

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	AOK Baden-Württemberg
Förderkennzeichen:	01VSF16001
Akronym:	Evaluation PNP-Vertrag
Projekttitel:	Vertragsevaluation der Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gem. § 73 SGB V AOK Baden-Württemberg
Autoren:	AOK Baden-Württemberg Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) - Konsortialpartner Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) - Konsortialpartner
Förderzeitraum:	01.07.2017 bis 31.12.2019

I. Tabellenverzeichnis.....	2
II. Abbildungsverzeichnis.....	4
1. Zusammenfassung (max. 1 Seite).....	5
2. Beteiligte Projektpartner	6
3. Einleitung	6
4. Projektdurchführung	11
5. Methodik	13
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	19
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung.....	34
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	39
9. Literaturverzeichnis	40
10. Anlagen.....	42

I. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersichtsliste der beteiligten Konsortialpartner	6
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien	13
Tabelle 3: Eingesetzte Instrumente	14
Tabelle 4: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der primären Zielgröße psychische Gesundheit gemäß SF-36	20
Tabelle 5: Deskriptive Statistiken zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten	23
Tabelle 6: geschätzte Mittelwertsdifferenzen auf Basis der zweistufigen Modelle	26
Tabelle 7: Hospitalisierungsrate und Anteile der Versicherten je Vertragsmodell und Schweregrad die innerhalb der ersten 12 Monate mindestens 10 Psychotherapiestunden und/oder eine angemessene Pharmakotherapie mit Antidepressiva erhalten	31
Tabelle 8: Bewertung der Kooperation und Koordination im PNP-Vertrag. Zustimmungsraten der PNP-Behandelnden	33
Tabelle 9: Stichprobencharakteristika der Teilnehmer*innen zu t0 und zu t1	99
Tabelle 10: Dropout Teilnehmer*innen vs. Nicht-Teilnehmer*innen (Diagnosen im Vorjahreszeitraum)	101
Tabelle 11: Nicht adjustierte und adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen mit den Gewichten der Hauptanalyse mit der primären Zielgröße psychischer Gesundheit gemäß SF-36(n=988)	102
Tabelle 12: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße funktionale Gesundheit	104
Tabelle 13: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Depressivität	105
Tabelle 14: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Ängstlichkeit	106
Tabelle 15: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße somatoforme Beschwerden	107
Tabelle 16: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße alkoholbezogene Beschwerden	108
Tabelle 17: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Hausärzt*innen	109
Tabelle 18: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Fachärzt*innen (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik)	110
Tabelle 19: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Psychotherapeut*innen	111
Tabelle 20: Ergebnisse der linearen gemischten Modelle zur Prüfung der Interaktionseffekte zwischen Zeit, Gruppe und AU-Diagnosen	112
Tabelle 21: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den übrigen Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum	113
Tabelle 22: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit der Arbeitsunfähigkeitsdiagnose Depression	115
Tabelle 23: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit der Arbeitsunfähigkeitsdiagnose Depression	117
Tabelle 24: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit einer mittelschweren oder schweren Depression	119
Tabelle 25: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit einer mittelschweren oder schweren Depression	121

Tabelle 26: Aggregierte Hospitalisierungsrate und Anteile der Versicherten je Schweregrad die innerhalb der ersten 12 Monate mindestens 10 Psychotherapiestunden und/oder eine angemessene Pharmakotherapie mit Antidepressiva erhalten	123
Tabelle 27: Qualitative Ergebnisse der Struktur- und Prozessevaluation zu Verbesserungsvorschlägen zum PNP-Vertrag aus der Sicht der Behandelnden	136

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm des Konsortiums Evaluation § 73c PNP BW.....	10
Abbildung 2: Flussdiagramm der Primärdaten (Effektivität).	15
Abbildung 3: adjustierte Kosten im 12-monatigen Follow-Up-Zeitraum in den drei Vertragsmodellen. Jegliche Kosten wurden auf ganze Zahlen gerundet.....	25
Abbildung 4: Anteil der Versicherten mit dokumentierter Depressionsdiagnose (N=29.037) für die eine spezifische bzw. eine unspezifische Depressionsdiagnose dokumentiert wird. HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung. Bei mehreren dokumentierten spezifischen Diagnosen wurde die Diagnose mit der voraussichtlich höchsten Validität berücksichtigt (andere Disziplin < Hausarzt < Neurologe oder FA für Nervenheilkunde < Psychiater/Psychotherapeut).....	28
Abbildung 5: Einfluss der Vertragszugehörigkeit (Facharztprogramm inkl. PNP vs. Regelversorgung) und der kumulierten Anzahl von AU-Monaten (Monate, in denen ein Versicherter aufgrund einer der Fokuserkrankungen arbeitsunfähig geschrieben war) auf die Wahrscheinlichkeit mit einer Psychotherapie zu beginnen.	30
Abbildung 6: Zufriedenheit mit dem PNP-Vertrag.	32
Abbildung 7: Einfluss der Vertragszugehörigkeit (Facharztprogramm inkl. PNP vs. Regelversorgung) und der kumulierten Anzahl von AU-Monaten (Monate, in denen ein Versicherter aufgrund einer der Fokuserkrankungen arbeitsunfähig geschrieben war) auf die Wahrscheinlichkeit eine weitere Therapiestunde zu erhalten.....	124

1. Zusammenfassung (max. 1 Seite)

Hintergrund: Die Facharztzentrierte Versorgung (FzV) der AOK Baden-Württemberg baut auf der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auf und beinhaltet den PNP-Vertrag, der die Versorgung in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie betrifft. Hintergrund des PNP-Vertrages ist es, Patient*innen durch ein koordiniertes Zusammenwirken von Haus- und Fachärzt*in bzw. Psychotherapeut*in eine zielgerichtete, qualitätsgesicherte, zweckmäßige, evidenzbasierte und zeitnah zugängliche psychosoziale Versorgung zu ermöglichen. Das Untersuchungsziel war die Evaluation (a) der Effektivität, (b) der Kosten, (c) der Diagnosespezifität und Versorgungsindikatoren sowie (d) der Struktur- und Prozessqualität des PNP-Vertrages.

Methodik: Es wurden eine prospektive kontrollierte quasiexperimentelle Interventionsstudie (a) und retrospektive Sekundärdatenanalysen mit quasi-experimentellen Designs (b, c) durchgeführt. Dabei wurden Versicherte der AOK mit einer Arbeitsunfähigkeitsdiagnose (affektive Störung, Angststörung, Anpassungsstörung, somatoforme Störung, Störung durch Alkoholabusus, Schizophrenie, Multiple Sklerose) einbezogen. Analyse (c) fokussierte auf eine Substichprobe von Versicherten mit Depressionsdiagnose. Versicherte der Interventionsgruppe (IG-FzV) und der Kontrollgruppen (KG-HzV; KG-RV (Regelversorgung)) wurden miteinander verglichen. Unterschiede zu Behandlungsbeginn (t0) wurden mittels Entropy Balancing adjustiert. Untersucht wurden als primäre Endpunkte die psychische Gesundheit gemäß SF-36 die Symptombelastung, funktionale Gesundheit und Behandlungszufriedenheit 12 Monate (t1) nach der Diagnosestellung (a). Zudem wurden Behandlungskosten und Krankengeldzahlungen (b) sowie der Anteil spezifischer Diagnosen, der Anteil an Versorgung und der Zusammenhang zwischen kumulierten AU-Tagen und der Wahrscheinlichkeit eines zeitnahen Therapiebeginns (c) untersucht. Die Analyse der Struktur- und Prozessqualität (d) wurde mittels qualitativer Interviews und quantitativer Querschnittsbefragung der beteiligten Behandler*innen durchgeführt. Die Studie wurde vorab registriert (DRKS00013114).

Ergebnisse: Es lässt sich kein Unterschied in der patientenbezogenen Effektivität der Versorgung und in der Zufriedenheit von Versicherten zwischen der IG-FzV und den Kontrollgruppen feststellen (a). Es ergeben sich Hinweise darauf, dass die Größe der Gruppenunterschiede bezüglich der zeitlichen Änderung (t0 zu t1) abhängig von der initialen Lebensqualität, der Anzahl körperlicher Ko-Diagnosen und der AU-Diagnose Multiple Sklerose sind. Die Behandlungskosten sind nicht konsistent niedriger in der IG-FzV (b), während die Krankengeldzahlungen und die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage signifikant niedriger in der IG-FzV im Vergleich zu den Kontrollgruppen sind (b). In der IG-FzV ist die Wahrscheinlichkeit für eine spezifische Diagnosestellung höher als in der Regelversorgung (c). Zudem gibt es einen stärkeren Zusammenhang zwischen kumulierten AU-Tagen und der Wahrscheinlichkeit eines zeitnahen Therapiebeginns in der IG-FzV im Vergleich zur KG-RV (c). Es gibt keinen Beleg für eine höhere Rate an leitliniengerecht behandelten depressiven Versicherten in der IG-FzV bei mittelgradiger und schwerer Depression, nachdem die leichte Depression leitliniengerecht primär in der Hausarztbene verankert wurde (c). Behandler*innen sind zufrieden mit dem PNP-Vertrag und benennen relevante Aspekte für eine Weiterentwicklung (d).

Schlussfolgerung: Es ergeben sich keine Unterschiede hinsichtlich der patientenbezogenen Effektivität, der Behandlungszufriedenheit und -kosten sowie hinsichtlich der Anteile an leitliniengerecht behandelten Versicherten mit mittelgradiger/schwerer Depression in der FzV, der HzV oder der RV von Versicherten mit AU bei psychischen Störungen oder Multipler Sklerose. Die Ergebnisse zeigen signifikante Effekte der FzV hinsichtlich der Krankengeldzahlungen, der Anzahl der AU-Tage als wichtigen Indikator für die gesundheitliche Lage der Erwerbstätigen, der Wahrscheinlichkeit eines zeitnahen Therapiebeginns in Abhängigkeit von AU-Tagen und dem Anteil spezifischer Diagnosestellungen auf Hausarztbene hin. Aus der Perspektive der teilnehmenden Behandler*innen stößt der Vertrag auf eine breite Akzeptanz. Stärken wie der multiperspektivische Ansatz und Limitationen wie eine geringe Responserate der Interventionsstudie werden diskutiert.

2. Beteiligte Projektpartner

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind die beteiligten Projektpartner in nachfolgender Tabelle gelistet (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersichtsliste der beteiligten Konsortialpartner

Einrichtung	Institut/ Fachabteilung	Projektleitung	Funktion
AOK Baden-Württemberg	Integriertes Leistungsmanagement	Dr. med. Ariane Chaudhuri	Konsortialführung
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie	Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter	Konsortialpartner
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsfor- schung	Prof. Dr. med. Hans-Helmut Kö- nig	Konsortialpartner

Fachliche Ansprechpartnerin nach Projektende ist:

AOK-Baden Württemberg Hauptverwaltung
Dr. med. Ariane Chaudhuri
Presselstraße 19
70191 Stuttgart
Dr.med.Ariane.Chaudhuri@bw.aok.de

3. Einleitung

Psychische Störungen als gesamtgesellschaftliches Thema tragen am häufigsten zur krankheitsbedingten Behinderung bei. Zudem haben Personen mit der Diagnose psychische Störungen deutlich mehr Ausfalltage als Personen mit anderen Diagnosen (www.rki.de/gesundheitsbericht, Kapitel 2.11 S. 112) und Fehlzeiten am Arbeitsplatz sind ein wichtiger Indikator für die gesundheitliche Lage Erwerbstätiger (www.rki.de/gesundheitsbericht, Kapitel 3.2.1 S. 158). Im GBA-Gutachten 2011 zum Modellprojekt „Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung Depressionen“ 2011 (Kapitel 4.2.5.5, S. 61 www.g-ba.de) wird auf die besondere Bedeutung der Diagnostik als „Eingangspforte zur Behandlung“ hingewiesen. Bezogen auf den vertragsärztlichen Sektor gebe es auch im fachärztlichen Bereich Hinweise auf Verbesserungspotentiale, zumal der große Anteil unspezifischer Diagnosen auffallend sei. Bei einer undifferenziert dokumentierten Diagnose bestehe jedoch im vertragsärztlichen Sektor laut G-BA-Gutachten „in der Folge kaum Wissen und Kenntnis über die Angemessenheit der daraus abgeleiteten therapeutischen Konsequenzen“ (Modellprojekt GBA-Gutachten 2011 S. 209, 210, 216 www.g-ba.de). Hinsichtlich Fehl-, Über- und Unterversorgung wird insbesondere auf zu lange Wartezeiten für ambulante Psychotherapie wie auch nervenärztlicher Behandlung hingewiesen; zu niedrige Behandlungsraten, mangelhafte Angebotslage im Kinder- und Jugendbereich und kosten-effektive gruppentherapeutische Angebote gäbe es fast nur im stationären Sektor. Die Therapie solle vom fachspezifisch qualifizierten Behandler*in durchgeführt werden, es sei eine Verbesserung der Steuerung und Zuweisung mit

zeitlich effektiven Überweisungs- und Zuweisungsmodellen zu schaffen. Es bestehe ein mangelnder Rückgriff auf evidenzbasierte Behandlungsketten (S. 226-229 www.g-ba.de). Daher gilt es im Rahmen des Vollversorgungsvertrags diese Erkenntnisse allen Patient*innen grundlegend zur Verfügung zu stellen und entsprechende Betreuungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Ausgangslage, Zielsetzung und Fragestellung/ Hypothesen des Projektes

Im Jahr 2011 (Start Modul Psychotherapie: 01.07.2012, Start Module Neurologie und Psychiatrie: 01.01.2013, Start Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie: 01.01.2019) wurde zwischen der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK, der MEDIVERBUND AG, dem MEDI Baden-Württemberg e.V., der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) Landesverband Baden-Württemberg der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie e.V., der Freien Liste der Psychotherapeuten und der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPTV) der Facharztvertrag für die Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (im Folgenden: **PNP-Vertrag** abrufbar unter: <https://www.mediverbund-ag.de/file/5330>) gemäß § 73c SGB V (a.F.) geschlossen.

Übergeordnetes Ziel der Studie war es, eine multiperspektivische Evaluation des PNP-Vertrages bei der Behandlung von Menschen mit den häufigsten bzw. für die Versorgung relevantesten psychischen und neurologischen Erkrankungsgruppen durchzuführen (Magaard et al., 2018). Daher fokussierte sich die Evaluation im nachfolgenden auf das Beispiel der Behandlung von Menschen mit einer von acht Fokuserkrankungen (Primär Diagnosen): Bipolare Störungen (F31.x), depressiven Störungen (F32.x, F33.x, F34.1), Angststörungen (F40.x, F41.x), Anpassungsstörungen (F43.2), somatoforme Störungen (F45.x), Störungen durch Alkoholabusus (F10.x), Schizophrenien (F20.x) und Multiple Sklerose (G35.x).

Insgesamt erfolgte die wissenschaftliche Evaluation des PNP-Vertrages auf der Basis von patientenbezogenen Primär- und Sekundärdaten. Die Beurteilung der Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit des PNP-Vertrages wurde durch die folgenden Perspektiven in einem Intention-to-treat Ansatz untersucht:

- a) Die Effektivität des PNP-Vertrages im Sinne der Überprüfung der Wirksamkeit des PNP-Vertrages auf patientenbezogene Parameter (Erhebung von Primärdaten durch eine Patientenbefragung)
- b) Eine Kostenvergleichsanalyse der Versorgungsarten (Sekundärdatenanalyse)
- c) Die Untersuchung der Diagnosespezifität des PNP-Vertrages bei depressiven Erkrankungen (Sekundärdatenanalyse)
- d) Bewertung der Struktur- und Prozessqualität im Behandlernetz anhand einer Behandlerbefragung (Primärdaten)

Generell wurden zur Evaluation des PNP-Vertrages hinsichtlich der a) Effektivität, b) der Kostenvergleichsanalyse und c) der Untersuchung der Diagnosespezifität drei Patient*innengruppen betrachtet und untersucht:

- Die **Interventionsgruppe (IG-PNP)** umfasste Patient*innen, die aufgrund einer der Fokusdiagnosen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (im Folgenden: AU-Schreibung) erhalten haben und zu diesem Zeitpunkt am Facharzt-Programm teilnahmen. Eine Intervention im engeren Sinne – also ein Kontakt zu einem bzw. einer PNP-Fachärzt*inPs - wurde nicht vorausgesetzt.
- In der **ersten Kontrollgruppe (KG-HZV)** wurden Patient*innen betrachtet, die ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgrund einer Fokusdiagnose erhalten haben, **nicht** am Facharzt-Programm, aber am Hausarzt-Programm teilnahmen.
- Die **zweite Kontrollgruppe (KG-RV)** stellte in Bezug auf die Versorgung eine Regelversorgungsbedingung (*engl.: usual-care*) dar. Das bedeutet, dass Patient*innen in der Regelversorgung (Haus- und Facharztversorgung ohne patientenseitige Teilnahme am Haus-/Facharztprogramm) betrachtet werden, die eine der Fokusdiagnose erhalten haben.

Zur Evaluation der d) Struktur- und Prozessqualität wurden die für die Patient*innen im Facharztprogramm relevanten Behandler*innen befragt, die im Rahmen ihrer Tätigkeit am Haus- und Facharztprogramm teilnahmen.

Konkret wurden im Rahmen der Evaluation des PNP-Vertrages die folgenden Hypothesen bzw. Fragestellungen bezüglich der genannten Perspektiven bearbeitet:

a) Effektivität:

Ist die Behandlung von Patient*innen mit einer der Fokuserkrankungen im Rahmen des PNP-Vertrages effektiver als die Behandlung in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) und der Regelversorgung (RV)?

- Hypothese a1: Es wurde erwartet, dass die Interventionsgruppe (IG-PNP) eine höhere „psychische Gesundheit gemäß SF-36“ (primäres Outcome) aufweist als die Kontrollgruppen (KG-HZV, KG-RV).
- Hypothese a2: Es wurde erwartet, dass die Interventionsgruppe (IG-PNP) eine höhere funktionale Gesundheit, eine niedrigere „krankheitsspezifische Symptombelastung“, weniger Beeinträchtigung der „Aktivität und Partizipation“ und eine höhere „Patientenzufriedenheit“ (sekundäre Outcomes) aufweist als die Kontrollgruppen (KG-HZV, KG-RV).

Für welche Patient*innen der acht fokussierten psychischen bzw. neurologischen Erkrankungen erweist sich die Versorgung im PNP-Vertrag als (besonders) effektiv?

- Hypothese a3: Es wurde erwartet, dass insbesondere chronifizierte Patient*innen und Patient*innen mit schweren Fokuserkrankungen von der Behandlung im PNP-Vertrag profitieren. Dementsprechend wurde erwartet, dass Chronifizierung (operationalisiert über die Erkrankungsdauer) und Schweregrad (operationalisiert über die Ausgangsschwere und Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage) signifikante Moderatoren des Interventionseffektes darstellen.

b) Kostenvergleichsanalyse:

Können durch die Teilnahme am PNP-Vertrag die Kosten für stationäre Behandlungen aufgrund einer der Fokuserkrankungen reduziert werden?

- Hypothese b1: Es wurde erwartet, dass die Kosten für stationäre Aufenthalte aufgrund einer der Fokuserkrankungen von Patient*innen der IG-PNP gegenüber Patient*innen der KG-HZV bzw. KG-RV niedriger sind.

Kann durch die Teilnahme am PNP-Vertrag die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund einer der Fokuserkrankungen reduziert werden?

- Hypothese b2: Es wurde erwartet, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage und die Höhe der Brutto-Krankengeldtage aufgrund einer der Fokuserkrankungen für Patienten der IG-PNP gegenüber Patienten der KG-HZV bzw. KG-RV in einem 12-monatigen Follow-up Zeitraum niedriger sind.

c) Analyse der Diagnosespezifität (explorativ):

Kann durch die Teilnahme am PNP-Vertrag eine spezifischere Kodierung im Behandlungsprozess erreicht werden?

d) Bewertung der Struktur- und Prozessqualität (explorativ):

In diesem Zusammenhang wurden die vertragsteilnehmenden Behandler*innen hinsichtlich der Motivation zur Teilnahme am PNP-Vertrag, der Zufriedenheit mit dem PNP-Vertrag und der interprofessionellen Zusammenarbeit (auch einschließlich der Unterstützung durch den Sozialen Dienst der AOK) befragt.

Darstellung der Projektstruktur

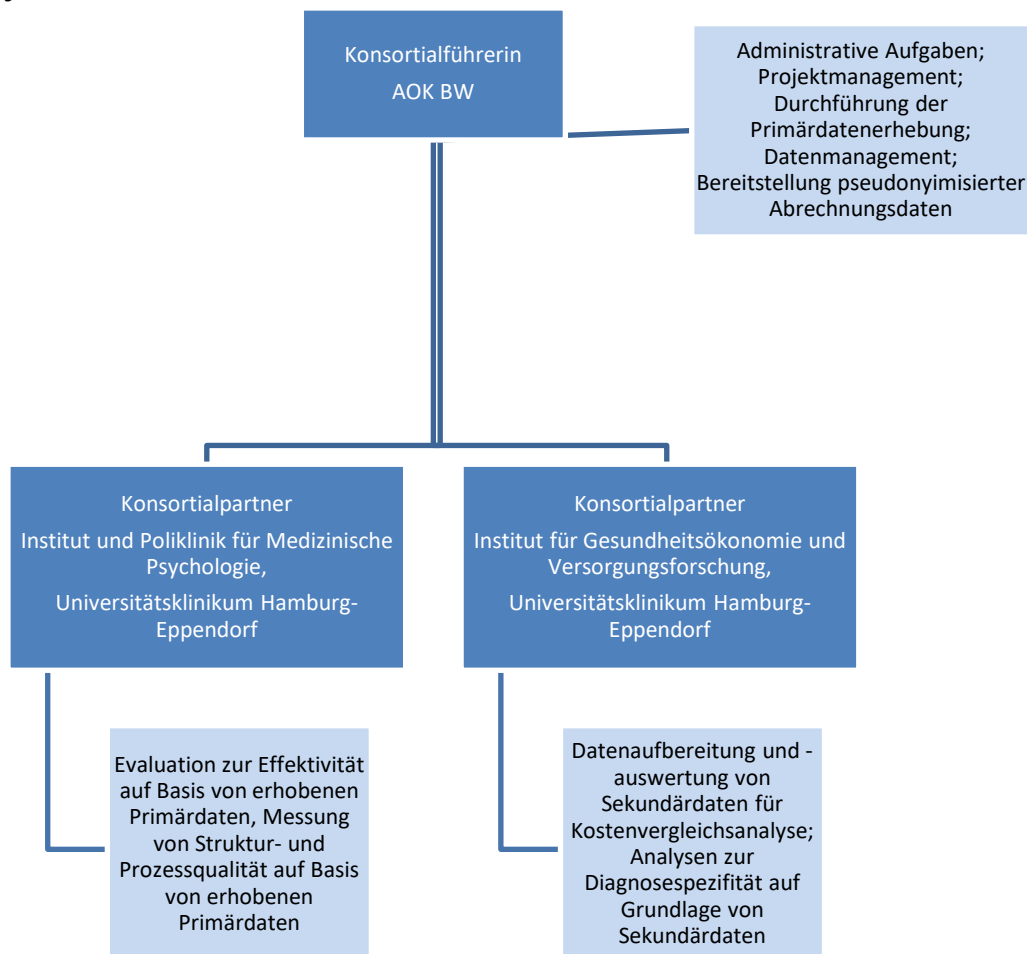


Abbildung 1: Organigramm des Konsortiums Evaluation § 73c PNP BW

Die Evaluation des Vertrages nach § 73c SGB V a.F. im Indikationsgebiet Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie und Psychotherapie in Baden-Württemberg wurde durch das Konsortium, welches in Abbildung 1 dargestellt ist, durchgeführt. Die Bosch BKK, die MEDIVERBUND AG, der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) Landesverband Baden-Württemberg der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie e.V., die Freie Liste der Psychotherapeuten e.V., die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. und MEDI Baden-Württemberg e.V. sind Selektivvertragspartner und unterstützen das Vorhaben als Kooperationspartner.

4. Projektdurchführung

Die AOK Baden-Württemberg war als Konsortialführerin neben den bei Fördervorhaben üblichen administrativen und kommunikativen Aufgaben sowie deren Abstimmung innerhalb des Konsortiums insbesondere mit der für die Evaluation erforderlichen Bereitstellung von pseudonymisierten Abrechnungsdaten sowie den damit in Verbindung stehenden Aufgaben (z.B. Abstimmung Datensatzbeschreibung und Datenschutzkonzept) betraut. Auch war es Aufgabe der AOK Baden-Württemberg die Datenerhebung für die Primärdaten u.a. durch die Versendung der Fragebögen an die ausgewählten Versicherten der acht fokussierten psychischen bzw. neurologischen Erkrankungsgruppen durchzuführen. Die Kommunikation und Diskussion der Ergebnisse erfolgte in gemeinsamen Workshops mit den Vertragspartnern gemäß Meilensteinplan.

Die Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie ab 1. April 2017 hatte keinen Einfluss auf die Durchführung und Ergebnisse dieses Projekts. Zwar gab es einzelne Annäherungen an die Vertragsvorteile des PNP-Vertrages, aber keine vollständige Implementierung einzelner Vertragselemente.

Arbeitspaket 1 (AP1): Evaluation der Effektivität auf der Grundlage von Primärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie)

Es wurde eine Patientenbefragung zu zwei Zeitpunkten (T0 = bei Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, T1= 12 Monate nach Ausstellung der AU-Schreibung) durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie durchgeführt. Es wurden etablierte, standardisierte Instrumente genutzt, psychometrische Eigenschaften der Instrumente recherchiert sowie Fragen zur Soziodemographie und Inanspruchnahme ausgewählt (s. Anlage 2 sowie Anlage 3).

Arbeitspaket 2 (AP2): Kostenvergleichsanalyse auf der Grundlage von Sekundärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung)

Die Kostenvergleichsanalyse wurde durch das Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Die Bereitstellung der Routinedaten für Versicherte der AOK BW für die Jahre 2014, 2015 und 2016 erfolgte durch das aQua-Institut GmbH Göttingen. In den ersten beiden Quartalen des Jahres 2018 wurden die Daten aufbereitet. Dies umfasste die Aggregation der Kostensegmente auf Personenebene für den Follow-Up Zeitraum, die Anwendung von Ein- und Ausschlusskriterien, die Einteilung der eingeschlossenen Versicherten auf die Vertragsgruppen sowie Ausreißeranalysen. Im ersten Quartal 2019 wurden geeignete statistische Modelle zur Abbildung der Kostenverteilung und der Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage ausgewählt.

Arbeitspaket 3 (AP3): Evaluation der Diagnosespezifität bei depressiven Erkrankungen anhand von Sekundärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung)

Ziel des AP3 war zu prüfen, ob im PNP-Vertrag bei Patienten mit Depression schneller eine spezifische Diagnose gestellt wird, da eine (frühzeitigere) spezifische Diagnose als Voraussetzung für die Einleitung der evidenzbasierten Versorgungswege angesehen wird und dies Ziel des PNP-Vertrages ist. Diese Fragestellung wurde durch das Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf bearbeitet. Um im Rahmen der Analyse zu überprüfen, ob die Unterschiede zwischen den Vertragsgruppen statistisch abzusichern sind, wurden Chi-Quadrat-Tests mit einer Rao-Scott-Korrektur angewandt. Zudem wurden explorative und graphische Trendanalysen zur Auswertung der Daten für die Diagnosespezifität umgesetzt.

Abweichungen zum ursprünglich geplanten Vorgehen: Ad-hoc-Analysen bei der mittel- und schwergradigen Depression

Ad-hoc-Analysen zu Depression wurden durch das Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung zusätzlich vorgenommen, um zu überprüfen, ob eine leitlinienkonformere Behandlung (Psychotherapie bzw. Psychopharmakotherapie), bzw. ob Unterschiede bezüglich der Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz bei der mittelgradigen und schwergradigen Depressivität bestehen.

Arbeitspaket 4 (AP4): Evaluation der Struktur- und Prozessqualität auf der Grundlage von Primärdaten (Behandlerbefragung) (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie)

Durch das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie wurde zur Evaluation der Struktur- und Prozessqualität eine quantitative Befragung der am PNP-Vertrag teilnehmenden Behandler*innen (Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen) durchgeführt. In Abstimmung mit Vertreter*innen der PNP-Vertragspartner wurde entschieden, eine Vollerhebung aller n=720 Behandler*innen mit PNP-Vertrag durchzuführen, um Selektionsverzerrungen zu vermeiden und das Risiko für eine geringe und damit weniger repräsentative Fallzahl zu verringern.

5. Methodik

Arbeitspaket 1 (AP1): Evaluation der Effektivität im Sinne der Auswirkung auf die Patient*innen auf der Grundlage von Primärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie)

Die Effekte des Facharzt-Programms auf die Patient*innen wurden im Rahmen einer prospektiven kontrollierten quasi-experimentellen Interventionsstudie mit zwei Messzeitpunkten in einer konsekutiven Patientenstichprobe mit den acht fokussierten psychischen bzw. neurologischen Erkrankungen untersucht.

Ein- und Ausschlusskriterien:

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

-
1. Alter \geq 18 Jahre
 2. Zu Einschluss bei der AOK Baden-Württemberg versichert
 3. Wohnort in Baden-Württemberg
 4. Arbeitsunfähigkeitsdiagnose aufgrund von einer der folgenden Fokuserkrankungen: Bipolare Störungen (F31.x), depressive Störungen (F32.x, F33.x, F34.1), Angststörungen (F40.x, F41.x), Anpassungsstörungen (F43.2), somatoforme Störungen (F45.x), Störungen durch Alkoholabusus (F10.x), Schizophrenien (F20.x) und Multiple Sklerose (G35.x).
 5. In Behandlung bei eine*r Ärzt*in oder Therapeut*in mit Zulassung in Baden-Württemberg
 6. Bei Patient*innen mit psychischen Erkrankungen: Keine Arbeitsunfähigkeitsdiagnose in den 12 Monaten vor der Diagnosestellung aufgrund von psychischen Erkrankungen (Fxx.x)
Bei Patient*innen mit Multiple Sklerose: keine Arbeitsunfähigkeitsdiagnose in den 12 Monaten vor der Diagnosestellung aufgrund von Multiple Sklerose (G35.x)
 7. Kein bestehendes Betreuungsverhältnis¹

Anmerkung: ¹Ausgeschlossen wurden Versicherte, die sich in einem Betreuungsverhältnis (z.B. durch einen gesetzlichen Vormund) befanden.

Im Rahmen der Interventionsstudie wurde untersucht, ob ein klinisch relevanter Effekt bezüglich des primären Outcomes „psychische Gesundheit gemäß SF-36“ zwischen der Interventionsgruppe IG-PNP und den Kontrollgruppen KG-HZV und KG-RV zum Messzeitpunkt t1 nachgewiesen werden kann. Die psychische Gesundheit wurde mithilfe der psychischen Summenskala des SF-36 operationalisiert (Bullinger & Kirchberger, 1998). Weitere Zielgrößen waren funktionale Gesundheit, krankheitsspezifische Symptombelastung und Zufriedenheit mit der Versorgung und Behandlung (s. Tabelle 3). Zusätzlich zu den Zielgrößen wurden soziodemographi-

sche Variablen, das Inanspruchnahmeverhalten im Vorjahreszeitraum sowie der Gesundheitszustand im Vorjahreszeitraum im Selbstbericht erhoben (genaue Parameter siehe t0 Fragebogen (gekürzt) - Anlage 2). Weiterhin wurden die AU-Diagnosen, der Zeitpunkt der AU-Stellung, die pseudonymisierte AU-schreibende Praxis sowie alle gesicherten Diagnosen im Zeitraum 12 Monate vor der AU-Stellung bis 2 Wochen nach der AU-Stellung berücksichtigt. Auf der Basis der gesicherten ambulanten und stationären Diagnosen und den dazugehörigen ICD-10 Codes wurden 31 Elixhauser-Subskalen bestimmt, welche eine Vielzahl von körperlichen Komorbiditäten sowie Drogenabhängigkeit, Depression und Psychosen abbilden.

Tabelle 3: Eingesetzte Instrumente

Zielgröße		Instrument
Primäres Outcome		
Psychische Gesundheit gemäß SF-36		Short-Form Gesundheitsfragebogen (SF-36): Psychischer Summenscore (Bullinger & Kirchberger, 1998)
Sekundäre Outcomes		
Funktionale Gesundheit		Short-Form Gesundheitsfragebogen (SF-36): Körperlicher Summenscore (Bullinger & Kirchberger, 1998)
Krankheitsspezifische Symptombelastung	Depressivität	Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Depressionsscreening (Spitzer, Kroenke, Williams, & the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, 1999)
	Ängstlichkeit	Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) (Löwe et al., 2008)
	Somatoforme Beschwerden	Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8) (Gierk et al., 2014)
	Alkoholbezogene Beschwerden	Alcohol Use Disorders Identification Test, short form (AUDIT-C) (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998)
Zufriedenheit mit der Versorgung und Patientenbeteiligung		Fragebogen zur Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung (ZAPA) (Scholl et al., 2011)

Die Versichertenbefragung zur t0-Erhebung (zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit) wurde von November 2017 bis April 2018 durchgeführt. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum im 14-tägigen Rhythmus n = 9.488 AOK-Versicherte angeschrieben. Der Erhebungszeitraum wurde aufgrund einer niedrigen Responserate bis Oktober 2018 verlängert, so dass insgesamt n = 14.483 selektierte Versicherte angeschrieben wurden (s. Abbildung 2).

