

„Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch“

Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen

“That you Stay Free, but always Know there is this Support Rod that I Need”

Integrated Care from the Perspective of Schizophrenic Patients and Family Caregivers

Autoren

Martina Jürgensen¹, Christiane Patzelt², Thorsten Meyer²

Institute

¹ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

² Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung

Schlüsselwörter

- integrierte Versorgung
- qualitative Studie
- Fokusgruppen
- Schizophrenie

Keywords

- integrated care
- qualitative study
- focus groups
- schizophrenia

Zusammenfassung



Ziel: Untersucht wurde die Wahrnehmung psychiatrischer Versorgung von schizophren Erkrankten und Angehörigen nach Einführung eines regionalen Modells der integrierten Versorgung (IV).

Methoden: Sechs Fokusgruppeninterviews mit n = 32 schizophren Erkrankten und 3 mit n = 17 Angehörigen entweder aus der Region mit IV-Modell oder aus einer benachbarten Kontrollregion wurden durchgeführt.

Ergebnisse: Unterschiede zwischen den Gruppen (IV vs. Nicht-IV) bezogen sich primär auf die Sicherheit und Flexibilität, die der ambulante Pflegedienst im IV-Modell im Alltagserleben und im Umgang mit Krisensituationen gewährleistet.

Schlussfolgerungen: Mit der Kombination aus tragfähigen Beziehungen, prinzipieller Erreichbarkeit und der Möglichkeit bedarfsgerechter Zuwendung wird die IV in Zukunft eine wichtige Rolle in der psychiatrischen Versorgung übernehmen können.

Einleitung



Die Behandlung und Betreuung von Patienten mit einer Schizophrenie stellt aufgrund der Neigung zu Rezidiven und Chronifizierungen eine besondere Herausforderung dar. Da Erkrankte typischerweise Angebote aus verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems nutzen, gehören sie zur bevorzugten Zielgruppe einer integrierten Versorgung (IV). Bei diesen Patienten besteht die Gefahr, in der Regelversorgung suboptimal versorgt zu werden [1]. Als eine Ursache wenig bedarfsgerechter Versorgung dieser Patienten gilt die Sektorisierung unseres Gesundheitssystems mit der Tendenz zu einer unkoordinierten Versorgung.

Die IV wird als geeignetes Instrument zur Reduzierung von Abstimmungsproblemen betrachtet [2, 3]. Sie eröffnet die Option, auf die Bedarfe einzelner Patienten zugeschnittene, flexible Angebote zu entwickeln, die es ermöglichen, z. B. Krisensituationen im Vorfeld früher zu erkennen, in ihren Auswirkungen abzuschwächen und dadurch Klinikaufenthalte zu vermeiden. Ermöglicht wird diese Flexibilität dadurch, dass die Vertragspartner der IV nicht an das Leistungserbringungsrecht (SGB V, Kapitel 4) gebunden sind. So ist es beispielsweise in vielen Modellen der IV durch ein festes Budget möglich, Geld nach Bedarf umzu-

verteilen und neue Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung zu setzen. Kosten, die bei einem Patienten eingespart worden sind, können in diesen Modellen anderweitig eingesetzt werden (z. B. Schulungen, Infrastruktur).

Die Bewertung der Studienlage zur IV in der Psychiatrie ist von der Schwierigkeit gekennzeichnet, dass die IV sehr unterschiedlich ausgestaltet sein kann und zentrale Elemente der IV auch in anderen Versorgungsmodellen zu finden sind. Aus Deutschland liegt eine kontrollierte Studie vor, die auf Vorteile eines ACT (Assertive Community Treatment)-Modells im Rahmen einer IV hinweist, insbesondere bezüglich der Versorgungskontinuität [4]. Generell lässt sich feststellen, dass nicht nur die konkrete Behandlung, sondern auch Merkmale der Organisation der Versorgung wichtige Wirkfaktoren darstellen [5, 6]. Für die Einführung von Geldpauschalen bzw. Budgets gibt es Hinweise auf eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung von Patienten mit schizophrenen Störungen [7], aber auch einer Verringerung der Anzahl stationärer Aufenthalte ohne Verschlechterung der Symptomatik oder Verringerung der Lebensqualität [8, 9].

In Deutschland etablieren sich zunehmend Organisationsformen, die eine intersektorale Versorgung anbieten [10]. Ein Beispiel für die Umset-

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343160>
Psychiat Prax
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Thorsten Meyer
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung
OE 5410
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Meyer.Thorsten@mh-hannover.de

zung eines integrierten Versorgungsmodells bietet das Zentrum für Sozialpsychiatrie und Nervenheilkunde am Ostebogen in der Region Hemmoor/Niedersachsen. Dieses Angebot besteht seit 2004 und richtet sich an AOK-Versicherte mit psychischen Erkrankungen. Zum Zeitpunkt der Einführung des Modellprojekts gab es die ambulante psychiatrische Pflege als Element der Regelversorgung noch nicht. Auch nach Verankerung der psychiatrischen Pflege im Rahmen der Regelversorgung (seit 1.7.2005) beschränkt sich die Regelversorgung im Bereich Fachpflege ausschließlich auf die Akutversorgung. In Niedersachsen gilt eine Höchstgenehmigungsdauer von 4 Monaten. Eine regelhafte Kooperation zwischen den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern gibt es nicht.

Das untersuchte Modellprojekt einer integrierten Versorgung ermöglicht im Gegensatz zur Regelversorgung eine längerfristige, flexibel auf die konkreten Bedürfnisse der Patienten abgestimmte Versorgung der Patienten über die 4-Monats-Grenze hinaus. Ein zentrales Element dieses IV-Modells ist das Bezugstherapeutesystem, das auf Nachhaltigkeit und Beziehungskonstanz abzielt. Darüber hinaus gibt das Modell den Behandlern durch die Etablierung wöchentlicher Behandlungskonferenzen feste Regeln der Zusammenarbeit und Kooperation vor. Außerdem haben die Patienten in der integrierten Versorgung die Möglichkeit, jederzeit (24h/7d) fachpflegerische Unterstützung zu bekommen, ohne dass es hierfür einer Verordnung bedarf.

