Nein

		Ja	Nein
1.	Vergessen Sie manchmal, Ihre Medikamente zu nehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Nehmen Sie es manchmal nicht so genau mit der Einnahme Ihrer Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Wenn Sie sich wohler fühlen, setzen Sie dann manchmal ihre Medikamente ab?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Wenn Sie sich manchmal schlechter fühlen nach Einnahme der Medikamente, setzen Sie sie dann ab?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich nehme Medikamente nur, wenn ich krank bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ich finde es „unnatürlich“, wenn mein Geist und mein Körper von Medikamenten beeinflusst werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Meine Gedanken sind klarer, wenn ich Medikamente nehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Solange ich Medikamente nehme, kann ich verhindern, dass		

	ich krank werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Solange ich Medikamente nehme, fühle ich mich merkwürdig, wie „im Tran“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Durch Medikamente fühle ich mich träge und müde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Aus meiner Sicht überwiegen die guten Seiten der Medikamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ich nehme Medikamente aufgrund meiner eigenen Entscheidung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Durch Medikamente fühle ich mich entspannter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Ich fühle mich „normaler“, wenn ich Medikamente nehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.2 Fragebogen für ehemalige Patienten (Selbstrating)

Fragebogen

zur

„Evaluation der integrierten Versorgung in der Psychiatrie“

Patientenkürzel: _____

Vom Patienten selbst auszufüllen:

1. Geschlecht: männlich weiblich
2. Durch wen haben Sie zum ersten Mal vom Programm für seelische Gesundheit erfahren? (*Bitte nur eine Aussage ankreuzen!*)
 - durch meinen niedergelassenen Nervenarzt/ Psychiater
 - durch die Klinik bzw. Station, auf der ich behandelt worden bin
 - andere:.....

3. Ich habe am Programm für seelische Gesundheit teilgenommen ...
(Bitte nur eine Aussage ankreuzen!)

- ...nur aus eigenem Antrieb
- ...überwiegend aus eigenem Antrieb
- ...auf Anregung von Ärzten oder Angehörigen
- ...auf Druck von Ärzten oder Angehörigen

4. Bitte teilen Sie uns mit, wie wichtig folgende Gründe **in den letzten 3 Monaten vor Ausscheiden** aus dem Programm für seelische Gesundheit (PSG) waren:

Dieser Beweggrund war für mich...	gar nicht wichtig				äußerst wichtig
...die Gruppenangebote im PSG	①	②	③	④	⑤
...das Gefühl, mit meiner Erkrankung und meinen Sorgen nicht allein zu sein	①	②	③	④	⑤
...der Austausch mit anderen Teilnehmern/Patienten	①	②	③	④	⑤
...durch gemeinsame Aktivitäten mit anderen Betroffenen wieder mehr am Leben teilzunehmen	①	②	③	④	⑤
...das Gefühl, dass mein Alltag mehr Struktur bekommt	①	②	③	④	⑤
...die Möglichkeit, Fragen zu Erkrankung und Behandlung zu stellen	①	②	③	④	⑤
... mich an jemanden wenden zu können, wenn mein Arzt im Urlaub ist	①	②	③	④	⑤
...das Gefühl, in Krisenzeiten jederzeit einen Ansprechpartner im Programm für seelische Gesundheit zu haben	①	②	③	④	⑤
...die Hoffnung, in Krisensituationen schneller ein Bett in der psychiatrischen Klinik im rechts der Isar zu bekommen	①	②	③	④	⑤
...die Gespräche mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤
...die Gespräche mit den nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤
...die Beratung und Hilfe durch Sozialpädagogen	①	②	③	④	⑤
...die Telefonate mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤
...die Telefonate mit nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤

...die angenehme Stimmung/Atmosphäre	①	②	③	④	⑤
...das angenehme „Drumherum“ (Internetzugang, Kaffee etc.)	①	②	③	④	⑤
...ich habe nicht das Gefühl, in die Psychiatrie zu gehen, wenn zu einem Termin im Programm für seelische Gesundheit gehe	①	②	③	④	⑤
...den Kontakt mit der Psychiatrie im Klinikum rechts der Isar aufrecht zu erhalten	①	②	③	④	⑤
...die Möglichkeit, eine zweite ärztliche Meinung einholen zu können	①	②	③	④	⑤
...die sozialen Kontakte zu Personen innerhalb des Programms für seelische Gesundheit	①	②	③	④	⑤
...die Freizeitgestaltung anhand der Programmangebote	①	②	③	④	⑤

5. Was hat sich in ihrem Leben **von Beginn der Teilnahme bis zu ihrem Ausscheiden** aus dem Programm verändert?

(Bitte entsprechende Ziffer ankreuzen)