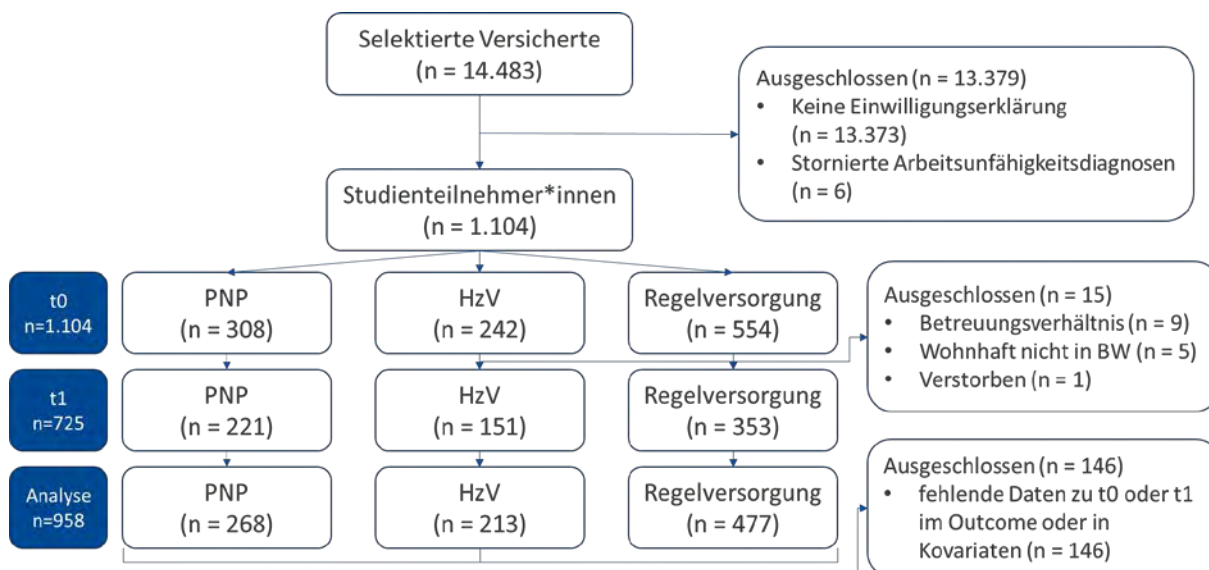


Abbildung 2: Flussdiagramm der Primärdaten (Effektivität).

Die Responserate zu t0 betrug 7,6%. Die Rücklaufquote im Rahmen der t1-Erhebung entsprach mit 65,7% der Erwartung und dem der Powerkalkulation zugrunde gelegten Dropout von 40% zwischen t0 und t1. Insgesamt ergab sich eine Responserate von 5% zum Zeitpunkt t1.

Aufgrund des quasi-experimentellen Designs wurden mögliche Unterschiede zwischen der Interventions- und den beiden Kontrollgruppen durch Entropy Balancing sowie Kovariaten-Adjustierung kontrolliert. Die Hauptauswertung wurde mittels linearen gemischten Modellen mit festen Effekten für Gruppe (IG-PNP/KG-HZV/KG-RV), Zeit und Zeit*Gruppe (Interaktionsterm) sowie zufälligem Effekt für die jeweils betrachtete Zielgröße zu t0 (Random Intercept) durchgeführt. Eine genaue Beschreibung des statistischen Verfahrens kann dem Studienprotokoll (siehe 10. Anlagen) entnommen werden.

Zur Erhebung der Primärdaten erfolgte eine Fragebogenversendung durch die/den Studienkoordinator*in der AOK zum Erhebungszeitpunkt t0 an Patient*innen, die wegen einer der acht fokussierten psychischen bzw. neurologischen Erkrankungen krankgeschrieben wurden (Vorliegen einer AU-Schreibung) und die Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2) erfüllten. Zudem wurden Gruppenzugehörigkeit (IG-PNP, KG-HZV, KG-RV) sowie Fokusdiagnosen und weitere gesicherte Diagnosen im 12-Monatszeitraum für die teilnehmenden Versicherten berücksichtigt. Die Versendung der t1-Fragebögen erfolgte ebenfalls über die/den Studienkoordinator*in an Teilnehmende, von denen ein t0-Fragebogen und eine Einwilligungserklärung vorlag. Den Versicherten wurde ein Gutschein im Wert von 15 € als Aufwandsentschädigung zugesendet.

Arbeitspaket 2 (AP2): Kostenvergleichsanalyse auf der Grundlage von Sekundärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung)

Die Kostenvergleichsanalyse wurde mit Hilfe einer retrospektiven Sekundärdatenanalyse unter Verwendung eines quasi-experimentellen Designs auf Basis von Routinedaten der AOK BW durchgeführt. Es wurden äquivalent zur Primärdatenerhebung Versicherte ausgewählt, die im Jahr 2015 aufgrund einer der acht fokussierten psychischen bzw. neurologischen Erkrankungen - in Tabelle 2 dargestellt - arbeitsunfähig geschrieben wurden. Zudem sollten die Versicherten akut erkrankt sein und entsprechend im 12-monatigen Vorjahreszeitraum keine vergleichbare Arbeitsunfähigkeitsdiagnose haben. Zusätzlich zu den Einschlusskriterien aus der Tabelle 2 waren vollständige Kostendaten, eine plausible Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern, realistische Gesamtkosten und eine kontinuierliche Versicherung durch die AOK BW in den Jahren 2014 bis 2016 erforderlich.

Hauptzielgrößen für die Kostenvergleichsanalyse waren die stationären Versorgungskosten sowie die Krankengeldzahlungen und Arbeitsunfähigkeitstage im Follow-Up-Zeitraum. Zudem wurden die ambulanten Kosten und die Medikamentenkosten innerhalb eines Jahres nach Diagnosestellung verglichen, um eine ganzheitliche Beurteilung zu ermöglichen. Zusätzlich zu den allgemeinen Kostensegmenten und den Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund aller Diagnosen wurden die Anteile dieser Zielgrößen bestimmt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit mit den Fokuserkrankungen zusammenhängen (spezifische Kosten/AU), da die Hypothesen b1 und b2 sich speziell auf Kosten im Zusammenhang mit diesen Fokuserkrankungen beziehen. Bei diesen spezifischen Anteilen wurden lediglich die Leistungen und Medikamente berücksichtigt, die aufgrund der primär abrechnenden Fachgruppe bzw. aufgrund Ihrer ATC-Klassifikation zumeist für die Behandlung von psychischen und neurologischen Erkrankungen abgerechnet werden.

Bei den spezifischen Krankengeldzahlungen und Arbeitsunfähigkeitstagen wurden lediglich die Zahlungen und Arbeitsunfähigkeitstage im Zusammenhang mit einer der acht Fokuserkrankungen gewertet.

Entropy Balancing (EB): Um einen möglichen Selektionsbias zu minimieren, wurde Entropy Balancing eingesetzt. Entropy Balancing basiert auf einem Entropie-maximierenden Verfahren zur Gewichtung der Beobachtungen, sodass eine Balance zwischen der Interventions- und gewichteten Kontrollgruppe bezüglich definierter Kriterien erfüllt wird. Das Entropy Balancing erfolgt anhand von Patientencharakteristika (z.B. Alter, Geschlecht, Region, Versicherungsart, Kosten für Behandlungen), welche für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten bestimmt wurden.

Zur Analyse der Kostensegmente wurden zweistufige allgemeine lineare Modelle verwendet. Eine genaue Beschreibung der statistischen Methoden kann dem Studienprotokoll (siehe Anlage 1) entnommen werden.

Arbeitspaket 3 (AP3): Evaluation der Diagnosespezifität anhand von Sekundärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung)

Die Evaluation der Diagnosespezifität wurde anhand einer explorativen, retrospektiven Sekundärdatenanalyse durchgeführt. Als Datengrundlage dienten dieselben Versicherten (nur Patient*innen mit der Fokaldiagnose Depression ausgewählt) wie bei der Kostenvergleichsanalyse (siehe Methodik zum Arbeitspaket 2). Es wurden lediglich Versicherte berücksichtigt, die aufgrund einer Depression (F32.x oder F33.x) erstmals nach mindestens einem Jahr aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig geschrieben wurden.

Outcomeparameter der Routinedatenanalyse sind die Diagnosegenauigkeit (Anteil an Patienten mit einer spezifischen Depressionsdiagnose inkl. Einschätzung des Schweregrades) sowohl zum Zeitpunkt der Diagnosestellung als auch die Entwicklung der Diagnosegenauigkeit im 12-Monats-Follow-up. Hierzu wird jeweils im Quartal der Diagnosestellung bzw. 1, 2, 3 und 4 Quartale nach der Diagnosestellung bestimmt, ob bereits mindestens eine spezifische Diagnose – also eine F32.0-F32.3 oder F33.0-F33.3 ICD-10 Diagnose – kodiert wurde und welcher Facharztgruppe/Psychotherapeut sowohl auf Hausarzt- als auch auf Facharztebene der ausstellende Behandler angehörte. Als unspezifische Diagnosen wurden die ICD-10 Diagnosen F32.8, F32.9, F33.8 und F33.9 gewertet. Die Aggregation erfolgte auf Quartalsebene, um zeitliche Entwicklungen erkennen zu können.

Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen trotz des potenziellen Selektionseffekts herzustellen, wurden die Kontrollgruppen erneut via Entropy Balancing gewichtet, sodass sich die Gruppen zum Baseline-Zeitpunkt in einer Vielzahl von Kontrollvariablen nicht mehr unterscheiden. Der Anteil der Versicherten mit einer spezifischen Diagnose wurde anschließend quartalsweise mittels Chi-Quadrat-Tests und graphisch stratifiziert nach IG-PNP, KG-HZV und KG-RV miteinander verglichen.

Arbeitspaket 3 (AP3): Zusätzliche Analysen zur Wartezeit bis zur psychotherapeutischen Behandlung und zur Leitlinien-treue in der Behandlung bei Depression (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung)

Da sich die Empfehlungen zur Psychotherapie und Pharmakotherapie gemäß Nationaler Versorgungsleitlinie (NVL) je nach Schweregrad der Depression unterscheiden, wurden diese Analysen separat für die einzelnen Schweregrade durchgeführt.

Für die Zusatzanalysen zur Betrachtung der Wartezeit bis zum Beginn einer Psychotherapie und dem Anteil der Patient*innen mit einer leitliniengetreuen Behandlung wurden zusätzliche Einschlusskriterien geprüft, um die Validität der Depressionsdiagnose noch besser abzusichern. Hierzu wurde zusätzlich zu den Einschlusskriterien aus der Kostenvergleichsanalyse geprüft, ob

mindestens eine stationäre F32.x oder F33.x ICD-10 Diagnose oder mindestens zwei gesicherte ambulante F32.x oder F33.x ICD-10 Diagnosen dokumentiert wurden. Diese Diagnosen konnten innerhalb des Einschlussquartals und der zwei darauffolgenden Quartale kodiert werden. Es wurde zwischen leichten (F32.0 oder F33.0), mittelgradigen (F32.1 oder F33.1) und schweren Depression (F32.2, F32.3, F33.2 oder F33.3) unterschieden. Zudem wurden die Gruppen in Patient*innen mit einer ersten depressiven Episode (F32.x) oder einer rezidivierenden Episode (F33.x) aufgeteilt. Die Versicherten wurde jeweils entsprechend der schwersten Diagnose eingeteilt, die sie im Einschlussquartal und den darauffolgenden Quartalen erhalten haben (Annahme rezidivierend > Erstepisode und schwer > mittelgradig > leicht). Eine genaue Beschreibung des statistischen Verfahrens und der eingesetzten Vorgehensweise kann dem Studienprotokoll (siehe Anlage 1) entnommen werden.

Arbeitspaket 4 (AP4): Evaluation der Struktur- und Prozessqualität auf der Grundlage von Primärdaten (Behandlerbefragung) (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie)

Für die Bewertung der Struktur- und Prozessqualität wurde eine fragebogengestützte Vollerhebung aller relevanten PNP-Behandler*innen mittels einer Mixed-Methods-Studie mit einem explorativ sequentiellen Design (Creswell, 2014) durchgeführt. Ziel dabei war es, die Akzeptanz und Bewertung des PNP-Vertrages aus Sicht der im PNP-Vertrag eingeschriebenen Behandelnden zu evaluieren sowie mögliche Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten in der klinischen Praxis zu identifizieren.

Angeschrieben bzw. befragt wurden n=720 Psychotherapeut*innen, Haus- und Fachärzt*innen mit einer Kassenzulassung in Baden-Württemberg, die zum Zeitpunkt 06.09.2017 in mindestens eines der drei Module (Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie) des PNP-Vertrages eingeschrieben waren.

Zunächst wurde auf der Basis leitfadengestützter qualitativer Interviews (vgl. Interviewleitfaden: qualitative Interviews mit PNP-Behandler*innen, S. Anlage 25) mit beteiligten Behandler*innen ein für den Versorgungsvertrag spezifisches Evaluationsinstrument, angelehnt an ein im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickeltes Messverfahren (siehe auch Heddaeus, Steinmann, Liebherz, Härter, & Watzke, 2015), erarbeitet. Für die qualitativen Interviews erfolgte die Auswahl der Interviewten mit gezieltem Sampling (Palinkas et al., 2015), wodurch n=9 Behandelnde für jede mögliche Kombination von Berufsgruppe und genutztem PNP-Vertragsmodul berücksichtigt wurden.

Auf dieser Basis wurde der quantitative Fragebogen erstellt (vgl. Anlage 26) und enthielt Items zu den folgenden Bereichen: Teilnahmemotivation, Zufriedenheit mit dem PNP-Vertrag, Bewertung der Patientenbehandlung (allgemein, Indikation, Zugang, Einstellung zu den Rationalen des PNP-

Vertrages), Bewertung der Kooperation und Koordination, Organisation sowie Angaben zur Person, zur Vertragsteilnahme und Patientenversorgung. Der Fragebogen beinhaltete Items mit einer vier-stufigen Likert-Skala („trifft zu“ bis „trifft nicht zu“), sowie offene Fragen nach wahrgenommenen Problemen und Verbesserungsvorschlägen. Es lagen 430 verwertbare Fragebögen vor (Rücklaufquote von 59,7%). Offene Items wurde mithilfe des Softwareprogramms MAXQDA 10 thematisch (Braun & Clarke, 2006) mit einem induktiv-deduktiven Vorgehen analysiert.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

Arbeitspaket 1 (AP1): Evaluation der Effektivität im Sinne einer Auswirkung auf patientenbezogene und patientenberichtete Parameter auf der Grundlage von Primärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie)

Mit patientenbezogenen und patientenberichteten Endpunkten wurde überprüft, ob Versicherte die Teilnahme am Facharztprogramm als effektiver beschreiben als Versicherte in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und als in der Regelversorgung (RV).

N=14.483 Versicherte wurden für die Analyse eingeschlossen. N=1.104 erfüllten zum Zeitpunkt t0 die Einschlusskriterien und n=725 zum Zeitpunkt t1 (s. Abbildung 2). Von n=988 Versicherten lagen Daten für die Hauptanalyse vor, da für diese mindestens ein gültiger Wert in der Hauptzielgröße (psychische Summenskala) zu t0 und/oder zu t1 sowie gültige Werte in den Kovariaten Alter, Geschlecht und AU-Diagnosen zu t0 vorlagen. Die Teilnehmer*innen zu t0 hatten ein durchschnittliches Alter von 46,0 Jahren (Standardabweichung: 12,2) und 61,5% waren Frauen. Die Stichprobe verteilte sich ungleichmäßig auf die drei Versorgungsverträge. Zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeitsdiagnose waren n=308 (27,9%) im Facharztprogramm, und n=242 (21,9%) ausschließlich im Hausarztprogramm eingeschrieben, während n=554 (50,2%) in der Regelversorgung waren. Die Interventionsgruppe (IG-PNP) machte also 28% der Stichprobe aus und hatte durch die Teilnahme am Facharztprogramm potentiell Zugang zur Versorgung im PNP-Vertrag. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Versicherten der Interventionsgruppe auch tatsächlich eine Intervention erhalten haben oder Kontakt zu PNP-Behandler*innen hatten.

Die mittels Entropy Balancing und für die Kovariaten adjustierten Mittelwerte der „psychischen Gesundheit gemäß SF-36“ zu t1 (primäres Outcome) unterschieden sich nicht zwischen den Gruppen. Die Hypothese a1, dass die Interventionsgruppe (IG-PNP) eine höhere „psychische Gesundheit gemäß SF-36“ aufweist als die Kontrollgruppen (KG-HZV, KG-RV), konnte somit nicht bestätigt werden.

Die adjustierte Lebensqualität stieg im Durchschnitt um 7.95 Punkte von t0 zu t1. Personen mit einer AU-Depressionsdiagnose hatten einen adjustierten Mittelwert der 5.80 Punkte niedriger ist.

Personen mit einer AU-Angstdiagnose hatten einen adjustierten Mittelwert, der 3.10 Punkte niedriger ist als Personen ohne diese AU-Diagnosen. Die folgende Tabelle 4 zeigt einen Überblick über das berechnete Modell.

Tabelle 4: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der primären Zielgröße psychische Gesundheit gemäß SF-36

	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall
Kontante	33,26	2,29	987	14,51	<,001	28,76; 37,76
RV zu PNP	-0,20	1,04	987	-0,20	,845	-2,24; 1,83
HZV zu PNP	0,18	1,13	987	0,16	,875	-2,04; 2,40
Zeit	7,95	0,94	987	8,44	<,001	6,10; 9,80
Alter	0,04	0,03	987	1,16	,247	-0,03; 0,10
Geschlecht	0,18	0,79	987	0,22	,823	-1,38; 1,74
AU-Diagnose: Depression	-5,80	1,44	987	-4,02	<,001	-8,63; -2,97
AU-Diagnose: Somatoforme Störung	0,19	1,50	987	0,13	,090	-2,75; 3,13
AU-Diagnose: Angststörung	-3,10	1,44	987	-2,15	,032	-5,93; -0,27
AU-Diagnose: Alkoholabusus	1,47	3,35	987	0,44	,660	-5,10; 8,04
AU-Diagnose: Multiple Sklerose	4,25	2,44	987	1,74	,082	-0,54; 9,04
AU-Diagnose: Schizophrenie	1,44	3,52	987	0,41	,682	-5,46; 8,35
AU-Diagnose: Bipolare Störung	-3,26	4,93	987	-0,66	,508	-12,93; 6,41
Zeit * RV (vs. PNP (Interaktionsterm))	-1,42	1,34	987	-1,05	,293	-4,05; 1,22
Zeit * HZV (vs. PNP (Interaktionsterm))	-1,89	1,38	987	-1,37	,170	-4,60; 0,81

HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade.

Auch die adjustierten Mittelwerte der „funktionalen Gesundheit“ zu t1 unterschieden sich nicht zwischen den Gruppen. Die Hypothese a2 (Teil 1), dass die Interventionsgruppe (IG-PNP) eine höhere „funktionale Gesundheit“ aufweist als die Kontrollgruppen (KG-HZV, KG-RV), konnte somit nicht bestätigt werden. Der Interaktionseffekt zwischen Regelversorgung (vs. IG-PNP) und der Zeit war signifikant. Die adjustierten Mittelwerte der krankheitsspezifische Symptombelastungen Depressivität (PHQ-9; s. Tabelle 13 – Anlage 10), Ängstlichkeit (GAD-7; s. Tabelle 14 – Anlage 11), Somatoforme Beschwerden (SSS-8; s. Tabelle 15 – Anlage 12), alkoholbezogene Beschwerden (AUDIT-C; s. Tabelle 16 – Anlage 13) zu t1 unterschieden sich ebenfalls nicht zwischen den Gruppen. Die Hypothese a2 (Teil 2), dass die Interventionsgruppe (IG-PNP) eine niedrigere krankheitsspezifische Symptombelastung aufweist als die Kontrollgruppen (KG-HZV, KG-RV), konnte somit ebenfalls nicht bestätigt werden.

Die adjustierten Mittelwerte von t0 zu t1 unterscheiden sich über alle Gruppen für „psychische Gesundheit gemäß SF-36“, Depressivität (PHQ-9), Ängstlichkeit (GAD-7) und somatoforme Beschwerden (SSS-8). Die Lebensqualität nimmt von t0 zu t1 zu, während die krankheitsspezifische Symptombelastung der drei genannten Zielgrößen abnimmt (s. Tabelle 4; Tabelle 13 – Anlage 10, Tabelle 14 – Anlage 11 sowie Tabelle 15 - Anlage 12).

Die für die Kovariaten adjustierten Mittelwerte der Patientenzufriedenheit mit Hausärzt*innen (s. Tabelle 17 - Anlage 14), Fachärzt*innen der Neurologie, Psychiatrie oder Psychosomatik (s. Tabelle 18 – Anlage 15) und mit Psychotherapeut*innen (s. Tabelle 19 – Anlage 16) unterschieden sich ebenfalls nicht zwischen den drei Gruppen.

Auch der 3. Teil der Hypothese a2, dass die Interventionsgruppe (IG-PNP) eine höhere „Patientenzufriedenheit mit Behandler*innen“ aufweist als die Kontrollgruppen (KG-HZV, KG-RV), konnte somit in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden.

Die Hypothese a3, dass insbesondere chronifizierte Patient*innen und Patient*innen mit schweren Fokuserkrankungen von der Behandlung im PNP-Vertrag profitieren, konnte nicht eindeutig bestätigt werden. Es ergeben sich jedoch Hinweise dafür, dass die Größe der Gruppenunterschiede bezüglich der zeitlichen Änderung der psychischen Gesundheit gemäß SF-36 abhängig von der psychischen Gesundheit gemäß SF-36 zu t0, der körperlichen Komorbidität und der AU-Diagnosen Multiple Sklerose der Versicherten abhängig sein könnten. Hierbei ist zu beachten, dass viele Signifikanztests durchgeführt wurden, was zu einer Alphafehler-Kumulierung (o.a. α -Fehler-Inflation) und damit einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für falsch positive Ergebnisse führen kann. Ferner ist bei der gefundenen Dreifachinteraktion für die AU-Diagnose Multiple Sklerose zusätzlich zu der Alphafehler-Kumulierung limitierend zu erwähnen, dass aufgrund der sehr geringen Fallzahl pro Gruppe (IG-PNP: n=7; KG-RV: n=17) die Ergebnisse mit besonderer Vorsicht zu interpretieren sind, da sie dadurch für Ausreißer anfällig sind.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse von AP 1 muss beachtet werden, dass die niedrige Response rate von ca. 8% zu t0 und ca. 5% zu t1 die Generalisierbarkeit der Ergebnisse limitiert. Basierend auf den Dropout-Analysen ist davon auszugehen, dass Männer, Versicherte mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit und Versicherte mit weniger psychischen Komorbiditäten in den letzten 12 Monaten vor Einschluss sowie jüngere Versicherte leicht unterrepräsentiert sind. Mögliche Erklärungen hierfür können Sprachbarrieren, geringere Motivation zur Teilnahme aufgrund einer geringeren Identifikation als Person mit einer psychischen Erkrankung und eine höhere Teilnahmemotivation von Frauen diskutiert werden.

Zusammenfassend ergaben sich in dieser Untersuchung keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsbezogenen psychischen Gesundheit gemäß SF-36 Lebensqualität (pri-

märe Zielgröße), der funktionalen Gesundheit, der Depressivität, der Ängstlichkeit, der somatoformen Beschwerden, der alkoholbezogenen Beschwerden und der Patientenzufriedenheit mit den verschiedenen relevanten ambulanten Behandler*innen zwischen den Gruppen. Es ergaben sich Hinweise darauf, dass die Größe der Gruppenunterschiede bezüglich der zeitlichen Änderung abhängig von der gesundheitsbezogenen psychischen Gesundheit gemäß SF-36 Lebensqualität zu t0, der körperlichen Komorbidität und der AU-Diagnose Multiple Sklerose ist.

Relevant für die Interpretation der Ergebnisse ist, dass das Design der prospektiven kontrollierten quasi-experimentellen Interventionsstudie die komplexe Versorgungsrealität bestmöglich untersuchen kann. Da aufgrund von ethischen und vertragsrechtlichen Gründen keine randomisierte Zuordnung zu den Gruppen möglich war, ist eine mögliche Verzerrung durch die Einschreibung in ein bestimmtes Versorgungsmodell jedoch nicht auszuschließen (Selektionsbias). Die Kontrolle für Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Baselineausprägungen mittels Entropy Balancing ermöglichte eine bessere Vergleichbarkeit der Gruppen, basierend auf bekannten, a priori festgelegten soziodemographischen und klinischen Variablen. Dennoch kann nicht dafür kontrolliert werden, dass sich die Interventions- und Kontrollgruppen bereits zu Beginn hinsichtlich bestimmter Merkmale unterscheiden können, die unbekannt oder nicht beobachtbar sind. Zur Interpretation der Ergebnisse ist es relevant, dass die Effektivität der Einschreibung in verschiedenen Versorgungsmodelle untersucht wurde und nicht, welche Versorgung konkret in Anspruch genommen wurde (sog. Intention-to-treat-Ansatz). Die Interventionsgruppe (IG-PNP) hat durch die Teilnahme am Facharztprogramm potentiell Zugang zu Leistungen des PNP-Vertrages. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Versicherten der Interventionsgruppe auch tatsächlich Leistungen des PNP-Vertrages erhalten bzw. wahrgenommen haben. Da dieser Ansatz die Perspektive der Versicherten mit ihrem jeweiligen Vertrag untersuchte, sind zudem „Kontaminationseffekte“ auf Behandler*inbene nicht ausgeschlossen. Es ist also durchaus möglich, dass ein*e PNP-Behandler*in oder ein*e HzV-Behandler*in Versicherte der KG-RV, der KG-HzV und der IG-PNP behandelt, ohne dabei Unterschiede in der klinischen Versorgung zu machen. Aus Versichertenperspektive ist es jedoch relevant, ob z.B. durch die Teilnahme am Facharztprogramm eine leitliniengerechte Versorgung schneller angeboten wird und dadurch diese Gruppe ggf. stärker profitieren kann. Es wird also die Effektivität des PNP-Vertrages unter den Bedingungen der Versorgungsrealität mit den Kontrollgruppen verglichen.

Die patientenberichteten Zielgrößen stellen ebenfalls eine Stärke des Designs dar, da sie die Untersuchung von gesundheitsbezogener psychischer Gesundheit gemäß SF-36 und von spezifischen Symptommaße ermöglichen.

Arbeitspaket 2 (AP2): Kostenvergleichsanalyse auf der Grundlage von Sekundärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung)

N=55.472 Versicherte erfüllten die Einschlusskriterien für die Kostenvergleichsstudie. Diese hatten ein durchschnittliches Alter von 42,7 Jahren mit einer Standardabweichung von 12,6 Jahren. 57,5% der Stichprobe waren weiblich und 85,5% waren regulär bei der AOK Baden-Württemberg versichert. Die Stichprobe verteilte sich ungleichmäßig auf die drei Versorgungsverträge. Zum Zeitpunkt ihrer Arbeitsunfähigkeitsdiagnose im Jahre 2015 waren N=7.894 der 55.472 Versicherten im Facharztprogramm eingeschrieben. Somit sind ca. 14% der Stichprobe von den Veränderungen des PNP Vertrages potenziell betroffen, wobei diese Gruppe nicht notwendigerweise auch eine*n teilnehmende*n Psychiater*in, Psychotherapeut*in oder Neurolog*in aufsucht. Aus der hausarztzentrierten Versorgung wurden n=14,974 (27%) und aus der Regelversorgung n=32,604 (59%) Versicherte eingeschlossen. Zwischen diesen Gruppen zeigten sich systematische Unterschiede hinsichtlich der ausgewählten Kontrollvariablen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Deskriptive Statistiken zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten

Kategorie / Variable:	HZV (N=14,974)		RV (N=32,604)		PNP (N=7,894)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Geschlecht	0.43*	0.49	0.43*	0.49	0.40	0.49	
Alter	42.71*	12.45	41.67*	12.68	46.96	11.57	
Regionale Variablen	Region: Großstadt	0.12*	0.33	0.18*	0.39	0.15	0.35
	Region: Kleinstadt	0.69	0.46	0.67*	0.47	0.70	0.46
	Region: Land	0.19*	0.39	0.14	0.35	0.15	0.36
Kosten und Inanspruchnahme	Ambulante Kosten (€)	584.18*	508.94	534.57*	557.92	913.61	686.58
	Stationäre Kosten (€)	323.92*	1410.76	345.35*	1438.79	473.86	1726.69
	Medikamentenkosten (€)	412.96*	1517.66	412.18*	1609.89	579.87	1647.14
	Krankenhaustage	0.73*	5.13	0.80*	5.27	1.08	6.15
Produktivitätsverluste	Krankengeldzahlungen (€)	91.50*	761.00	85.67*	746.46	172.96	1091.78
	Arbeitsunfähigkeitstage	23.00*	32.45	20.70*	30.97	30.32	40.66

Kategorie / Variable:		HZV (N=14,974)		RV (N=32,604)		PNP (N=7,894)	
		M	SD	M	SD	M	SD
	Herzrhythmusstörung	0.06*	0.24	0.06*	0.23	0.09	0.28
	Herzklappenfehler	0.15*	0.36	0.14*	0.35	0.24	0.43
	Hypertonie (kompliziert)	0.24*	0.43	0.21*	0.41	0.34	0.47
	Störung des Lungenkreislaufs	0.20*	0.40	0.19*	0.39	0.24	0.43
Elixhauser (ICD-10) (physiologisch)	Diabetes (unkompliziert)	0.06*	0.24	0.05*	0.23	0.10	0.30
	Diabetes (kompliziert)	0.04*	0.19	0.02*	0.14	0.07	0.26
	Hypothyreose	0.27*	0.44	0.24*	0.43	0.36	0.48
	Chronische Lebererkrankung	0.06*	0.25	0.06*	0.24	0.10	0.30
	Tumor ohne Metastasen	0.03*	0.18	0.03*	0.18	0.05	0.22
	Rheumatoide Arthritis	0.04*	0.18	0.03*	0.17	0.06	0.24
	Adipositas	0.12*	0.33	0.11*	0.31	0.17	0.38
	Alkoholabhängigkeit	0.07*	0.26	0.08*	0.27	0.06	0.24
Elixhauser (ICD-10) (psychologisch)	Depression	0.72*	0.45	0.7*	0.46	0.78	0.42
	Angststörung	0.17*	0.37	0.19*	0.39	0.22	0.41
	Somatoforme Störung	0.30*	0.46	0.33	0.47	0.33	0.47
	Drogenmissbrauch	0.02	0.13	0.02*	0.14	0.02	0.13
	Psychose	0.02	0.14	0.03	0.16	0.02	0.16

IG Interventionsgruppe, KG Kontrollgruppe, HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, M Mittelwert, SD Standardabweichung, Referenzkategorien: bei Geschlecht männlich, für alle anderen dummy kodierten Variablen bedeutet die 1 dass der Status oder die Erkrankung vorhanden war, Mittelwerte und Standardabweichung wurden für den Vorjahreszeitraum bestimmt und auf die zweite Nachkommastelle gerundet., * signifikant von der Interventionsgruppe abweichend auf einem Signifikanzniveau von 1% (berechnet mittels T-Test für unabhängige Stichproben oder Z-Test)

Einen Überblick über die Unterschiede zwischen den Vertragsgruppen zu den wichtigsten betrachteten Kontrollvariablen gibt die Tabelle 5; alle zusätzlich berücksichtigten Kontrollvariablen liefert Tabelle 21 (Anlage 18).

Es wurde überprüft, ob durch die Teilnahme am PNP-Vertrag die Kosten für stationäre Behandlungen aufgrund einer der Fokuserkrankungen reduziert werden können. Abbildung 3 gibt hierzu zunächst einen Überblick über die Entwicklung der wichtigsten Kostensegmente in den jeweiligen Vertragsgruppen im 12-monatigen Follow-Up-Zeitraum. Die berichteten Zahlen wurden bereits mittels Entropy Balancing adjustiert, um für die systematischen Unterschiede zum Einschlusszeitpunkt zu kontrollieren.

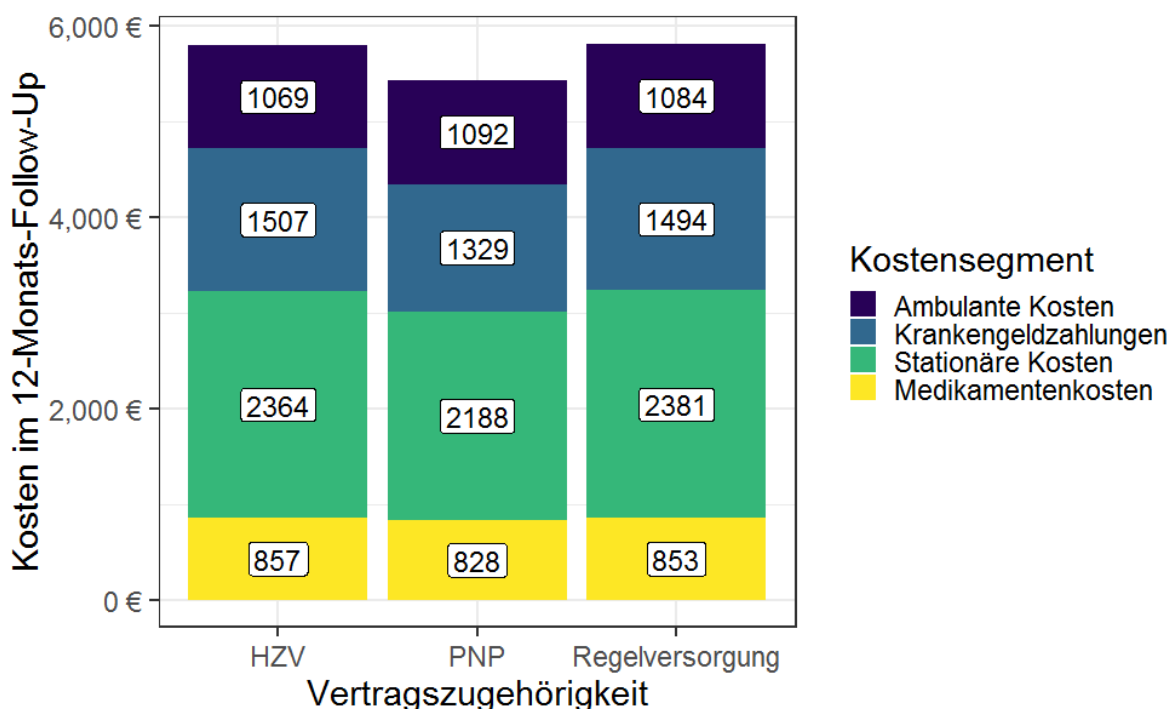


Abbildung 3: adjustierte Kosten im 12-monatigen Follow-Up-Zeitraum in den drei Vertragsmodellen. Jegliche Kosten wurden auf ganze Zahlen gerundet.