Das IV-Modellprojekt umfasst fachärztliche Behandlungsmodulare, Fachpflege, Soziotherapie und die Angebote der pflichtversorgenden Klinik mit einem Kooperationsvertrag zum Schnittstellenmanagement.

In dem Modellprojekt¹ übernimmt eine Gesellschaft (Managementgesellschaft Psychiatrische Versorgung am Ostebogen) die Organisation und Durchführung der IV und schließt Verträge mit Leistungsanbietern (z. B. Psychiatern, ambulanter psychiatrischer Pflege). Das Zentrum für Sozialpsychiatrie und Nervenheilkunde am Ostebogen in Hemmoor fungiert als zentrale Koordinations- und Schaltstelle.

Eine erste Evaluation dieses Modellprojekts [11] verweist auf Verbesserung der selbstberichteten Lebensqualität der eingeschriebenen Patienten². Laut Anbieter berichten die beteiligten Ärzte von einer hohen Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten.

In diesem Projekt sollen explizit die Sichtweisen der Betroffenen³ erhoben und analysiert werden. Als „Betroffene“ gelten hierbei sowohl die an einer schizophrenen Störung erkrankten Personen als auch ihre Angehörigen bzw. primäre Bezugspersonen.

Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

1. Wie nehmen im IV-Modell eingeschriebene Patienten ihre Versorgungssituation in Bezug auf die psychiatrische Versorgung wahr? Wie bewerten die Patienten ihre Versorgungssituation? Welche Bedarfe sehen sie als gedeckt, als nicht gedeckt bzw. ggf. als übermäßig gedeckt an?

¹ Dieses Modellprojekt ist nicht deckungsgleich mit einem Nachfolgeprojekt, das seit Herbst 2010 ebenfalls in der Region Hemmoor durchgeführt wird. Die Basis des Nachfolgeprojekts – der Vertragsabschluss zwischen der AOK und der I3G-Managementgesellschaft (Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen GmbH), einem Tochterunternehmen des Pharma-Konzerns Janssen-Cilag als Vertragspartner zur Organisation der Integrierten Versorgung – ist von verschiedenen Seiten kritisch hinterfragt worden (z. B. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN; Nr. 7/14.10.2010).

² Daten unveröffentlicht

³ Die Einbeziehung der professionellen Perspektive mit den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen wäre zwar sehr wünschenswert, war allerdings aufgrund fehlender zeitlicher und personeller Ressourcen nicht möglich.

2. Falls die Patienten Erfahrungen mit der psychiatrischen Versorgung vor Einführung der IV aufweisen: Welche Veränderungen haben sie wahrgenommen?
3. Wie sind die entsprechenden Sichtweisen, Bewertungen und Erfahrungen der Angehörigen bzw. primären Bezugspersonen der betroffenen Patienten?
4. Inwieweit unterscheiden sich diese Sichtweisen, Bewertungen und Erfahrungen im Vergleich zu Patienten mit ähnlichem Krankheitsbild und ihren Angehörigen aus einer Region ohne IV?

Methode



Die Studie folgt einem qualitativen Studiendesign. Zur Erhebung der Sichtweisen und Einschätzungen der Betroffenen wurden offene, leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Dieses Vorgehen ermöglicht den Zugang zu subjektiven Perspektiven der einzelnen Personen und aufgrund der Gruppendynamik über Einzelmeinungen hinausreichende Einschätzungen und Situationsinterpretationen [12, 13].

Die Fokusgruppen sollten kriteriengeleitet nach Alter, Geschlecht, Dauer und Schweregrad der Erkrankung sowie psychosozialer Situation (z. B. Wohnsituation, Arbeitssituation) zusammengesetzt werden, um innerhalb der Gruppen eine möglichst hohe Heterogenität zu erreichen. In die Studie eingeschlossen wurden volljährige, AOK-versicherte Patienten wohnhaft in den niedersächsischen Regionen Hemmoor (IV-Gruppe) oder Bremervörde/Stade (Kontrollgruppe, KG), bei denen im vergangenen Jahr in mindestens 2 Quartalen eine Störung aus dem Bereich Schizophrenie (F20 nach ICD-10) ärztlich diagnostiziert wurde. Bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung wurde die Einwilligung des Betreuers eingeholt. Ausgeschlossen wurden Personen in einer akuten psychotischen Phase, bei Klinikaufenthalt, mit unzureichenden Deutschkenntnissen, Personen mit einer Pflegestufe oder einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung. Einschlusskriterien für Angehörige bzw. primäre Bezugspersonen waren eine enge persönliche, nicht professionelle Beziehung zu dem Patienten und konkrete Kenntnis von dessen Alltag. Der Patient musste der Teilnahme des Angehörigen zustimmen.

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte über die AOK-Niedersachsen und das Zentrum für Sozialpsychiatrie und Nervenheilkunde am Ostebogen. Potenzielle Studienteilnehmer wurden in einem Informationsschreiben über Inhalt, Ziel und Ablauf der Studie aufgeklärt und erhielten einen Fragebogen, dessen Angaben die Grundlage der Gruppenzusammenstellung darstellten. Darüber hinaus wurden sie gebeten, einen Angehörigen bzw. eine primäre Bezugsperson mit Interesse an einer Fokusgruppenteilnahme zu benennen. Alle Teilnehmer erhielten 25 € als Aufwandsentschädigung und eine Erstattung der Fahrkosten. Die Fokusgruppen wurden von Januar bis April 2011 durchgeführt und dauerten jeweils 1,5–2 Stunden.