Situation in Beruf/ Ausbildung/ Rente wurde in dieser Zeit...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Die Beziehung zu Freunden und Bekannten wurde in dieser Zeit...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Meine individuelle Freizeitgestaltung wurde in dieser Zeit...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Mit meiner Erkrankung kam ich in dieser Zeit zurecht...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Die Beziehung zu meinen Angehörigen wurde in dieser Zeit...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Meine psychische Ge-	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel

sundheit wurde in dieser Zeit...					besser
	①	②	③	④	⑤
Meine Zufriedenheit mit dem Leben wurde in dieser Zeit...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Ich akzeptierte meine Erkrankung in dieser Zeit...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Meine Fähigkeit den Alltag zu meistern wurde in dieser Zeit...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤
Ich akzeptierte zum Ende dieser Zeit meine psychiatrische Behandlung...	viel schlechter	schlechter	gleich geblieben	besser	sehr viel besser
	①	②	③	④	⑤

6. Fragebogen zur Zufriedenheit (ZUF8)

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihrer Meinung am besten entspricht:

1. Wie würden Sie die Qualität des Programms für seelische Gesundheit beurteilen?

ausgezeichnet	gut	angemessen	dürftig
---------------	-----	------------	---------

2. Haben Sie damals die Angebote erhalten, die Sie wollten?

eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
-----------------	------------------	---------------	--------------

3. In welchem Maße hat das Programm für seelische Gesundheit ihren Bedürfnissen entsprochen?

Fast allen Bedürfnissen	Den meisten meiner Bedürfnisse	Den wenigsten meiner Bedürfnisse	Meinen Bedürfnissen nicht
-------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------

...entsprochen.

4. Würden Sie einem Freund (einer Freundin) das Programm für seelische Gesundheit empfehlen, wenn er (oder sie) eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
-----------------	------------------	---------------	--------------

5. Wie zufrieden sind Sie über das Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

ziemlich unzufrieden	leicht unzufrieden	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
----------------------	--------------------	----------------------	----------------

6. Hat das Programm, an dem Sie hier teilgenommen haben, Ihnen geholfen, angemessener mit ihre Problemen umzugehen?

ja, es half eine Menge	ja, es half etwas	nein, es half eigentlich nicht	nein, es hat mir die Dinge schwerer gemacht
------------------------	-------------------	--------------------------------	---

7. Wie zufrieden waren Sie mit dem Programm im Großen und Ganzen?

ziemlich unzu- frieden	leicht unzu- frieden	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
---------------------------	-------------------------	-------------------------	----------------

8. Würden Sie wieder an unserem Programm teilnehmen, wenn Sie wieder Hilfe bräuchten und wenn die Möglichkeit bestünde?

eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
-----------------	---------------------	---------------	--------------

8. WHO Quol Brec

Bitte lesen Sie sich die folgenden zwei Fragen durch. Überlegen Sie, wie Sie sich in den **VERGANGENEN ZWEI WOCHEN** gefühlt haben, und kreuzen sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

1. Wie würden Sie ihre Lebensqualität beurteilen

sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
------------------	----------	-------------	-----	----------

2. Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Gesundheit?

sehr unzu- frieden	unzufrieden	weder zu- frieden noch unzu- frieden	zufrieden	sehr zu- frieden
-----------------------	-------------	---	-----------	---------------------

9 MARS

Wie ging es Ihnen mit den Medikamenten **ZUM ZEITPUNKT DES AUSSCHIEDENS** aus der IV?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an

		Ja	Nein
1.	Haben Sie manchmal vergessen, Ihre Medikamente zu nehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Haben Sie es manchmal nicht so genau genommen mit der Einnahme Ihrer Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Wenn Sie sich wohler fühlten, haben Sie dann manchmal ihre Medikamente abgesetzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Wenn Sie sich manchmal schlechter fühlten nach Einnahme der Medikamente, setzten Sie sie dann ab?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich nahm meine Medikamente nur in Zeiten, in denen ich krank war.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ich fand es „unnatürlich“, wenn mein Geist und mein Körper von Medikamenten beeinflusst werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Meine Gedanken waren klarer, wenn ich Medikamente nahm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Solange ich Medikamente nahm, konnte ich verhindern, dass ich krank werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Solange ich Medikamente nahm, fühlte ich mich merkwürdig, wie „im Tran“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Durch Medikamente fühlte ich mich träge und müde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Aus meiner Sicht überwogen die guten Seiten der Medikamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ich nahm Medikamente aufgrund meiner eigenen Entscheidung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Durch Medikamente fühlte ich mich entspannter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Ich fühlte mich „normaler“, wenn ich Medikamente nahm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10 MARS aktuell

Wie geht es Ihnen **AKTUELL** mit den Medikamenten?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an