Tabelle 6 gibt zudem einen Überblick über die Ergebnisse der zweistufigen Modelle, welche inferenzstatistische Aussagen zu Unterschieden in den Kostensegmenten zwischen den Vertragsgruppen ermöglichen. Die Koeffizienten der zweistufigen Modelle wurden in Mittelwertsdifferenzen transformiert, um die Unterschiede leichter interpretieren zu können. Des Weiteren sind in der Tabelle 6 ebenfalls die Ergebnisse zu den spezifischen Anteilen der Gesamtkosten aufgeführt, welche direkt auf die Behandlung von psychischen und neurologischen Erkrankungen zurückgeführt werden können.

Tabelle 6: geschätzte Mittelwertsdifferenzen auf Basis der zweistufigen Modelle

	Gruppenvergleich	Allgemeine Kosten (diagnoseübergreifend)		Spezifische Kosten (Behandlung der Fokusdiagnosen)		
		Schätzer	SE	Schätzer	SE	
Gesamtkosten	PNP vs. RV	-398.32	** *	(117.45)	-187.55	* (83.38)
	HZV vs. RV	-17.44		(121.12)	1.17	(86.49)
	PNP vs. HZV	-380.88	** *	(117.16)	-188.72	* (85.54)
Stationäre Kosten	PNP vs. RV	-193.69	*	(84.12)	29.77	(54.75)
	HZV vs. RV	-16.92		(86.41)	-4.49	(54.21)
	PNP vs. HZV	-176.77	*	(84.33)	34.26	(55.24)
Ambulante Kosten	PNP vs. RV	8.70		(13.91)	-25.02	** * (8.82)
	HZV vs. RV	-14.60		(13.55)	-23.95	** (8.77)
	PNP vs. HZV	23.31		(13.81)	-1.08	(9.50)
Medikament enkosten	PNP vs. RV	-25.65		(19.73)	16.55	(8.75)
	HZV vs. RV	3.72		(20.10)	9.44	(8.69)
	PNP vs. HZV	-29.38		(19.73)	7.11	(8.84)
Krankengeld zahlungen	PNP vs. RV	-164.47	*	(70.27)	-152.49	* (69.68)
	HZV vs. RV	12.83		(74.99)	28.86	(74.90)
	PNP vs. HZV	-177.31	**	(72.20)	-181.34	** (71.97)
Arbeitsunfäh igkeitstage	PNP vs. RV	-3.84	*	(1.79)	-5.38	** (1.94)
	HZV vs. RV	0.16		(1.83)	-0.11	(2.01)
	PNP vs. HZV	-3.99	*	(1.79)	-5.27	** (1.94)

HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, die allgemeinen Kosten beinhaltet alle entstandenen Kosten, die spezifischen Kosten beinhaltet lediglich den Anteil der Kosten die höchstwahrscheinlich mit der Behandlung der acht Fokusdiagnosen zusammenhängen, *p<.05, **p<.01, ***p<.001, N=55,472.

Die allgemeinen stationären Kosten sind in PNP signifikant niedriger als in der Regelversorgung, wobei die absolute Differenz bei 193,69 € liegt. Jedoch waren die (krankheits-) spezifischen stationären Behandlungskosten in PNP nicht niedriger. Somit zeigten sich zu den stationären Kosten keine konsistenten Effekte.

Die Hypothese b1 konnte nicht vollständig bestätigt werden, da die spezifischen stationären Behandlungskosten in PNP nicht niedriger waren. Die geringeren allgemeinen stationären Kosten könnten auch auf die anderen Selektivverträge (z.B.: Kardiologie) im Facharztprogramm zurückzuführen sein, insbesondere da die Kohorte des Facharztprogramms teils hohe Raten an körperlichen Komorbiditäten aufwies, welche im Facharztprogramm womöglich umfassender als in der Regelversorgung behandelt werden.

Hinsichtlich der Hypothese b2, die von geringeren indirekten Kosten in PNP ausging, zeigten sich hingegen konsistente Effekte. Es zeigten sich signifikant niedrigere Arbeitsunfähigkeitstage und Krankengeldzahlungen in PNP im Vergleich zur Regelversorgung und im Vergleich zur hausarztzentrierten Versorgung. Diese Effekte zeigten sich sowohl diagnoseübergreifend als auch spezifisch für die selektierten psychischen und neurologischen Erkrankungen. Somit ist wahrscheinlich davon auszugehen, dass diese Verringerung der Produktivitätsverluste auf die veränderten Rahmenbedingungen des PNP-Vertrages zurückgeführt werden können.

Das Facharztprogramm, welches den Selektivvertrag PNP beinhaltet, konnte also in dieser Studie differenziert hinsichtlich der Kosten für die Behandlung eines größeren Kollektivs von Versicherten mit psychischen Erkrankungen mit der Regelversorgung und der hausarztzentrierten Versorgung verglichen werden.

Hierbei zeigten sich klare Effekte für abnehmende Produktivitätsverluste im Facharztprogramm: Die Krankengeldzahlungen und die Arbeitsunfähigkeitstage waren signifikant niedriger im Vergleich zur hausarztzentrierten Versorgung und der Regelversorgung. Zudem zeigten sich diese Effekte sowohl diagnoseübergreifend als auch für Produktivitätsverluste aufgrund der selektierten psychischen und neurologischen Erkrankungen. Es ist somit wahrscheinlich, dass diese Verringerung der Produktivitätsverluste auf die veränderten Rahmenbedingungen des Selektivvertrags PNP zurückgeführt werden kann. Das Facharztprogramm beinhaltet zwar weitere Selektivverträge, allerdings regeln diese zusätzlichen Selektivverträge nicht die ambulante Versorgung von psychischen und neurologischen Erkrankungen, weshalb Einflüsse auf spezifische – mit diesen Erkrankungen zusammenhängenden Produktivitätsverlusten – unwahrscheinlich sind.

Hinsichtlich der stationären Kosten zeigten sich keine konsistenten Effekte. Da die stationären Kosten aufgrund der psychiatrischen und neurologischen Fokuserkrankungen im Facharztprogramm nicht niedriger waren als in der Regelversorgung, kann trotz der Verringerung der allgemeinen stationären Kosten im Facharztprogramm nicht geschlussfolgert werden, dass der Selektivvertrag PNP die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung verringert und dadurch stationäre Kosten senkt. Stattdessen könnten die geringeren stationären Kosten auch auf die anderen Selektivverträge (z.B.: Kardiologie) im Facharztprogramm zurückzuführen sein, insbesondere da die

Kohorte des Facharztprogramms teils hohe Raten an körperlichen Komorbiditäten aufwies, welche im Facharztprogramm womöglich umfassender als in der Regelversorgung behandelt werden.

Arbeitspaket 3 (AP3): Evaluation der Diagnosespezifität anhand von Sekundärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung)

Im AP 3 wurde an zwei unterschiedlich selektierten Stichproben mit einer Depressionsdiagnose geprüft, inwiefern sich im Facharztprogramm die Diagnosespezifität, die bedarfsorientierte Vergabe von Psychotherapieplätzen und der Anteil an Patient*innen, der eine leitliniengerechte Behandlung bekommt, im Vergleich zur Regelversorgung verändert. Das zusätzliche Einschlusskriterium einer Arbeitsunfähigkeitsdiagnose aufgrund von Depression erfüllten n=29.037 der ursprünglich selektierten n= 55.472 Versicherten. Die Tabellen 22 und 23 in Anlage 19 und 20 geben einen detaillierten Überblick über alle berücksichtigten Kontrollvariablen und die Unterschiede in diesen Kontrollvariablen vor der Balancierung.

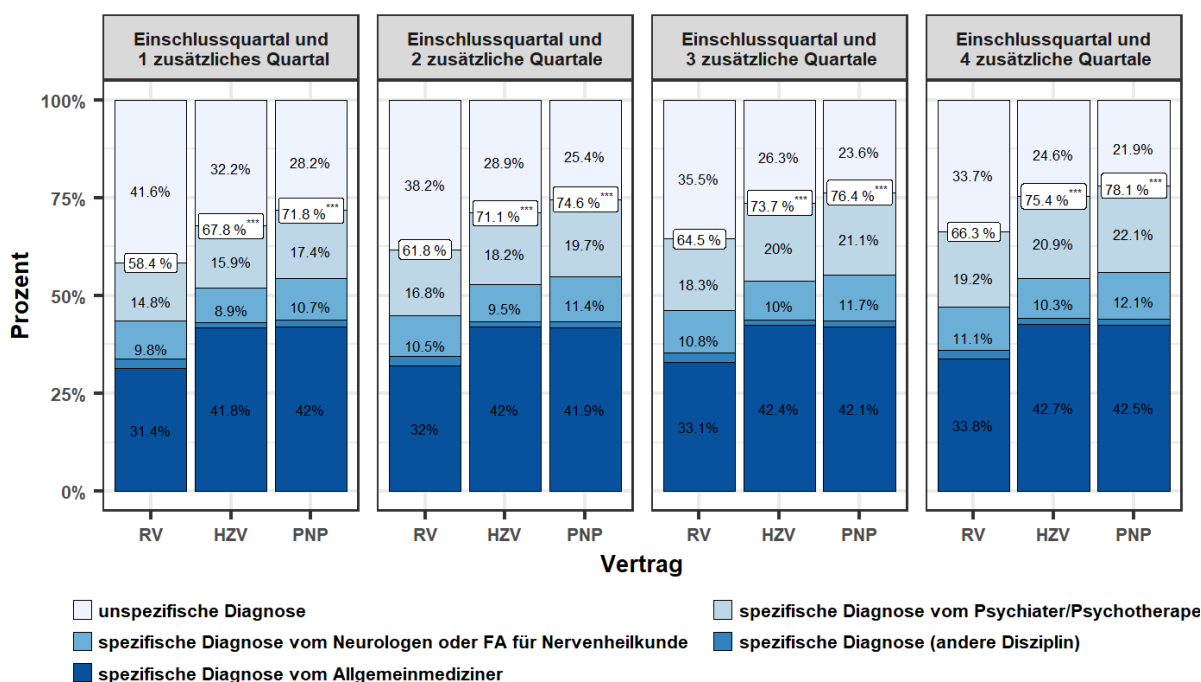


Abbildung 4: Anteil der Versicherten mit dokumentierter Depressionsdiagnose (N=29.037) für die eine spezifische bzw. eine unspezifische Depressionsdiagnose dokumentiert wird. HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung. Bei mehreren dokumentierten spezifischen Diagnosen wurde die Diagnose mit der voraussichtlich höchsten Validität berücksichtigt (andere Disziplin < Hausarzt < Neurologe oder FA für Nervenheilkunde < Psychiater/Pschotherapeut).

Die explorative Analyse zur Diagnosespezifität entsprechend Abbildung 4 zeigte, dass im Vergleich zur Regelversorgung insbesondere die Wahrscheinlichkeit, eine spezifische Depressionsdiagnose vom Hausarzt zu erhalten im Facharztprogramm und in der HZV signifikant erhöht ist.

Dies bedeutet, dass die behandelnden Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin den Schweregrad der Depression häufiger bei Versicherten im Facharztprogramm als in der Regelversorgung untersuchten und dokumentierten. Allerdings zeigte sich ein ähnlich ausgeprägter Effekt ebenfalls für die Versicherten in der hausarztzentrierten Versorgung, weshalb diese Verbesserung wahrscheinlich nicht auf die veränderten Rahmenbedingungen im PNP-Vertrag zurückgeführt werden kann. Stattdessen könnte dieser Effekt mit einem Selektionseffekt auf Seiten der Allgemeinmediziner zusammenhängen, da sich Hausärzte zwischen Regelversorgung und HZV aufgrund der freiwilligen Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung systematisch unterscheiden könnten. Deshalb könnte bei den Allgemeinmedizinern der HZV die Kompetenz für die Diagnostik von psychischen Erkrankungen höher als bei Allgemeinmedizinern der Regelversorgung sein. Des Weiteren haben Hausärzt*innen in der hausarztzentrierten Versorgung nach eigenen Angaben mehr Zeit für Patient*innen im Facharztprogramm und der hausarztzentrierten Versorgung.

Hinsichtlich der bedarfsorientierten Vergabe von Psychotherapieplätzen zeigte sich ein stärkerer Einfluss der Arbeitsunfähigkeit auf die Wartezeit bis zur Therapie für Versicherte im Facharztprogramm als für Versicherte in der Regelversorgung und der hausarztzentrierten Versorgung. Im Facharztprogramm inkl. PNP steigt die Wahrscheinlichkeit, die erste Psychotherapiestunde zu erhalten für jeden zusätzlichen Monat, in dem ein Versicherter aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig geschrieben ist, 6% stärker als in der Regelversorgung, $\beta=.06$, $z=4.02$, $p<.001$. Die Abbildung 5 zeigt, wie sich dieser Effekt auf die Wahrscheinlichkeit eine Therapie-stunde zu erhalten auswirkt.

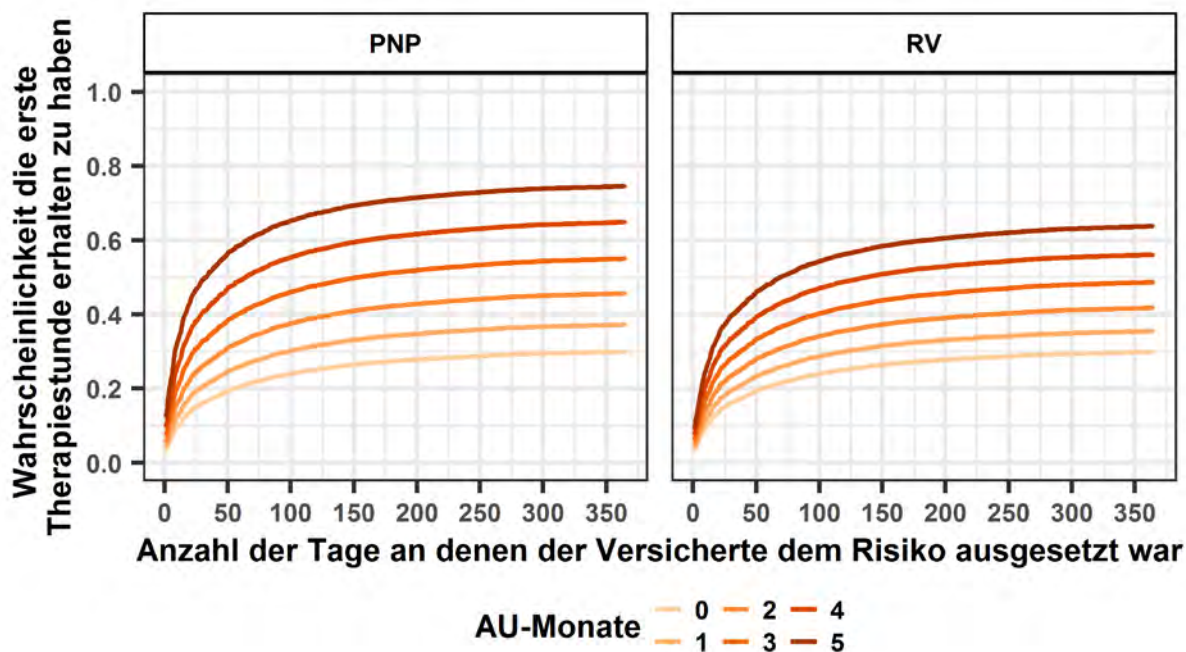


Abbildung 5: Einfluss der Vertragszugehörigkeit (Facharztprogramm inkl. PNP vs. Regelversorgung) und der kumulierten Anzahl von AU-Monaten (Monate, in denen ein Versicherter aufgrund einer der Fokuserkrankungen arbeitsunfähig geschrieben war) auf die Wahrscheinlichkeit mit einer Psychotherapie zu beginnen.

Der PNP-Vertrag bietet auch klare ökonomische Anreize (z.B.: über ein gestaffeltes Vergütungssystem, welches die Aufnahme von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und einen schnellen Therapiebeginn belohnt). Es könnte aus Sicht der Gesellschaft – sowie gesundheitsökonomisch – deutliche Vorteile bieten, Patient*innen mit einem höheren Bedarf schneller zu behandeln falls diese a) stärker von einer Behandlung profitieren bzw. b) stärker unter längeren Wartezeiten zu leiden hätten oder c) sich ihr Zustand durch Wartezeiten stärker verschlechtern würde als der Zustand von Patient*innen mit einer geringeren Krankheitslast. Alle drei Effekte sind zumindest zu erwarten, obgleich es bisher keine eindeutigen empirischen Belege für diese Annahmen gibt. In der Sensitivitätsanalyse zum AP 3 wurde der Anteil der Versicherten mit Depression verglichen, der innerhalb des begrenzten Beobachtungszeitraums von 12 Monaten mindestens 10 Psychotherapiesitzungen und/oder mindestens 180 Tagesdosen eines Antidepressivums (zzgl. weiterer Qualitätskriterien: z.B.: Vermeidung von der gleichzeitigen Verschreibung mehrerer Antidepressiva) erhalten hat. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Hospitalisierungsrate und Anteile der Versicherten je Vertragsmodell und Schweregrad die innerhalb der ersten 12 Monate mindestens 10 Psychotherapiestunden und/oder eine angemessene Pharmakotherapie mit Antidepressiva erhalten

	Mittelschwere Depression						Schwere Depression					
	Erste Episode			Rezidivierende Episode			Erste Episode			Rezidivierende Episode		
	RV	PNP	HZV	RV	PNP	HZV	RV	PNP	HZV	RV	PNP	HZV
N	2781	1236	1901	2300	1146	1433	1415	423	620	2005	769	922
Adäquate Pharmakot. & ≥10 PT-Sitzungen	4.8%	4.7%	3.9%	9.8%	8.6%	6.6%*	6.2%	5.2%	4.8%	12%	12.1%	14.5%
≥10 PT-Sitzungen	6.2%	5.6%	6.0%	6.3%	7.2%	5.9%	3.4%	3.3%	2.6%	2.7%	4.0%	5.1%*
Adäquate Pharmakot.	15.0%	13.0%	13.7%	18.7%	16.8%	17.6%	18.7%	19.1%	19.2%	24.2%	21.8%	22.7%
Keine empfohlene Therapie**	74.0%	76.7%	76.4%	65.2%	67.4%	69.8%*	71.7%	72.3%	73.3%	61.1%	62.0%	57.7%
Stat. Aufenthalt	3.8 %	3.1 %	2.6 %	7.7 %	7.1 %	5.7%*	17.7%	13.2%*	16.1%	33.7%	30.8%	33.2%

RV Regelversorgung, HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), N Stichprobenumfang, ** hinsichtlich der Definition einer adäquaten Pharmakotherapie wurde sich an den S3-Leitlinien zur Behandlung von Depression orientiert. Die gewählten Grenzwerte von mindestens 180 Tagesdosen eines Antidepressivums für eine adäquate Pharmakotherapie und 10 erforderlichen Psychotherapiestunden sind nicht notwendigerweise ausreichend zur effektiven Behandlung von Depression. Innerhalb des begrenzten Beobachtungszeitraums von 12 Monaten ist ein strengeres Kriterium jedoch kaum zu erfüllen.

Die Fallzahlen für Patient*innen mit leichter Depression waren in der selektierten Stichprobe unzureichend, um die geplanten Analysen umzusetzen. In der HZV gab es: n=321, im PNP Facharztprogramm n=172 und in der Regelversorgung n=443 Patient*innen mit leichter Depression. Deshalb wurde sich gegen eine entsprechende Analyse entschieden.

Dabei zeigte sich, dass lediglich 24,3% der Versicherten mit einer mittelschweren Erstepisode und 27,6% mit einer schweren Erstepisode eines oder beide dieser Kriterien erreichen. Patient*innen mit rezidivierender Depression erreichen die Grenzwerte zwar häufiger (32,5% mit einer rezidivierenden, mittelschweren Episode und 39,7% mit einer rezidivierenden, schweren Episode) und werden zudem häufig stationär behandelt, aber unabhängig vom Schweregrad bleibt ein größerer Anteil der Versicherten nicht leitlinienentsprechend behandelt. Ob diese geringen Behandlungsraten durch veränderte Rahmenbedingungen für Fachärzt*innen verändert werden können, bleibt jedoch unklar, da bekannte Schwierigkeiten, wie Vorbehalte der Patienten gegenüber psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten und eine unzureichende Ausbildung zur Diagnostik von Depression im primärärztlichen Bereich, nur schwer durch neue Rahmenbedingungen und Abrechnungsmöglichkeiten im fachärztlich/psychotherapeutischen Bereich behoben werden können. Ein höheres Potenzial für qualitative und ökonomische Verbesserungen bieten möglicherweise integrative Versorgungsformen mit direkteren Kooperationsmöglichkeiten (z.B. die gemeinsame Behandlung durch Hausärzt*innen und Spezialist*innen für psychische Erkrankungen im selben medizinischen Versorgungszentrum), bessere Fortbildung für Allgemeinmediziner zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen und Fort-

bildungen für Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen zu aktuellen Leitlinien und Best-Practices. Zudem bieten Collaborative-Care-Ansätze, die wie der PNP-Vertrag Kooperation und Koordination zwischen ambulanten Behandlern fördern möchten, – häufig die Möglichkeit für Hausärzt*innen, sich telefonisch bei Psychiater*innen/Psychotherapeut*innen rückzuversichern und ein Fallmanagement für chronisch und schwer erkrankte Patient*innen zu etablieren, da Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen mit der Selbstorganisation Ihrer Behandlung oft überfordert sind. Der PNP-Vertrag setzt über Kooperationspauschalen und eine bessere Einbindung des Sozialen Dienstes einige Komponenten dieses Ansatzes um.

Arbeitspaket 4 (AP4): Evaluation der Struktur- und Prozessqualität auf der Grundlage von Primärdaten (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie)

Der PNP-Vertrag wird von den teilnehmenden Behandelnden überwiegend positiv bewertet. Wesentliche Motivatoren zur Teilnahme stellen die alternative Abrechnungsmöglichkeit zur Kassenärztlichen Vereinigung, die Möglichkeit, eine bessere und besser zugängliche Versorgung anbieten zu können (z.B. durch kürzere Wartezeiten), höhere Vergütungen bestimmter Leistungen (z.B. erste Sitzungen, Gesprächsleistungen) sowie Entbürokratisierungen dar. Insgesamt zeigt sich in der folgenden Abbildung eine größtenteils positive Bewertung des PNP-Vertrages.

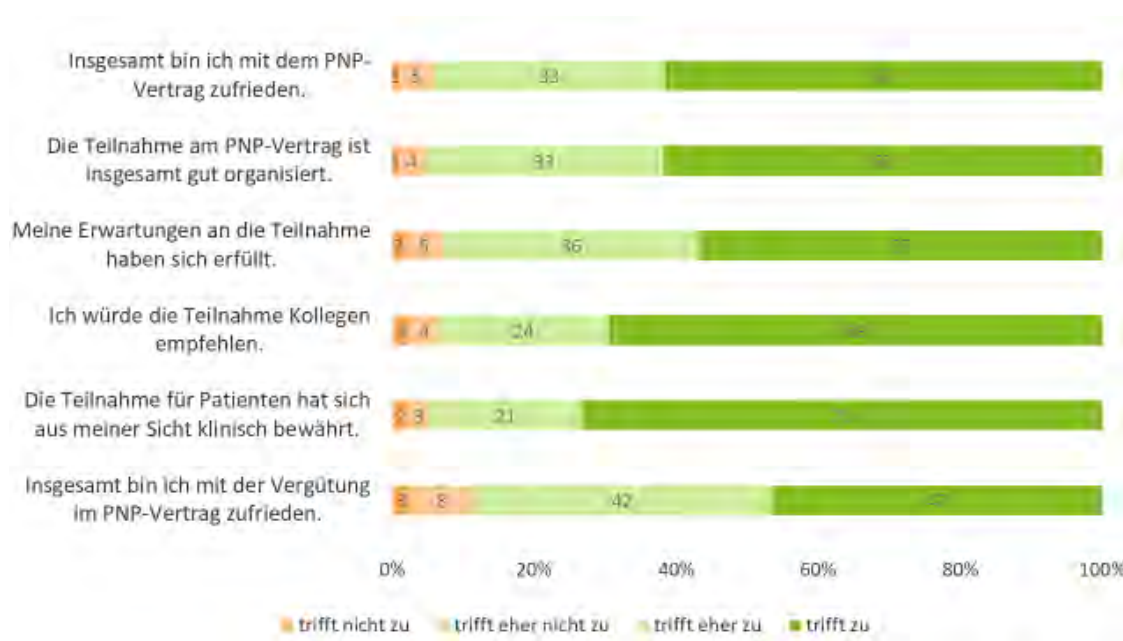


Abbildung 6: Zufriedenheit mit dem PNP-Vertrag.

Bemerkung: Bewertung der Zufriedenheit mit dem PNP-Vertrag aus der Perspektive der PNP-Behandelnden (n=430). Die Prozentwerte zeigen die Zustimmungsraten („trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“) zu den angegebenen Items auf der vier-stufigen Likert-Skala.

Obwohl der Vertrag aus der Sicht der Mehrzahl der Behandelnden eine frühere und bedarfsge-
 rechtete Behandlung ermöglicht und ein Fünftel die Behandlungskapazitäten durch das Einstellen
 von Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen erweitern konnte, werden patientenseitige Barri-
 eren der Teilnahme an der HzV und am Facharztprogramm sowie behandlerseitige Kapazitäts-
 grenzen benannt. Die Ergebnisse bzgl. eines verbesserten Zugangs für schwerer Erkrankte und
 sozialbenachteiligte Patient*innen zur Versorgung sind uneindeutig.

Hinsichtlich der Kooperation und Koordination stimmen etwas über die Hälfte der Verbesserung
 durch den Vertrag zu (Tabelle 8). 21% benannten Probleme, wie z.B. fehlende oder wenig infor-
 mative Befunde und kein Unterschied zur Kooperation in der Regelversorgung.

Tabelle 8: Bewertung der Kooperation und Koordination im PNP-Vertrag. Zustimmungsraten der PNP-Behandelnden

Items zu Kooperation und Koordination im PNP-Vertrag		% (trifft eher zu; trifft zu)	N (ge- samt)
Durch die Teilnahme am PNP-Vertrag hat sich die Kooperation mit Behandelnden verbessert.	59	427
	... hat sich die Koordination von weiterführenden Hilfsangeboten verbessert.	54	424
	... nutze ich das Unterstützungs- angebot des Sozialen Dienstes mehr.	53	426
Ich bin zufrieden mit der Zusammenar- beit mit dem MEDI-Verbund.	95	424
	... der AOK BW.	88	415
	... den Hausärzt*innen in der Hausarztzentrierten Versorgung.	84	412
	... dem Sozialen Dienst der AOK.	79	386
	... den Psychiatern im PNP-Ver- trag.	72	346
	... den Psychotherapeut*innen im PNP-Vertrag.	70	292
	... den Neurologen im PNP-Ver- trag.	60	264

Die Prozentwerte zeigen die aufaddierten Zustimmungsraten („trifft zu“, „trifft eher zu“) zu den angegebenen Items auf der vier-stufigen Likert-Skala.

Die Ergebnisse werden in ihrer Aussagekraft dadurch begrenzt, dass die Bewertungen der Struk-
 tur- und Prozessqualität auf einer Selbsteinschätzung der Behandelnden beruhte, die durch sozi-
 ale Erwünschtheit (z.B. Hemmungen, Kritik am Vertrag anzubringen), ethische Aspekte (Gleich-
 behandlung aller Patient*innen) sowie den Recall-Bias (Erinnerungsprobleme) verzerrt sein kann.
 Ferner ist zu erwähnen, dass der Fragebogen nur einseitig positiv gepolte Items enthielt, wodurch
 eine inhaltsunabhängige Zustimmungstendenz (Akquieszenz) nicht ausgeschlossen werden
 kann (Winkler, Kanouse, & Ware, 1982). Dadurch, dass pro Themenbereich auch mindestens ein

offenes Item dargeboten wurde und eine differenzierte Beantwortung dieser von etwa der Hälfte der befragten Behandelnden erfolgte (s. **Tabelle 27** – Anlage 27), sollte unseres Erachtens diese mögliche Verzerrung als geringfügig eingeschätzt werden.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Mit dem vorliegenden Forschungsvorhaben wurde erstmals die multiperspektivische Evaluation eines flächendeckenden Versorgungsvertrages für psychisch bzw. neurologisch erkrankte Menschen in einem Bundesland gewährleistet und dem Mangel an systematisch evaluierten komplexen Versorgungsmodellen in Deutschland entgegengewirkt.

Insbesondere die Betrachtung verschiedener Versorgungsebenen und Outcomes unter dem Einsatz methodisch hochwertiger Designs ermöglichte eine umfassende Beurteilung der Wirksamkeit auf patientenbezogene und patientenberichtete Outcomes wie psychische Gesundheit gemäß SF-36, funktionale Gesundheit gemäß SF-36, Symptombelastung und Patientenzufriedenheit (AP1), Kosten (AP2), Kodiergenauigkeit bei Depression (AP3) und Akzeptanz aus Sicht der Behandler*innen (AP4) des Selektivvertrags, die als wesentliche Grundlage für die Weiterführung, Weiterentwicklung und Übertragung auf andere Bundesländer dienen könnte.

In dieser Intention-to-treat Untersuchung zeigte sich bei diesem Kollektiv mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen/neurologischen Fokusdiagnose hinsichtlich psychischer Gesundheit gemäß SF-36, funktionaler Gesundheit und verschiedener Symptommaße (Depressivität, Ängstlichkeit, somatoforme Beschwerden, alkoholbezogene Beschwerden) kein Unterschied zwischen den Gruppen. Auch konnten keine Unterschiede hinsichtlich der Patientenzufriedenheit gezeigt werden.

Die Arbeitsunfähigkeitstage sowie die Krankengeldzahlungen sind durch den PNP-Vertrag signifikant reduziert, u.a. um mehrere Tage im Vergleich zur Regelversorgung, was als Ausdruck einer verbesserten Teilhabe am Leben interpretiert werden kann. Zumal die psychischen und Verhaltensstörungen als Ursache der Arbeitsunfähigkeit bei Frauen und Männer in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben. Laut Gesundheitsbericht des Robert-Koch-Instituts sind Fehlzeiten am Arbeitsplatz ein wichtiger Indikator für die gesundheitliche Lage der Erwerbstätigen“ (Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2015, S. 158f).

Einsparungen bei den allgemeinen stationären Kosten sind nicht eindeutig auf den PNP-Vertrag zurückzuführen, sondern sind vermutlich durch die anderen Facharztverträge des Facharztprogramms erzielt.

Weiterhin konnten über die detaillierten Analysen der Leistungsanspruchnahme konkrete Ansatzpunkte für die weitere Optimierung solcher Versorgungsverträge identifiziert werden. Für Versicherte mit mittelgradiger oder schwerer Depression zeigte sich, dass die AU-Tage eines bzw. einer Versicherten im Facharztprogramm einen größeren Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines zeitnahen Psychotherapiebeginns haben als in der Regelversorgung. Dies deutet auf eine stärker am Bedarf der Patient*innen orientierte Vergabe von Psychotherapieplätzen im Facharztprogramm hin. Somit wurde für diese Gruppe der Depressiven mit dem PNP-Vertrag eine Verkürzung von Wartezeiten bis zur ersten Psychotherapie erreicht, wie u.a. auch im Sondergutachten des Sachverständigenrats Gesundheit zu Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten von Krankengeld von 2015 für die Versorgung psychischer Krankheiten empfohlen (Sachverständigenrat (Hrsg.), 2015).

Es ließen sich gemäß Ergebnissen der Posthoc-Analyse keine Hinweise finden, dass Versicherte mit mittelgradiger oder schwerer Depression im PNP-Vertrag zu einem höheren Anteil eine leitliniengerechte Versorgung gemäß der S3-Leitlinie erhalten. Die spezielle Problematik der Versorgung der mittelgradigen Depression könnte z.B. im Rahmen von interdisziplinären Qualitätszirkeln aufgegriffen werden, weil speziell in der HZV die höchste Multimorbidität und niedrigste Statusgruppe hausärztlich betreut wird (Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/Main und Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg (Hrsg.), 2019).

Auf Basis der erhobenen Prozessdaten aus der Perspektive von Behandler*innen im PNP-Vertrag deutet die Evaluation auf die hohe Akzeptanz der Behandler*innen hin und liefert Hinweise für die gelungene Implementierung des Versorgungsvertrages. Aus der Sicht der Behandler*innen im PNP-Vertrag ergaben sich deutliche Hinweise darauf, dass eine frühzeitigere, bedarfsgerechte Behandlung, individuellere und flexiblere Behandlungsplanung, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und die Reduktion von Fehlversorgung durch den PNP-Vertrag gefördert wurden. Weniger eindeutig sind die Ergebnisse aus Sicht der PNP-Behandler*innen in Bezug auf die Verbesserung der Behandlungsqualität, einen höheren Anteil an schwerer Erkrankten und sozial Benachteiligten sowie auf die Verbesserung der Kooperation und Koordination zwischen den Behandler*innen. Es ergaben sich auch Hinweise auf Probleme beim Zugang von Versicherten zum PNP-Vertrag, z.B. aufgrund von eine*r fehlenden HZV-Hausärzt*in bzw. bei fehlenden Kapazitäten der PNP-Behandler*innen.