Interview-Leitfaden

Basierend auf den zentralen Fragestellungen wurde ein teilstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt und in einem Pretest mit 7 Personen (AOK-Versicherte in Standardversorgung, die den o. g. Einschlusskriterien entsprachen) getestet. Der Leitfaden umfasste folgende Themenbereiche:

- ▶ Behandlung/Versorgung aus Sicht der Betroffenen
- ▶ wahrgenommene Kooperationen der Leistungserbringer
- ▶ Umgang mit Krisensituationen

- ▶ Erfahrungen mit Klinikaufenthalten
- ▶ Wahrgenommene Bedarfsgerechtigkeit der Hilfs- und Unterstützungsangebote
- ▶ Einbindung von Angehörigen/Bezugspersonen
- ▶ *nur IV: Informationen, Entscheidungsgrundlage, wahrgenommene Unterschiede zur Standardversorgung*
- ▶ *nur KG: Unterschiede früher/heute*

Auswertungsmethodik

Die Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet und verbatim transkribiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte im ersten Schritt zusammenfassend-inhaltsanalytisch und orientierte sich am von Mayring [14] dargestellten Vorgehen. Dabei stand am Anfang die deduktive Entwicklung eines rudimentären Kategoriensystems, welches die zentralen, aus den Fragestellungen abgeleiteten Themenbereiche umfasste. Das Kategoriensystem wurde um die inhaltlichen Schwerpunkte und Perspektiven der Befragten erweitert. Dies beinhaltete eine laufende Überarbeitung und teilweise auch Neufassung des Kategoriensystems und einzelner Kategoriendefinitionen. In einem zweiten Analyseschritt folgte ein kontrastierender Vergleich mit dem Ziel, Bereiche zu identifizieren, in denen Unterschiede zwischen der Versorgung im IV-Modell und der Regelversorgung deutlich werden und diese vertiefend zu analysieren. Im Umkehrschluss wurden Bereiche benannt, in denen aus subjektiver Sicht der Befragten keine substantziellen Unterschiede zwischen den Gruppen zu erkennen sind. Hypothesen zu den Unterschieden zwischen IV-Gruppen und KG wurden formuliert und wiederholt am Textmaterial überprüft, differenziert und ggf. verworfen.

Die Auswertung des Interviewmaterials erfolgte von der Erstautorin und im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsteams. Alle 3 Teammitglieder waren mit der Thematik vertraut und haben an einem oder mehreren Fokusgruppeninterviews als Komoderator/in teilgenommen. Die Erstautorin hat alle Fokusgruppen moderiert, sodass ein kontinuierlicher Stil in der Durchführung der Interviews gewährleistet war und vergleichbare Hintergrundinformationen zur Situation und Dynamik in den einzelnen Fokusgruppen vorlagen.

Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität zu Lübeck genehmigt.

Ergebnisse

Beschreibung der Teilnehmer der Fokusgruppeninterviews

Es wurden insgesamt 2 Fokusgruppen mit Patienten in IV und 4 Fokusgruppen mit Patienten in Regelversorgung (KG) durchgeführt⁴. Die Fragen des Interviewleitfadens wurden nach dem Pretest nicht substantziell verändert, sodass die Daten des Pretests mit in die Analyse einbezogen werden konnten. Merkmale der Studienteilnehmer finden sich in **Tab. 1**.

Insgesamt konnten 3 Angehörigengruppen durchgeführt werden: eine IV-Fokusgruppe (n=4) und eine KG-Fokusgruppe (n=8) sowie eine „gemischte“ Gruppe (KG n=4; IV n=1). Bei den insgesamt 17 Angehörigen handelte es sich in 8 Fällen um Ehepart-

⁴ Das ursprüngliche Ziel, jeweils 3 Fokusgruppen mit Patienten der IV und der KG durchzuführen, konnte nicht erreicht werden, da die Zahl der für die Studie eligible Patienten in der IV-Gruppe geringer war als ursprünglich erwartet. Zudem war – wie erwartet – die Teilnahmebereitschaft in diesem Patientenkollektiv eher gering.

Tab. 1 Basisdaten der Studienteilnehmer.

	IV-Gruppe (n=10)	Kontrollgruppe (n=22)
Geschlecht		
weiblich/männlich	5/5	12/10
Alter		
MW (Range)	50,7 (38–69)	47,2 (33–67)
Erkrankungsdauer in Jahren		
MW (Range)	23,2 (8–45)	20,1 (3–40)
gesetzliche Betreuung?		
ja/nein/unklar	4/6/0	1/16/5
Erwerbsstatus		
– RentnerInnen ¹	7	10
– Hausfrauen	2	1
– voll erwerbstätig		3 (2 in WfB)
– halbtags erwerbstätig	1 (WfB)	
– arbeitslos		3
Wohnsituation		
– allein lebend	3	9
– mit PartnerIn	3	3
– alleinerziehend m. Kindern	2	
– bei den Eltern lebend		2
– teilstationäre Wohngruppe	1	2
– vollstationäre Wohngruppe	1	2
– unklar		4

¹ Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente; MW: Mittelwert; WfB: Werkstatt für Menschen mit Beeinträchtigungen

ner, in 4 Fällen um ein Elternteil, in 2 Fällen um das (erwachsene) Kind des Patienten und in 3 Fällen um einen Geschwisterteil. Die Rekrutierung der Angehörigen sollte laut Studienplanung über die Patienten erfolgen. Patienten, die an der Studie teilnehmen wollten, wurden gebeten, ihre Angehörigen ebenfalls um eine Teilnahme zu bitten. Allerdings wurde nur von einem kleinen Teil der Patienten ein Angehöriger benannt, der bereit war, an einer Fokusgruppe teilzunehmen. Die zusätzliche Kontaktierung einer Angehörigengruppe erbrachte 2 zusätzliche Angehörige, die an einer Fokusgruppe teilnahmen.