		Ja	Nein
1.	Vergessen Sie manchmal, Ihre Medikamente zu nehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Nehmen Sie es manchmal nicht so genau mit der Einnahme Ihrer Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Wenn Sie sich wohler fühlen, setzen Sie dann manchmal ihre Medikamente ab?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Wenn Sie sich manchmal schlechter fühlen nach Einnahme der Medikamente, setzen Sie sie dann ab?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich nehme Medikamente nur, wenn ich krank bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ich finde es „unnatürlich“, wenn mein Geist und mein Körper von Medikamenten beeinflusst werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Meine Gedanken sind klarer, wenn ich Medikamente nehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Solange ich Medikamente nehme, kann ich verhindern, dass ich krank werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Solange ich Medikamente nehme, fühle ich mich merkwürdig, wie „im Tran“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Durch Medikamente fühle ich mich träge und müde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Aus meiner Sicht überwiegen die guten Seiten der Medikamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ich nehme Medikamente aufgrund meiner eigenen Entscheidung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Durch Medikamente fühle ich mich entspannter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Ich fühle mich „normaler“, wenn ich Medikamente nehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Wie häufig waren Sie seit Ausscheiden aus dem Programm für seelische Gesundheit wegen Ihrer psychischen Erkrankung bereits im Krankenhaus? _____ mal
12. Haben Sie seit Ausscheiden aus dem Programm einen Rückfall erlitten?
 ja nein
13. Haben Sie in den letzten 3 Monaten an mindestens 10 Tagen ihre Medikation nicht genommen? ja nein
14. Reduzieren Sie von sich aus ab und zu die Dosierung?
 ja nein
15. Nehmen Sie seit dem Ausscheiden aus dem Programm für seelische Gesundheit ihre Medikamente....
- unregelmäßiger,
 - genauso regelmäßig/unregelmäßig wie zu der Zeit, als Sie noch am Programm teilnahmen oder
 - regelmäßiger?
16. Sind Sie aktuell in regelmäßiger ambulant-psychiatrischer Behandlung?
 ja nein
17. Nehmen Sie zusätzlich zu ihrem ambulanten Psychiater/ihrer ambulanten Psychiaterin weitere (sozial-) psychiatrische Angebote in Anspruch?
 ja nein
18. Wie geht es Ihnen aktuell psychisch im Vergleich zu der Zeit, in der Sie am Programm für seelische Gesundheit teilgenommen haben?
- besser,
 - in etwa gleich gut/schlecht, oder
 - schlechter

Vielen Dank!

- 3.3 Fragebogen für den IV-Arzt bzgl. noch eingeschlossener sowie ehemaliger Patienten (Fremdrating)

Fragebogen

zur

„Evaluation der integrierten Versorgung in der Psychiatrie“

Vom behandelnden Arzt des Programms für seelische Gesundheit auszufüllen:

1. Patienten Kürzel: _____
2. Geburtsdatum: _____
3. Geschlecht: männlich weiblich
4. Hauptdiagnose: F _____
5. Nebendiagnosen: F _____
6. Suchtproblem vorhanden? ja nein
7. Falls ja: Medikamente Alkohol Drogen
8. Gesetzliche Betreuung? ja nein
9. Dauer der Erkrankung in Jahren:

10. Wie häufig war der Patient/die Patientin wegen Seiner/Ihrer psychischen Erkrankung bereits im Krankenhaus? _____ mal
11. Hat der Patient bereits einmal einen Rückfall wegen medikamentöser Non-Compliance erlitten? ja nein
12. Hat der Patient in den letzten 3 Monaten an mindestens 10 Tagen seine Medikation vermutlich nicht genommen? ja nein
13. Reduziert der Patient von sich aus ab und zu die Dosierung?
 ja nein

14. Zuverlässigkeit/Compliance

Muss der Patient in der Regel mit erheblichem Aufwand motiviert werden, seine Termine wahrzunehmen?

ja nein

15. Wissen

Kennt der Patient geeignete Maßnahmen, die getroffen werden sollen, wenn Frühwarnzeichen auftreten?

ja nein

16. Krankheitseinsicht

Wie würden Sie die Krankheitseinsicht des Patienten einschätzen?

krankheitsuneinsichtig teilweise krankheitseinsichtig

größtenteils krankheitseinsichtig

vollständig krankheitseinsichtig

17. Aktuelle Medikation

Anzahl Antipsychotika _____

Depotmedikation? ja nein

Anzahl Antidepressiva _____

Stimmungsstabilisierer? ja nein

Benzodiazepine? ja nein

18. Wie lange nimmt der Patient/die Patientin schon am Programm für seelische Gesundheit teil?

_____ Monate

19. Der Patient/die Patientin nimmt am Programm für seelische Gesundheit teil ...

(Bitte nur eine Aussage ankreuzen!)