Folgende Aspekte sollten jedoch bei der Interpretation der Ergebnisse und Ableitung von Schlussfolgerungen der Ergebnisse der AP 1 bis 3 berücksichtigt werden:

- Diese Ergebnisse untersuchen die Effekte der Versorgung von Versicherten in einem bestimmten Versorgungsmodell (PNP-Vertrag vs. HZV vs. RV) unabhängig von der tatsächlich erhaltenen Behandlung (Intention-to-treat Ansatz). Das betrachtete Versichertenkollektiv der

Interventionsgruppe hatte durch die Teilnahme am Facharztprogramm potentiell Zugang zur Versorgung im PNP-Vertrag. Die Ergebnisse lassen somit Aussagen über den Effekt des Versorgungsmodells zu und nicht über die Behandlung, z.B. durch spezielle Behandler*innen oder auch Leistungen des PNP-Vertrages. Der Ansatz einer Intention-to-treat Analyse ist sinnvoll, da die zentralen Wirkmechanismen des PNP-Vertrages, z.B. Wegfall des Gutachterverfahrens, höherer Anreiz zur schnellen Behandlung von akuten und schweren Fällen, besseres Schnittstellenmanagement, Abrechnungsmöglichkeiten für zusätzliche Verfahren, Flexibilisierung der Therapiedauer für chronische Fälle, größtenteils auf das Kollektiv der Patient*innen im Facharztprogramm beschränkt ist und z.B. auch der leitliniengerechte Zugang zu spezifischer Versorgung durch die Teilnahme am Programm verbessert werden soll. Eine mögliche Verzerrung durch die nicht-randomisierte Einschreibung in die Versorgungsmodelle (Selektionsbias) wurde hierbei bestmöglich durch die Kontrolle für Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Baselineausprägungen mittels Entropy Balancing realisiert. Dennoch sind Verzerrungen aufgrund von Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppen zu Beginn möglich, falls unbekannte oder nicht beobachtbare Merkmale sich unterscheiden. Wichtig ist zudem, dass die Ergebnisse sich auf Versicherte der AOK BW beziehen, die aufgrund einer der fokussierten psychischen Erkrankungen oder Multipler Sklerose zum ersten Mal oder nach 12-monatiger Zeit ohne eine AU aufgrund der beschriebenen Erkrankungen arbeitsunfähig geschrieben wurden. Somit wurde ein klarer Erkrankungsbeginn definiert und die Homogenität der verglichenen Gruppen bezüglich Verlauf und Schwere der Erkrankung erhöht sowie ein möglicher Selektionsbias reduziert.

- In dieser Intention-to-treat Analyse kann der Effekt der fachärztlichen Behandlung (durch Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen etc.) im Kontext des PNP-Vertrages unterschätzt worden sein, da viele Patient*innen die fachärztliche Behandlung nicht in Anspruch genommen haben. In Sekundärdaten kann die Art der abgerechneten Leistungen klar nachvollzogen werden, da Fachärzt*innen in der Regelversorgung eine oder mehrere Abrechnungsziffern aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab bzw. in PNP eine Ziffer gemäß Anlage 12 des PNP-Vertrages angeben müssen. Eine PNP-Leistung wurde operationalisiert als eine Leistung aus der Anlage 12 Abschnitt 1, also eine fachärztliche Leistung aus den Gebieten Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Diese PNP spezifischen Ziffern können nur durch Fachärzt*innen abgerechnet werden, die in einem PNP-Modul eingeschrieben sind. Somit konnte nachvollzogen werden, dass im AP2 44% der Teilnehmer*innen der IG-PNP keine Leistungen des PNP-Vertrages in Anspruch genommen oder erhalten haben. Bei den anderen Arbeitspaketen liegen Daten zur Inanspruchnahme nicht vor, da sich die Inanspruchnahme ohne Sekundärdaten schwieriger und nicht mehr retropektiv erheben lässt.
- Die Generalisierung der Ergebnisse auf Versicherte, die bereits länger aufgrund dieser oder anderer Erkrankungen arbeitsunfähig waren (bzw. im Vorjahr), oder auf Versicherte, die zwar

an den fokussierten Erkrankungen leiden, aber arbeitsfähig sind, sowie auf Kinder und Jugendliche oder berentete Versicherte steht noch aus. Zudem sind Patient*innen mit neurologischen Erkrankungen in dieser Evaluation unterrepräsentiert. Der Anteil an Patient*innen mit Multipler Sklerose (MS) war in allen Arbeitspaketen gering (z.B.: lediglich ca. 1,5% der Stichprobe in AP2 und 2,6 – 4,0% in AP 1). Somit sind die Ergebnisse der Evaluation primär von den Auswirkungen des PNP-Vertrages auf die ambulante Behandlung von psychischen Erkrankungen abhängig. Wir haben uns dafür entschieden, lediglich MS-Patient*innen einzuschließen, da Multiple Sklerose – aufgrund der hohen Rate an komorbiden psychischen Erkrankungen – gut für eine gemeinsame Betrachtung mit psychischen Erkrankungen geeignet ist (Marrie et al., 2015). Des Weiteren können die gewählten Ergebnismaße gut zur Beurteilung der Effektivität der ambulanten Behandlung von MS-Patient*innen verwendet werden. Andere neurologische Erkrankungen – wie z.B.: Schlaganfälle oder Demenz – hätten andere Ergebnismaße (z.B. Pflegebedürftigkeit, Mortalität, Institutionalisierung) erfordert, weshalb eine gemeinsame Betrachtung nicht sinnvoll erschien. Dennoch ergibt sich aus der gewählten Vorgehensweise die Limitation, dass der Einfluss des PNP-Vertrages auf bestimmte neurologische Erkrankungen nicht untersucht werden konnte.

- In der Analyse zur Diagnosespezifität und in der Zusatzauswertung zu leitliniengerechter Behandlung und Wartezeit bis zur psychotherapeutischen Behandlung (AP3) wurden ausschließlich Patient*innen mit Depression untersucht. Der Fokus wurde für diese Analysen auf die mittelgradige und schwere Depression gelegt, da affektive Störungen eine hohe Prävalenz aufweisen, klare Leitlinienempfehlungen vorliegen und der Schweregrad von Depression auf der Grundlage der ICD-10-Systematik eingeschätzt werden kann.
- Die Ergebnisse der Effektivitätsmessung mittels Patientenbefragung (AP1) sind durch einen hohen Dropout limitiert, dessen Ursachen nicht bekannt sind. Männer, jüngere Versicherte sowie Versicherte mit einer nicht-deutschen Staatsbürgerschaft und weniger psychischen Ko-Diagnosen sind in der Studie unterrepräsentiert.
- Bezüglich der spezifischen ambulanten Kosten zeigte sich eine signifikante Kostenreduktion für die IG-PNP im Vergleich zur RV. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass zum Datenerhebungszeitpunkt die später beschlossenen Nachzahlungen in der Regelversorgung zur Psychotherapie nicht vorlagen. Zusätzlich konnten mögliche Einspareffekte im PNP-Vertrag aufgrund von einer verringerten Anzahl von Rezidiv-Fällen nicht betrachtet werden, da sich entsprechende Einspareffekte nicht in einem 12-monatigen Follow-Up zeigen würden. Der langfristige Einspareffekt könnte - falls der PNP-Vertrag eine bessere Rezidivprophylaxe durch die Flexibilisierung der Therapiedauer bietet - also höher liegen als in den vorliegenden Ergebnissen ersichtlich.

Hinsichtlich der Effektivität im Sinne der Auswirkungen des Vertrags auf patientenbezogene und patientenberichtete Parameter und die Patientenzufriedenheit können folgende Möglichkeiten erwogen werden:

Die Verbesserung der Psychoedukation und Gesundheitskompetenz der Patient*innen durch spezifische Maßnahmen und/oder Materialien könnte einen möglichen Ansatzpunkt liefern. Um die Risikopopulationen chronisch kranker Menschen noch besser zu erreichen, die z.B. wegen psychischen Erkrankungen lange AU-Zeiten haben oder rezidivierend erkranken, könnte ein systematisches Screening und ein forciertes frühzeitiges Einschreiben erwogen werden. Eine weitere Möglichkeit zur Steigerung der Wirksamkeit ist der Einsatz eines systematischen Monitorings der Behandlungsverläufe und das systematische Erfassen von Behandlungsergebnissen. Zudem wäre es überlegenswert, die „Interventionsdosis“ des PNP-Vertrages zu erhöhen, indem z.B. verstärkt Schulungen oder Trainings als Vorbereitung für Behandler*innen im Netzwerk eingesetzt werden. Darüber hinaus könnte die Kooperation durch regelmäßige Netzwerktreffen verbessert werden und diese Treffen könnten zur Qualitätsverbesserung bzw. -sicherung genutzt werden (vgl. Heddaeus et al., 2015). Die Kooperation könnte zudem durch den Einsatz von Case Managern (vgl. Bower, Gilbody, Richards, Fletcher, & Sutton, 2006) oder die Verbindung mit gemeindepsychiatrischen Teams (Greve, 2018) weiter gestärkt werden. Zur Förderung und zum Ausbau der Kooperation der Behandler*innen könnten z.B. gemeinsam nutzbare elektronische Patientenakten sowie digitale Kommunikationsansätze geprüft werden. Die AOK BW ist hierzu bereits an der Verbesserung der elektronischen Arztvernetzung durch die Möglichkeit zum intersektoralen Austausch strukturierter Arztbriefe beteiligt.

Über das hier dargestellte Forschungsvorhaben hinausgehende Fragestellungen betreffen den Effekt des PNP-Vertrages im Vergleich zur hausarztzentrierten Versorgung sowie zur Regelversorgung über einen längeren Beobachtungszeitraum als 12 Monate sowie Analysen bezogen auf bestimmte Patientengruppen (z.B. für Patient*innen mit Psychosen). Analysen darüber, ob konkrete Prozesse, wie z.B. die Kooperation und Koordination oder psychosoziale Aspekte, die Behandlung verändern, stehen in Zukunft noch aus.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

- Magaard, J. L., Seeralan, T., Engels, A., Meister, R., Kriston, L., König, H. H., Hawighorst-Knapstein, S., Chaudhuri, A. & Härter, M. (2020). *Effectiveness of a collaborative mental health care program for treatment of patients with mental or neurological disorders in Germany: a prospective non-randomized controlled trial [in preparation]*.
- Engels, A., Reber, K. C., Magaard, J. L., Härter, M., Hawighorst-Knapstein, S., Chaudhuri, A., ... & König, H. H. (2020). How does the integration of collaborative care elements in a gatekeeping system affect the costs for mental health care in Germany?. *The European Journal of Health Economics*, 1-11.
- Engels, A., König, H. H., Magaard, J. L., Härter, M., Hawighorst-Knapstein, S., Chaudhuri, A. & Brettschneider, C. (2020). Depression treatment in Germany – comparing guideline adherence and waiting time for psychotherapy between different health plans. *BMC psychiatry* [submitted].
- Magaard, J. L., Seeralan, T., Meister, R., Liebherz, S., Engels, A., König, H. H., Chaudhuri, A. & Härter, M. (2020). PNP-Vertrag–Facharztvertrag Psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie in Baden-Württemberg: Evaluation aus der Sicht der teilnehmenden Behandlerinnen und Behandler. *Psychiatrische Praxis* [Epub ahead of print].
- Magaard, J. L., Liebherz, S., Melchior, H., Engels, A., König, H. H., Kriston, L., Schulz, H., Jahed, J., Brütt, A. L., Reber, K. C. & Härter, M. (2018). Collaborative mental health care program versus a general practitioner program and usual care for treatment of patients with mental or neurological disorders in Germany: protocol of a multiperspective evaluation study. *BMC psychiatry*, 18(1), 347.
- Veröffentlichung des Abschlussberichtes gemäß Nr. 18 der ANBest-IF auf der Homepage <https://neueversorgung.de>

9. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Versorgungsorientierung / Priorisierung des Plenums des Gemeinsamen Bundesausschusses (Hrsg.) (2011). *Modellprojekt: Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression*. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3016/2011-02-17_Versorgungsorientierung_Bericht.pdf.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., & Sutton, A. (2006). Collaborative Care for depression in primary care: Making sense of a complex intervention: Systematic review and meta regression. *British Journal of Psychiatry*, 189, 484-493.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2020). *Arbeitsunfähigkeitsdauer – die häufigsten Erkrankungen von 2000 bis 2016*. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180102_pm_bptk_au-dauer_von_2000_bis_2016.pdf.
- Bush, K., Kivlahan, D., McDonell, M., Fihn, S., & Bradley, K. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*, 158(1789-1795).
- Creswell, J. W. (2014). *A concise introduction to mixed methods research* (Vol. Thousand Oaks). CA: Sage Publications.
- Dolan, P. (1997). Modeling valuations for EuroQol health states. *Medical Care*, 35(11), 1095–1108.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8) A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *Arch Intern Med*, 174(3), 399-407.
- Greve, N. (2018). Annäherungen an eine gemeindepsychiatrische Basisversorgung. *Psychiatrische Praxis*, 45(06), 285-287.
- Heddaeus, D., Steinmann, M., Liebherz, S., Härter, M., & Watzke, B. (2015). psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. *Psychiatrische Praxis*, 42(Supplement 1), 51-56.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., . . . Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727-1736.
- Hobart, J., Lamping, D., Fitzpatrick, R., Riazi, A., & Thompson, A. (2001). The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29). A new patient-based outcome measure. *Brain*, 124, 962-973.
- Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/Main & Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg (Hrsg.). (2019). *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 – 2016). Ergebnisbericht 2018*. Verfügbar unter: https://neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/190524_HZV-Ergebnisbericht-2018.pdf.
- Lorenz, L. (2016). *Diagnostik von Anpassungsstörungen. Ein Fragebogen zum neuen ICD-11-Modell*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care*, 46(3), 266-274.

- Magaard, J. L., Liebherz, S., Melchior, H., Engels, A., König, H.-H., Kriston, L., . . . Reber, K. C. (2018). Collaborative mental health care program versus a general practitioner program and usual care for treatment of patients with mental or neurological disorders in Germany: protocol of a multiperspective evaluation study. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 347.
- Maß, R. (2001). *Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Marrie, R.A., et al., *A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis: overview*. *Multiple Sclerosis Journal*, 2015. **21**(3): p. 263-281.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *42*(5), 533-544.
- Prentice, R. L., Williams, B. J., & Peterson, A. V. J. B. (1981). On the regression analysis of multivariate failure time data. *68*(2), 373-379.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2009). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 48. Krankheitskosten*. Verfügbar unter:
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Krankheitskosten.pdf?__blob=publicationFile.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Verfügbar unter:
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile.
- Sachverständigenrat (Hrsg.) (2015). *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Pressemitteilung zum Sondergutachten 2015 „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“*. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/GA2015/2015-12-07_Pressemitteilung_SVR_Sondergutachten_2015.pdf.
- Scholl, I., Hölzel, L., Härter, M., Dierks, M.-L., Bitzer, E. M., & Kriston, L. (2011). Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA). *Klinische Diagnostik und Evaluation*, *4*, 50-62.
- Schönberg, P. (2013). Validierung der deutschen Version der Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29).
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *Journal of the American Medical Association*, *282*, 1737-1744.
- Thota, A. B., Sipe, T. A., Byard, G. J., Zometa, C. S., Hahn, R. A., McKnight-Eily, L. R., . . . Community Preventive Services Task, F. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*, *42*(5), 525-538. doi:10.1016/j.amepre.2012.01.019
- Winkler, J. D., Kanouse, D. E., & Ware, J. E. (1982). Controlling for acquiescence response set in scale development. *Journal of Applied Psychology*, **67**(5), 555-561.
- Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, A. M., & Bauer, M. S. (2012). Comparative Effectiveness of Collaborative Chronic Care Models for Mental Health Conditions Across Primary, Specialty, and Behavioral Health Care Settings: Systematic Review and Meta-Analysis *The American Journal of Psychiatry*, *169*(8), 790-804.

10. Anlagen

Anlage 1: Studienprotokoll

Anlage 2: Arbeitspaket 1 - T0-Fragebogen (gekürzt)

Anlage 3: Arbeitspaket 1 - T1-Fragebogen

Anlage 4: Arbeitspaket 1 - Patienteninformation zur versichertenbezogenen Primärdatenerhebung

Anlage 5: Arbeitspaket 1 - Einwilligungserklärung und Datenschutzbelehrung

Anlage 6: Arbeitspaket 1: Tabelle 9: Stichprobencharakteristika der Teilnehmer*innen zu t0 und zu t1

Anlage 7: Arbeitspaket 1: Tabelle 10: Dropout Teilnehmer*innen vs. Nicht-Teilnehmer*innen (Diagnosen im Vorjahreszeitraum)

Anlage 8: Arbeitspaket 1 - Tabelle 11: Nicht adjustierte und adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen mit den Gewichten der Hauptanalyse mit der primären Zielgröße psychischer Gesundheit gemäß SF-36(n=988)

Anlage 9: Arbeitspaket 1 - Tabelle 12: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße funktionale Gesundheit

Anlage 10: Arbeitspaket 1 - Tabelle 13: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Depressivität

Anlage 11: Arbeitspaket 1 - Tabelle 14: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Ängstlichkeit

Anlage 12: Arbeitspaket 1 - Tabelle 15: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße somatoforme Beschwerden

Anlage 13: Arbeitspaket 1 - Tabelle 16: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße alkoholbezogene Beschwerden

Anlage 14: Arbeitspaket 1 - Tabelle 17: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Hausärzt*innen

Anlage 15: Arbeitspaket 1 - Tabelle 18: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Fachärzt*innen (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik)

Anlage 16: Arbeitspaket 1 - Tabelle 19: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Psychotherapeut*innen

Anlage 17: Arbeitspaket 1 - Tabelle 20: Ergebnisse der linearen gemischten Modelle zur Prüfung der Interaktionseffekte zwischen Zeit, Gruppe und AU-Diagnosen

Anlage 18: Arbeitspaket 2 - Tabelle 21: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den übrigen Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum

Anlage 19: Arbeitspaket 3 - Tabelle 22: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit der Arbeitsunfähigkeitsdiagnose Depression

Anlage 20: Arbeitspaket 3 - Tabelle 23: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit der Arbeitsunfähigkeitsdiagnose Depression

Anlage 21: Arbeitspaket 3 - Tabelle 24: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit einer mittelschweren oder schweren Depression

Anlage 22: Arbeitspaket 3 - Tabelle 25: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit einer mittelschweren oder schweren Depression

Anlage 23: Arbeitspaket 3 – Aggregierte Hospitalisierungsrate und Anteile der Versicherten je Schweregrad die innerhalb der ersten 12 Monate mindestens 10 Psychotherapiestunden und/oder eine angemessene Pharmakotherapie mit Antidepressiva erhalten

Anlage 24: Arbeitspaket 3 – Abbildung 7: Einfluss der Vertragszugehörigkeit (Facharztprogramm inkl. PNP vs. Regelversorgung) und der kumulierten Anzahl von AU-Monaten (Monate, in denen ein Versicherter aufgrund einer der Fokuserkrankungen arbeitsunfähig geschrieben war) auf die Wahrscheinlichkeit eine weitere Therapiestunde zu erhalten.

Anlage 25: Arbeitspaket 4 - Interviewleitfaden: qualitative Interviews mit PNP-Behandler*innen

Anlage 26: Arbeitspaket 4 - Quantitativer Fragebogen für Querschnittsbefragung mit PNP-Behandler*innen

Anlage 27: Arbeitspaket 4 – Tabelle 27: Qualitative Ergebnisse der Struktur- und Prozessevaluation zu Verbesserungsvorschlägen zum PNP-Vertrag aus der Sicht der Behandelnden



Studienprotokoll

Evaluation des Vertrages zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gem. §73c SGB V

Alphabetisches Abkürzungsverzeichnis

AOK BW	Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg
AU	Arbeitsunfähigkeit
ADNM-20	Adjustment Disorder – New Module
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
DPTV	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.
EQ-5D	EuroQuol-Messinstrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
ESI	Eppendorfer Schizophrenie-Inventar
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Screener
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
IG-PNP	Interventionsgruppe, die im Facharztprogramm der AOK eingeschrieben ist und somit eine Versorgung gemäß PNP-Vertrag erhält
KG-HZV	Kontrollgruppe Hausarztzentrierte Versorgung
KG-UC	Kontrollgruppe Usual Care
MSIS-29	Multiple Sclerosis Impact Scale
PHQ	Patient Health Questionnaire (Gesundheitsfragebogen für Patienten)
PNP-Vertrag	Selektivvertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
RCT	Randomized Controlled Trial (Randomisiert-kontrollierte Studie)
t ₀	Erster Messzeitpunkt (Prä-Messung)
t ₁	Zweiter Messzeitpunkt (Post-Messung)
SF-36	Short Form (36) Gesundheitsfragebogen
SSS-8	Somatic Symptom Scale - 8
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
ZAPA	Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Schwerpunkt Patientenbeteiligung

1 Finanzierung und Projektbeteiligte

1.1 Finanzierung

Die Evaluation des PNP-Vertrages der AOK Baden-Württemberg gem. §73c SGB V wird vom 01.07.2017 bis zum 30.06.2019 durch Fördermittel des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert.

Die Förderung wurde durch die AOK Baden-Württemberg beantragt, Konsortialpartner ist das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

1.2 Antragsteller

AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

Ansprechpartnerin: Dr. Jeanette Jahed, Tel. 0711-2593 3211, Fax 0711-2593 3221, E-Mail Dr. Jeanette.Jahed@bw.aok.de

1.3 Selektivpartner

Die **Selektivvertragspartner** sind die Bosch BKK, MEDIVERBUND AG, MEDI Baden-Württemberg e.V., der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) Landesverband Baden-Württemberg der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie e.V., die Freie Liste der Psychotherapeuten e.V. und die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV) und unterstützen die Antragsstellung als Kooperationspartner.

1.4 Konsortialpartner

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel. 040 / 7410-52003, Fax 040 / 7410-56752, E-Mail dekan@uke.de

Ausführende Stelle / Evaluierende Einrichtungen

- Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-52863; Fax: 040 / 7410-58170, E-Mail: m.haerter@uke.de
- Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-53382; Fax: 040 / 7410-40261, E-Mail: h.koenig@uke.de

Projektleitung

- Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-52978; Fax: 040 / 7410-58170, E-Mail: m.haerter@uke.de
- Prof. Dr. phil. Holger Schulz, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-56806; Fax: 040 / 7410-54940, E-Mail: schulz@uke.de
- Prof. Dr. Hans-Helmut König, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W37, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-54464, Fax: 040 / 7410-40261, E-Mail: h.koenig@uke.de

Projektmitarbeiter/innen

- Dr. phil. Sarah Liebherz (Projektkoordination), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-57969; Fax: 040 / 7410-54940, E-Mail: s.liebherz@uke.de
- Dr. phil. Katrin C. Reber (Wissenschaftliche Mitarbeiterin Gesundheitsökonomie), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W37, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-58748, Fax: 040 / 7410-40261, E-Mail: k.reber@uke.de
- Julia Maggaard, M.Sc. (Wissenschaftliche Mitarbeiterin), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-56683; Fax: 040 / 7410-54940, E-Mail: j.magaard@uke.de
- Dr. Ramona Meister, M.Sc. (Wissenschaftliche Mitarbeiterin Biometrie), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-52231, E-Mail: r.meister@uke.de
- Alexander Engels, Zentrum für Psychosoziale Medizin (Wissenschaftlicher Mitarbeiter Gesundheitsökonomie), Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W37, 20246 Hamburg, Tel. 040 / 7410-54480. E-Mail: a.engels@uke.de

2 Bisheriger Wissensstand und Relevanz des Vorhabens

2.1 Zu evaluierender Selektivvertrag

Der **Selektivvertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie** (im Folgenden **PNP-Vertrag**) in Baden-Württemberg wird gemäß **§ 73c SGB V** durch die **AOK Baden-Württemberg** (im Folgenden AOK BW) durchgeführt. Die Versorgung im PNP-Vertrag hat das Ziel, die Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen qualitativ und ökonomisch zu verbessern. Der Versorgungsvertrag wurde von Vertretern¹ der psychiatrischen, neurologischen und psychotherapeutischen Berufsverbände gemeinsam mit der AOK BW entwickelt und von der AOK BW flächendeckend implementiert (Partner: Bosch BKK, MEDI Baden-Württemberg e.V., MEDIVERBUND AG, BVDN e.V., Freie Liste der Psychotherapeuten und DPTV e.V.). Aktuell sind rund **4.000 Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte** an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) und rund **700 Fachärzte und Psychotherapeuten** am PNP-Vertrag beteiligt (ein Facharzt kann an mehreren Modulen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) teilnehmen: z. B. nehmen 27 Fachärzte an allen 3 Modulen teil). Zugang zu diesem Versorgungsvertrag haben Versicherte, die sich in das Facharzt-Programm der AOK BW einschreiben. Sie haben damit Zugang zu den aktuellen und zukünftigen Facharztverträgen der AOK BW und somit auch zum PNP-Vertrag. Teilnahmebedingung ist die vorherige Einschreibung in das Hausarzt-Programm der AOK BW im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), welches seit ca. 8 Jahren in Baden-Württemberg eingeführt ist. Derzeit (Stand: Juli 2017) sind über **560.000 Versicherte** im Facharzt-Programm der AOK BW eingeschrieben. Die teilnehmenden Versicherten binden sich vertraglich für mindestens 12 Monate an das Versorgungsprogramm. Mit der Teilnahme am Vertrag erklärt sich der Versicherte darüber hinaus bereit, nur die Fachärzte bzw. Psychotherapeuten aufzusuchen, die am PNP-Vertrag teilnehmen.

Im Mittelpunkt des PNP-Vertrags steht eine von Fachärzten und Psychotherapeuten in Verbindung mit den HZV-Hausärzten **gemeinsam koordinierte, leitliniengerechte Behandlung auf Grundlage einer frühzeitigen und spezifischen Diagnosestellung** zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Wesentliche Grundlage hierfür ist die verbesserte Kommunikation zwischen den Behandlern (Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten), eine frühzeitigere und spezifischere Diagnostik und die Einleitung einer adäquaten leitlinienorientierten Behandlung, die Verkürzung von Wartezeiten bei Fachärzten und Psychotherapeuten, ein erweitertes Spektrum an abrechenbaren Therapieverfahren (u.a. systemische Psychotherapie), die Möglichkeit eines engmaschigen Monitorings und die Reduktion von Fehlbehandlungen durch die leitliniengerechte Zuweisung zu einer Psycho- und/oder Pharmakotherapie. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und/oder Psychotherapie tätige niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten er-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text durchgängig die grammatikalisch männliche Person verwendet, womit selbstverständlich beide Geschlechter gemeint sind.

möglichst eine weitgehend ambulante Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Zusammenarbeit und Vernetzung der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

2.2 Relevanz

Psychische Erkrankungen haben eine weite Verbreitung in der Bevölkerung der westlichen Industriestaaten und spielen in der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle (1). **Angsterkrankungen** (Ein-Jahres-Prävalenz: 15,4%) und **depressive Erkrankungen** (Ein-Jahres-Prävalenz: 8,2%) zählen in Deutschland zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (2). Sie sind in der Regel mit einem hohen Ausmaß an persönlichem Leid, einer hohen Krankheitslast und starken Beeinträchtigungen verbunden (3). Multiple Sklerose zählt zu den häufigsten **neurologischen Erkrankungen**. Auch bei Multipler Sklerose sind Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität bedeutsam (4). Psychische und neurologische Erkrankungen stellen somit für das Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar und sind mit erhöhten direkten sowie indirekten Kosten verbunden (5, 6). Hinsichtlich der Versorgung psychisch erkrankter Menschen zeigen sich trotz des im internationalen Vergleich relativ dicht ausgebauten Systems psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung **prägnante Verbesserungsbereiche**: Diese betreffen zum einen die Ebene des primärärztlichen Bereichs, da z.B. psychische Erkrankungen häufig erst spät oder nicht ausreichend erkannt werden (7-9). Eine weitere zentrale Schwachstelle in der Versorgung psychischer Erkrankungen stellt das fehlende Schnittstellenmanagement dar: Wird eine psychische Erkrankung diagnostiziert, erhalten die Betroffenen häufig erst nach einer langen Wartezeit von mehreren Monaten eine adäquate, leitliniengerechte Behandlung (10-12). Hierbei zeigt sich, dass Patienten, die auf Wartelisten stehen, über viele Monate hinweg eine hohe Belastung aufweisen (9, 13). Die lange Latenz kann zu chronifizierten Krankheitsverläufen, aber auch zu weiteren negativen Effekten, wie z.B. Motivationseinbußen und dem Aufsuchen nicht evidenzbasierter Behandlungsalternativen, führen. Selbst bei Behandlungsaufnahme kann eine sektorenübergreifende Versorgung aufgrund der ausgeprägten Fragmentierung des Versorgungsangebots und des fehlenden Schnittstellenmanagements des deutschen Gesundheitssystems oft nicht realisiert werden (14). Vor dem Hintergrund des „fragmentierten“ psychosozialen Versorgungssystems (10) stellt die **Überwindung von Versorgungsschnittstellen durch innovative Versorgungsnetze** einen zentralen Ansatzpunkt zur Optimierung der Behandlung von Patienten mit psychischen bzw. neurologischen Erkrankungen dar. Um die Behandlung bedarfsgerecht zu organisieren, sind Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenführung der Leistungen verschiedener Bereiche notwendig. So werden z.B. in der Nationalen Versorgungs-/S3-Leitlinie Depression (15) und der S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (16) Empfehlungen zur abgestuften und vernetzten Versorgung zwischen haus- und fachärztlicher sowie psychotherapeutischer Versorgung formuliert.

Studien zu Versorgungsmodellen, die die Vernetzung und Kommunikation der verschiedenen Behandlungssektoren stärken, weisen auf eine **erhöhte Effektivität** solcher Behandlungen hin. In einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT), in der zur Behandlung depressiver Erkrankungen die Intensität der fachpsychiatrischen Arztkontakte, kombiniert mit Psychoedukationselementen, erhöht wurde, zeigte sich eine deutliche Verbesserung des kurz- und langfristigen Behandlungsergebnisses (Erhöhung der Medikamenten-Compliance und Reduktion der depressiven Symptomatik) im Vergleich zur Regelversorgung (17). Auch für neurologische Erkrankungen werden ähnliche Effekte berichtet (18). Zwei aktuelle Meta-Analysen aus dem anglo-amerikanischen Raum zeigen die **Wirksamkeit koordinierter interdisziplinärer Versorgungsnetze (Collaborative Care)** zur Behandlung von Depressionen auf verschiedenen Outcomes mit kleiner bis mittlerer Effektstärke (19, 20). Thota et al. (19) analysierten in ihrer Arbeit die Ergebnisse von 32 RCTs. Einen wichtigen Bestandteil der untersuchten Versorgungsmodelle stellt neben dem Einsatz von Case-Managern die verstärkte Kommunikation und Vernetzung zwischen dem primär- und fachärztlichen Bereich dar. Hierbei stehen die frühzeitige Erkennung psychischer Erkrankungen, die Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung sowie der fortlaufende Austausch zwischen Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut und Patient im Vordergrund. Insgesamt zeigen sich für die vernetzte Versorgung **klinisch relevante Verbesserungen** bezüglich der Symptomatik und in einer Reihe weiterer Outcomes, z.B. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (19, 21). Für die Reduktion der depressiven Symptomatik konnten mittlere Effektstärken (Cohen's d: 0,31) nachgewiesen werden (20, 22). In verschiedenen gesundheitsökonomischen Studien aus der internationalen Literatur konnte zudem gezeigt werden, dass die **Kosten für psychische Erkrankungen** durch die Einführung optimierter (hausärztlicher) Versorgungsprogramme **reduziert** werden können bzw. sich bei deutlich verbesserter Versorgungsqualität nur geringfügig erhöhen. Während durch solche Programme in der Regel die Kosten der krankheitsspezifischen ambulanten Versorgung erhöht werden, treten Einsparungen insbesondere bei der stationären Versorgung ein (5, 23). Für Patienten mit Depression berichten Katon et al. (24), dass durch optimierte Versorgungsprogramme bereits ab dem zweiten Jahr Kosten eingespart werden können. Auch indirekte Kosten reduzieren sich durch einen durchschnittlichen Rückgang der Arbeitsunfähigkeit (25), so dass sich insgesamt günstige Kosten-Effektivitätsrelationen ergeben (26).

Insgesamt zeigt die **internationale Evidenz**, dass die Behandlung psychisch erkrankter Patienten in innovativen Versorgungsnetzen auf mehreren Ebenen zu positiven Ergebnissen führt: So sind neben einem **langfristig verbesserten Behandlungsergebnis** auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive günstige Effekte zu erwarten. Neue Versorgungsmodelle können sich langfristig nur durchsetzen, wenn sie einen Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung nachweisen können. Dieser Mehrwert kann und muss auf mehreren Ebenen gemessen werden, um den verschiedenen Perspektiven der Akteure und der Vielfalt der Outcomes der Versorgungsnetzevaluation gerecht zu werden (27). Allerdings stehen

multiperspektivische und umfassende Evaluationen entsprechender Versorgungsmodelle, die flächendeckend in Deutschland implementiert sind, trotz der gesundheitspolitisch hohen Relevanz bislang aus.

3 Zielsetzungen, Fragenstellungen und Hypothesen

3.1 Untersuchungsziel

Im Rahmen der beantragten Studie soll eine **multiperspektivische Evaluation des PNP-Vertrags** bei der Behandlung von Menschen mit den häufigsten bzw. für die Versorgung relevantesten psychischen und neurologischen Erkrankungsgruppen vorgenommen werden. Die Evaluation soll deshalb am Beispiel der Behandlung von Menschen mit einer von **acht Fokuserkrankungen** (Primärdiagnose²) erfolgen: Bipolare Störungen (F31.x), Depressive Störungen (F32.x, F33.x, F34.1), Angststörungen (F40.x, F41.x), Anpassungsstörungen (F43.2), Somatoforme Störungen (F45.x), Störungen durch Alkoholabusus (F10.x), Schizophrenien (F20.x) und Multiple Sklerose (G35.x). Die Fokussierung auf diese acht Störungsgruppen ist neben ihrer hohen Prävalenz darin begründet, dass diese Erkrankungen eine hohe Komorbidität aufweisen und von den gleichen Behandlern behandelt werden.