Thematische Auswertung

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den zentralen Themenbereichen dargestellt. Der erste Themenbereich umfasst das Wissen über die IV und die Gründe, an diesem Modell teilzunehmen. Anschließend werden diejenigen Themenbereiche dargestellt, bei denen sich Unterschiede zwischen der IV-Gruppe und der KG zeigten. Im dritten Abschnitt werden diejenigen Themenbereiche skizziert, in denen keine substantziellen Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden konnten.

1. Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen (IV-Gruppe)

Die Teilnehmer der IV-Gruppen wurden gefragt, welche Informationen sie zum IV-Modell bekommen haben, von wem diese Informationen stammten und aufgrund welcher Kriterien sie sich entschlossen haben, sich in die IV einzuschreiben. Sowohl die Patienten als auch ihre Angehörigen reagierten mit Unverständnis, als die „Integrierte Versorgung“ thematisiert wurde. Den meisten war nicht bewusst, an einem solchen Versorgungsmodell teilzunehmen bzw. was der Begriff bedeutet⁵.

⁵ Legende zu den Transkriptionen: M=ModeratorIn, A=AngehörigeR, P=PatientIn (bei mehreren Sprechern im Textabschnitt durchnummeriert).

P: Von diesem hier hab ich überhaupt nichts gewusst. Von diesem, was Sie sagten, diese ...

M: Integrierte Versorgung.

P: Ja. Kommt ja vielleicht daher, weil ich immer nach D. [zum Psychiater] fahr. Ich weiß es nicht.

(FG 7, Patienten IV)

Offenbar überließen die Patienten/Angehörigen die Entscheidung über eine Einschreibung in das IV-Modell ihrem Arzt bzw. folgten dessen Empfehlungen. Sie beschrieben den Prozess der Entscheidung für eine Einschreibung in die IV – sofern sie sich daran erinnern konnten – folgendermaßen:

A: Wir haben da irgendwas unterschrieben beim Arzt. Ob es das ist, weiß ich nicht.

(FG 8, Angehörige IV)

Lediglich bei 2 der befragten Personen lag eine bewusste, begründete Entscheidung für die IV vor:

P: Und für mich ist es einfach beruhigend, dass so was möglich ist. Also dass man nicht vielleicht, eh, immer 'n lange Termine haben muss, sondern dass man dann sagen kann, wenn man da drin ist [in der IV]: „Herr D. [ambulanten Pflegedienst], ich hab 'n Notfall, können Sie mal eben kommen?“ Das.

(FG 7, Patienten IV)

2. Unterschiede zwischen integrierter Versorgung und Regelversorgung

Themenbereich: Versorgungs- und Unterstützungsangebote

Sowohl Befragte aus der IV-Gruppe als auch diejenigen der KG nutzten die lokalen Ressourcen (z.B. Arbeitsstelle, Vereine, Ärzte). Allerdings variierte das Ausmaß der Nutzung individuell sehr deutlich.

Im Allgemeinen verstanden es die Patienten der KG recht gut, bei spezifischen Problemen (z.B. dem Ausfüllen von Anträgen) innerhalb des Spektrums vorhandener Angebote Ansprechpartner zu finden. Deutlich wurde allerdings, dass sie sich schlecht über vorhandene Unterstützungsangebote informiert fühlten und es von ihnen ein hohes Ausmaß an Eigeninitiative erforderte, sich ein individuelles Betreuungs- und Unterstützungsnetz zu schaffen und zu erhalten.

P: Ist doch viel von uns selber abhängig, wo wir hingehen, was wir machen können oder so. Das, da ist sehr viel Selbstinitiative gefragt und wer das nicht macht, der hat halt Pech gehabt. Nä?! Also. Das ist manchmal/ähm/ich würde mir wünschen, wenn da mehr von außen an uns herangetragen würde.

(FG 2, Patienten KG)

Die Notwendigkeit, Hilfe eigenständig einholen und koordinieren zu müssen, verursachte bei Patienten der KG und ihren Angehörigen das Gefühl „alleingelassen“ zu werden:

P: Man wird da doch 'n bisschen sehr alleingelassen. Wenn man nicht fragt, dann wird man auch einfach hängen gelassen.

(FG 2, Patienten KG)

Auch die Patienten der IV-Gruppe nutzen die verschiedenen Hilfsangebote in einem individuell sehr unterschiedlichen Ausmaß. Ein deutlicher Unterschied zur KG lag aber darin, dass die Mehrheit der Patienten der IV-Gruppe durch einen ambulanten Pflegedienst betreut wurde und durch dessen Bezugstherapeutesystem einen festen Ansprechpartner für Probleme auf den verschiedensten Ebenen (z.B. medizinische, familiäre und alltagspraktische Fragen) hatte. Dieser feste Ansprechpartner vermittelte den Patienten und ihren Angehörigen das Gefühl der Sicherheit und des „Aufgefangenseins“. In einigen Zitaten erschienen die professionellen Betreuer (Pflegerdienst und Psychiater) geradezu als

„mütterliche“ Figuren, die Patienten in Krisen beiseite stehen und bei denen sie sich auch mal „fallen lassen“ können:

P: Ich glaub, dass da so 'n Mittelweg, eh, sag ich mal, am, am Zu-träglichsten für alle Personen ist. Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch. Wie so, wie so 'n Kleinkind, was man, immer diese Führung da ist, da kann ich hingehen. Wenn man dann die Intuition versagt oder man merkt, man hat 'n Fehler gemacht oder sonst was.

(FG 7, Patienten IV)

Einzelne Patienten lehnten das Angebot einer Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst allerdings auch ab, da sie das Eindringen einer fremden Person in ihren privaten, häuslichen Bereich als Übergriff und ungewollte Einmischung empfanden. Aber auch wenn das Angebot der ambulanten Betreuung nicht von allen Patienten gewollt wurde – die Angehörigen bezeichneten es als durchaus hilfreich zu wissen, dass das Angebot potenziell zur Verfügung steht:

A: Bei meinem Bruder war das glaub ich so, also da ist ihm auch dieses angeboten worden mit dem Betreuer, aber da hat er denn gesagt, das ist ihm zu viel, das möchte er nicht und ich denke, dann ist das ja in Ordnung. Also wenn er das nicht für sich in Anspruch nehmen möchte. (...) ich denk immer, ja wenn's einem wirklich schlecht geht, wird man schon zusehen, dass man das doch noch mitnimmt.