...nur aus eigenem Antrieb

...überwiegend aus eigenem Antrieb

...auf Anregung von Ärzten oder Angehörigen

...auf Druck von Ärzten oder Angehörigen

20. Kognitive Leistungsfähigkeit / Vergesslichkeit

Gibt Patient allgemeine Vergesslichkeit an? ja nein

Wirkt Patient kognitiv wesentlich beeinträchtigt? ja nein

Kognitive Beeinträchtigung ist belegt (z.B. MMST, Diagnose etc.)? ja
 nein

21. Berufliche Situation (Mehrfachantworten möglich)

- Berufstätig Vollzeit
- Berufstätig Teilzeit

_____ Stunden pro Woche

- Geringfügig beschäftigt
- Beschützt beschäftigt
- Krank geschrieben (AU)
- Erwerbsgemindert (Grundsicherung oder Rente)
- Arbeitslos
- Hausfrau / Hausmann
- Altersrente
- Umschulung
- Ausbildung
- Sonstiges: _____

22. Einkommen (Mehrfachantworten möglich)

- Erwerbstätigkeit
- Krankengeld (AU länger als 6 Wochen)
- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II (Hartz IV)
- Übergangsgeld
- Wohngeld
- Erwerbsminderungsrente (Rentenanspruch)
- Altersrente
- Unterhalt
- Grundsicherung/Sozialhilfe
- Sonstiges: _____

23. Soziales Umfeld

Familienstand

ledig oder getrennt Partnerschaft oder Ehe Kind/er

Wohnsituation:

- Allein
- Partnerschaft/Ehe
- Mit Kindern
- Herkunftsfamilie

- Betreutes Wohnen
 Sonstiges: _____

24. Angehörige und Psychoedukation

Die Angehörigen/Lebensgefährten unterstützen die
Behandlung?

- ja nein

25. CGI

Wie schätzen Sie den Schweregrad der psychischen Erkrankung ein (bezogen
auf die letzten 7 Tage, bei Abbrechern auf die letzten 7 Tage vor Abbruch) ?

Bitte ankreuzen

Nicht beurteilbar	0
Nicht krank	1
Grenzfall	2
Leicht	3
Mäßig	4
Deutlich	5
Schwer	6
Extrem schwer krank	7

Wie schätzen Sie den Schweregrad der medikamentösen Nebenwirkung ein?

Bitte ankreuzen

Nicht beurteilbar	0
Keine Nebenwirkungen	1
Keine wesentlichen Nebenwirkungen	2
Wesentlich beeinträchtigende Nebenwirkungen	3
Nebenwirkungen überwiegen therapeutische Wirkung	4

3.4 Fragebogen für niedergelassene Psychiater

Fragebogen

zur

„Evaluation der integrierten Versorgung in der Psychiatrie“

Teilnehmerkürzel: _____

Vom Teilnehmer selbst auszufüllen:

1. Geschlecht: männlich weiblich
2. Seit wann nehmen Sie am Programm für seelische Gesundheit teil?
Seit _____ Jahren.
3. Die folgenden Punkte beziehen sich auf die **Teilnahme Ihrer Patienten** am Programm für seelische Gesundheit (PSG).

Bitte teilen Sie uns mit, für wie wichtig Sie die folgenden Gründe **aus Patientensicht** halten:

Dieser Beweggrund ist für mich...	gar nicht wichtig				äußerst wichtig
...die Gruppenangebote im PSG	①	②	③	④	⑤
...das Gefühl, mit meiner Erkrankung und meinen Sorgen nicht allein zu sein	①	②	③	④	⑤
...der Austausch mit anderen Teilnehmern/Patienten	①	②	③	④	⑤
...durch gemeinsame Aktivitäten mit anderen Betroffenen wieder mehr am Leben teilzunehmen	①	②	③	④	⑤
...das Gefühl, dass mein Alltag mehr Struktur bekommt	①	②	③	④	⑤
...die Möglichkeit, Fragen zu Erkrankung und Behandlung zu stellen	①	②	③	④	⑤
... mich an jemanden wenden zu können, wenn mein Arzt im Urlaub ist	①	②	③	④	⑤

...das Gefühl, in Krisenzeiten jederzeit einen Ansprechpartner im Programm für seelische Gesundheit zu haben	①	②	③	④	⑤
...die Hoffnung, in Krisensituationen schneller ein Bett in der psychiatrischen Klinik im rechts der Isar zu bekommen	①	②	③	④	⑤
...die Gespräche mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤
...die Gespräche mit den nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤
...die Beratung und Hilfe durch Sozialpädagogen	①	②	③	④	⑤
...die Telefonate mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤
...die Telefonate mit nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤
...die angenehme Stimmung/Atmosphäre	①	②	③	④	⑤
...das angenehme „Drumherum“ (Internetzugang, Kaffee etc.)	①	②	③	④	⑤
...ich habe nicht das Gefühl, in die Psychiatrie zu gehen, wenn zu einem Termin im Programm für seelische Gesundheit gehe	①	②	③	④	⑤
...den Kontakt mit der Psychiatrie im Klinikum rechts der Isar aufrecht zu erhalten	①	②	③	④	⑤
...die Möglichkeit, eine zweite ärztliche Meinung einholen zu können	①	②	③	④	⑤
...die sozialen Kontakte zu Personen innerhalb des Programms für seelische Gesundheit	①	②	③	④	⑤
...die Freizeitgestaltung anhand der Programmangebote	①	②	③	④	⑤

4. Fragebogen zur Zufriedenheit (ZUF8)

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihrer Meinung am besten entspricht:

4.1 Wie würden Sie die Qualität des Programms für seelische Gesundheit beurteilen?

Ausgezeichnet	gut	angemessen	dürftig
---------------	-----	------------	---------

4.2 Haben Ihre Patienten die Angebote erhalten, die sie wollten?

Eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
--------------------	---------------------	---------------	--------------

4.3 In welchem Maße entspricht das Programm für seelische Gesundheit Ihren Bedürfnissen als niedergelassener Arzt?

Fast allen Be- dürfnissen	Den meisten meiner Be- dürfnisse	Den wenig- sten meiner Bedürfnisse	Meinen Be- dürfnissen nicht
------------------------------	--	--	-----------------------------------

5. Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit den Ärzten des Programms für seelische Gesundheit?

Ziemlich unzu- frieden	Leicht unzu- frieden	Weitgehend zufrieden	Sehr zufrieden
---------------------------	-------------------------	-------------------------	----------------

6. Wie zufrieden sind Sie mit der Aufteilung der Rollen (behandelnder niedergelassener Arzt vs. Arzt des PSG als „Case-Manager“)?

ziemlich zu- frieden	leicht zufrie- den	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
-------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------

7. Wie stark schätzen Sie die Compliance-fördernde Wirkung des Programms für seelische Gesundheit ein?

Nicht vorhan- den	leicht	stark	Sehr stark
----------------------	--------	-------	------------

8. Würden Sie weiterhin Patienten ins Programm für seelische Gesundheit vermitteln?

eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
-----------------	------------------	---------------	--------------

Vielen Dank!

3.5 Fragebogen für Mitarbeiter des Programms

Fragebogen

zur

„Evaluation der integrierten Versorgung in der Psychiatrie“

Teilnehmerkürzel: _____

Vom Teilnehmer selbst auszufüllen:

1. Geschlecht: männlich weiblich
2. Seit wann nehmen Sie am Programm für seelische Gesundheit teil?
Seit _____ Jahren.
3. Die folgenden Punkte beziehen sich auf die **Teilnahme Ihrer Patienten** am Programm für seelische Gesundheit (PSG).

Bitte teilen Sie uns mit, für wie wichtig Sie die folgenden Gründe **aus Patientensicht** halten:

Dieser Beweggrund ist für mich...	gar nicht wichtig					äußerst wichtig
...die Gruppenangebote im PSG	①	②	③	④	⑤	
...das Gefühl, mit meiner Erkrankung und meinen Sorgen nicht allein zu sein	①	②	③	④	⑤	
...der Austausch mit anderen Teilnehmern/Patienten	①	②	③	④	⑤	
...durch gemeinsame Aktivitäten mit anderen Betroffenen wieder mehr am Leben teilzunehmen	①	②	③	④	⑤	
...das Gefühl, dass mein Alltag mehr Struktur bekommt	①	②	③	④	⑤	
...die Möglichkeit, Fragen zu Erkrankung und Behandlung zu stellen	①	②	③	④	⑤	
... mich an jemanden wenden zu können, wenn mein Arzt im Urlaub ist	①	②	③	④	⑤	
...das Gefühl, in Krisenzeiten jederzeit einen Ansprechpartner im Programm für seelische Gesundheit zu haben	①	②	③	④	⑤	
...die Hoffnung, in Krisensituationen schneller ein Bett in der psychiatrischen Klinik im rechts der Isar zu bekommen	①	②	③	④	⑤	
...die Gespräche mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤	
...die Gespräche mit den nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤	
...die Beratung und Hilfe durch Sozialpädagogen	①	②	③	④	⑤	
...die Telefonate mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤	
...die Telefonate mit nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤	
...die angenehme Stimmung/Atmosphäre	①	②	③	④	⑤	
...das angenehme „Drumherum“ (Internetzugang, Kaffee etc.)	①	②	③	④	⑤	
...ich habe nicht das Gefühl, in die Psychiatrie zu gehen, wenn zu einem Termin im Programm für seelische Gesundheit gehe	①	②	③	④	⑤	
...den Kontakt mit der Psychiatrie im Klinikum rechts der Isar aufrecht zu erhalten	①	②	③	④	⑤	
...die Möglichkeit, eine zweite ärztliche Meinung einholen zu können	①	②	③	④	⑤	
...die sozialen Kontakte zu Personen innerhalb des Programms für seelische Gesundheit	①	②	③	④	⑤	
...die Freizeitgestaltung anhand der Programmbote	①	②	③	④	⑤	

4. Fragebogen zur Zufriedenheit (ZUF8)

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihrer Meinung am besten entspricht:

4.1 Wie würden Sie die Qualität des Programms für seelische Gesundheit beurteilen?

Ausgezeichnet	gut	angemessen	dürftig
---------------	-----	------------	---------

4.2 Haben Ihre Patienten die Angebote erhalten, die sie wollten?

Eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
--------------------	---------------------	---------------	--------------

4.3 In welchem Maße entspricht das Programm für seelische Gesundheit Ihren Bedürfnissen als Behandler im Team?

Fast allen Be- dürfnissen	Den meisten meiner Be- dürfnisse	Den wenigst- ten meiner Bedürfnisse	Meinen Be- dürfnissen nicht
------------------------------	--	---	-----------------------------------

5. Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten?