Die Evaluation des PNP-Vertrages erfolgt auf der Basis von **patientenbezogenen Primär- und Sekundärdaten**. Die wissenschaftliche Überprüfung umfasst a) die **Effektivität** des PNP-Vertrags, b) eine **Kostenvergleichsanalyse** der Versorgungsarten und c) die Untersuchung der **Diagnosespezifität** des PNP-Vertrages. Für die Bewertung der d) **Struktur- und Prozessqualität** im Behandlernetz werden schließlich behandlerbezogene Primärdaten erhoben. Durch diesen Ansatz soll eine möglichst umfassende Beurteilung der Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit des PNP-Vertrags ermöglicht werden.

Zur Evaluation des PNP-Vertrags werden für die a) Effektivität, b) die Kostenvergleichsanalyse und c) die Diagnosespezifität **drei Patientengruppen** betrachtet: In der **Interventionsgruppe (IG-PNP)** sind Patienten, die eine der Fokusdiagnosen beim Hausarzt mit Vertrag erhalten haben und am Facharztprogramm teilnehmen. Die **erste Kontrollgruppe (KG-HZV)** bilden Patienten, die am Hausarztprogramm, aber **nicht** am Facharztprogramm teilnehmen und die eine der Fokusdiagnosen bei einem Hausarzt mit Vertrag erhalten haben. Die **zweite Kontrollgruppe (KG-UC)** stellt in Bezug auf die Versorgung eine Usual-Care-Bedingung (KG-UC) dar und umfasst Patienten der Regelversorgung (Haus- und Facharztversorgung ohne Haus-/Facharztprogramm), die eine der Fokusdiagnosen von einem Hausarzt ohne Vertrag erhalten haben. Für die Evaluation der Struktur- und Prozessqualität werden die für Patienten im Facharztprogramm relevanten Behandler (Haus- und Fachärzte mit Vertrag) befragt.

² Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)

3.2 Hypothesen und Fragestellungen

a) Die **Effektivität** der Versorgung soll über eine prospektive Erhebung von Primärdaten im Zeitraum von 12 Monaten untersucht werden. Folgende Fragestellungen und Hypothesen werden untersucht:

Ist die Behandlung von Patienten mit einer der Fokuserkrankungen im Rahmen des PNP-Vertrags effektiver als die Behandlung in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) und der Regelversorgung (Usual Care, UC)? (Hauptfragestellung)

Spezifisch ist dabei zu untersuchen, ob sich die Patienten der IG-PNP von Patienten der KG-HZV bzw. der KG-UC hinsichtlich ihres mittelfristigen Behandlungsergebnisses (d. h. zum 12-Monats-Follow-up) unterscheiden.

Hypothese a1: Es wird erwartet, dass die Interventionsgruppe (IG-PNP) eine höhere „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (primäres Outcome) aufweist als die Kontrollgruppen (KG-HZV, KG-UC).

Hypothese a2: Es wird erwartet, dass die Interventionsgruppe (IG-PNP) eine höhere funktionale Gesundheit, eine niedrigere „krankheitsspezifische Symptombelastung“ und eine höhere „Patientenzufriedenheit“ (sekundäre Outcomes) aufweist als die Kontrollgruppen (KG-HZV, KG-UC).

Für welche Patienten der acht fokussierten psychischen bzw. neurologischen Erkrankungen erweist sich die Versorgung im PNP-Vertrag als (besonders) effektiv?

Hierbei sollen vor allem gender-, diagnose- und schweregradspezifische Auswertungen vorgenommen werden. Zudem sollen auch weitere Merkmale wie die Ausgangsbelastung der Patienten, vorliegende Komorbiditäten, Erkrankungsdauer sowie Alter und Bildung als potentielle Moderatoren des Interventionseffektes überprüft werden.

Hypothese a3: Es wird erwartet, dass insbesondere chronifizierte Patienten und Patienten mit schweren Fokuserkrankungen von der Behandlung im PNP-Vertrag profitieren. Dementsprechend wird erwartet, dass Chronifizierung (operationalisiert über die Erkrankungsdauer) und Schweregrad signifikante Moderatoren des Interventionseffektes darstellen.

b) Bei der **Kostenvergleichsanalyse** gilt es zu untersuchen, inwieweit der Selektivvertrag einen Einfluss einerseits auf die Kosten der Leistungsanspruchnahme und andererseits auf die Arbeitsunfähigkeitstage und die damit verbundenen Krankengeldzahlungen nehmen kann. Die konkreten Fragestellungen und damit verbundenen Hypothesen sind:

Können durch die Teilnahme am PNP-Vertrag die Kosten für stationäre Behandlungen aufgrund einer der Fokuserkrankungen reduziert werden?

Es soll untersucht werden, inwieweit sich durch eine leitlinienorientierte Behandlung mit früherer Diagnostik und optimierter Pharmakotherapie - falls Pharmakotherapie erforderlich - sowie einer Verkürzung der Wartezeiten für ambulante Psychotherapien die Anzahl und Dauer stationärer Einweisungen und die damit verbundenen direkten Kosten zwischen Patienten der IG-PNP gegenüber Patienten der KG-HZV bzw. KG-UC vermindern.

Hypothese b1: Es wird erwartet, dass die Kosten für stationäre Aufenthalte von Patienten der IG-PNP gegenüber Patienten der KG-HZV bzw. KG-UC niedriger sind.

Kann durch die Teilnahme am PNP-Vertrag die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund einer der Fokuserkrankungen reduziert werden?

Analog zur Fragestellung bezüglich der stationären Behandlungskosten wird untersucht, inwieweit sich durch eine optimierte ambulante Versorgung die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage sowie die Höhe der Krankengeldzahlungen als Indikator für indirekte Kosten für Patienten der IG-PNP gegenüber Patienten der KG-HZV bzw. KG-UC unterscheiden.

Hypothese b2: Es wird erwartet, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage und die Höhe der Brutto-Krankengeldtage aufgrund einer der Fokuserkrankungen für Patienten der IG-PNP gegenüber Patienten der KG-HZV bzw. KG-UC in einem 12-monatigen Follow-up Zeitraum niedriger sind.

c) Bei der Analyse der **Diagnosespezifität** wird anhand von depressiven Störungen (F32.x, F33.x) untersucht, inwieweit der Selektivvertrag einen Einfluss auf die Kodiergenauigkeit – als Voraussetzung für eine hohe Versorgungsqualität - im Behandlungsprozess hat. Dieses Krankheitsbild ist hierfür gut geeignet, da die Kodiergenauigkeit bei einer depressiven Störung nur erfolgen kann, wenn der Behandler den Schweregrad, d.h. ob es sich um eine leichte, mittlere oder schwere depressive Störung handelt, bestimmt. Anderenfalls erfolgt lediglich eine unspezifische Kodierung (z.B. „sonstige depressive Störung“, „nicht näher bezeichnete depressive Störung“).

Kann durch die Teilnahme am PNP-Vertrag eine spezifischere Kodierung im Behandlungsprozess erreicht werden?

Es soll untersucht werden, inwieweit sich die Kodiergenauigkeit zwischen Patienten der IG-PNP gegenüber Patienten der KG-HZV bzw. KG-UC in einem 12-monatigen Follow-up-Zeitraum unterscheiden. Aufgrund des explorativen Charakters werden zu dieser Fragestellung keine Hypothesen formuliert.

d) Zur Bewertung der **Struktur- und Prozessqualität** werden die Erfahrungen und Bewertungen der in die Behandlung der Patienten im Facharztprogramm relevanten Behandler einbezogen. Hierzu gehören die Hausärzte mit Vertrag sowie die Fachärzte und Psychotherapeuten mit Vertrag. Erfragt werden die Motivation zur Teilnahme am PNP-Vertrag sowie die Zufriedenheit mit dem PNP-Vertrag und die interprofessionelle Zusammenarbeit (auch einschließlich Unterstützung durch den Sozialen Dienst der AOK). Es wird spezifisch auf den Vermittlungsprozess eingegangen und die Nutzung und Bewertung der einzelnen Vertragselemente wird bewertet. Aufgrund des explorativen Charakters der Strukturevaluation werden keine Hypothesen formuliert.

4 Methodik

4.1 Studiendesign

Die Evaluation des PNP-Vertrags erfolgt auf **drei Daten- und Analyseebenen:**

a) Die **Effektivität** der Behandlung im PNP-Vertrag soll im Rahmen einer **prospektiven kontrollierten quasi-experimentellen Interventionsstudie mit zwei Messzeitpunkten** in einer konsekutiven Patientenstichprobe mit den acht fokussierten psychischen bzw. neurologischen Erkrankungen evaluiert werden. Der erste Messzeitpunkt (Prä-Messung, t_0) soll als Baseline-Erhebung zu Beginn der Behandlung, operationalisiert über die **erstmalige Krankschreibung** nach mindestens einem Jahr ohne Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung (F-Diagnose) bzw. im Fall einer erstmaligen Krankschreibung aufgrund einer multiplen Sklerose nach mindestens einem Jahr ohne Krankschreibung aufgrund einer multiplen Sklerose. Die Erhebung der Post-Messung (t_1) erfolgt 12 Monate nach der t_0 -Messung. Es werden konsekutiv Patienten für die drei Gruppen (IG-PNP, KG-HZV, KG-UC) eingeschlossen, die im Erhebungsquartal wegen einer der acht psychischen bzw. neurologischen Erkrankungen krankgeschrieben wurden (s.o.).

Die Bedingung einer Krankschreibung ist darin begründet, dass über dieses Merkmal eine zeitnahe Identifikation potentieller Studienteilnehmer und ein gut realisierbarer Zugang über die AOK BW möglich ist (vgl. 4.4). Aus ethischen und vertragsrechtlichen Gründen kann keine randomisierte Zuweisung der teilnehmenden Patienten auf die IG-PNP, KG-HZV und KG-UC erfolgen. Um den Einfluss potentieller Störvariablen zu minimieren, wird zum einen auf Designebene eine regionale Gleichverteilung angestrebt. Dafür werden Patienten der IG-PNP aus dem gesamten Bundesland Baden-Württemberg, d.h. aus der gesamten Population der PNP-Vertrags-Teilnehmer, angeschrieben. Die Kontrollgruppen werden in den gleichen Regionen ausgewählt, was den Einfluss regionaler Unterschiede senkt. Des Weiteren werden Unterschiede, die aufgrund des quasi-experimentellen Designs zwischen Interventions- und der Kontrollgruppen mittels Entropy Balancing (siehe 4.3) kontrolliert.

b) Die **Kostenvergleichsanalyse** wird mit Hilfe einer retrospektiven Sekundärdatenanalyse unter Verwendung eines quasi-experimentellen Designs auf Basis von Routinedaten der AOK BW durchgeführt. Sowohl für die IG-PNP als auch die KG-HZV bzw. KG-UC werden Versicherte eingeschlossen, die im Kalenderjahr 2015 eine der Fokusdiagnosen bei einem Hausarzt hatten und im Zeitraum von 12 Monaten davor keine solche Fokusdiagnose aufwiesen.

c) Die Evaluation der **Diagnosespezifität** soll anhand einer explorativen, retrospektiven Sekundärdatenanalyse durchgeführt werden. Als Datengrundlage dienen dieselben Versicherten wie bei der Kostenvergleichsanalyse; es werden hierfür allerdings nur die Patienten mit der Fokusdiagnose Depression ausgewählt (vgl. 3.2). Während die Kodiergenauigkeit in der Kostenvergleichsanalyse vernachlässigt werden kann, wird sie hier im Zeitverlauf untersucht.

d) Die Bewertung der **Struktur- und Prozessqualität** wird aus Sicht der relevanten Behandler beurteilt. Es wird eine Primärdatenerhebung durchgeführt. Angeschrieben bzw. befragt werden Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten, die einen Vertrag mit der AOK-BW abgeschlossen haben.

4.2 Hauptzielgrößen

Die Hauptzielgrößen der Studie sind die Effektivität, die Kosten-Effektivität und das Kosteneinsparpotential des PNP-Vertrags:

a) **Effektivität (primäres Outcome):** funktionale Gesundheit bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität, operationalisiert über Patientenratings anhand des Gesundheitsfragebogens SF-36 (Psychischer Summenscore) (28); **Sekundäre Outcomes:** funktionale Gesundheit (SF-36 (Körperlicher Summenscore) (28), EQ-5D (29)), krankheitsspezifische Symptombelastung (PHQ-9 (30), GAD-7 (31), SSS-8 (32), AUDIT (33), ESI (34), ADNM-20 (35), MSIS-29 (36)); Zufriedenheit mit der Versorgung und Patientenbeteiligung, operationalisiert über den Fragebogen zur Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung ZAPA (37).

b) Hauptzielgrößen für die **Kostenvergleichsanalyse** sind die ambulanten und stationären Versorgungskosten sowie die Medikamentenkosten innerhalb eines Jahres nach Diagnosestellung. Weiterhin wird die Leistungsanspruchnahme in den einzelnen Sektoren in diesem Zeitraum analysiert. Als Indikator für Produktivitätsausfälle werden die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen und die Kosten durch Krankengeld bestimmt.

c) **Diagnosespezifität** des Versorgungsvertrages: Outcomeparameter der Routinedatenanalyse sind die Diagnosegenauigkeit sowohl zum Zeitpunkt der Diagnosestellung als auch im 12-Monats-Follow-up. Hierzu erfolgt die Unterteilung der Diagnosen F32.x und F33.x folgendermaßen: Spezifische Diagnosen sind: F32.0-F32.3 und F33.0-F33.4. Unspezifische Diagnosen sind: F32.8, F32.9, F33.8 und F33.9.

d) **Struktur- und Prozessqualität** des Versorgungsvertrages: Zunächst wird auf der Basis qualitativer Interviews mit beteiligten Behandlern ein für den Versorgungsvertrag spezifisches Evaluationsinstrument entwickelt. Erfragt werden die Gründe für die Teilnahme am Vertrag, die Gesamtbewertung und die Nutzung der einzelnen Elemente des Vertrags sowie die Zufriedenheit mit der interprofessionellen Zusammenarbeit (z.B. die Motivation zur Teilnahme am PNP-Vertrag, die Zufriedenheit mit dem PNP-Vertrag hinsichtlich der Organisation und der Prozesse sowie die Bewertung der Auswirkungen auf die Versorgung). Zudem wird spezifisch auf den Vermittlungsprozess eingegangen. Die Entwicklung dieses quantitativen Fragebogens für eine Querschnittsbefragung erfolgt in Anlehnung an einen im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickeltes Messverfahren (siehe auch Heddaeus, Steinmann, Liebherz et al., 38).

4.3 Statistische Analysen

a) Effektivitätsanalysen

Die statistischen Analysen werden in den beteiligten Instituten des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Aufgrund des quasi-experimentellen Designs können Unterschiede zwischen

der Interventions- und der Kontrollgruppe bestehen. Diese werden durch Entropy Balancing (s.u.) kontrolliert. Die **Hauptauswertung** (*Hypothese a1*, *Hypothese a2*) wird mittels linearen gemischten Modellen mit festen Effekten für Gruppe (IG-PNP/KG-HZV/KG-UC) und initiale Lebensqualität sowie zufälligem Effekt für die behandelnde Hausarztpraxis (um für eine mögliche Clusterung zu adjustieren) durchgeführt. Als weitere Kovariate mit festen Effekten werden Alter, Geschlecht und die Diagnose berücksichtigt. Die Prüfung von potenziellen patientenseitigen Effektmoderatoren (*Hypothese a3*) erfolgt mittels des Einschlusses der entsprechenden Variablen und Interaktionseffekte ins Analysemodell.

b) Kostenvergleichsanalyse

Entropy Balancing (EB): Die Teilnahme am PNP-Vertrag obliegt der individuellen Motivation und Entscheidung der Versicherten. Daher muss davon ausgegangen werden, dass sich Teilnehmer unter Umständen systematisch von Nicht-Teilnehmern unterscheiden. Um diesen Selektionsbias, der das Outcome verzerren könnte, zu minimieren, wird EB eingesetzt. EB basiert auf einem Entropie-maximierenden Verfahren zur Gewichtung der Beobachtungen, so dass eine Balance zwischen der gewichteten Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich definierter Kriterien erfüllt wird (39, 40). Das EB erfolgt stratifiziert für die Primärdiagnosen bei Diagnosestellung und anhand von Patientencharakteristika (z.B. Alter, Geschlecht, Region, Versicherungsart, Kosten für Behandlungen, psychische Komorbiditäten und Combined Comorbidity Index (CCI) (41) aus ICD-10 Codes für stationäre Aufenthalte). Der CCI wird basierend auf den zu den Krankenhausaufenthalten gehörenden ICD-10 Codes bestimmt, um in der Balancierung ein Maß für die Schwere somatischer Komorbiditäten zu berücksichtigen.

Auswertungsstrategie: Es werden mittlere Kosten sowie die mittlere Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Alter und Geschlecht bestimmt. Generalisierte lineare gemischte Regressionsmodelle mit Gamma-Verteilung und Log-Linkfunktion werden verwendet, um Kostenunterschiede zwischen IG-PNP und KG-HZV bzw. KG-UC zu schätzen (*Hypothese b1*). Analog werden Zählmodellen mit geeigneter Verteilung (z.B. Poisson-Verteilung) verwendet, um Arbeitsunfähigkeitstage zu analysieren (*Hypothese b2*).

c) Diagnosespezifität

Die **Diagnosespezifität** wird anhand von explorativen Datenanalysemethoden untersucht. Dabei werden die Anteile der spezifischen Diagnosen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und im 12-Monats-Follow-up Zeitraum, stratifiziert nach IG-PNP und KG-HZV bzw. KG-UC gegenübergestellt. Dabei werden insbesondere grafische Darstellungen zum Einsatz kommen, um mögliche Trends abbilden zu können. Besonders die Ausgangssituation, d.h. wie genau bei der ersten Diagnose kodiert wird, und Kodierung in der Weiterbehandlung sollen betrachtet werden.

d) Struktur- und Prozessqualität

Die **Struktur- und Prozessqualität** wird anhand einer Primärdatenerhebung untersucht. Der Fragebogen wird spezifisch für den zu evaluierenden Versorgungsvertrag entwickelt. Es erfolgt eine deskriptive Auswertung.

4.4 Durchführung der Primärdatenerhebung

Die Datenerhebung der Primärdaten erfolgt im gesamten Gebiet Baden-Württembergs durch einen Mitarbeiter der AOK BW (Studienkoordinator). Vorgesehen ist der folgende **Ablauf der Datenerhebung**, der für Interventions- und Kontrollgruppen gleichermaßen gilt: Ab dem Start der Erhebung wird jeder Patient, der wegen einer der acht fokussierten psychischen bzw. neurologischen Erkrankungen krankgeschrieben wird (Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) und die Einschlusskriterien (siehe 4.4.1) erfüllt, identifiziert. Diese Patienten werden über den Studienkoordinator durch ein Anschreiben über die Studie informiert. Diesem Anschreiben liegen eine **schriftliche Patienteninformation**, eine **Einwilligungserklärung** sowie ein mit einem Code versehener **t₀-Fragebogen** bei. Auf die **Freiwilligkeit der Befragung** wird hingewiesen. Die Einwilligungserklärungen werden von den teilnehmenden Versicherten in einem **separaten Rückumschlag** an den Studienkoordinator der AOK, die codierten Fragebögen an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie gesendet. Auf den Einwilligungserklärungen ist der Code des Versicherten ebenfalls vermerkt. Nur beim Studienkoordinator sind die personenbezogenen Patientendaten sowie die über die **Pseudonymisierung** verschlüsselten Codes zugänglich. Der Studienkoordinator erhält vom Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie eine Liste mit Codes, von denen Fragebögen zu t₀ ausgefüllt zurückgesendet wurden. Der Studienkoordinator meldet daraufhin die Codes, von denen eine Einwilligungserklärung vorliegt, an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. Nur die Fragebögen der Versicherten, von denen eine Einwilligungserklärung vorliegt, werden weiter verarbeitet und ausgewertet. Zudem werden Gruppenzugehörigkeit (IG-PNP, KG-HZV, KG-UC) sowie Fokusdiagnose für die teilnehmenden Versicherten vom Studienkoordinator an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie gemeldet, so dass diese Daten über die Codes mit den erhobenen Primärdaten zusammengefügt werden können. Die Versendung der t₁-Fragebögen erfolgt ebenfalls über den Studienkoordinator der AOK. Durch die vom Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie erhaltene Liste weiß der Studienkoordinator, welche Versicherten zu t₁ angeschrieben werden sollen. Im Falle des Widerrufs der Einwilligungserklärung werden die bereits erhobenen Daten gelöscht. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Die Dateneingabe, das Datenmanagement und die Auswertung der Primärdaten erfolgt ausschließlich am Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. Zur Überprüfbarkeit von Forschungsergebnissen können zudem vollständig anonymisierte Datensätze, die ebenfalls keinerlei Rückschlüsse auf die Person zulassen (Löschung von Geburtsmonat und -jahr, Ausfülldatum sowie Freitextantworten), in wissenschaftlichen Veröffentlichungen zugänglich gemacht werden.

4.4.1 Stichprobe

Ein- und Ausschlusskriterien: Die Stichprobe umfasst Versicherte der AOK BW mit Wohnort in Baden-Württemberg, die zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung ≥ 18 Jahre alt sind, in Behandlung bei einem

Arzt oder Therapeuten mit Zulassung in Baden-Württemberg sind, keinen Vormund haben und die aufgrund einer der acht fokussierten Erkrankungen erstmals nach mindestens einem Jahr aufgrund der Diagnose arbeitsunfähig geschrieben (d.h. keine AU-Schreibung in den 12 Monaten vorher aufgrund einer F-Diagnose bzw. bei der Fokusdiagnose „Multiple Sklerose“ keine AU-Schreibung in den 12 Monaten vorher aufgrund der Diagnose Multiple Sklerose) .

4.4.2 Stichprobengröße und Fallzahlschätzung

Effektivitätsanalysen

Power-Kalkulation: Für die Effektivitätsanalysen der Hauptfragestellung wird eine Stichprobengröße angestrebt, bei der mit einer ausreichender Teststärke (Power) ein klinisch relevanter Effekt bezüglich des **primären Outcomes „psychische Lebensqualität“** (SF-36) zwischen der Interventionsgruppe IG-PNP und den Kontrollgruppen KG-HZV und KG-UC zum Messzeitpunkt t_1 nachgewiesen werden kann. Die Annahme des zu erzielenden Effektes beruht auf den Ergebnissen von aktuellen Meta-Analysen (19, 20, 22), die für die Behandlung in komplexen Versorgungsnetzen **kleine bis mittlere Effektstärken** nachweisen konnten (vgl. 2.2). Eine kleine bis mittlere Effektstärke im Vergleich von zwei Gruppen wird nach Cohen als $d=0,30$ definiert. Bei einer angenommenen Korrelation von $r=0,4$ zwischen der Baseline- und der Follow-up-Ausprägung des primären Endpunktes wäre eine Stichprobengröße von insgesamt $n=441$ Patienten (pro Untersuchungsbedingung $n=147$) notwendig für die Identifikation eines solchen Effektes mit einer Typ I Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha=0,05$ und einer Teststärke (Power) von 0,80 (80%; entspricht einer Typ II Fehlerwahrscheinlichkeit von $\beta=0,20$) in einem Design ohne den zufälligen Effekt der Arztpraxen (42). Bei einer angenommenen Intraklassen-Korrelation von $\rho=0,10$ (10% Varianz im Outcome ist auf Unterschiede zwischen Ärzten zurückzuführen) und durchschnittlich 100 Ärzten³ in jeder Gruppe muss die Stichprobengröße mit einem Design-Effekt von $DEF=1,047$ ($1+(147/100-1)*0,10$) multipliziert werden, um die gewünschte Teststärke unter Berücksichtigung des zufälligen Effektes beibehalten zu können. Somit sollten in jeder Vertrags- bzw. Kontrollgruppe ca. **153 Patienten (460 Patienten insgesamt)** in die Analysen eingeschlossen werden. Diese Stichprobengröße ermöglicht die Identifizierung von klinisch relevanten Effekten ($d=0,40$) mit einer Teststärke über 80% auch in Subgruppen, die lediglich 50-60% der Stichprobe ausmachen (z.B. störungsspezifische Analysen).

Da die Versicherten sich nicht gleichmäßig auf die Gruppen aufteilen (IG- PNP $\approx 27\%$, KG-HZV $\approx 22\%$, KG-UC $\approx 51\%$) und erst nach t_0 über die AOK BW ermittelt werden kann, welche Studienteilnehmer in welcher Gruppe sind, wird die Stichprobe um 16,5% überkalkuliert, um Powereinbußen zu kompensieren. Diese Schätzung basiert auf einem Expertenurteil und bezieht den Allocation Ratio von 2,33 (das

³ Auf der Basis der Daten der ersten $N = 626$ Teilnehmenden (Stand 07.06.2018), konnten wir ermitteln, dass die Anzahl AU schreibender Arzt*innen pro Gruppe deutlich höher und damit der zufällige Effekt durch die Arztpraxen deutlich geringer ist als in der ursprünglichen Fallzahlkalkulation. In der aktuellen präzisieren Fallzahlkalkulation wird angenommen, dass durchschnittlich 100 Arzt*innen (statt 20 Arzt*innen) pro Gruppe behandeln.

Verhältnis zwischen der größten und kleinsten Gruppe) mit ein. Demnach sollten Daten von insgesamt **536 Versicherte** in die Analysen eingeschlossen werden.

Aus den Erfahrungen abgeschlossener Projekte der Antragsteller sowie den Rücklaufschwierigkeiten des laufenden Projektes wird eine konservative Schätzung der Drop-out-Quote vorgenommen. Auf der Ebene der Kontaktaufnahme und Information der Patienten wird mit einem Rücklauf von ca. 7% gerechnet, auf der Ebene der Follow-up-Messung wird ein Studien-Drop-out von ca. 40% veranschlagt. Ausgehend von den geschätzten Drop-out-Quoten müssen ca. n=12.800 Patienten angeschrieben werden. Entsprechend der Kalkulation können dann n=538 Patienten in die Auswertung einbezogen werden (vgl. *Abbildung 1*).

Ein Interventions-Drop-out ist als sehr gering einzuschätzen, da sich die teilnehmenden Patienten vertraglich über einen Zeitraum von 12 Monaten und somit über den Erhebungszeitraum an die Teilnahme am Versorgungsvertrag binden. Für die Gruppe der Patienten, die im Laufe der Datenerhebung umziehen, den Versicherungsstatus wechseln oder versterben, werden Drop-out-Analysen zur Untersuchung selektiver Effekte durchgeführt. Gleiches gilt für die Patienten, die die Studienteilnahme zu t_1 abbrechen (Studien-Drop-out).

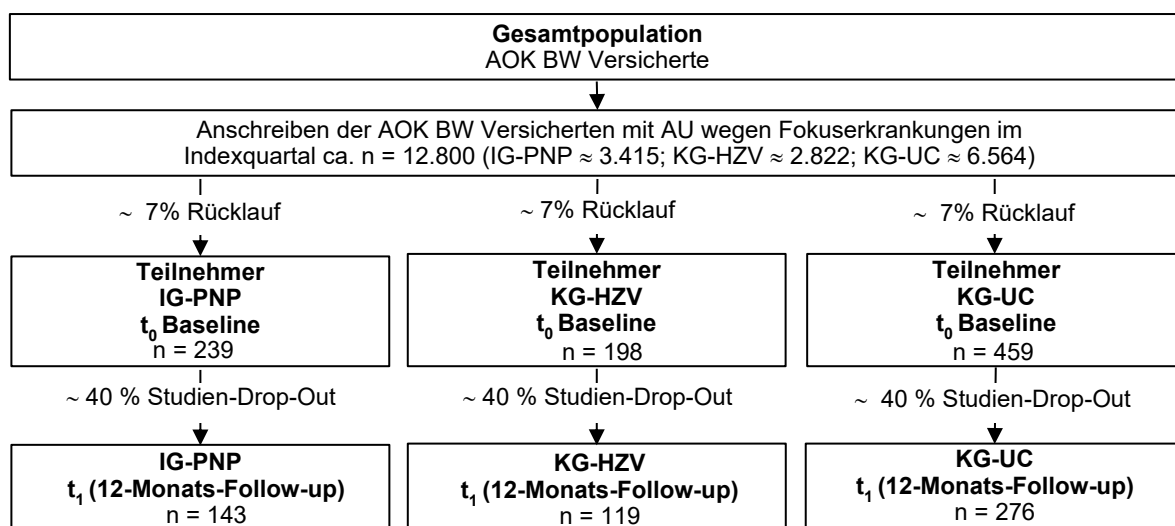


Abbildung 1: Überblick über die Primärdatenerhebung

Patienten der Kontrollgruppen, die sich im Laufe des Erhebungsjahres entschließen, am PNP-Vertrag teilzunehmen sowie Patienten, die im Laufe des Jahres den PNP-Vertrag kündigen, werden nicht in die Hauptanalysen eingeschlossen. Für diese Subgruppe werden ebenfalls Analysen im Hinblick auf Selektivitätseffekte durchgeführt.

Kostenvergleichsanalysen und Diagnosespezifität

Für diese Analysen wird ausschließlich auf Sekundärdaten (Routinedaten) von Versicherten der AOK BW zugegriffen, welche die AOK BW zur Verfügung stellt. Es erfolgt eine Vollerhebung aller im PNP-Vertrag eingeschriebenen Patienten (mit Diagnose im Jahr 2015 und 12 Monate davor ohne AU, siehe 4.4.1) und entsprechend großen Kontrollgruppen.

Die Verwendung der betreffenden Daten hat den Vorteil, dass diese bereits (routinemäßig) vorliegen. Das Erheben der zur Testung der beschriebenen Studienhypothesen benötigten Versicherteninformationen kann daher, im Unterschied zum Rückgriff auf Primärdaten, mit vertretbarem Aufwand und Ressourceneinsatz erfolgen. Aus diesem Grund ist die Vollerhebung von Versicherteninformationen auch nicht mit einem höheren finanziellen Aufwand verbunden als dies bei kleineren Stichproben der Fall wäre. Alle Informationen werden unter Einhaltung des Datenschutzes gemäß einem mit der AOK BW vereinbarten Datenschutzvertrag anonymisiert an die Forschungseinrichtung (UKE) weitergegeben. Der mit der Analyse und Auswertung betrauten Forschungseinrichtung ist somit kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich.

Struktur- und Prozessqualität

Eine Vollerhebung von n = 720 Behandlern im PNP-Vertrag (Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten) wird angeschrieben. Da es sich um eine explorative Datenerhebung handelt, erfolgte hier keine Power-Kalkulation.

4.4.3 Gewinnung und Durchführbarkeit

Die Stichprobe wird aus **Versicherten mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** gezogen, da dieses Vorgehen die zeitnahe Identifikation und Kontaktaufnahme zu potentiellen Studienteilnehmern sowohl in IG als auch KGs erlaubt. Die Patienten mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung stellen tendenziell eine Subgruppe schwerer erkrankter Patienten dar und sind daher gut geeignet, um die Effekte des PNP-Vertrags zu überprüfen. Zum einen kann von einer gesicherten Diagnose ausgegangen werden, zum anderen ist eine zeitnahe Identifikation und Kontaktaufnahme über die AOK BW möglich, da Diagnosen aus den Abrechnungsdaten (also ohne AU-Bescheinigung) erst mit einer Zeitverzögerung von drei bis sechs Monaten zur Verfügung stünden, so dass keine Datenerhebung zu Behandlungsbeginn möglich wäre.

Derzeit sind rund **1,5 Millionen Versicherte** der AOK BW im Hausarzt-Programm und ca. **560.000 Versicherte** im Facharzt-Programm der AOK BW (Kardiologie, Gastroenterologie, Orthopädie und PNP) eingeschrieben. Im Zeitraum zwischen November 2017 (27.11.2017) und dem April 2018 (16.04.2018) konnten 9.488 Versicherte selektiert und angeschrieben werden (20 Wochen). Nach der Verschickung der Erinnerungsschreiben, der neuen Fallzahlkalkulation sowie der organisatorischen Vorbereitung wurde die Erhebung Mitte Juli 2018 wieder aufgenommen. Die weiteren benötigten ca. 3.300 Versicherten können voraussichtlich innerhalb von ca. 7 Wochen selektiert und angeschrieben werden. Die Rekrutierung von insgesamt ca. 896 Versicherten zu t0 ist somit bis einschließlich September 2018 gut realisierbar.

5 Verwertungspotenzial

Die Ergebnisse des Projekts sind für die AOK BW, für weitere Krankenkassen, welche die Implementierung eines entsprechenden Versorgungsvertrages planen, sowie für versorgungspolitische Entscheidungen insgesamt von großer Bedeutung: Zum einen erlauben die Ergebnisse **wissenschaftliche Aussagen über die Effektivität und das Kosteneinsparpotential** eines komplexen, in einem Bundesland **sehr gut ausgebauten und großen Versorgungsvertrages**. Zum anderen werden über die detaillierte Analyse der Leistungsanspruchnahme konkrete Ansatzpunkte für die weitere Optimierung solcher Versorgungsverträge identifiziert. Die Untersuchung der Diagnosespezifität anhand von Sekundärdaten und die Information, inwiefern eine höhere Kodiergenauigkeit durch den PNP-Vertrag erreicht werden kann, ist auch für spätere Projekte, die eine genaue Kodierung der Diagnosen erfordern, von großer Bedeutung. Auf Basis der erhobenen Prozessdaten liefert die Evaluation zudem Hinweise für eine optimale Implementierung des Versorgungsvertrages. Mit dem beantragten Projekt wird erstmals die Evaluation eines flächendeckenden Versorgungsvertrages für psychisch bzw. neurologisch erkrankte Menschen in einem Bundesland gewährleistet und dem Mangel an systematisch evaluierten komplexen Versorgungsmodellen in Deutschland entgegengewirkt. Insbesondere die Betrachtung verschiedener Versorgungsebenen und Outcomes ermöglicht eine umfassende Beurteilung des Selektivvertrags, die als wesentliche Grundlage für die Weiterführung, Weiterentwicklung und Übertragung auf andere Bundesländer dienen kann.