(FG 8, Angehörige IV)

Ein deutlicher Unterschied zwischen IV-Gruppe und KG zeigte sich hinsichtlich der Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit der Betreuungs- und Unterstützungsangebote. Umfang und Ausgestaltung der Unterstützungen, die sie bekommen, wurden von der KG als unzureichend und wenig bedarfsgerecht beurteilt. Kritisiert wurden beispielsweise ein Mangel an Angeboten, die über die rein medizinische Betreuung hinausgehen, lange Wartezeiten für einen Termin beim Psychiater und die eingeschränkte Zeit, die ihnen bei Arztbesuchen zugestanden wird.

Darüber hinaus schien die Regelversorgung den Leistungserbringern weniger Flexibilität zu bieten, auf die wechselnden Bedürfnisse der Patienten zu reagieren. So gab es zwar die Möglichkeit, ambulante Pflege zu bekommen, dieses Angebot galt aber in der Regel nur nach einem Klinikaufenthalt und nur für einen begrenzten Zeitraum. Mehrere Patienten der KG wünschten sich aber dauerhafte ambulante Betreuung und kritisierten die zeitliche Limitation:

P: Also das [Betreuung durch ambulanten Pflegedienst] wurde dann als Krisenintervention irgendwie abgetan. Ich hab dann kurzfristig diese zwei Stunden da bekommen und das war denn auch schon alles halt, nä? Also man hat dann nicht gesagt, es könnte länger gehen irgendwie, sondern hat einfach auf die Kosten geguckt. Nicht, dass es mir gut geht, sondern einfach, dass die Kosten dann stimmen.

(FG 2, Patienten KG)

Patienten der IV-Gruppe und deren Angehörige betonten, dass sie sich bei Problemen jederzeit an die psychiatrische Praxis wenden könnten und dort umgehend Hilfe erhielten:

P: Also wenn ich Redebedarf hab, kann ich immer zu Dr. A. Der ist immer da für mich. Brauch nicht auf 'n Termin warten.

(FG 6, Patienten IV)

Im Gegensatz zu den Patienten der KG lobten die Patienten der IV-Gruppe die Flexibilität der vorhandenen Angebote, insbesondere vonseiten der ambulanten Pflege:

P: Der [ambulanten Pflegedienst] kommt, wenn ich möchte, jede Woche einmal zu mir. Je nachdem, wie ich ihn brauche, nä?

(FG 7, Patienten IV)

Themenbereich: Krisen

Der Umgang mit Krisen, die im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung typischerweise immer wieder auftreten, war aus Sicht der Patienten und Angehörigen von zentraler Bedeutung und nahm in den Fokusgruppen einen breiten Raum ein.

Beim Umgang mit Krisensituationen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen: Patienten der KG griffen im Fall einer akuten Verschlechterung zuerst auf ihre eigenen Selbstmanagement-Kompetenzen zurück und versuchten, eigenständig Hilfe zu organisieren:

P: Ich (...) versuch dann immer die Hilfe zu holen, die ich brauche. Oder denke, wenn ich das, wenn ich, wenn's dann soweit sein könnte eventuell oder ich die Vermutung habe, es könnte soweit sein, dass ich Hilfe brauch, da auch loszulaufen und mir auch welche zu suchen.

(FG 2, Patienten KG)

Primärer Ansprechpartner in Krisensituationen war für die Patienten der KG und ihre Angehörigen in der Regel der Psychiater. Zwar war es in den meisten Fällen möglich, bei diesem im Krisenfall direkt und ohne lange Wartezeiten einen Termin zu bekommen. Dessen Möglichkeiten, auf die Krise des Patienten zu reagieren, wurden allerdings als beschränkt wahrgenommen: Neben dem Arztgespräch wurde regelhaft versucht, der Krise medikamentös zu begegnen. Half dies nicht, wurde eine stationäre Behandlung angeraten:

P: Wenn das notwendig ist, dann kriege ich sofort einen Termin [beim Psychiater] und entweder müssen die Tabletten umgestellt werden oder muss ich ins Krankenhaus.

(FG 4, Patienten KG)

Insgesamt erschien in den Interviews mit Patienten und Angehörigen der KG ein stationärer Klinikaufenthalt als gängige Option in Krisensituationen. Teilweise wurde eine Einweisung von den Patienten selbst als zwar unangenehm, aber doch als notwendig, letztendlich unabwendbar und auch als eine Art Rettungsanker, wo immer jemand da [sei] (FG 1, Patienten KG), betrachtet:

P: Ich hab' Angst, dass ich reinfalle in 'ne Psychose und bin dann vorsichtshalber für zwei Wochen in der Klinik gewesen in R.

(FG 1, Patienten KG)

Als primärer Ansprechpartner der Patienten der IV-Gruppe im Krisenfall wurde neben dem Psychiater zumeist der Bezugstherapeut des ambulanten Pflegedienstes wahrgenommen. Während für die Patienten und Angehörigen der KG durchgängig die Option eines stationären Aufenthalts thematisiert wurde, schien die Klinik bei den Befragten der IV-Gruppe in der Gegenwart kein relevantes Thema zu sein. Weder berichteten sie, dass in den letzten Jahren stationäre Aufenthalte nötig waren, noch davon, Angst vor einer Einweisung zu haben oder einen Klinikaufenthalt in Erwägung zu ziehen.

P: Dann war ich hier zwei oder drei Mal in der Klinik und, äh, ich würd auch nicht wieder reingehen. Also, eh, das, eh, brauch ich auch nicht, haben die [Psychiater und Mitarbeiter des Pflegedienstes] gesagt. Und wenn der Pflegedienst jeden Tag kommen müsste, um zu gucken, ob 's besser wird. Aber da muss ich nicht wieder rein.