Ziemlich unzu- frieden	Leicht unzu- frieden	Weitgehend zufrieden	Sehr zufrieden
---------------------------	-------------------------	-------------------------	----------------

6. Wie zufrieden sind Sie mit der Aufteilung der Rollen (behandelnder niedergelassener Arzt vs. Arzt des PSG als „Case-Manager“)?

ziemlich zu- frieden	leicht zufriede- den	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
-------------------------	-------------------------	-------------------------	----------------

Vielen Dank!

3.6 Fragebogen für Angehörige

Fragebogen

zur

„Evaluation der integrierten Versorgung in der Psychiatrie“

Teilnehmerkürzel: _____

Vom Teilnehmer selbst auszufüllen:

1. Geschlecht: männlich weiblich
2. Seit wann nimmt Ihr Angehöriger am Programm für seelische Gesundheit teil?
Seit _____ Jahren.

3. Die folgenden Punkte beziehen sich auf die **Teilnahme Ihres Angehörigen** am Programm für seelische Gesundheit (PSG).

Bitte teilen Sie uns mit, für wie wichtig Sie die folgenden Gründe **aus Patientensicht / aus Sicht Ihres Angehörigen** halten:

Dieser Beweggrund ist...	gar nicht wichtig					äußerst wichtig
...die Gruppenangebote im PSG	①	②	③	④	⑤	
...das Gefühl, mit meiner Erkrankung und meinen Sorgen nicht allein zu sein	①	②	③	④	⑤	
...der Austausch mit anderen Teilnehmern/Patienten	①	②	③	④	⑤	
...durch gemeinsame Aktivitäten mit anderen Betroffenen wieder mehr am Leben teilzunehmen	①	②	③	④	⑤	
...das Gefühl, dass mein Alltag mehr Struktur bekommt	①	②	③	④	⑤	
...die Möglichkeit, Fragen zu Erkrankung und Behandlung zu stellen	①	②	③	④	⑤	
... mich an jemanden wenden zu können, wenn mein Arzt im Urlaub ist	①	②	③	④	⑤	
...das Gefühl, in Krisenzeiten jederzeit einen Ansprechpartner im Programm für seelische Gesundheit zu haben	①	②	③	④	⑤	
...die Hoffnung, in Krisensituationen schneller ein Bett in der psychiatrischen Klinik im rechts der Isar zu bekommen	①	②	③	④	⑤	
...die Gespräche mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤	
...die Gespräche mit den nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤	
...die Beratung und Hilfe durch Sozialpädagogen	①	②	③	④	⑤	
...die Telefonate mit den Ärzten	①	②	③	④	⑤	
...die Telefonate mit nichtärztlichen Mitarbeitern	①	②	③	④	⑤	
...die angenehme Stimmung/Atmosphäre	①	②	③	④	⑤	
...das angenehme „Drumherum“ (Internetzugang, Kaffee etc.)	①	②	③	④	⑤	
...ich habe nicht das Gefühl, in die Psychiatrie zu gehen, wenn zu einem Termin im Programm für seelische Gesundheit gehe	①	②	③	④	⑤	
...den Kontakt mit der Psychiatrie im Klinikum rechts der Isar aufrecht zu erhalten	①	②	③	④	⑤	
...die Möglichkeit, eine zweite ärztliche Meinung einholen zu können	①	②	③	④	⑤	
...die sozialen Kontakte zu Personen innerhalb des Programms für seelische Gesundheit	①	②	③	④	⑤	
...die Freizeitgestaltung anhand der Programmbote	①	②	③	④	⑤	

4. Fragebogen zur Zufriedenheit (ZUF8)

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihrer Meinung am besten entspricht:

4.1 Wie würden Sie die Qualität des Programms für seelische Gesundheit beurteilen?

Ausgezeichnet	gut	angemessen	dürftig
---------------	-----	------------	---------

4.2 Hat Ihr Angehöriger die Angebote erhalten, die er wollte?

Eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
--------------------	---------------------	---------------	--------------

4.3 In welchem Maße entspricht das Programm für seelische Gesundheit Ihren Bedürfnissen als Angehörige(r)?

Fast allen Be- dürfnissen	Den meisten meiner Be- dürfnisse	Den wenig- sten meiner Bedürfnisse	Meinen Be- dürfnissen nicht
------------------------------	--	--	-----------------------------------

5. Würden Sie Angehörige weiterhin ins Programm für seelische Gesundheit vermitteln?

Eindeutig nicht	Ich glaube nicht	Ich glaube ja	Eindeutig ja
--------------------	---------------------	---------------	--------------

Vielen Dank!