6 Projektdurchführung

Im folgenden Abschnitt werden einerseits wichtige Meilensteine im Projekt, andererseits der zeitliche Ablauf (GANTT-Chart) tabellarisch dargestellt.

6.1 Meilensteinplan

Nr.	Meilenstein	Verantwortlich	Datum (Soll)
1	Bei Konsortialprojekten: Weiterleitungsvertrag geschlossen	AOK	31.08.2017
2	Datenschutzkonzept liegt vor	UKE, AOK	30.09.2017
3	Anzeige bei der Ethikkommission ist erfolgt (bezüglich Routinedatenauswertung)	UKE, Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg	30.09.2017
4	Positives Ethikvotum liegt vor (bezüglich Primärdatenerhebung)	UKE, Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg	30.09.2017
5	Erstellung eines Erhebungsinstrumentes (Effektivität) (Primärdaten)	UKE	30.09.2017
6	Beginn Erhebung Daten für die Evaluation (Effektivität) (Primärdaten)	UKE, AOK	01.10.2017

Nr.	Meilenstein	Verantwortlich	Datum (Soll)
7	Datenexport bzw. Datenbereitstellung durch die AOK (Gesamtdatensatz) (Routinedaten)	AOK	31.10.2017
8	Überprüfung der Datenqualität (Routinedaten)	UKE	31.12.2017
9	Datenaufbereitung, Datenexpertise (Routinedaten)	UKE	30.04.2018
10	Matching (Entropy Balancing) (Routinedaten) <ul style="list-style-type: none"> • Definition der Selektions- und Matchingkriterien • Programmierung der Syntax für Matchingalgorithmus 	UKE	30.06.2018
11	Aufbereitung der Daten für Diagnosespezifität (Routinedaten)	UKE	30.06.2018
12	Erstellung eines Erhebungsinstruments Struktur- und Prozessqualität (Primärdaten)	UKE	31.07.2018
13	Beginn Datenerhebung Struktur- und Prozessqualität (Primärdaten)	UKE	15.08.2018
14	Deskriptive Analysen (Inanspruchnahme und Kosten) (Routinedaten)	UKE	30.09.2018
15	Deskriptive Analysen Diagnosespezifität (Routinedaten)	UKE	30.09.2018
16	Ende Datenerhebung Struktur- und Prozessqualität (Primärdaten)	UKE	15.02.2019
17	Dateneingabe und Bereinigung der Daten Struktur- und Prozessqualität (Primärdaten)	UKE	28.02.2019
18	Entwicklung der statistischen Modelle und Kostenvergleichsanalyse (Routinedaten)	UKE	31.03.2019
19	Auswertung Daten für die Diagnosespezifität (explorativ, Trendanalyse) (Routinedaten)	UKE	31.03.2019
20	Ergebnisaufbereitung Kostenvergleichsanalyse sowie Verschriftlichung und Veröffentlichung der Ergebnisse (Routinedaten)	UKE	31.12.2019
21	Ergebnisaufbereitung Diagnosespezifität sowie Verschriftlichung und Veröffentlichung der Ergebnisse (Routinedaten)	UKE	31.12.2019
22	Auswertung Daten für die Struktur- und Prozessqualität (Primärdaten)	UKE	30.06.2019
23	Ende der Erhebung der Daten für die Evaluation (Effektivität) (Primärdaten)	UKE, AOK	30.09.2019
24	Dateneingabe und Bereinigung der Daten (Effektivität) (Primärdaten)	UKE	15.11.2019
25	Auswertung Daten für die Evaluation (Effektivität) (Primärdaten)	UKE	31.12.2019

6.2 GANTT-Chart

Gantt-Chart zur Zeitplanung für 01VSF16001		2017						2018						2019																	
Aufgabe		Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
	Weiterleitungsvertrag geschlossen		M1																												
a) Effektivität	Literaturrecherche																														
	Vorbereitung und Einreichung des Ethikantrags und Datenschutzkonzepts			M2+4																											
	Erstellung des Erhebungsinstruments			M5																											
	Datenerhebung t0				M6																										
	Datenerhebung t1																											M23			
	Dateneingabe und Bereinigung der Daten																													M24	
	Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse																													M25	
b) Kostenvergleichs-analyse	Literaturrecherche																														
	Erstellung Datenschutzkonzept, Datenschutzvertrag und Abstimmung Datenschutzbeauftragter			M2+3																											
	Datenselektion und Pretesting (QS) der (Test)Daten durch AOK				M7																										
	Datenabruf der kompletten Daten						M8				M9																				
	Management und Bereinigung der Daten												M10																		
	Matching																														
	Deskriptive Analyse der Daten																M14														
Entwicklung und Verbesserung der statistischen Modelle																							M18								
Verschiftlichung und Veröffentlichung der Ergebnisse																													M20		
c) Diagnosespezifität	Literaturrecherche																														
	Erstellung Datenschutzkonzept, Datenschutzvertrag und Abstimmung Datenschutzbeauftragter			M2+3																											
	Datenselektion und Pretesting (QS) der (Test)Daten durch AOK				M7																										
	Datenabruf der kompletten Daten																														
	Management und Bereinigung der Daten												M11																		
	Deskriptive Analyse der Daten															M15															
	Entwicklung und Verbesserung der Trendanalyse																						M19								
Verschiftlichung und Veröffentlichung der Ergebnisse																													M21		
d) Struktur- und Prozessqualität	Literaturrecherche																														
	Erstellung der Erhebungsinstruments													M12																	
	Datenerhebung															M13									M16						
	Dateneingabe und Bereinigung der Daten																								M17						
	Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse																									M22					

Meilensteine M1-M25 siehe Meilensteinplan

7 Ethische/rechtliche Gesichtspunkte

Es wird vor Projektdurchführung ein Ethikvotum bei der lokal zuständigen Ethikkommission (Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg) eingeholt. Die Grundsätze der „Good Clinical Practice“ sowie aller erforderlichen gesetzlichen, ethischen und datenschutzrechtlichen Prinzipien werden eingehalten. Wichtige Bestandteile der Durchführung sind hierbei: Patienten- und Behandlergewinnung im Rahmen des Informed Consent; Freiwilligkeit der Teilnahme; Wahrung der Datenschutzbestimmungen, insb. Pseudonymisierung der Daten; Datenlöschung 10 Jahre nach Projektende; Option auf Bereitstellung vollständig anonymisierter Datensätze in wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Die Daten werden als Patientenselbstratings erhoben, ergänzt um die Abrechnungsdaten für die Kosteneffektivitätsanalysen. Der Personenbezug der Daten wird direkt nach der Datenerhebung im Studiensekretariat der AOK entfernt, die Zuordnung der Daten zueinander erfolgt ausschließlich über eine Chiffre. Die Abrechnungsdaten werden von der AOK BW zur Verfügung gestellt. Für die Kostenvergleichsanalysen werden ausschließlich pseudonymisierte Routinedaten verwendet; für die evaluierende Einrichtung sind diese Daten anonym und können nicht depseudonymisiert werden. Diese Ermächtigung ist ausschließlich der AOK Baden-Württemberg vorbehalten und ist nur mit dem Depseudonymisierungsschlüssel möglich, der von einem Treuhänder verwahrt wird. Zudem sind alle Daten im Rahmen der PNP-Evaluation so aufbereitet, dass ein personenbezogener Rückschluss ausgeschlossen ist. Es wird ausschließlich das Geburtsjahr, die Postleitzahl und ggf. das Todesjahr und –monat übermittelt.

8 Risikofaktoren

Bei der Durchführung von Primärdatenerhebungen stellt ein wesentliches Risiko die Gewinnung der Stichprobe dar. Für die Planung wurden Erfahrungen aus abgeschlossenen Projekten herangezogen. Die AOK BW hat basierend auf dem Quartal 3/2015 die Zahl der einzuschließenden Versicherten entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien für diese Evaluation bestimmt. Die vorliegenden Zahlen bestätigen die Realisierbarkeit der Primärdatenerhebung (siehe 4.4.2).

9 Referenzen

1. Wittchen H-U, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2001;44:993-1000.
2. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U. Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2015;24:305-313.
3. WHO: The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization; 2001.
4. Kobelt G, Lindgren P, Smala A, Bitsch A, Haupt M, Kömel HW, König N, Rieckmann P, Zettl UK, the German Cost of MS Study Group. Costs and quality of life of multiple sclerosis in Germany. The European Journal of Health Economics. 2006;7:34-44.
5. von Korff M, Katon W, Bush T, Lin EH, Simon GE, Saunders K, Ludman E, Walker E, Unutzer J. Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. Psychosom Med. 1998;60:143-149.
6. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, Dodel R, Ekman M, Faravelli C, Fratiglioni L, Gannon B, Hilton-Jones D, Jennum P, Jordanova A, Jönsson L, Karampampa K, Knapp M, Kobelt G, Kurth T, Lieb R, Linde M, Ljungcrantz C, Maercker A, Melin B, Moscarelli M, Musayev A, Norwood F, Preisig M, Pugliatti M, Rehm J, Salvador-Carulla L, Schlehofer B, Simon R, Steinhausen H-C, Stovner LJ, Vallat J-M, Van den Bergh P, van Os J, Vos P, Xu W, Wittchen H-U, Jönsson B, Olesen J, on behalf of the CDBE2010 study group. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology. 2011;21:718-779.
7. Härter M, Baumeister H, Reuter K, Wunsch A, Bengel J. Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. Rehabilitation. 2002;41:367-374.
8. Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen H-U. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. Nervenarzt. 2002;73:651-658.
9. Shedden-Mora MC, Lau K, Kuby A, Groß B, Gladigau M, Fabisch A, Löwe B. Verbesserte Versorgung von Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen: Ein koordiniertes gestuftes Netzwerk (Sofu-Net). Psychiat Prax. 2015;42:57-61.
10. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung. Berlin, Robert-Koch-Institut; 2008.
11. Katon WJ, Unutzer J, Simon G. Treatment of depression in Primary Care - Where we are, where we can go. Medical Care. 2004;42:1153-1157.
12. Zepf S, Mengele U, Hartmann S. Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. PPMp, Psychother Psychosom Med Psychol. 2003;53:152-162.
13. Barkham M, Mullin T, Leach C, Stiles WB, Lucock M. Stability of the CORE-OM and the BDI-I prior to therapy: evidence from routine practice. Psychology and Psychotherapy. 2007;80:269-278.
14. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Baden-Baden, Nomos; 2005.

15. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2. Auflage, Version 5 ed. Berlin, DGPPN, BÄK, KBV, AWMF; 2015.
16. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel M: S3-Leitlinie Angststörungen, Springer-Verlag; 2014.
17. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, Robinson P, Russo J. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA*. 1995;273:1026–1031.
18. Nelles G, Meier U, Limmroth V, Pöhlau D, Wirtz M, Münscher C, Faber B. Integrierte Versorgung Multiple Sklerose – Modellregion Nordrhein. 2-Jahres-Verlaufsbeobachtung. *Aktuelle Neurologie*. 2010;37:170-177.
19. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, Chapman DP, Abraido-Lanza AF, Pearson JL, Anderson CW, Gelenberg AJ, Hennessy KD, Duffy FF, Vernon-Smile ME, Nease DE, Jr., Williams SP, Community Preventive Services Task F. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *American journal of preventive medicine*. 2012;42:525-538.
20. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative Effectiveness of Collaborative Chronic Care Models for Mental Health Conditions Across Primary, Specialty, and Behavioral Health Care Settings: Systematic Review and Meta-Analysis *The American Journal of Psychiatry*. 2012;169:790-804.
21. Muntingh ADT, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HWJ, Spinhoven P, van Balkom AJLM. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*. 2016;17:62.
22. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative Care for Depression: A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes. *Annals of Internal Medicine*. 2006;166:2314-2321.
23. Simon GE, von Korff M, Ludman E, Katon W, Rutter C, Unützer J, Lin EHB, Bush T, Walker E. Cost-Effectiveness of a Program to Prevent Depression Relapse in Primary Care. *Medical Care*. 2002;40:941-950.
24. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams Jr J, Hunkeler E, Harpole L, Zhou XHA, Langston C, Unutzer J. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62:1313-1320.
25. Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, Meredith LS, Carney MF, Wells K. Cost-effectiveness of Practice-Initiated Quality Improvement for Depression Results of a Randomized Controlled Trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2001;286:1325-1330.
26. Van Steenberghe-Weijenburg KM, Van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK, Van Marwijk HWJ, Beekman ATF, Rutten FFH, Hakkaart-van Roijen L. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC*. 2010;10:19.
27. Amelung VB: Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In *Innovatives Versorgungsmanagement Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand*. Edited by Amelung VB, Eble S, Hildebrandt H. Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2011. pp. 3-16.
28. Bullinger M, Kirchberger I: SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen, Hogrefe; 1998.
29. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Medical Care*. 1997;35:1095–1108.
30. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *Journal of the American Medical Association*. 1999;282:1737-1744.

31. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, Herzberg PY. Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care*. 2008;46:266-274.
32. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, Löwe B. The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8) A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Internal Medicine*. 2014;174:399-407.
33. Dybek I, Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Meyer C, Hapke U, John U, Broocks A, Hohagen F, Rumpf H. The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *J Stud Alcohol*. 2006;67:473-481.
34. Maß R: Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI). Manual. Göttingen, Hogrefe; 2001.
35. Lorenz L: Diagnostik von Anpassungsstörungen. Ein Fragebogen zum neuen ICD-11-Modell. Wiesbaden, Springer Fachmedien; 2016.
36. Hobart J, Lamping D, Fitzpatrick R, Riazi A, Thompson A. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29). A new patient-based outcome measure. *Brain*. 2001;124:962-973.
37. Scholl I, Hölzel L, Härter M, Dierks M-L, Bitzer EM, Kriston L. Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA). *Klinische Diagnostik und Evaluation*. 2011;4:50-62.
38. Heddaeus D, Steinmann M, Liebherz S, Härter M, Watzke B. psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. *Psychiat Prax*. 2015;42:51-56.
39. Hainmüller J. Entropy balancing for causal effects: A multivariate reweighting method to produce balanced samples in observational studies. *Political Analysis*. 2012;20:25-46.
40. Hainmüller J, Xu Y. Ebalance: A Stata package for entropy balancing. *Journal of Statistical Software*. 2013;54:7.
41. Gagne JJ, Glynn RJ, Avorn J, Levin R, Schneeweiss S. A combined comorbidity score predicted mortality in elderly patients better than existing scores *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64:749-759.
42. Borm GF, Fransen J, Lemmens WAJG. A simple sample size formula for analysis of covariance in randomized clinical trials. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:1234-1238.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass die elektronische Version des Ethik-Antrags mit der Papierversion identisch ist.

Ort, Datum

Unterschrift Studienleiter Hamburg

Versanddatum:

Versicherten-Code:



Befragung zu Ihrer Gesundheit und Versorgung

FRAGEBOGEN 1

Versichertenbefragung des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie in Zusammenarbeit mit der AOK Baden-Württemberg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinstraße 52, Haus W26 – 20246 Hamburg
Projektteam:
Dr. Sarah Liebherz
Julia Magaard
Telefon: 040 – 7410 56683

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

dieser Fragebogen enthält Fragen zu Ihrer aktuellen Situation, mit denen wir erfahren möchten, wie es Ihnen im Moment geht. Ziel der Befragung ist es, die Wirksamkeit und den Nutzen des PNP-Vertrags aus dem FacharztProgramm der AOK Baden-Württemberg zu überprüfen und mit der Regelversorgung und dem HausarztProgramm zu vergleichen.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Falls es Ihnen einmal schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, **lassen Sie die Frage bitte nicht aus**, sondern kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan am ehesten zutrifft. Einige Fragen ähneln einander. Bitte beantworten Sie trotzdem alle Fragen.

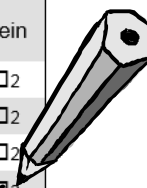
Da nicht alle Fragen gleichermaßen auf alle Versicherten zutreffen, gibt es an mehreren Stellen Hinweise darauf, dass Sie bestimmte Fragenblöcke überspringen können.

Wir freuen uns, wenn Sie sich an der Befragung beteiligen. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten, bereits adressierten (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE) und frankierten Rückumschlag.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Zeit und Ihre Mithilfe!

Beispielfrage:

1	Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b)	Ich habe weniger geschafft , als ich wollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c)	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d)	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung.	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2



Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre/n behandelnde/n Ärztin/Arzt oder direkt an uns:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52, Haus W26 – 20246 Hamburg
Projektteam:
Dr. Sarah Liebherz
Julia Magaard
Telefon: 040 – 7410 56683

Ausfülldatum:

Tag		Monat		Jahr	
			2	0	1

I. Angaben zu Ihren Diagnosen

1 Aufgrund welcher Diagnose sind Sie bzw. wurden Sie **derzeit arbeitsunfähig geschrieben**? Bitte wählen Sie nur eine Diagnose aus. Falls Sie sich nicht sicher sind oder in der Vergangenheit mehrere Diagnosen erhalten haben, wählen Sie die Diagnose, die am ehesten zutrifft.

<input type="checkbox"/> 1 Störung durch Alkoholmissbrauch	<input type="checkbox"/> 6 Anpassungsstörung
<input type="checkbox"/> 2 Schizophrenie	<input type="checkbox"/> 7 Somatoforme Störung
<input type="checkbox"/> 3 Bipolare (manisch-depressive) Störung	<input type="checkbox"/> 8 Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> 4 Depressive Störung	<input type="checkbox"/> 9 andere: _____
<input type="checkbox"/> 5 Angststörung	<input type="checkbox"/> 10 weiß nicht

2 Bitte schätzen Sie, wie lange diese Beschwerden bei Ihnen bereits bestehen.

 |_|_| Wochen

3 Gab es in der Vergangenheit schon einmal eine Zeit, in der Sie unter ähnlichen Beschwerden gelitten haben?

0 nein 1 ja → wenn ja: Wann traten diese Beschwerden vor |_|_| Jahren das erste Mal auf?

4 Haben Sie aktuell **weitere psychische Erkrankungen**?

0 nein 1 ja → wenn ja, _____ welche: _____

5 Haben Sie aktuell **körperliche Erkrankungen**?

0 nein 1 ja → wenn ja, _____ welche: _____

II. Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Diese Fragen ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten diejenige ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

1	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

3	Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a	anstrengende Tätigkeiten , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b	mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c	Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d	mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e	einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f	sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g	mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h	mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i	eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j	sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4	Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
a	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b	Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5	Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
a	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b	Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

6	Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7	Wie stark waren Ihre Schmerzen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> ?	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8	Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen *in den vergangenen 4 Wochen* gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwortmöglichkeit an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)

9	Wie oft waren Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> ...	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a	... voller Schwung?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b	... sehr nervös?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c	... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d	... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e	... voller Energie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f	... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g	... erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h	... glücklich?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i	... müde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10	Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11	Inwieweit trifft <i>jede</i> der folgenden Aussagen auf Sie zu?	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a	Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

III. Angaben zu Ihrem seelischen Befinden

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4	Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5	Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7	Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 7 Tage</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
1	Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3	Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5	Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6	Schwindel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

IV. Angaben zu Rauchen und Alkoholkonsum

Haben Sie jemals Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife oder andere Tabakprodukte geraucht?

Wenn Sie bis auf ganz seltenes Probieren NICHT – oder insgesamt weniger als 100 Zigaretten etc. lebenslang geraucht haben, bitte die Antwortoption "Ich habe nie geraucht" auswählen.

Berücksichtigen Sie bitte nicht das Rauchen einer Wasserpfeife.

Ich habe
nie geraucht

0

Ja, ich rauche
bis heute

1

Ja, ich habe früher
geraucht

2

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Trinkgewohnheiten so genau wie möglich. In den folgenden Fragen wird von „Standarddrink“ gesprochen. 1 Standarddrink entspricht einem Glas Bier (0,3l) oder einem Glas Wein/Sekt (125ml) oder einem Schnaps, Weinbrand oder ähnliches. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie am ehesten zutrifft.

1 Wie oft trinken Sie Alkohol?

nie	1 mal im Monat oder seltener	2-4 mal im Monat	2-3 mal pro Woche	4 mal oder öfter pro Woche
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

2 Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke (Standarddrinks) trinken Sie dann typischerweise?

1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

3 Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke (Standarddrinks) getrunken?

nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	täglich oder fast täglich
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

V. Ihre Behandlungen in den letzten 12 Monaten

Die Fragen auf den folgenden Seiten beziehen sich auf die **Behandlungen, die Sie in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben.**

1 Medikamente

Nehmen Sie wegen Ihrer psychischen oder neurologischen Erkrankung aktuell Medikamente (z.B. Psychopharmaka: Medikamente, die auf die Psyche wirken) ein?

1 ja

0 nein

a Falls **ja**, wie heißt das Medikament bzw. die Medikamente?



b Falls **ja**, überprüft Ihr behandelnder Facharzt bzw. Hausarzt regelmäßig die Wirkung Ihrer Medikamente und passt die Medikation wenn nötig an?

nein

0

ja

1

2 Verfügbarkeit ambulanter Behandlung nach Krisensituation

a Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** nach einem Krankenhausaufenthalt oder in einer akut belastenden Krisensituation schnell einen Termin bei Ihrem/Ihrer behandelnden Facharzt/-ärztin bzw. Psychotherapeut/-in erhalten?

nein

0

ja

1

Trifft nicht zu, weil ich in keiner Krisensituation war.

9

b Falls **ja** oder **nein**, wie zeitnah haben Sie einen Termin Ihrem/Ihrer behandelnden Facharzt/-ärztin bzw. Psychotherapeut/-in erhalten?

Innerhalb von ca. _____ Tagen (geben Sie bitte den Zeitraum zwischen der Kontaktaufnahme und dem Krisengespräch an)

3 Erhaltene ambulante Behandlung(en)

Bitte geben Sie an, ob Sie die folgenden Behandlungen **in den letzten 12 Monaten** genutzt haben. Wenn ja, wie oft haben Sie sie genutzt? **Bitte machen Sie dabei in jeder Zeile ein Kreuz!**

	nein	ja	wie oft / wie viel Mal?
a Gespräche mit einem Hausarzt / einer Hausärztin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Besuche
b Gespräche mit einem Facharzt / einer Fachärztin für: Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychosomatische Medizin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Besuche
c Psychotherapie (einzeln)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Sitzungen
d Psychotherapie (in der Gruppe)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Sitzungen
e Ergotherapie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Sitzungen
f Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Termine
g Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, z.B. Rehabilitationsmaßnahmen oder Maßnahmen zum betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Wochen
h Sozialmedizinische Beratung, z.B. zur Sicherung der Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Termine
i Soziotherapie, z.B. zur Förderung der selbstbestimmten Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Termine
j Sozialer Dienst der AOK	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Termine
k AOK-Gesundheitsangebote	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Termine
l Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Termine
m Erziehungsberatung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] Termine

4 Sind Sie im letzten Jahr (teil)stationär behandelt worden?

0 nein → weiter bei VI. Angaben zu Ihrer Person.

1 ja → Falls ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Geben Sie bitte an, ob Sie **in den letzten 12 Monaten** in einer der aufgeführten Kliniken behandelt wurden. Wenn ja, wie lange wurden Sie behandelt? (Falls Sie z.B. die ganzen 12 Monate in einer Einrichtung waren, tragen Sie bitte „365 Tage“ ein. Zählen Sie bei teilstationären Aufenthalten bitte Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit).

	nein	ja	wie lange?
a Akut-Psychosomatik (vollstationär)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] [] Tage
b Akut-Psychosomatik (teilstationär / Tagesklinik)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] [] Tage
c Psychiatrie (vollstationär)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] [] Tage
d Psychiatrie (teilstationär / Tagesklinik)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] [] Tage
e Neurologie (vollstationär)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] [] Tage
f Neurologie (teilstationär / Tagesklinik)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] [] Tage
g Rehabilitationsklinik (vollstationär)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] [] Tage
h Rehabilitationsklinik (teilstationär / Tagesklinik)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] [] Tage
i Sonstige Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] [] [] Tage

VI. Angaben zu Ihrer Person

1 **Geburtsdatum** (nur Monat und Jahr) **Monat** **Jahr**

2 Welchem **Geschlecht** fühlen Sie sich zugehörig? männlich weiblich anderes
1 2 3

3 **In welchem Land** sind Sie **geboren**?
1 in Deutschland 2 anderes Land und zwar _____
 3b Wenn nicht in Deutschland:
Seit wann leben Sie in Deutschland? seit dem Jahr _____

4 Welche **Staatsangehörigkeit(en)** haben Sie? (Mehrfachangaben möglich)
1 deutsch und/oder 2 andere, und zwar: _____

5 **In welchem Land** sind Ihre **Eltern** geboren?
 Ihre Mutter 1 Deutschland
 2 anderes Land, und zwar: _____
 Ihr Vater 1 Deutschland
 2 anderes Land, und zwar: _____

6 Welchen **Familienstand** haben Sie?
1 ledig (nie verheiratet) 4 geschieden
2 verheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft (mit dem Partner/der Partnerin zusammenlebend) 5 verwitwet
3 verheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft (in Trennung lebend) 6 sonstiges, und zwar: _____

7 Haben Sie zurzeit eine/n **feste/n Partner/in**? 1 ja 0 nein

8 **Wie viele Personen, Sie selbst mit eingeschlossen, wohnen ständig in Ihrem Haushalt?** Gemeint sind alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.
 _____ Personen

8b. **Und wie viele** davon sind **unter 18 Jahre** alt?
 _____ Personen

9 Bitte geben Sie die **Postleitzahl** Ihres Wohnortes an: _____

10 Welchen **höchsten Schulabschluss** bzw. **Hochschulabschluss** haben Sie?
1 noch in der Schule
2 ohne Schulabschluss abgegangen
3 Sonderschule/Förderschule
4 Haupt-/Volksschulabschluss
5 Realschulabschluss/Mittlere Reife
6 Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
7 Fachhochschulreife
8 Erweiterte Oberschule/Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur
9 Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss
10 einen anderen Schulabschluss und zwar: _____

11 Welche der folgenden Angaben zur **Berufstätigkeit** trifft auf Sie zu? (nur eine Nennung möglich)
 Sie sind zurzeit...

1 nicht berufstätig (einschließlich: arbeitslos, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner/in, Studierende, Schüler/in, der/die nicht gegen Geld arbeitet, Praktikant/in)

2 geringfügig beschäftigt bzw. üben einen Mini-Job (400 € pro Monat) oder 1-Euro-Job aus

3 teilzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 bis 34 Stunden)

4 vollzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)

12 Wenn Sie **nicht vollzeit- oder teilzeiterwerbstätig sind**: Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?

<input type="checkbox"/> 1 in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> 7 ausschließlich Hausfrau/Hausmann
<input type="checkbox"/> 2 altershalber in Rente/pensioniert	<input type="checkbox"/> 8 Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme
<input type="checkbox"/> 3 vorzeitig in Rente/pensioniert	<input type="checkbox"/> 9 Freiwilligendienstleistende/r (z.B. FSJ, FÖJ, BFD) oder freiwillig Wehrdienstleistende/r
<input type="checkbox"/> 4 arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 10 Auszubildende/r
<input type="checkbox"/> 5 Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit	<input type="checkbox"/> 11 Studierende/r
<input type="checkbox"/> 6 Schüler/in	<input type="checkbox"/> 12 sonstiges und zwar: _____

13 Befinden Sie sich in einem **laufenden Rentenverfahren**? 1 ja 0 nein

14 Bitte beantworten Sie diese Frage, **wenn Sie derzeit erwerbstätig sind**: *Wenn Sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!*
 Zählen Sie alle Tage zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit gehen konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren.
 Ich war in den letzten **12 Monaten** insgesamt ca. ____ Tage so krank, dass ich nicht zur Arbeit gehen konnte.

15 Bitte beantworten Sie diese Frage, **wenn Sie derzeit nicht erwerbstätig sind**: Zählen Sie alle Tage zusammen, an denen Sie wegen Krankheit Ihre Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnten.
Wenn Sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!
 Ich war in den letzten **12 Monaten** insgesamt ca. ____ Tage so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Versanddatum:

Versicherten-Code:



Befragung zu Ihrer Gesundheit und Versorgung

FRAGEBOGEN 2

Versichertenbefragung des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie in Zusammenarbeit mit der AOK Baden-Württemberg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52, Haus W26 – 20246 Hamburg
Projektteam:
Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Julia Magaard
Tharanya Seeralan
Telefon: 040 – 7410 56683

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

im Rahmen Ihrer Behandlung in den letzten 12 Monaten erhalten Sie heute den zweiten Fragebogen, in dem es darum geht, ob und wie sich Ihr Befinden und Ihre Lebenssituation im letzten Jahr verändert haben und wie Sie die Unterstützung bewerten. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in jedem Fall aus – unabhängig davon, ob und wie viele Behandlungen Sie bisher in Anspruch genommen haben!

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Falls es Ihnen einmal schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, **lassen Sie die Frage bitte nicht aus**, sondern kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan am ehesten zutrifft. Einige Fragen kennen Sie bereits aus dem vorhergehenden Fragebogen – bitte beantworten Sie auch diese erneut, da wir **Ihre derzeitige Situation** möglichst genau erfassen möchten.

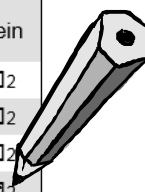
Da nicht alle Fragen gleichermaßen auf alle Versicherten zutreffen, gibt es an mehreren Stellen Hinweise darauf, dass Sie bestimmte Fragenblöcke überspringen können.

Füllen Sie den Fragebogen bitte so bald wie möglich aus und senden ihn uns im beigefügten, bereits adressierten (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE) und frankierten Rückumschlag.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Zeit und Ihr Mithilfe!

Beispielfrage:

1	Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b)	Ich habe weniger geschafft , als ich wollte.	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c)	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d)	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung.	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2



Die Auswertung der Fragebögen erfolgt im Rahmen eines Forschungsprojektes des Instituts und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg. Die Fragebögen werden pseudonymisiert ausgewertet, d.h. Ihre Angaben im Fragebogen werden nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse werden ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet und nicht an Dritte, auch nicht an die AOK Baden-Württemberg, weitergeleitet.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre/n behandelnde/n Ärztin/Arzt oder direkt an uns:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52, Haus W26 – 20246 Hamburg
Studienleitung: Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Projektteam:
Julia Magaard
Tharanya Seeralan
Telefon: 040 – 7410 56683

Ausfülldatum:

<i>Tag</i>	<i>Monat</i>	2	0	1	<i>Jahr</i>
------------	--------------	---	---	---	-------------

I. Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Diese Fragen ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten diejenige ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

1	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2	<i>Im Vergleich zum vergangenen Jahr</i> , wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

3	Sind Sie durch <i>Ihren derzeitigen Gesundheitszustand</i> bei diesen Tätigkeiten <i>eingeschränkt</i> ? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a	anstrengende Tätigkeiten , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b	mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c	Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d	mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e	einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f	sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g	mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h	mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
i	eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
j	sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4	Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
a	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b	Ich habe weniger geschafft , als ich wollte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

5	Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
a	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b	Ich habe weniger geschafft , als ich wollte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

6	Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7	Wie stark waren Ihre Schmerzen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> ?	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8	Inwieweit haben die <i>Schmerzen</i> Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen *in den vergangenen 4 Wochen* gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwortmöglichkeit an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)

9	Wie oft waren Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> ...	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a	... voller Schwung?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b	... sehr nervös?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c	... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d	... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e	... voller Energie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f	... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g	... erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h	... glücklich?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i	... müde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10	Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11	Inwieweit trifft <i>jede</i> der folgenden Aussagen auf Sie zu?	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a	Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

II. Angaben zu Ihrem seelischen Befinden

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4	Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5	Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7	Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 7 Tage</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
1	Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3	Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5	Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6	Schwindel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

III. Angaben zu Alkoholkonsum

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihren Trinkgewohnheiten so genau wie möglich. In den folgenden Fragen wird von „Standarddrink“ gesprochen. 1 Standarddrink entspricht einem Glas Bier (0,3l) oder einem Glas Wein/Sekt (125ml) oder einem Schnaps, Weinbrand oder Ähnliches. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie am ehesten zutrifft.

1	Wie oft trinken Sie Alkohol?	nie <input type="checkbox"/> 0	1 mal im Monat oder seltener <input type="checkbox"/> 1	2-4 mal im Monat <input type="checkbox"/> 2	2-3 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	4 mal oder öfter pro Woche <input type="checkbox"/> 4
2	Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke (Standarddrinks) trinken Sie dann typischerweise?	1-2 <input type="checkbox"/> 0	3-4 <input type="checkbox"/> 1	5-6 <input type="checkbox"/> 2	7-9 <input type="checkbox"/> 3	10 oder mehr <input type="checkbox"/> 4
3	Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke (Standarddrinks) getrunken?	nie <input type="checkbox"/> 0	seltener als 1 mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1	1 mal pro Monat <input type="checkbox"/> 2	1 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	täglich oder fast täglich <input type="checkbox"/> 4

IV. Ihre Behandlungen in den letzten 12 Monaten

Die Fragen auf den folgenden Seiten beziehen sich auf die **Behandlungen, die Sie in den letzten 12 Monaten (also seit Ausfüllen des letzten Fragebogens) in Anspruch genommen haben.**

1a Erhaltene ambulante Behandlung(en)

Bitte geben Sie an, ob Sie die folgenden Behandlungen **in den letzten 12 Monaten (seit Ausfüllen des letzten Fragebogens)** genutzt haben. Wenn ja, wie oft haben Sie sie genutzt?