(FG 6, Patienten IV)

3. Keine Unterschiede zwischen integrierter Versorgung und Regelversorgung⁶

Themenbereich: Zusammenarbeit der Professionellen

In den Fokusgruppen berichteten Patienten und Angehörige sowohl der IV-Gruppe als auch der KG, dass es ihrem Empfinden nach keinen regelhaften Austausch der Professionellen untereinander oder ein gemeinsam erarbeitetes Behandlungskonzept gäbe. Mehrere Patienten verwiesen zwar auf eine gute Kommunikation ihrer behandelnden Ärzte (Hausarzt, Psychiater) untereinander. Bei genauerer Betrachtung zeigte sich aber, dass sich darin keineswegs die strukturierte Absprache eines Behandlungskonzepts abbildete, sondern lediglich ein niederschwelliger Austausch der wichtigsten Informationen. Als besonders problematisch – bzw. real nicht vorhanden – stellte sich nach Aussagen der Patienten der Austausch und die Zusammenarbeit der Professionellen untereinander in der Schnittstelle Krankenhaus- und ambulante Versorgung dar. Diese Aussage lässt sich allerdings nur für die KG treffen, da für die Patienten der IV-Gruppe nach eigenen Aussagen in den zurückliegenden Jahren keine Krankenhauseinweisungen notwendig waren.

Eine Ausnahme bildete die Zusammenarbeit zwischen der psychiatrischen Schwerpunktpraxis und dem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst. Patienten und Angehörige der IV-Gruppe empfanden diese beiden Stellen als zusammengehörig und berichteten von einer engen Zusammenarbeit und guter Kommunikation.

Themenbereich: Patientenzentrierung, Transparenz, Information und Psychoedukation

Sowohl bei den Befragten der IV-Gruppe als auch denen der KG wurde deutlich, dass die Mehrzahl von ihnen sich unzureichend über die Entstehung, Prognose und Therapie der Schizophrenie informiert fühlt. Von einer gemeinsamen Erarbeitung eines Behandlungsplans berichtete nicht einer der Befragten.

Themenbereich: Aufklärung, Einbindung und Unterstützung der Angehörigen

Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen der IV-Gruppe und der KG hinsichtlich der Aufklärung und Einbindung der Angehörigen in die Versorgungsplanung. Aus den Aussagen der Angehörigen der IV-Gruppe konnten keine Hinweise abgeleitet werden, dass ihnen unterstützende Angebote wie Schulungen oder Angehörigengruppen in anderer Weise zur Verfügung standen als denjenigen der KG. Sowohl Patienten als auch Angehörige beider Gruppen kritisierten, dass sie zu wenig über die Erkrankung und über Folgen und Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt wurden.

Die Einbindung der Angehörigen wurde unterschiedlich wahrgenommen. In einigen Fällen wurde von einem fehlenden Kontakt zwischen Angehörigen und dem Arzt berichtet. Andere Angehörige gaben an, bei den Arztbesuchen regelmäßig anwesend zu sein. Auf diese Weise erhielten sie Informationen über die Erkrankung und den Krankheitsverlauf.

Alle Angehörigen berichteten von großen Belastungen durch die Erkrankung der Bezugsperson. Dabei wurde deutlich, dass sie sich mit diesen Belastungen und alltäglichen Problemen häufig alleingelassen fühlten. Angehörige äußerten den Wunsch nach unterstützenden Angeboten – einerseits, um den Umgang mit

⁶ Aufgrund des begrenzt zur Verfügung stehenden Platzes verzichten wir in der Darstellung der Ergebnisse in diesem Abschnitt auf Belege in Form von Originalzitaten von Patienten oder Angehörigen.

dem Patienten zu erleichtern, andererseits aber auch, um zu lernen, mit den eigenen Ängsten, Schuldgefühlen und Problemen umzugehen. Als besonders wichtig bezeichneten die Angehörigen einen Austausch mit anderen Betroffenen (Angehörigengruppe).

Diskussion

Ziel der Studie war es zu untersuchen, inwieweit das in der Region Ostebogen/Hemmoor angebotene IV-Modell dazu beiträgt, die Versorgungsqualität von Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrener Formenkreis aus Sicht der Patienten und ihrer Angehörigen zu verbessern.

Zunächst war auffällig, dass die in das IV-Modell eingeschriebenen Patienten und ihre Angehörigen nicht über die IV informiert waren und nicht konkret wussten, was eine Einschreibung in das Programm für sie bedeutete bzw. welche Konsequenzen und Möglichkeiten es für sie beinhaltete. In den Aussagen der Befragten zeigte sich allerdings auch keinerlei Verunsicherung, Zweifel oder Kritik wegen dieses offenkundigen Mangels an Informationen: Das Vertrauen in den behandelnden Arzt, der eine Einschreibung in die IV vorgeschlagen hatte, schien sehr groß zu sein.

In der Wahrnehmung vorhandener Versorgungs- und Unterstützungsangebote und insbesondere auch im Umgang mit Krisensituationen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Patienten/Angehörigen der IV vs. KG. Besonders diejenigen Patienten der IV-Gruppe, die durch den ambulanten Pflegedienst versorgt wurden und in diesem Rahmen einen Bezugstherapeuten als festen Ansprechpartner haben, äußerten eine große Zufriedenheit und beschrieben ein Gefühl von Sicherheit, das es ihnen ermöglichte, mit den Anforderungen des Alltags umzugehen. Obwohl auch für Patienten der KG seit 2005 in der Region das Angebot einer ambulanten Pflege besteht, wird dieses Angebot offenbar kaum genutzt: Nur 2 Patienten berichten, dass sie jemals Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst erhalten hätten – und dieses Angebot war jeweils zeitlich limitiert und wurde im Sinne einer Krisenintervention verordnet.