4. Transkriptionsregeln

Vollständige Transkription aller Interviews, angelehnt an (Misoch, 2015 [S.250ff]).

- Die Texte werden in literarischer Umschrift transkribiert → Dialektfärbungen werden beibehalten
- Füllwörter wie „Ähm“, „Hm“ werden beibehalten
- Zeilennummerierung auf jeder Seite neu beginnend, sodass Textstellen mit [Seitenzahl, Zeilennummer] identifiziert werden können
- Transkriptionskopf enthält: Interviewnummer, Interviewer, Kürzel Interviewte (Alter, Geschlecht), Ort, Zeit, Dauer, Atmosphäre (Störungen?)
- Formatierung: Schrift: Calibri, Schriftgröße 11, einfacher Zeilenabstand, Platz für Anmerkungen an den Rändern (links 2, rechts 3cm)
- Textkennzeichnung: Interviewer = S, Protokollführer = ST, Interviewter gekennzeichnet durch jeweiliges Kürzel.
- Neue Zeile nach jedem Sprecherwechsel, kurze Einschübe (S: „Mhm“) sind ohne Zeilenwechsel möglich.

[unverständlich]	unverständliches Wort oder Textpassage
[Jemand betritt den Raum]	Kommentar des Transkribierenden
(lacht)	Nonverbale Äußerungen
Unterbrech-	Unterbrechung oder Abbruch einzelner Worte
-	Kurze Pause
--	Längere Pause
---	Sehr lange Pause
„ <u>Mir</u> ist das nicht aufgefallen“	Auffällige Betonung einzelner Worte

5. Kategoriensysteme

Beispielhaft ist hier das Kategoriensystem zum Hauptthema Erleben der IV aus Patientensicht (noch eingeschlossene sowie Abbrecher) angefügt.

Tabelle 23: Kategoriensystem Patienten zum Hauptthema "Erleben" der IV

Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiel
1.1 Bereicherung des Alltags durch Aktivitäten	Bereicherung des persönlichen Alltags der Patienten durch Gruppenunternehmungen, Kurse, auch im Sinne von „das Haus verlassen“, aktiv etwas tun	8d: „[...] oder wir warn im Tierpark war ma auch, also i kanns, weiß gar nimmer wo ma überall warn, aber diese gemeinschaftlichen Unternehmungen des hat, des hat mir viel gebracht.“
1.2. Bereicherung des Alltags durch Kontakte	Bereicherung des Lebens der Patienten durch den Austausch mit anderen, durch Kennenlernen von Menschen mit ähnlichen Problemen, durch gemeinsame Unternehmungen	Cs: „Ja also ich hab halt hier auch eine Frau kennen gelernt mit der geh ich jetzt öfter ins Café oder so, und ich versteh mich gut mit ihr und des hat ma sehr geholfen muss ich sagen.“
1.3. Bereicherung des Alltags durch Struktur	Strukturierung des Alltags der Patienten durch die regelmäßige Teilnahme am Programm	Js: „[...] ich finde, dass ma durch die Angebote hier, geht's mir so dass ich, äh, ne Struktur in der Woche krieg [...]“
2. Sicherheit	Patienten erleben durch die Teilnahme ein Gefühl von Sicherheit, z.B. durch das Wissen, immer einen Ansprechpartner zu haben oder im Notfall schneller einen Klinikplatz zu bekommen	Td: „Aber so gsehn, gehts ma jetzt nicht so schlecht, aber für mich is des jetzt a gewissen Beruhigung a Strohalm, wenn ich weiß jetzt mein Therapeut is weg, äh, ich hab hier immer no an Rettungsring der mir zugeworfen wird wenn i n brauch, wenn i jetzt grad am, am Limit bin dass i nimmer weiter kann.“
3. Stabilität	Die Programmteilnahme sorgt bei vielen Teilnehmern für Stabilität, beispielsweise durch regelmäßige Kursteilnahme oder durch das Wissen um Hilfe im Bedarfsfall	Js: „Also ich hab s Gefühl die Pro-, die Angebote die hier gemacht wern bringen mir alle was für die Stabilität.“