Bitte machen Sie dabei in jeder Zeile ein Kreuz!

		nein	ja	wie oft / wie viel Mal?
a	Gespräche mit einem Hausarzt / einer Hausärztin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Besuche
b	Gespräche mit einem Facharzt / einer Fachärztin für: Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychosomatische Medizin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Besuche
c	Psychotherapie (einzeln)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Sitzungen
d	Psychotherapie (in der Gruppe)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Sitzungen
e	Ergotherapie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Sitzungen
f	Hilfen in der Alltagsbewältigung, z.B. ambulante psychiatrische Krankenpflege	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Termine
g	Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, z.B. Rehabilitationsmaßnahmen oder Maßnahmen zum betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Wochen
h	Sozialmedizinische Beratung, z.B. zur Sicherung der Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Termine
i	Soziotherapie, z.B. zur Förderung der selbstbestimmten Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Termine
j	Sozialer Dienst der AOK	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Termine
k	AOK-Gesundheitsangebote	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Termine
l	Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Termine
m	Erziehungsberatung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ca. [] [] Termine

1b Verfügbarkeit ambulanter Behandlung nach Krisensituation

a Haben Sie **in den letzten 12 Monaten (seit Ausfüllen des letzten Fragebogens)** nach einem Krankenhausaufenthalt oder in einer akut belastenden Krisensituation schnell einen Termin bei Ihrem/Ihrer behandelnden Facharzt/-ärztin bzw. Psychotherapeut/-in erhalten?

nein ₀ **ja** ₁ **Trifft nicht zu, weil ich in keiner Krisensituation war.** ₉

b Falls **ja** oder **nein**, wie zeitnah haben Sie einen Termin bei Ihrem/Ihrer behandelnden Facharzt/-ärztin bzw. Psychotherapeut/-in erhalten?

...innerhalb von ca. _____ Tagen (geben Sie bitte den Zeitraum zwischen der Kontaktaufnahme und dem Krisengespräch an)

2 Sind Sie im letzten Jahr (teil)stationär behandelt worden?

₀ **nein** → weiter bei Frage 3.

₁ **ja** → falls **ja**, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Geben Sie bitte an, ob Sie **in den letzten 12 Monaten** in einer der aufgeführten Kliniken behandelt wurden. Wenn ja, wie lange wurden Sie behandelt? (Falls Sie z.B. die ganzen 12 Monate in einer Einrichtung waren, tragen Sie bitte „365 Tage“ ein. Zählen Sie bei teilstationären Aufenthalten bitte Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit).

	nein	ja	wie lange?
a Akut-Psychosomatik (vollstationär)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	ca. Tage
b Akut-Psychosomatik (teilstationär / Tagesklinik)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	ca. Tage
c Psychiatrie (vollstationär)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	ca. Tage
d Psychiatrie (teilstationär / Tagesklinik)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	ca. Tage
e Neurologie (vollstationär)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	ca. Tage
f Neurologie (teilstationär / Tagesklinik)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	ca. Tage
g Rehabilitationsklinik (vollstationär)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	ca. Tage
h Rehabilitationsklinik (teilstationär / Tagesklinik)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	ca. Tage
i Sonstige Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	ca. Tage


3 Medikamente

Nehmen Sie wegen Ihrer psychischen oder neurologischen Erkrankung aktuell Medikamente (z.B. Psychopharmaka: Medikamente, die auf die Psyche wirken) ein?

₁ **ja**

₀ **nein**

a Falls **ja**, wie heißt das Medikament bzw. die Medikamente?

 _____
 _____
 _____

b Falls **ja**, überprüft Ihr behandelnder Facharzt bzw. Hausarzt regelmäßig die Wirkung Ihrer Medikamente und passt die Medikation wenn nötig an?

nein

ja


₀


₁


4 Information und Beratung: Sind Sie im letzten Jahr von Ihren Behandlern zu folgenden Themen informiert und beraten worden?			
		nein	ja
a	Beratung zur beruflichen Wiedereingliederung / Sicherung der Erwerbsfähigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
b	Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
c	Beratung zur häuslichen Situation und Wohnen (z.B. Wohnen ist nicht sichergestellt oder Pflegeheim wird gesucht)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
d	Beratung zu Pflegeangeboten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
e	Beratung zur Alltagsbewältigung / Mobilität	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
f	Sozialrechtliche Beratung (z.B. Ansprüche Arbeitslosengeld I & II, Schwerbehindertenausweis etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
g	Beratung zu Rentenantrag / Grundsicherung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
h	Suchtberatung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
i	Einbindung in Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
j	Beratung zur gesetzlichen Betreuung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
k	Beratung zur Behandlungsvollmacht	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
l	Beratung zur Lebensweise (z.B. Rauchverhalten, Bewegung und Ernährung)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
m	Beratung zur aktuellen Fahrtauglichkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
n	Aufklärung und Patientenschulung: ausführliche Information über Erkrankung, Medikation einschließlich Wirkung und Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
o	Beratung zur Tagespflege bei Demenz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
p	Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Beratung zu Kinderwunsch, ggf. auch mit Einbeziehung von Angehörigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
q	Beratung zu Hilfsmitteln, z. B. Orthesen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1


4a Beratung

Wären Sie zu den oben genannten Themen gern beraten worden, haben aber keine Beratung erhalten?

1 ja → falls ja, zu welchen der Themen?  _____

0 nein  _____

 _____

 _____

V. Hausärztliche Versorgung: Zufriedenheit

Die folgenden Aussagen betreffen Ihre Zufriedenheit mit Ihrem **Hausarzt** bzw. Ihrer **Hausärztin** im Allgemeinen (d.h. nicht nur auf den letzten Hausarztbesuch bezogen).

1	Haben Sie <u>Vertrauen</u> zu diesem Hausarzt/dieser Hausärztin?	Ja, ich habe großes Vertrauen. <input type="checkbox"/> 3	Ja, ich habe eher großes Vertrauen. <input type="checkbox"/> 2	Ich habe eher wenig Vertrauen. <input type="checkbox"/> 1	Nein, ich habe kein Vertrauen. <input type="checkbox"/> 0
2	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Hausarzt/dieser Hausärztin in Bezug auf <u>Qualität und Ausmaß der Informationen</u> , die Sie erhalten haben?	sehr zufrieden <input type="checkbox"/> 3	eher zufrieden <input type="checkbox"/> 2	eher unzufrieden <input type="checkbox"/> 1	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> 0
3	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Hausarzt/dieser Hausärztin in Bezug auf <u>Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen</u> ?	sehr zufrieden <input type="checkbox"/> 3	eher zufrieden <input type="checkbox"/> 2	eher unzufrieden <input type="checkbox"/> 1	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> 0
4	Wie schätzen Sie die <u>Qualität der Behandlung</u> dieses Hausarztes/dieser Hausärztin im Allgemeinen ein?	sehr hoch <input type="checkbox"/> 3	eher hoch <input type="checkbox"/> 2	eher gering <input type="checkbox"/> 1	sehr gering <input type="checkbox"/> 0

VI. Fachärztliche Versorgung: Zufriedenheit und Ablauf

Die folgenden Aussagen betreffen Ihre Zufriedenheit mit Ihrem **Facharzt** bzw. Ihrer **Fachärztin** für: **Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychosomatische Medizin** im Allgemeinen (d.h. nicht nur auf den letzten Besuch bezogen).

Falls nicht zutreffend, überspringen Sie bitte die nächsten fünf Fragen, kreuzen Folgendes an und machen bei **Abschnitt VII** weiter.

Ich habe **keinen** Facharzt / keine Fachärztin für:
Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde oder
Psychosomatische Medizin
0

1	Haben Sie <u>Vertrauen</u> zu diesem Facharzt/dieser Fachärztin?	Ja, ich habe großes Vertrauen. <input type="checkbox"/> 3	Ja, ich habe eher großes Vertrauen. <input type="checkbox"/> 2	Ich habe eher wenig Vertrauen. <input type="checkbox"/> 1	Nein, ich habe kein Vertrauen. <input type="checkbox"/> 0
2	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Facharzt/dieser Fachärztin in Bezug auf <u>Qualität und Ausmaß der Informationen</u> , die Sie erhalten haben?	sehr zufrieden <input type="checkbox"/> 3	eher zufrieden <input type="checkbox"/> 2	eher unzufrieden <input type="checkbox"/> 1	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> 0
3	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Facharzt/dieser Fachärztin in Bezug auf <u>Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen</u> ?	sehr zufrieden <input type="checkbox"/> 3	eher zufrieden <input type="checkbox"/> 2	eher unzufrieden <input type="checkbox"/> 1	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> 0
4	Wie schätzen Sie die <u>Qualität der Behandlung</u> dieses Facharztes/dieser Fachärztin im Allgemeinen ein?	sehr hoch <input type="checkbox"/> 3	eher hoch <input type="checkbox"/> 2	eher gering <input type="checkbox"/> 1	sehr gering <input type="checkbox"/> 0

5a Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate ein **Erstgespräch** bei einem Facharzt/einer Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychosomatische Medizin erhalten?

nein 0 ja 1

b Wenn **ja**: Wie zeitnah haben Sie einen Termin für dieses Erstgespräch bei Ihrem Facharzt/Ihrer Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychosomatische Medizin erhalten?

...innerhalb von ca. _____ Tagen (geben Sie bitte den Zeitraum zwischen der Kontaktaufnahme und dem Erstgespräch an)

VII. Psychotherapeutische Versorgung: Zufriedenheit und Ablauf

Die folgenden Aussagen betreffen Ihre Zufriedenheit mit Ihrem **Psychotherapeuten bzw. Ihrer Psychotherapeutin** im Allgemeinen (d.h. nicht nur auf den letzten Besuch bezogen).

Falls nicht zutreffend, überspringen Sie bitte die nächsten fünf Fragen, kreuzen Folgendes an und machen bei **Abschnitt VIII** weiter.

Ich habe **keinen** Psychotherapeuten/
keine Psychotherapeutin. 0

1	Haben Sie <u>Vertrauen</u> zu diesem Psychotherapeuten/dieser Psychotherapeutin?	Ja, ich habe großes Vertrauen. <input type="checkbox"/> 3	Ja, ich habe eher großes Vertrauen. <input type="checkbox"/> 2	Ich habe eher wenig Vertrauen. <input type="checkbox"/> 1	Nein, ich habe kein Vertrauen. <input type="checkbox"/> 0
2	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Psychotherapeuten/dieser Psychotherapeutin in Bezug auf <u>Qualität und Ausmaß der Informationen</u> , die Sie erhalten haben?	sehr zufrieden <input type="checkbox"/> 3	eher zufrieden <input type="checkbox"/> 2	eher unzufrieden <input type="checkbox"/> 1	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> 0
3	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Psychotherapeuten/dieser Psychotherapeutin in Bezug auf <u>Ihre Beteiligung an Behandlungsentscheidungen</u> ?	sehr zufrieden <input type="checkbox"/> 3	eher zufrieden <input type="checkbox"/> 2	eher unzufrieden <input type="checkbox"/> 1	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> 0
4	Wie schätzen Sie die <u>Qualität der Behandlung</u> dieses Psychotherapeuten/dieser Psychotherapeutin im Allgemeinen ein?	sehr hoch <input type="checkbox"/> 3	eher hoch <input type="checkbox"/> 2	eher gering <input type="checkbox"/> 1	sehr gering <input type="checkbox"/> 0

5a Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate ein **Erstgespräch** bei einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin erhalten?

nein 0 ja 1

b Wenn **ja**: Wie zeitnah haben Sie einen Termin für dieses **Erstgespräch** bei Ihrem Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin erhalten?

...innerhalb von ca. _____ Tagen (geben Sie bitte den Zeitraum zwischen der Kontaktaufnahme und dem Erstgespräch an)

c Wenn **ja**: Wie zeitnah hat Ihre **Behandlung** beim Ihrem Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin begonnen?

...innerhalb von ca. _____ Tagen (geben Sie bitte den Zeitraum zwischen dem Erstgespräch und dem Behandlungsbeginn an)

VIII. Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Behandlern

Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** (seit Ausfüllen des letzten Fragebogens) **Behandlung wegen psychischer oder neurologischer Erkrankungen bei mehreren Behandlern** in Anspruch genommen (z.B. Hausärztin und Psychiater; Psychotherapeut und Neurologin; Nervenärztin und Ergotherapeutin)?

a **nein** → weiter bei **Abschnitt IX**. **ja** → Falls **ja**, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

		sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut	nicht beurteil- bar
b	Wie gut haben Ihre Behandler bei Ihrer Behandlung „an einem Strang gezogen“?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
c	Wie gut war der Informationsaustausch zwischen Ihren Behandlern?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

→ Falls es Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Behandlern gab, welche waren dies?

IX. Anmerkungen




Wenn Sie an die Behandlung für psychische Erkrankungen oder Multiple Sklerose, die Sie im letzten Jahr erhalten haben, denken: Womit sind Sie besonders zufrieden?

Was könnte an der Behandlung für psychische Erkrankungen oder Multiple Sklerose, die Sie im letzten Jahr erhalten haben, verbessert werden?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Hinweise?

X. Fragen zur Krankheitswahrnehmung

Bitte kreuzen Sie bei den nachfolgenden Fragen diejenige Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft:

1	Wie stark beeinträchtigt Ihre psychische bzw. neurologische Erkrankung Ihr Leben?
	überhaupt keine Beeinträchtigung sehr starke Beeinträchtigung
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
2	Wie lange meinen Sie, dass Ihre psychische bzw. neurologische Erkrankung noch andauern wird?
	nur noch ganz kurz für immer
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
3	Wie stark meinen Sie, Ihre psychische bzw. neurologische Erkrankung selbst kontrollieren zu können?
	absolut keine Kontrolle extreme Kontrolle
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
4	Wie stark meinen Sie, dass Ihre Behandlung bei Ihrer psychischen bzw. neurologischen Erkrankung helfen kann?
	überhaupt nicht hilfreich extrem hilfreich
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
5	Wie stark spüren Sie Beschwerden durch Ihre psychische bzw. neurologische Erkrankung?
	überhaupt keine Beschwerden viele starke Beschwerden
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
6	Wie stark machen Sie sich Sorgen über Ihre psychische bzw. neurologische Erkrankung?
	überhaupt keine Sorgen extreme Sorgen
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
7	Wie gut meinen Sie, Ihre psychische bzw. neurologische Erkrankung zu verstehen?
	überhaupt nicht sehr klar
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
8	Wie stark sind Sie durch Ihre psychische bzw. neurologische Erkrankung gefühlsmäßig beeinträchtigt? (Sind Sie durch Ihren Zustand zum Beispiel ärgerlich, verängstigt, aufgewühlt oder niedergeschlagen?)
	gefühlsmäßig überhaupt nicht betroffen gefühlsmäßig extrem betroffen
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
9	Bitte führen Sie nun die drei wichtigsten Gründe auf, die Ihrer Meinung nach Ihre psychische bzw. neurologische Erkrankung verursacht haben.
	Die wichtigsten Ursachen meiner psychischen bzw. neurologischen Erkrankung sind:
	1.  _____
	2.  _____
	3.  _____

XI. Angaben zu Ihrer Person

1 Welche der folgenden Angaben zur **Berufstätigkeit** trifft auf Sie zu? (nur eine Nennung möglich)

Sie sind zurzeit...

- 1 nicht berufstätig (einschließlich: arbeitslos, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner/in, Studierende, Schüler/in, der/die nicht gegen Geld arbeitet, Praktikant/in)
- 2 geringfügig beschäftigt bzw. üben einen Mini-Job (450 € pro Monat) oder 1-Euro-Job aus
- 3 teilzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 bis 34 Stunden)
- 4 vollzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)

2 Wenn Sie **nicht vollzeit- oder teilzeiterwerbstätig** sind: Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> 7 ausschließlich Hausfrau/Hausmann |
| <input type="checkbox"/> 2 altershalber in Rente/pensioniert | <input type="checkbox"/> 8 Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme |
| <input type="checkbox"/> 3 vorzeitig in Rente/pensioniert | <input type="checkbox"/> 9 Freiwilligendienstleistende/r (z.B. FSJ, FÖJ, BFD) oder freiwillig Wehrdienstleistende/r |
| <input type="checkbox"/> 4 arbeitslos gemeldet | <input type="checkbox"/> 10 Auszubildende/r |
| <input type="checkbox"/> 5 Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit | <input type="checkbox"/> 11 Studierende/r |
| <input type="checkbox"/> 6 Schüler/in | <input type="checkbox"/> 12 sonstiges und zwar: _____ |

3 Befinden Sie sich in einem **laufenden Rentenverfahren**? 1 ja 0 nein

4 Bitte beantworten Sie diese Frage, **wenn Sie derzeit erwerbstätig sind**: *Wenn Sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!*

a Zählen Sie alle Tage zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit gehen konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren.

Ich war in den letzten **12 Monaten** insgesamt ca. ____ Tage so krank, dass ich nicht zur Arbeit gehen konnte.

b Sind Sie **aktuell krankgeschrieben**? 1 ja 0 nein

5 Bitte beantworten Sie diese Frage, **wenn Sie derzeit nicht erwerbstätig sind**: Zählen Sie alle Tage zusammen, an denen Sie wegen Krankheit Ihre Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnten. *Wenn Sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!*

Ich war in den letzten **12 Monaten** insgesamt ca. ____ Tage so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter Direktor, Martinstraße 52, 20246 Hamburg

Ansprechpartnerin am UKE:
Julia Magaard
Telefon: 040 – 7410 56683

Patienteninformation zur Versichertenbefragung

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

der Gesetzgeber möchte die Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen verbessern. Dafür werden Projekte, die neue Ideen umsetzen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch den Innovationsfonds¹ gefördert. Eines dieser geförderten Projekte ist die wissenschaftliche Begleitung des PNP-Vertrages aus dem Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg (PNP-Vertrag = Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg). Die Studie wird vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt und trägt den Titel

„Evaluation des Vertrages zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gem. §73c SGB V“

(Evaluation bedeutet die Überprüfung der Wirksamkeit und des Nutzens des „PNP-Vertrags“ des Facharztprogramms der AOK Baden-Württemberg).

Die AOK Baden-Württemberg verfolgt mit ihrem Haus- und Facharztprogramm das Ziel, die Behandlung zu verbessern. Hierzu werden zum Beispiel Behandlungen nach aktuellem Wissenstand und die Zusammenarbeit zwischen den Behandlern angestrebt. Das Facharztprogramm baut auf dem Hausarztprogramm auf und setzt sich aus mehreren Facharztverträgen zusammen, einer davon ist der PNP-Vertrag. Die **Wirksamkeit und der Nutzen des PNP-Vertrages** sollen nun überprüft werden. Dazu wird die Behandlung im Facharztprogramm mit der Versorgung im Hausarztprogramm und mit der „normalen“ Versorgung ohne Programm (sogenannte Regelversorgung) verglichen. **Ein wichtiger Baustein der Studie ist die Befragung der Versicherten. Für die Teilnahme an der Befragung ist es nicht notwendig, am Hausarzt- oder Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg teilzunehmen oder bei einem bestimmten Arzt in Behandlung zu sein.**

Die AOK Baden-Württemberg hat Sie für diese Studie automatisiert ausgewählt und angeschrieben, weil Sie kürzlich aufgrund einer bestimmten Erkrankung krankgeschrieben wurden.

Wir möchten Ihnen auf diesem Informationsblatt das Wichtigste über die Untersuchung zusammenfassen, damit Sie es in Ruhe nachlesen können:

◆ Wer führt die Studie durch?

Die Studie wird vom Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie (Leitung: Prof. Dr. Dr. Martin Härter) und dem Institut für Gesundheitsökonomie (Leitung: Prof. Dr. Hans-Helmut König) des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Zusammenarbeit mit der AOK Baden-Württemberg durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgt ausschließlich durch das

¹ Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von wissenschaftlichen Begleitungen von bestehenden Selektivverträgen nach den §§ 73c und 140a SGB V in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung (§ 92a Abs. 2 Satz 3 SGB V), Förderkennzeichen: 01VSF16001

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie und das Institut für Gesundheitsökonomie am UKE. Datenschutzrechtlich verantwortlich ist daher das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Martinistr. 52, 20246 Hamburg.

◆ **Freiwilligkeit**

Die Teilnahme ist freiwillig. Es entstehen für Sie keinerlei Nachteile, wenn Sie die Teilnahme ablehnen. Sie können weiterhin am FacharztProgramm oder HausarztProgramm der AOK Baden-Württemberg teilnehmen. Auch Ihre Behandler/innen erhalten keinerlei Informationen über Ihre Studienteilnahme oder über Ihre Angaben. Die Teilnahme an der Studie können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Im Falle des Widerrufs der Einwilligungserklärung werden die bereits erhobenen Daten gelöscht. Im Falle des Widerrufs der Einwilligungserklärung werden die bereits erhobenen Daten (auch pseudonymisierte Daten) gelöscht. Ein Widerruf bezüglich bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich. Ihren Widerruf können Sie richten an: Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, Gebäude W 26, 20246 Hamburg

◆ **Worum werde ich als Patient/in gebeten? Was soll ich tun?**

Alle Teilnehmer/innen der Studie erhalten zu Beginn der Studie und nach 12 Monaten einen Fragebogen. Beide Fragebögen werden Ihnen per Post von der AOK Baden-Württemberg zusammen mit einem bereits adressierten und frankierten Rückumschlag zugeschickt. In den Fragebögen werden Sie darum gebeten, einige Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Erfahrungen mit der Behandlung zu machen. Die Bearbeitung beider Fragebögen wird jeweils ca. 30 Minuten dauern.

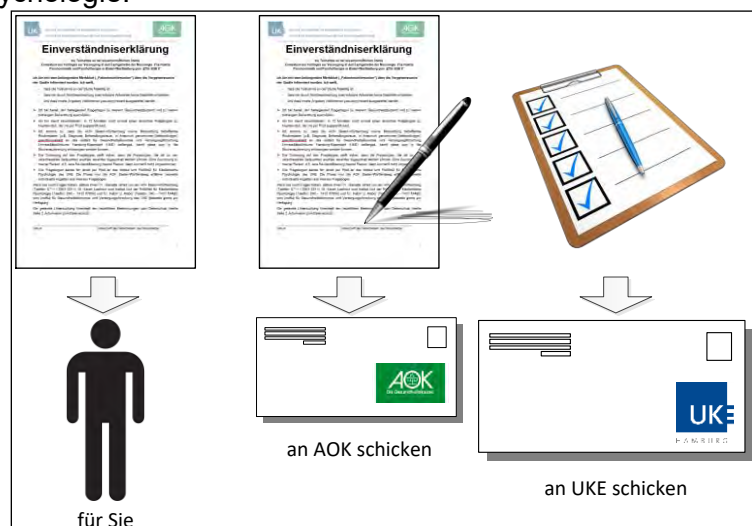
◆ **Welche Vorteile habe ich durch die Teilnahme an der Studie?**

Alle Studienteilnehmer/innen leisten einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung.

Zudem bedanken wir uns mit einer Aufwandsentschädigung im Wert **von 15 Euro**, wenn Sie uns beide Fragebögen vollständig zurücksenden. Unser Dankeschön an Sie wird dem zweiten Fragebogen beigelegt.

◆ **Wie kann ich an der Studie teilnehmen?**

Wenn Sie sich bereit erklären, an der Studie teilzunehmen, bitten wir Sie, **ein Exemplar der Einwilligungserklärung zu unterschreiben** und im kleinen Rückumschlag an die AOK Baden-Württemberg zurückzuschicken. Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie im großen Rückumschlag ohne Angabe von Name und Adresse an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie.



◆ **Muss ich als Patient/in irgendwelche Bedenken haben (z. B. Datenschutz)?**

Die Erhebung und Bearbeitung Ihrer persönlichen Daten unterliegt der Schweigepflicht und den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Ihre Daten werden pseudonymisiert² (verschlüsselt), das heißt Ihr Name und andere Identifikationsmerkmale werden durch eine mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombination (Code-Nummer) ersetzt, so dass Rückschlüsse auf Ihre Person ohne „Schlüssel“ nicht oder nur mit hohem Aufwand möglich sind. Die pseudonymisierten Daten der Befragung werden vom Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie ausgewertet und ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet. Auch die Verarbeitung, Auswertung und Speicherung der aufgezeichneten Daten für eine Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Studie erfolgt durch das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE in pseudonymisierter Form. Nach Ablauf dieser Zeit werden die Einwilligungserklärungen und die ausgefüllten Fragebögen in Papierform datenschutzkonform vernichtet. Unter Umständen werden Daten in anonymisierter³ elektronischer Form am Institut und Poliklinik des UKE darüber hinaus gespeichert.

Wissenschaftliche Veröffentlichungen erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form und lassen keinerlei Rückschlüsse auf die Person zu.

Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, hat ausschließlich der autorisierte, an diesem Forschungsvorhaben beteiligte Mitarbeiter der AOK Baden-Württemberg (Simon Beuerle). Das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie erhält keine Informationen zu Ihren persönlichen Daten (Name und Adresse). Ihre Angaben aus den Fragebögen werden nicht an Dritte weitergegeben – auch nicht an die AOK Baden-Württemberg.

Nur die Fragebögen der Versicherten, von denen der AOK Baden-Württemberg eine Einwilligungserklärung vorliegt, werden weiter verarbeitet und ausgewertet. Für diejenigen Versicherten, die mit der Teilnahme einverstanden sind, übermittelt die AOK Baden-Württemberg die Gruppenzugehörigkeit (Versorgung im Facharztprogramm, Hausarztprogramm oder in der Regelversorgung) sowie die Diagnose, aufgrund derer die Krankschreibung erfolgt ist, und gegebenenfalls weitere vorliegende Diagnosen pseudonymisiert an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg hat dieses Forschungsvorhaben überprüft und keine rechtlichen und/oder ethischen Bedenken gegen die Durchführung dieser Studie erhoben. Als Studienteilnehmer/in haben Sie das Recht, über die von Ihnen erhobenen Daten und anfallenden Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Sie haben das Recht, bis zur Anonymisierung zu den von Ihnen verarbeiteten personenbezogenen Daten Auskunft (Art. 15 Datenschutz-Grundverordnung, DSGVO) (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie), Berichtigung oder Vervollständigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) oder die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) zu verlangen, soweit die ggf. bestehenden gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Zudem können Sie verlangen, dass wir Ihnen die Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format übergeben (Art. 20 DSGVO). Bitte wenden Sie sich hierzu an Julia Magaard (Projektmitarbeiterin: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Telefon: 040 7410-56683).

² **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

³ **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz).

◆ Rechtsgrundlage: Europäische Datenschutz-Grundverordnung⁴

Die Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten sind in Einklang mit der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten bildet bei wissenschaftlichen Studien Ihre freiwillige schriftliche Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a), 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Wir beachten weiter die Deklaration von Helsinki (Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen) und die Leitlinie für Gute Klinische Praxis.

◆ Beschwerdemöglichkeit

Sie haben das **Recht, Beschwerde bei der/den Aufsichtsbehörde/n einzulegen**, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt:

Datenschutz: Kontaktdaten der Aufsicht der Studienleitung

Datenschutzbeauftragter:

Matthias Jaster

Martinstraße 52
20246 Hamburg
040 / 7410 – 56890
m.jaster@uke.de

Datenschutz-Aufsichtsbehörde:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz
Hamburg
Klosterwall 6
20095 Hamburg
040 / 42854 - 4040
mailbox@datenschutz.hamburg.de

Wir möchten Sie herzlich bitten, an der Studie teilzunehmen! Mit Ihrer Unterstützung sind die AOK Baden-Württemberg und die kooperierenden Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in der Lage, die Behandlung in Baden-Württemberg weiter zu verbessern.

Gerne beantwortet Julia Magaard (Projektmitarbeiterin am Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf) **alle Ihre Fragen zur Befragung unter der Rufnummer: 040 – 7410 56683.**

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Unterstützung und Mitarbeit!

⁴ Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie

„Evaluation des Vertrages zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gem. § 73c SGB V“

Ich bin mit dem Merkblatt „Patienteninformation“ über die Vorgehensweise der Studie informiert worden. Ich weiß,

- dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist,
 - dass mir durch Nichtbeantwortung oder kritische Antworten keine Nachteile entstehen
 - und dass meine Angaben pseudonymisiert ausgewertet werden.
- Ich bin bereit, den Fragebogen zu meinem Gesundheitszustand und zu meiner bisherigen Behandlung auszufüllen.
- Ich bin damit einverstanden, in 12 Monaten noch einmal einen ähnlichen Fragebogen zu beantworten, der mir per Post zugesandt wird.
- Ich willige ein, dass die AOK Baden-Württemberg (AOK BW) die Art der Versorgung (Teilnahme am Facharzt-Programm, Hausarzt-Programm oder der Regelversorgung) sowie die Diagnose auf der aktuellen Krankenschreibung und gegebenenfalls weitere vorliegende Diagnosen pseudonymisiert an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) weitergibt, damit diese dort in die Studiauswertung einbezogen werden können.
- Die Codierung auf den Fragebögen stellt sicher, dass die Fragebögen, die ich zu den verschiedenen Zeitpunkten ausfülle, einander zugeordnet werden können. Eine Zuordnung zu meiner Person, das heißt eine Re-Identifizierung meiner Person, wird nicht vorgenommen.
- Alle Fragebögen sende ich direkt per Post an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE. Die AOK BW erfährt keinerlei individuelle Angaben aus meinem Fragebogen.
- Diese Einwilligungserklärung sende ich **unterscriben** direkt an die AOK BW.
- Die zweite Ausfertigung der Einwilligungserklärung und die Patienteninformation sind für meine Unterlagen.

Gerne beantwortet Julia Magaard (Projektmitarbeiterin am Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf) **alle Ihre Fragen zur Befragung unter der Rufnummer: 040 – 7410 56683.**

Die gesamte Untersuchung unterliegt den rechtlichen Bestimmungen zum Datenschutz (siehe Seite 2 „Information zum Datenschutz“). Im Falle des Widerrufs der Einwilligungserklärung werden die bereits erhobenen Daten (auch pseudonymisierte Daten) gelöscht. Ein Widerruf bezüglich bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich. Meinen Widerruf kann ich richten an: Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, Gebäude W 26, 20246 Hamburg.

Information zum Datenschutz

Die Erhebung und Bearbeitung Ihrer persönlichen Daten unterliegt der Schweigepflicht und den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Ihre Daten werden pseudonymisiert¹ (verschlüsselt), das heißt Ihr Name und andere Identifikationsmerkmale werden durch eine mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombination (Code-Nummer) ersetzt, so dass Rückschlüsse auf Ihre Person ohne „Schlüssel“ nicht oder nur mit hohem Aufwand möglich sind. Die pseudonymisierten Daten der Befragung werden vom Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie ausgewertet und ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet. Auch die Verarbeitung, Auswertung und Speicherung der aufgezeichneten Daten für eine Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Studie erfolgt durch das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE in pseudonymisierter Form. Nach Ablauf dieser Zeit werden die Einwilligungserklärungen und die ausgefüllten Fragebögen in Papierform datenschutzkonform vernichtet. Unter Umständen werden Daten in anonymisierter² elektronischer Form am Institut und Poliklinik des UKE darüber hinaus gespeichert.

Wissenschaftliche Veröffentlichungen erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form und lassen keinerlei Rückschlüsse auf die Person zu.

Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, hat ausschließlich der autorisierte, an diesem Forschungsvorhaben beteiligte Mitarbeiter der AOK Baden-Württemberg (Simon Beuerle). Das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie erhält keine Informationen zu Ihren persönlichen Daten (Name und Adresse). Ihre Angaben aus den Fragebögen werden nicht an Dritte weitergegeben – auch nicht an die AOK Baden-Württemberg.

Nur die Fragebögen der Versicherten, von denen der AOK Baden-Württemberg eine Einwilligungserklärung vorliegt, werden weiter verarbeitet und ausgewertet. Für diejenigen Versicherten, die mit der Teilnahme einverstanden sind, übermittelt die AOK Baden-Württemberg die Gruppenzugehörigkeit (Versorgung im Facharztprogramm, Hausarztprogramm oder in der Regelversorgung) sowie die Diagnose, aufgrund derer die Krankenschreibung erfolgt ist, und gegebenenfalls weitere vorliegende Diagnosen pseudonymisiert an das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg hat dieses Forschungsvorhaben überprüft und keine rechtlichen und/oder ethischen Bedenken gegen die Durchführung dieser Studie erhoben. Als Studienteilnehmer/in haben Sie das Recht, über die von Ihnen erhobenen Daten und anfallenden Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Sie haben das Recht, bis zur Anonymisierung zu den von Ihnen verarbeiteten personenbezogenen Daten Auskunft (Art. 15 Datenschutz-Grundverordnung, DSGVO) (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie), Berichtigung oder Vervollständigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) oder die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) zu verlangen, soweit die ggf. bestehenden gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Zudem können Sie verlangen, dass wir Ihnen die Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format übergeben (Art. 20 DSGVO). Bitte wenden Sie sich hierzu an Julia Maggaard (Projektmitarbeiterin: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Telefon: 040 7410-56683).

Ich willige in die Teilnahme an dem beschriebenen Forschungsvorhaben mitsamt dem beschriebenen Datenschutz ein:

¹ **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

² **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz).