Positiv bewerteten die Patienten und Angehörigen aus der IV-Gruppe die Flexibilität des Versorgungsangebots. Sie ermöglichte, die Frequenz und den zeitlichen sowie inhaltlichen Umfang der Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst dem jeweiligen aktuellen Bedarf anzupassen. Durch diese Flexibilität gelang es offenbar, Krisen abzuwenden oder die Situation zumindest insoweit zu stabilisieren, dass ein stationärer Aufenthalt des Patienten nicht nötig war.

Während für die Patienten der KG das Thema „stationäre Einweisung“ eng mit der Frage nach Krisensituationen verbunden war, schien dieses Thema für die Patienten der IV wenig Relevanz zu besitzen. Ihre Erfahrungen im Rahmen der IV haben ihnen offenbar den Eindruck vermittelt, dass stationäre Aufenthalte auch im Falle einer Krise durch intensiviertere ambulante Betreuung vermeidbar sind.

In Bezug auf die Zusammenarbeit der Professionellen, die Einbeziehung, Information und Psychoedukation sowohl der Patienten als auch ihrer Angehörigen zeigten sich entgegen den Erwartungen keine Unterschiede zwischen IV-Gruppe und KG. Der Bedarf an Information kann insgesamt als nicht gedeckt bezeichnet werden. Dies betraf sowohl die Information über die Erkrankung, Prognose, Therapieplanung, Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten als auch Informationen über vorhandene An-

gebote (z.B. Selbsthilfegruppen, Schulungsangebote). Dieses Problem sollte allerdings vor dem Hintergrund verschiedener Krankheitsspezifika betrachtet werden (Spannungsfeld der Versorgung zwischen möglichst großer Autonomie und Schutzfunktion; verminderte Einsichtsfähigkeit der Betroffenen, mögliche kognitive Störungen). Bedeutsam für die IV ist dies insofern, als höhere Ansprüche eines Versorgungsansatzes an Patientenorientierung und Autonomie mit vermehrten Möglichkeiten einhergehen sollten, die Betroffenen in angemessener Form zu informieren und fundierte Entscheidungen über die Art ihrer Versorgung zu gewährleisten. Die Forderung nach umfassender Information und Patientenbeteiligung nicht nur bei somatischen, sondern gerade auch bei – zumeist chronisch verlaufenden – psychischen Erkrankungen ist in den letzten Jahren zwar zunehmend präsent geworden [15]. Die Implementierung dazu notwendiger Strukturen lässt allerdings in Deutschland noch viele Wünsche offen [15].

Angehörige von Patienten beider Gruppen berichteten gleichermaßen von immensen alltäglichen Belastungen durch die Erkrankung, von dem Gefühl, mit den Problemen alleingelassen zu werden. Eine zunehmende Ambulantisierung der Versorgung geht prinzipiell auch mit einer potenziellen Mehrbelastung der Angehörigen des Patienten einher [16]. Ein Ausbau der Unterstützungs- und Schulungsangebote für Angehörige scheint dringend angeraten, da die Angehörigen in vielen Fällen ein zentrales Element innerhalb der ambulanten Versorgung chronisch kranker Menschen darstellen und davon auszugehen ist, dass deren adäquate Unterstützung eine Voraussetzung ist, eine Betreuung des Patienten im häuslichen Umfeld dauerhaft zu gewährleisten. Unzureichende Unterstützung der Angehörigen haben nicht nur negative Auswirkungen auf die Angehörigen selbst, sondern wirken sich auch negativ auf die Betreuung des erkrankten Angehörigen [17] aus.

Beschränkungen der Studie

Bei der Interpretation der Studienergebnisse besteht die Gefahr, die beschriebenen Unterschiede allein auf die Einführung des IV-Modells zurückzuführen. Es ist allerdings auch denkbar, dass das besondere Engagement der einzelnen Mitarbeiter die positiven Erfahrungen und hohe Zufriedenheit bedingt hat. Hinweise auf derartig verursachte positive Effekte, die eventuell nach Etablierung des Modellprojekts nach einigen Jahren verschwinden, sind in der Literatur beschrieben [18].

Aufgrund der kleinen Anzahl an Studienteilnehmern war es nicht möglich, die Zusammenstellung der Fokusgruppen auf der Basis eines purposiven Samplings durchzuführen. Darüber hinaus lässt sich schwer bestimmen, ob und in welchem Umfang ein Rekrutierungs-Bias besteht. Möglicherweise hatten sich nur diejenigen Patienten, die sich besonders gut betreut fühlten und insgesamt wenige Probleme hatten, zur Teilnahme gemeldet. Andererseits könnte auch eine bestehende Unzufriedenheit eine Studienmotivation darstellen. Da diese Mechanismen der Selbstrekrutierung aber für beide Studiengruppen galten, ist eine Beeinträchtigung der Ergebnisse nicht zu erwarten.

Qualitative Studien unterliegen immer auch den Vorannahmen und Einstellungen der beteiligten Forscherinnen und Forscher, die mit einer positiven Grundeinstellung gegenüber dem vorgestellten Ansatz in das Projekt gingen. Gerade diese Annahmen wurden wiederholt im Erhebungs- und Auswertungsprozess kritisch hinterfragt, um einseitigen Deutungen vorzubeugen.

Resümee

Bei dem untersuchten Modellprojekt in der Region Hemmoor handelt es sich um ein kleines, sich entwickelndes und weiterzuentwickelndes Modell, das kostenneutral umgesetzt werden musste. Die Ergebnisse dieser Studie geben wichtige und konkrete Hinweise, an welchen Stellen das von uns untersuchte Modell der IV Effekte zeigt und in welchen Bereichen die Umsetzung bisher nur eingeschränkt funktionierte oder gewünschte Effekte ausbleiben.

Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf andere IV-Modelle ist aufgrund der sehr unterschiedlichen Konzeption der Modelle und auch der regional sehr unterschiedlichen Ausgestaltung der Standardversorgung [18, 19] nur begrenzt möglich.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Integrierte Versorgung (IV) weist das Potenzial auf, Nachteile sektorisierter psychiatrischer Versorgung zu überwinden.
- ▶ IV kann auf fluktuierende Versorgungsbedarfe schizophrener Patienten reagieren, sodass Klinikaufenthalte bei Krisen aus Betroffenen­sicht unnötig werden können.
- ▶ Das Wissen um einen jederzeit erreichbaren Ansprechpartner kann den Betroffenen wichtigen Halt im Alltag geben.
- ▶ Verbesserungsbedarf des untersuchten IV-Modells besteht insbesondere in Bezug auf die Transparenz der Merkmale der IV für die Betroffenen, auf die Zusammenarbeit der Professionellen sowie auf die Einbeziehung, Information und Psychoedukation der Patienten und ihrer Angehörigen.

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt den Patienten und Angehörigen, die an den Fokusgruppen teilgenommen haben, für ihre Offenheit und Auskunftsbereitschaft auch über sehr persönliche Themen. Darüber hinaus danken wir Herrn Dr. Walle, dem Initiator des Modellprojekts, insbesondere für seine Offenheit und sein Interesse an der Studie. Dank geht ebenso an den AOK-Bundesverband für die Förderung unserer Studie, hier insbesondere an Frau Dr. Christiane Roick für ihre inhaltliche Unterstützung in der Vorbereitungsphase des Projekts und an Frau Janine Galeiwa (AOK-Niedersachsen) für ihre tatkräftige Hilfe bei der Studierendurchführung. Weiterhin danken wir Frau Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch vom Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck für die Komoderation einiger Fokusgruppen.

Förderung

Die Studie wurde gefördert vom AOK-Bundesverband.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

“That you Stay Free, but always Know there is this Support Rod that I Need”



Objective: Models of integrated care (IC) have a high potential to improve psychiatric care in a sectorized health care system. The present study aims to delineate differences in the perception of psychiatric care after introduction of a regional IC-model in schizophrenic patients and family caregivers.

Methods: Six focus group interviews with n=32 schizophrenic patients and three with n=17 family caregivers either from the region with IC-model or a nearby control region were conducted. Categories of the contents of transcribed interviews were developed and subsequently compared between persons with and without experience of IC.

Results: Most participants of the IC-group were not aware to participate in an IC-model. Differences between IC- vs. non-IC groups were primarily related to feelings of security and experiences of flexibility of care which was ensured by the outpatient nursing service in the IC-model. This was noticeable both in daily living and in coping with crisis. No substantial differences were found with regard to the experience of cooperation of professionals, information and psychoeducation of patients as well as support for family caregivers, amongst others.

Conclusions: IC will play an important part in the psychiatric care of schizophrenic patients. It has the potential to integrate sustainable relations, general availability and needs-related care provision.

Literatur

- 1 Holler G. Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch Integrierte Versorgung. In: Machleidt M, Brüggemann W, Wessels BR, Haltenhof A, Ziegenbein H, Hrsg. Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung. Lengerich et al.: Pabst Science Publishers; 2009: 295–316
- 2 Mühlbacher A. Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber; 2002
- 3 Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. Integrierte Versorgung – mehr als die Summe aller Teile! Handlungsempfehlungen des Paritätischen für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband; 2011
- 4 Lambert M, Bock T, Schöttle D et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS Trial). J Clin Psychiatry 2010; 71: 1313–1323
- 5 Burns T, Catty J, Dash M et al. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. BMJ 2007; 335: 336
- 6 Dieterich M, Irving CB, Park B et al. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2010; (10): CD007906
- 7 Popkin MK, Lurie N, Manning W et al. Changes in the process of care for Medicaid patients with schizophrenia in Utah's Prepaid Mental Health Plan. Psychiatr Serv 1998; 49: 518–523
- 8 Cole RE, Reed SK, Babigian HM et al. A mental health capitation program: I. Patient outcomes. Hosp Community Psychiatry 1994; 45: 1090–1096
- 9 Warner R, Huxley P. Outcome for people with schizophrenia before and after Medicaid capitation at a community agency in Colorado. Psychiatr Serv 1998; 49: 802–807
- 10 Amelung V, Wagner C. Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung. In: Brinkmann V, Hrsg. Case Management. Organisationsent-

- wicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler; 2010: 169–200
- 11 *Walle M, Lammers-Reißing A.* Integrierte Versorgung für psychisch schwer und chronisch Kranke am Beispiel Hemmoor und Weyhe/Niedersachsen. In: Machleidt M, Brüggemann W, Wessels BR, Haltenhof A, Ziegenbein H, Hrsg. Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung. Lengerich et al.: Pabst Science Publishers; 2009: 317–327
 - 12 *Bohnsack R.* Gruppendiskussion. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt; 2004: 369–384
 - 13 *Krueger RA, Casey MA.* Focus Groups: a practical guide for applied research. 4th ed. London: Sage; 2009
 - 14 *Mayring P.* Qualitative Inhaltsanalyse. 10th edit. Weinheim: Beltz; 2010
 - 15 *Reichhart T, Kissling W, Scheuring E et al.* Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – eine kritische Bestandsaufnahme. Psychiat Prax 2008; 35: 111–121
 - 16 *Kuipers E, Onwumere J, Bebbington P.* Cognitive model of caregiving in psychosis. Brit J Psychiat 2010; 196: 259–265
 - 17 *Friedrich F, Unger A, Freidl M et al.* Prädiktoren für die Belastung von Angehörigen Schizophreniekranker. Psychiat Prax 2012; 39: 339–344
 - 18 *Lauber C.* Krankenversorgung – Versorgungsplanung – Versorgungspolitik – Versorgungsforschung. Psychiat Prax 2012; 39: 1–2
 - 19 *Weimann S, Gaebel W.* Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 2005; 76: 809–821