4. Unterstützung	Patienten erfahren im Programm Unterstützung oder fühlen sich unterstützt, z.B. konkret durch soziale Begleitung oder indirekt durch das Wissen um ständige Ansprechbarkeit in Notfällen	Äd: „ <i>Es war unglaublich unterstützend einfach, also bei mir gings weniger ums Auffangen, wie bei einigen hier, dass man in großer Not aufgefangen wird, das war nicht mein Ding, sondern, [...] ich hab hier ganz viel Kraft und Stärke und Unterstützung bekommen [...]</i> “
5.1 Hilfe zur persönlichen Weiterentwicklung im Allgemeinen	Das Programm hilft den Teilnehmern, sich weiterzuentwickeln, z.B. um mit der eigenen Erkrankung besser umgehen zu können	7d: „ <i>[...] äh, ich hab n paar Dinge an die Hand bekommen von hier, die mir helfen vielleicht mit den Krisen besser umzugehn [...]</i> “
5.2 Hilfe zur persönlichen Weiterentwicklung durch Herausforderung	Die Teilnehmer fühlen sich durch das Programm zur Weiterentwicklung herausgefordert und können an dieser Herausforderung wachsen	Ds: „ <i>[...] also es, des is ... ääh ... wie sagt ma da ... Exposition ham äh die Ärzte immer gsagt in der Klinik nennt ma des, also einfach so ne Übung auch ... also hier hin zu fahrn is für mich ne Übung, ääh, aktiv zu sein.</i> “
5.3 Hilfe zur persönlichen Weiterentwicklung durch Kurse	In Kursen wird an der persönlichen Weiterentwicklung der Patienten gearbeitet, die Teilnehmer lernen in Kursen dazu und können davon persönlich profitieren	3s: „ <i>[...] zum Beispiel so Selbstsicherheitstraining und des hab i ja dann nachher richtig an, anwenden können, und bin dann a selbstsicherer geworden. Also zum Beispiel, was hamma ghabt, wemma Sachen umtauscht, oder nachm Weg fragen, und lauter so Sachen hamma gmacht.</i> “
6.1 Hoffnung	Die Teilnehmer schöpfen durch die IV neue Hoffnung, z.B. auf Besserung der persönlichen Situation	Ds: „ <i>Mir geht's da auch so ge, des is ne Möglichkeit nach draußen ja son - Fenster nach draußen aus seiner - aus seinen vier Wänden wemma da sich ingräbt.</i> “
6.2 Motivation	Die Teilnahme am Programm wirkt motivierend, zB durch Gespräche mit anderen Teilnehmern oder durch professionelle Beratung	Üd: „ <i>[...] und, i war dann vui mit der Frau H., äh, zamgessen, und die hat mi dann doch immer wieder sehr motiviert, dass ma wieder ausm Loch irgendwie raus kimmt [...]</i> “

7. Gefühl, nicht alleine gelassen werden	Das Gefühl, nicht allein gelassen zu werden mit seinen Nöten und Problemen, sich immer an jemanden wenden zu können, immer ein offenes Ohr vorzufinden	Us: „[...] also ma hat halt des Gfühl ghabt, ma is ned irgendwie allein gelassen [...]“
8. Zugehörigkeit und aufgehoben sein	Patienten fühlen sich zugehörig, haben ein Gefühl von Familie, fühlen sich gut aufgehoben	Cs: „Und hier is des viel familiärer irgendwie du, du, du hörst da dazu [...]“
9. Vertrauen	In der IV können die Patienten sowohl einander als auch den Mitarbeitern vertrauen, es herrscht eine vertraute Atmosphäre, man kann offen sprechen	Td: „[...] dass ma si einfach hier wohl fühlt, weil ma einfach die Leute, die Therapeuten kennt, die, die Kursleiter, da hat ma halt einfach gewisses Vertrauen. Und des glaub i is sehr wichtig in a so a Phase wos einem dann schlecht geht dass ma vertraute Personen hat, an die man sich anvertrauen kann.“
10. Wertschätzung	In der IV erfahren die Teilnehmer ein Gefühl der Wertschätzung, sie werden ernst genommen und man nimmt sich Zeit für sie	6d: „[...] ich hab mich auch nie als, als Patient oder Nummer hier gefühlt, es war immer, also weiß nich, gefreut ach schön dass Sie da sind [...]“
11. Verständnis	Die Teilnehmer fühlen sich im Programm verstanden, sowohl von den anderen Teilnehmern, die dieselben / ähnliche Probleme haben, als auch von den Mitarbeitern	Yd: „Also dass ma einfach aufge- also verstanden wurde, man musste nicht viele Worte erklären“
12. Freiwilligkeit	Sowohl die Teilnahme am Programm selbst als auch die Teilnahme an Kursen oder Gesprächen ist freiwillig, Kurse können selbst ausgewählt werden, die Atmosphäre ist zwanglos	Td: „[...] und vor allem, weils halt hier sehr zwanglos is, dass ma einfach kommen kann oder auch nich kommen kann je nach dem wies grad eim geht.“

Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich herzlichst bei meinem Doktorvater Prof. Hamann sowie meinem Mentor Prof. Linde für die Ermöglichung des Dissertationsprojektes und die unkomplizierte, hilfreiche Betreuung.

Auch Prof. W. Kissling, der das Projekt ins Leben gerufen hat, möchte ich hier würdigen.

Ganz besonderer Dank geht an Dr. S. Senner für die unermüdliche Unterstützung und die vielen Stunden Arbeit, die er mit mir in das Projekt investiert hat.

Danken möchte ich auch dem Team der Integrierten Versorgung sowie den teilnehmenden Patienten und niedergelassenen Psychiatern, ohne die die Dissertation nicht möglich gewesen wäre, sowie dem Team der Qualitativen Werkstatt der LMU München für den hilfreichen Input.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel ausgeführt habe.

München, Juni 2022