.....
Datum

.....
Unterschrift der Versicherten/des Versicherten

Anlage 6: Arbeitspaket 1: Tabelle 9: Stichprobencharakteristika der Teilnehmer*innen zu t0 und zu t1

Tabelle 9: Stichprobencharakteristika der Teilnehmer*innen zu t0 und zu t1

Variable (t0)	Vertrag	n (t1)	Teilnehmer*innen t1 (n=725)	n (t0)	Teilnehmer*innen t0 (n=1.104)
Alter (M, SD)	HzV	148	47.0 (11.1)	228	45.4 (11.6)
	RV	343	45.4 (12.4)	520	44.6 (12.7)
	PNP	217	49.1 (10.9)	292	48.8 (11.1)
Geschlecht [weiblich] (%)	HzV	148	68.9	230	66.1
	RV	345	68.1	528	65.5
	PNP	218	62.4	295	61.4
Anzahl der AU-Tage in den vorangegangenen 12 Monaten (M, SD)	HzV	139	32.6 (25.7)	222	39.0 (41.6)
	RV	333	44.6 (63.8)	503	42.7 (52.8)
	PNP	213	41.4 (44.2)	284	45.7 (51.4)
Medikamente aufgrund von psych./neuro. Erkrankung [ja] (%)	HzV	145	42.8	225	46.7
	RV	345	48.4	525	46.1
	PNP	217	58.1	292	55.5
Krankenhaustage aufgrund von psych./neuro. Erkrankung [ja] (%)	HzV	149	10.7	229	13.1
	RV	343	14.0	520	13.5
	PNP	215	13.5	288	14.9
Amb. Facharzt- /Psychotherapietermine aufgrund von psych./neuro. Erkrankung [≥ 1] (%)	HzV	150	58.0	232	59.1
	RV	351	64.1	532	60.3
	PNP	217	66.8	291	63.6
Psychische Summenskala (M, SD)	HzV	133	31.0 (13.8)	208	30.3 (13.4)
	RV	326	29.2 (12.8)	489	29.9 (13.0)
	PNP	195	31.2 (11.9)	260	31.4 (12.2)
Depressivität (M, SD)	HzV	150	11.3 (6.4)	223	12.2 (6.7)
	RV	350	12.5 (6.4)	532	12.5 (6.4)
	PNP	217	11.6 (5.8)	291	11.8 (6.0)
Ängstlichkeit (M, SD)	HzV	150	9.4 (5.5)	233	10.0 (5.7)
	RV	350	10.4 (5.7)	531	10.4 (5.7)
	PNP	218	9.9 (5.6)	293	10.1 (5.7)
Somatoforme Beschwerden (M, SD)	HzV	149	11.9 (6.7)	231	12.6 (6.6)
	RV	349	12.8 (6.6)	530	12.9 (6.6)
	PNP	218	13.3 (6.0)	293	13.5 (6.2)
Riskanter Alkoholkonsum [ja] (%)	HzV	144	10.4	224	12.9
	RV	346	18.8	523	18.9
	PNP	214	14.5	286	15.7
AU-Diagnose [Depression] (%)	HzV	151	65.6	242	66.1
	RV	353	58.6	554	59.7
	PNP	221	62.9	308	63.3

AU-Diagnose [Somato- forme Störung] (%)	HzV	151	21.2	242	19.8
	RV	353	28.9	554	28.0
	PNP	221	22.6	308	22.4
AU-Diagnose [Angststö- rung] (%)	HzV	151	10.6	242	11.2
	RV	353	16.1	554	14.3
	PNP	221	15.8	308	17.5
AU-Diagnose [Alkohola- busus] (%)	HzV	151	2.6	242	2.5
	RV	353	1.1	554	1.3
	PNP	221	0.9	308	0.6
AU-Diagnose [Multiple Sklerose] (%)	HzV	151	4.0	242	3.7
	RV	353	2.8	554	3.2
	PNP	221	2.7	308	2.6
AU-Diagnose [Schizo- phrenie] (%)	HzV	151	0.0	242	0.0
	RV	353	2.0	554	1.4
	PNP	221	2.3	308	1.9
AU-Diagnose [Bipolare Störung] (%)	HzV	151	0.0	242	0.2
	RV	353	0.0	554	0.4
	PNP	221	0.5	308	0.5

HzV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, M Mittelwert, SD Standardabweichung.

Anlage 7: Arbeitspaket 1: Tabelle 10: Dropout Teilnehmer*innen vs. Nicht-Teilnehmer*innen (Diagnosen im Vorjahreszeitraum)

Tabelle 10: Dropout Teilnehmer*innen vs. Nicht-Teilnehmer*innen (Diagnosen im Vorjahreszeitraum)

Diagnosen (Vorjahreszeitraum)	Gruppe	Teilnehmer*innen (n=1.110)	Nicht-Teilnehmer*innen (n=13.373)
Depression (%)	HZV	34.9	32.9
	RV	33.5	33.0
	PNP	31.7	30.1
Somatoforme Störung (%)	HZV	11.0	13.0
	RV	12.8	15.1
	PNP	10.0	11.3
Angststörung (%)	HZV	7.1	7.1
	RV	8.9	9.2
	PNP	8.4	7.3
Alkoholbezogene Störung (%)	HZV	2.1	1.7
	RV	1.3	1.6
	PNP	1.2	1.3
Neurodegenerative Störung (%)	HZV	2.5	1.4
	RV	2.5	1.6
	PNP	1.8	1.3
Psychotische Erkrankung (%)	HZV	0.3	0.8
	RV	0.8	0.8
	PNP	1.3	0.8

HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, M Mittelwert, SD Standardabweichung. 1.110 Teilnehmer*innen zu t0 inklusive 6 Teilnehmer*innen, die aufgrund von stornierten AU-Diagnosen nachträglich ausgeschlossen wurden.

Anlage 8: Arbeitspaket 1 - Tabelle 11: Nicht adjustierte und adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen mit den Gewichten der Hauptanalyse mit der primären Zielgröße psychischer Gesundheit gemäß SF-36(n=988)

Tabelle 11: Nicht adjustierte und adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen mit den Gewichten der Hauptanalyse mit der primären Zielgröße psychischer Gesundheit gemäß SF-36(n=988)

Variablen	RV (vor EB) n=493	HzV (vor EB) n=218	PNP n=277	RV (nach EB)	HzV (nach EB)
Alter (M, SD)	44,2 (12,77)	45,5 (11,58)	48,6 (11,10)	48,6 (11,10)	48,6 (11,09)
Geschlecht [weiblich] (%)	65,5	66,5	61,7	61,7	61,7
Schulabschluss ^a [(Fach)Abitur] (%)	32,0	27,0	22,7	22,7	22,7
Erwerbsstatus ^b [vollzeitbeschäftigt] (%)	63,0	57,7	60,0	60,0	60,0
Region ^c [Stadt] (%)	84,7	77,0	81,7	81,7	81,7
Selektion [Q2/Q3 2018] (%)	36,5	35,8	35,0	35,0	35,0
psychische Gesundheit gemäß SF-36 ^d (M, SD)	29,76 (12,92)	30,18 (13,41)	31,21 (12,29)	31,0 (12,85)	31,62 (11,97)
Depressivität ^e (M, SD)	12,48 (6,46)	12,20 (6,72)	11,71 (5,82)	12,10 (6,27)	12,28 (6,25)
Ängstlichkeit ^{f*} (M, SD)	10,29 (5,69)	10,04 (5,72)	10,04 (5,66)	10,18 (5,85)	10,05 (5,57)
Somatoforme Beschwerden ^g (M, SD)	12,78 (6,51)	12,57 (6,59)	13,44 (6,08)	13,57 (6,42)	13,79 (6,49)
Alkoholbezogene Beschwerden ^h (M, SD)	2,52 (2,33)	2,34 (2,15)	2,36 (2,14)	2,30 (2,15)	2,38 (2,27)
AU-Tage ⁱ (M, SD)	43,22 (52,12)	40,26 (42,68)	43,70 (47,05)	44,29 (52,74)	44,34 (48,11)
Amb. Facharzt- /Psychotherapietermine aufgrund von psych./ neuro. Erkrankung ^j [≥ 1] (%)	60,6	59,0	63,7	63,7	63,7
Krankenhaustage aufgrund von psych./ neuro. Erkrankung ^k [≥ 1] (%)	13,2	12,5	14,1	14,3	13,8
Medikamenteneinnahme aufgrund von psych./ neuro. Erkrankung ^l [ja] (%)	46,8	45,2	55,1	55,7	55,3
Körperliche Komorbidität (Anzahl an Diagnosegruppen) (M, SD)	1,39 (1,68)	1,29 (1,52)	2,0 (1,98)	2,0 (1,99)	2,0 (1,98)
Diagnose: Depression [ja] (%)	79,5	79,8	88,4	88,4	88,4

Diagnose: Somatoforme Störung [ja] (%)	46,7	34,9	43,7	43,7	43,7
Diagnose: Angststörung [ja] (%)	30,6	23,4	32,1	32,1	32,1

H_zV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogram (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, EB Entropy Balancing, M Mittelwert, SD Standardabweichung. ^a N=956, ^b N=974, ^c N=958, ^d N=928, ^e N=977, ^f N=978, ^g N=976, ^h N=957, ⁱ N=938, ^j N=977, ^k N=965, ^l N=965. * Anmerkung: Riskanter Alkoholkonsum ist für Frauen bei einem Punktwert von ≥ 4 und für Männer ab ≥ 5 .

Anlage 9: Arbeitspaket 1 - Tabelle 12: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße funktionale Gesundheit

Tabelle 12: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße funktionale Gesundheit

	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall	
Konstante	57,78	1,95	987	29,59	<,001	53,95;	61,62
RV zu PNP	-0,38	0,85	987	-0,45	,656	-2,05;	1,29
H _z V zu PNP	0,43	0,96	987	0,45	,654	-1,45;	2,31
Zeit [t ₁]	-0,13	0,68	987	-0,19	,852	-1,47;	1,21
Alter	-0,29	0,03	987	-9,99	<,001	-0,34;	-0,23
Geschlecht [männlich]	0,33	0,69	987	0,49	,626	-1,01;	1,68
AU-Diagnose: Alkoholabusus	1,89	2,95	987	0,64	,521	-3,89;	7,68
AU-Diagnose: Schizophrenie	2,33	2,99	987	0,78	,436	-3,54;	8,20
AU-Diagnose: Bipolare Störung	-0,63	4,19	987	-0,15	,880	-8,86;	7,59
AU-Diagnose: Depression	-0,03	1,24	987	-0,03	,978	-2,47;	2,40
AU-Diagnose: Angststörung	0,04	1,24	987	0,03	,973	-2,39;	2,47
AU-Diagnose: Somatoforme Störung	-2,62	1,29	987	-2,04	,042	-5,15;	-0,10
AU-Diagnose: Multiple Sklerose	-4,50	2,11	987	-2,14	,033	-8,63;	-0,36
Zeit * RV (vs. PNP (Interaktionsterm))	2,24	0,98	987	2,30	,022	0,33;	4,16
Zeit * H _z V (vs. PNP (Interaktionsterm))	-0,23	1,00	987	-0,22	,822	-2,19;	1,74

H_zV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade.

Anlage 10: Arbeitspaket 1 - Tabelle 13: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Depressivität

Tabelle 13: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Depressivität

	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall	
Konstante	11,07	1,12	1026	9,90	<,001	8,87;	13,26
RV zu PNP	0,25	0,48	1026	0,51	,609	-0,70;	1,19
H _z V zu PNP	0,06	0,54	1026	0,12	,904	-0,99;	1,12
Zeit [t _i]	-2,11	0,41	1026	-5,21	<,001	-2,91;	-1,32
Alter	-0,01	0,02	1026	-0,85	,393	-0,05;	0,02
Geschlecht [männlich]	-0,35	0,39	1026	-0,90	,371	-1,11;	0,41
AU-Diagnose: Alkoholabusus	-1,53	1,66	1026	-0,92	,357	-4,80;	1,73
AU-Diagnose: Schizophrenie	-0,09	1,69	1026	-0,05	,959	-3,40;	3,23
AU-Diagnose: Bipolare Störung	1,49	2,47	1026	0,60	,547	-3,36;	6,34
AU-Diagnose: Depression	2,37	0,71	1026	3,34	,001	0,98;	3,76
AU-Diagnose: Angststörung	0,69	0,71	1026	0,97	,331	-0,71;	2,09
AU-Diagnose: Somatoforme Störung	0,11	0,74	1026	0,15	,878	-1,33;	1,56
AU-Diagnose: Multiple Sklerose	-0,54	1,21	1026	-0,45	,653	-2,93;	1,84
Zeit * RV (vs. PNP (Interaktionsterm))	0,05	0,58	1026	0,08	,937	-1,09;	1,18
Zeit * H _z V (vs. PNP (Interaktionsterm))	0,37	0,59	1026	0,63	,530	-0,79	1,53

H_zV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade.

Anlage 11: Arbeitspaket 1 - Tabelle 14: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Ängstlichkeit

Tabelle 14: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Ängstlichkeit

	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall	
Konstante	8,92	1,01	1025	8,85	<,001	6,94;	10,89
RV zu PNP	0,07	0,43	1025	0,15	,879	-0,78;	0,92
HzV zu PNP	-0,27	0,48	1025	-0,55	,581	-1,22;	0,68
Zeit [t ₁]	-2,71	0,36	1025	-7,49	<,001	-3,42;	-2,00
Alter	-0,01	0,01	1025	-0,38	,707	-0,03;	0,02
Geschlecht [männlich]	-0,07	0,35	1025	-0,21	,831	-0,76;	0,61
AU-Diagnose: Alkoholabusus	-1,49	1,51	1025	-0,99	,324	-4,44;	1,47
AU-Diagnose: Schizophrenie	1,05	1,47	1025	0,72	,474	-1,83;	3,93
AU-Diagnose: Bipolare Störung	1,59	2,20	1025	0,72	,470	-2,72;	5,90
AU-Diagnose: Depression	2,00	0,63	1025	3,16	,002	0,76;	3,24
AU-Diagnose: Angststörung	1,49	0,64	1025	2,34	,019	0,24;	2,74
AU-Diagnose: Somatoforme Störung	0,14	0,66	1025	0,21	,836	-1,16;	1,43
AU-Diagnose: Multiple Sklerose	-1,20	1,09	1025	-1,10	,271	-3,35;	0,94
Zeit * RV (vs. PNP (Interaktionsterm))	0,69	0,52	1025	1,33	,185	-0,33;	1,70
Zeit * HzV (vs. PNP (Interaktionsterm))	0,96	0,53	1025	1,82	,069	-0,07;	2,00

HzV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade.

Anlage 12: Arbeitspaket 1 - Tabelle 15: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße somatoforme Beschwerden

Tabelle 15: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße somatoforme Beschwerden

	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall	
Konstante	10,12	1,17	1026	8,62	<,001	7,81;	12,42
RV zu PNP	-0,34	0,49	1026	-0,69	,490	-1,31;	0,63
HzV zu PNP	-0,57	0,56	1026	-1,01	,314	-1,67;	0,54
Zeit [t _i]	-1,08	0,38	1026	-2,87	,004	-1,82;	-0,34
Alter	0,05	0,02	1026	3,16	,002	0,02;	0,09
Geschlecht [männlich]	-1,32	0,41	1026	-3,20	,001	-2,13;	-0,51
AU-Diagnose: Alkoholabusus	-3,48	1,78	1026	-1,96	,050	-6,96;	0,01
AU-Diagnose: Schizophrenie	-1,24	1,71	1026	-0,73	,468	-4,60;	2,12
AU-Diagnose: Bipolare Störung	0,33	2,60	1026	0,13	,900	-4,78;	5,43
AU-Diagnose: Depression	1,55	0,74	1026	2,10	,036	0,10;	3,01
AU-Diagnose: Angststörung	0,92	0,74	1026	1,24	,214	-0,54;	2,39
AU-Diagnose: Somatoforme Störung	1,05	0,77	1026	1,36	,174	-0,46;	2,56
AU-Diagnose: Multiple Sklerose	-0,49	1,28	1026	-0,38	,704	-3,00;	2,03
Zeit * RV (vs. PNP (Interaktionsterm))	0,00	0,54	1026	-0,01	,994	-1,06;	1,05
Zeit * HzV (vs. PNP (Interaktionsterm))	0,06	0,55	1026	0,10	,918	-1,02;	1,13

HzV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade.

Anlage 13: Arbeitspaket 1 - Tabelle 16: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße alkoholbezogene Beschwerden

Tabelle 16: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße alkoholbezogene Beschwerden

	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall	
Konstante	2,44	0,38	1016	6,38	<,001	1,69;	3,20
RV zu PNP	0,04	0,16	1016	0,28	,780	-0,27;	0,35
H _z V zu PNP	-0,04	0,18	1016	-0,24	,813	-0,40;	0,32
Zeit [t ₁]	-0,21	0,11	1016	-2,00	,046	-0,42;	0,00
Alter	-0,01	0,01	1016	-1,65	,099	-0,02;	0,00
Geschlecht [männlich]	0,94	0,13	1016	7,01	<,001	0,68;	1,20
AU-Diagnose: Alkoholabusus	2,33	0,58	1016	4,03	<,001	1,20;	3,47
AU-Diagnose: Schizophrenie	-0,51	0,56	1016	-0,90	,369	-1,62;	0,60
AU-Diagnose: Bipolare Störung	-0,13	1,01	1016	-0,13	,894	-2,11;	1,84
AU-Diagnose: Depression	0,11	0,25	1016	0,45	,650	-0,37;	0,60
AU-Diagnose: Angststörung	-0,28	0,25	1016	-1,14	,253	-0,76;	0,20
AU-Diagnose: Somatoforme Störung	0,02	0,26	1016	0,06	,949	-0,49;	0,52
AU-Diagnose: Multiple Sklerose	-0,19	0,42	1016	-0,45	,656	-1,01;	0,64
Zeit * RV (vs. PNP (Interaktionsterm))	-0,07	0,15	1016	-0,48	,629	-0,38;	0,23
Zeit * H _z V (vs. PNP (Interaktionsterm))	0,04	0,16	1016	0,25	,800	-0,27;	0,35

H_zV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade.

Anlage 14: Arbeitspaket 1 - Tabelle 17: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Hausärzt*innen

Tabelle 17: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Hausärzt*innen

	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall
Konstante	23,17	29,85	646	0,78	,438	-35,44; 81,79
RV zu PNP	-1,67	1,87	646	-0,89	,373	-5,35; 2,01
H _z V zu PNP	-1,70	2,28	646	-0,75	,454	-6,18; 2,77
Alter	0,04	0,07	646	0,60	,551	-0,10; 0,18
Geschlecht [weiblich]	-6,05	1,74	646	-3,47	,001	-9,47; -2,63
AU-Diagnose: Depression [keine]	6,65	3,08	646	2,16	,031	0,61; 12,70
AU-Diagnose: Somatoforme Störung [keine]	6,13	3,17	646	1,94	,053	-0,08; 12,35
AU-Diagnose: Angststörung [keine]	6,37	3,16	646	2,02	,044	0,16; 12,57
AU-Diagnose: Alkoholabusus [keine]	2,38	6,79	646	0,35	,726	-10,95; 15,72
AU-Diagnose: Multiple Sklerose [keine]	2,63	5,30	646	0,50	,620	-7,78; 13,04
AU-Diagnose: Schizophrenie [keine]	4,57	6,63	646	0,69	,491	-8,45; 17,59
AU-Diagnose: Bipolare Störung [keine]	18,13	20,57	646	0,88	,379	-22,28; 58,53
Körperliche Komorbidität	-0,15	0,46	646	-0,31	,755	-1,06; 0,77
Urbanisierungsgrad [keine kreisfreien Großstädte]	9,77	6,20	646	1,58	,115	-2,40; 21,94
Urbanisierungsgrad [keine städtischen Kreise]	10,53	5,96	646	1,77	,078	-1,17; 22,24
Urbanisierungsgrad [keine ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen]	9,39	6,21	646	1,51	,131	-2,80; 21,59

H_zV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade.

Anlage 15: Arbeitspaket 1 - Tabelle 18: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Fachärzt*innen (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik)

Tabelle 18: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Fachärzt*innen (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik)

	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall
Konstante	58,44	38,48	338	1,52	,130	-17,25; 134,13
RV zu PNP	-4,36	2,73	338	-1,60	,111	-9,72; 1,01
H _z V zu PNP	-1,06	3,58	338	-0,30	,797	-8,11; 5,98
Alter	0,38	0,11	338	3,40	,001	0,16; 0,60
Geschlecht [weiblich]	0,15	2,65	338	0,06	,955	-5,05; 5,36
AU-Diagnose: Depression [keine]	-4,79	4,19	338	-1,14	,254	-13,03; 3,45
AU-Diagnose: Somatoforme Störung [keine]	-0,24	4,41	338	-0,05	,957	-8,91; 8,43
AU-Diagnose: Angststörung [keine]	-1,60	4,29	338	-0,37	,710	-10,02; 6,83
AU-Diagnose: Alkoholabusus [keine]	-7,20	10,28	338	-0,70	,484	-27,41; 13,02
AU-Diagnose: Multiple Sklerose [keine]	-12,48	6,26	338	-1,99	,047	-24,80; -0,17
AU-Diagnose: Schizophrenie [keine]	-5,64	7,00	338	-0,81	,421	-19,41; 8,13
AU-Diagnose: Bipolare Störung [keine]	6,63	22,40	338	0,30	,767	-37,43; 50,69
Körperliche Komorbidität	0,36	0,69	338	0,52	,603	-1,00; 1,72
Urbanisierungsgrad [keine kreisfreien Großstädte]	11,50	10,36	338	1,11	,268	-8,87; 31,87
Urbanisierungsgrad [keine städtischen Kreise]	8,14	10,01	338	0,81	,417	-11,56; 27,83
Urbanisierungsgrad [keine ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen]	10,70	10,36	338	1,03	,302	-9,68; 31,09

H_zV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade.

Anlage 16: Arbeitspaket 1 - Tabelle 19: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Psychotherapeut*innen

Tabelle 19: Ergebnisse des allgemeinen linearen gemischten Modells mit der sekundären Zielgröße Patientenzufriedenheit mit Psychotherapeut*innen

	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall
Konstante	62,57	34,09	271	1,84	,068	-4,55; 129,68
RV zu PNP	1,38	2,84	271	0,49	,627	-4,20; 6,96
H _z V zu PNP	-2,31	3,59	271	-0,64	,521	-9,37; 4,76
Alter	-0,01	0,11	271	-0,13	,895	-0,23; 0,20
Geschlecht [weiblich]	1,50	2,73	271	0,55	,582	-3,86; 6,87
AU-Diagnose: Depression [keine]	-2,08	4,38	271	-0,48	,635	-10,71; 6,55
AU-Diagnose: Somatoforme Störung [keine]	-0,89	4,62	271	-0,19	,847	-9,98; 8,20
AU-Diagnose: Angststörung [keine]	3,26	4,14	271	0,79	,431	-4,89; 11,42
AU-Diagnose: Alkoholabusus [keine]	-0,89	10,14	271	-0,09	,930	-20,85; 19,07
AU-Diagnose: Multiple Sklerose [keine]	-13,86	12,77	271	-1,09	,279	-38,99; 11,27
AU-Diagnose: Schizophrenie [keine]	1,70	9,29	271	0,18	,855	-16,58; 19,98
AU-Diagnose: Bipolare Störung [keine]	-	-	271	-	-	-
Körperliche Komorbidität	0,17	0,70	271	0,24	,810	-1,22; 1,55
Urbanisierungsgrad [keine kreisfreien Großstädte]	16,27	12,31	271	1,32	,187	-7,95; 40,50
Urbanisierungsgrad [keine städtischen Kreise]	13,34	11,98	271	1,11	,267	-10,25; 36,92
Urbanisierungsgrad [keine ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen]	12,84	12,25	271	1,05	,295	-11,27; 36,96

H_zV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade. *Anmerkung:* Bei der AU-Diagnose Bipolare Störung gab es in dieser Teilstichprobe keine Varianz.

Anlage 17: Arbeitspaket 1 - Tabelle 20: Ergebnisse der linearen gemischten Modelle zur Prüfung der Interaktionseffekte zwischen Zeit, Gruppe und AU-Diagnosen

Tabelle 20: Ergebnisse der linearen gemischten Modelle zur Prüfung der Interaktionseffekte zwischen Zeit, Gruppe und AU-Diagnosen

Interaktionsterm	Schätzer	SE	DF	t-Wert	p-Wert	95%-Konfidenzintervall	
Zeit*RV*AU-Diagnose Alkoholabusus	-11,46	12,32	987	-0,93	0,352	-35,63	12,71
Zeit*HzV*AU-Diagnose Alkoholabusus	8,43	11,32	987	0,74	0,457	-13,78	30,64
Zeit*RV*AU-Diagnose Schizophrenie	-1,98	11,16	987	-0,18	0,859	-23,88	19,91
Zeit*HzV*AU-Diagnose Schizophrenie	a	a	a	a	a	a	a
Zeit*RV*AU-Diagnose Bipolare Störung	a	a	a	a	a	a	a
Zeit*HzV*AU-Diagnose Bipolare Störung	a	a	a	a	a	a	a
Zeit*RV*AU-Diagnose Depression	4,78	2,76	987	1,73	0,084	-0,65	10,20
Zeit*HzV*AU-Diagnose Depression	-0,56	2,81	987	-0,20	0,843	-6,08	4,96
Zeit*RV*AU-Diagnose Angststörung	0,71	3,61	987	0,20	0,844	-6,37	7,79
Zeit*HzV*AU-Diagnose Angststörung	6,17	3,87	987	1,59	0,111	-1,42	13,77
Zeit*RV*AU-Diagnose Somatoforme Störung	0,50	3,15	987	0,16	0,873	-5,69	6,70
Zeit*HzV*AU-Diagnose Somatoforme Störung	-1,15	3,27	987	-0,35	0,726	-7,56	5,27
Zeit*RV*AU-Diagnose Multiple Sklerose	-14,99	7,50	987	-2,00	,046	-29,71;	-0,27
Zeit*HzV*AU-Diagnose Multiple Sklerose	-10,56	7,53	987	-1,40	,161	-25,35	4,22

HzV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), RV Regelversorgung, SE Standardfehler, DF Freiheitsgrade. Neben dem Interaktionsterm wurden in allen sieben Modellen feste Effekte für die Parameter Konstante, RV zu PNP, HzV zu PNP, Zeit, Alter, Geschlecht, AU-Diagnosen sowie die Zweifachinteraktionen: Zeit*RV, Zeit*HzV, RV*AU-Diagnose, HzV*AU-Diagnose, AU-Diagnose*Zeit aufgenommen. ^a Die Parameter des Interaktionsterms konnte aufgrund von fehlender Varianz nicht geschätzt werden.

Anlage 18: Arbeitspaket 2 - Tabelle 21: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den übrigen Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum

Tabelle 21: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den übrigen Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum

Kategorie	Variable	Kontrollgruppe (nicht adjustiert)				Interventionsgruppe	
		N=14,974		N=32,604		N=7,894	
		HZV		UC		PNP	
		M	SD	M	SD	M	SD
Einschluss- quartal	Erstes Quartal 2015	0.25*	0.43	0.25*	0.43	0.22	0.41
	Zweites Quartal 2015	0.25	0.43	0.24	0.43	0.24	0.43
	Drittes Quartal 2015	0.25	0.43	0.25	0.43	0.26	0.44
	Viertes Quartal 2015	0.26*	0.44	0.26*	0.44	0.28	0.45
Höchster Schul- abschluss	Allg. Hochschulreife	0.02	0.14	0.03*	0.16	0.02	0.14
	Mittlere Reife	0.05	0.21	0.05	0.22	0.04	0.21
	Hauptschulabschluss	0.5*	0.50	0.48	0.50	0.47	0.50
	Kein Schulabschluss	0.21	0.41	0.19*	0.39	0.21	0.41
	Keine Angabe	0.22*	0.42	0.25	0.43	0.26	0.44
Elixhauser (ICD-10)	Gewichtsverlust	0.01	0.11	0.02	0.12	0.01	0.11
	Elektrolytstörung	0.02	0.15	0.03	0.16	0.03	0.16
	Anämie	0.00	0.07	0.00	0.05	0.00	0.06
	Mangelanämie	0.05	0.21	0.04*	0.20	0.05	0.21
	Herzinsuffizienz	0.02*	0.15	0.02*	0.13	0.06	0.23
	Störung des Lungenkreislaufs	0.00*	0.05	0.00*	0.06	0.01	0.07
	Vaskuläre Erkrankungen	0.02*	0.13	0.02*	0.13	0.04	0.19
	Hypertonie (unkompliziert)	0.05*	0.21	0.02*	0.14	0.09	0.28
	Lähmung	0.01	0.09	0.01	0.09	0.01	0.10
	Neurodegenerative Erkrankung	0.04	0.19	0.04	0.18	0.04	0.19
	Nierenversagen	0.02*	0.13	0.01*	0.10	0.03	0.17
	Chronische Lebererkrankung	0.01*	0.08	0.01*	0.08	0.01	0.11
Lymphdrüsenkrebs	0.00	0.04	0.00	0.05	0.00	0.06	

	Metastase	0.00	0.06	0.00	0.07	0.01	0.07
	Gerinnungsstörungen	0.01	0.12	0.01*	0.11	0.02	0.13
	Regulär versichert	0.87*	0.33	0.83*	0.37	0.91	0.29
Versicherung gsstatus	Familienversichert	0.10*	0.30	0.11*	0.31	0.07	0.25
	Rentner	0.01	0.09	0.01	0.10	0.01	0.10
	Fehlender Versicherungsstatus	0.02*	0.13	0.05*	0.21	0.01	0.10

HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm inkl. PNP Vertrag, RV Regelversorgung, M Mittelwert, SD Standardabweichung, Mittelwerte und Standardabweichung wurden für den Vorjahreszeitraum bestimmt und auf die zweite Nachkommastelle gerundet., für alle dummy kodierten Variablen bedeutet die 1 dass der Status oder die Erkrankung vorhanden war, * bedeutet dass der Anteil oder der Mittelwert signifikant von dem der Interventionsgruppe auf einem Signifikanzniveau von 1% abweicht (berechnet mittels T-Test für unabhängige Stichproben oder Z-Test)

Anlage 19: Arbeitspaket 3 - Tabelle 22: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit der Arbeitsunfähigkeitsdiagnose Depression

Tabelle 22: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit der Arbeitsunfähigkeitsdiagnose Depression

Kategorie	Variable	Vertragszugehörigkeit					
		HZV N=8,019		PNP N= 4,657		RV N=16,361	
		M	SD	M	SD	M	SD
Kosten und Inanspruchnahme	Ambulante Kosten	603,51	532,04	946,24	704,42	574,91	594,39
	Stationäre Kosten	304,22	1362,14	454,66	1690,92	357,60	1490,62
	Medikamentenkosten	357,01	1157,81	547,95	1382,93	358,20	1283,63
	Krankengeldzahlungen	98,49	794,25	190,75	1166,19	97,46	818,10
	Arbeitsunfähigkeitstage	23,92	33,19	31,33	41,88	22,04	33,07
	Krankenhaustage	0,66	4,23	1,06	6,50	0,87	5,79
Sozio-demographische Variablen	Alter	43,89	12,13	47,58	11,19	43,10	12,43
	Geschlecht (1 = "männlich")	0,41	0,49	0,39	0,49	0,40	0,49
	Region: Land	0,19	0,39	0,16	0,36	0,14	0,35
	Region: Kleinstadt	0,69	0,46	0,70	0,46	0,67	0,47
	Region: Großstadt	0,12	0,33	0,14	0,35	0,19	0,39
	Familienversichert	0,09	0,29	0,06	0,24	0,10	0,30
	Regulär versichert	0,88	0,32	0,92	0,28	0,85	0,36
	Fehlender Versicherungsstatus	0,02	0,13	0,01	0,10	0,04	0,20
Rentner	0,01	0,09	0,01	0,10	0,01	0,10	
Einschlussquartal	Erstes Quartal 2015	0,25	0,43	0,22	0,41	0,25	0,43
	Zweites Quartal 2015	0,25	0,43	0,24	0,43	0,24	0,43
	Drittes Quartal 2015	0,25	0,43	0,26	0,44	0,25	0,43
	Viertes Quartal 2015	0,25	0,43	0,28	0,45	0,26	0,44
Elixhauser (ICD-10) (psychologisch)	Alkoholabhängigkeit	0,04	0,20	0,04	0,19	0,04	0,20
	Drogenmissbrauch	0,02	0,13	0,02	0,13	0,02	0,14
	Psychose	0,02	0,12	0,02	0,15	0,02	0,14
	Depression	0,91	0,29	0,92	0,27	0,91	0,28

Angststörung	0,14	0,35	0,19	0,39	0,16	0,37
Somatoforme Störung	0,19	0,39	0,24	0,43	0,22	0,41

N=29.037. HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm inkl. PNP Vertrag, RV Regelversorgung, M Mittelwert, SD Standardabweichung, Mittelwerte und Standardabweichung wurden für den Vorjahreszeitraum bestimmt und auf die zweite Nachkommastelle gerundet., für alle dummy kodierten Variablen bedeutet die 1 dass der Status oder die Erkrankung vorhanden war, * bedeutet dass der Anteil oder der Mittelwert signifikant von dem der Interventionsgruppe auf einem Signifikanzniveau von 1% abweicht (berechnet mittels T-Test für unabhängige Stichproben oder Z-Test)

Anlage 20: Arbeitspaket 3 - Tabelle 23: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit der Arbeitsunfähigkeitsdiagnose Depression

Tabelle 23: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit der Arbeitsunfähigkeitsdiagnose Depression

Kategorie	Variable	Vertragszugehörigkeit					
		RV N=8,501		GP N= 4,876		PNP N=3,574	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Elixhauser (ICD-10) (physiologic al)	Herzinsuffizienz	0,02	0,15	0,06	0,24	0,02	0,13
	Herzrhythmusstörung	0,05	0,22	0,08	0,28	0,06	0,23
	Herzklappenfehler	0,15	0,36	0,24	0,43	0,15	0,35
	Störung des Lungenkreislaufs	0,00	0,05	0,01	0,07	0,00	0,06
	Vaskuläre Erkrankungen	0,02	0,14	0,04	0,19	0,02	0,13
	Hypertonie (kompliziert)	0,25	0,43	0,35	0,48	0,22	0,42
	Hypertonie (unkompliziert)	0,05	0,21	0,09	0,29	0,02	0,15
	Lähmung	0,01	0,09	0,01	0,09	0,01	0,09
	Neurodegenerative Erkrankung	0,02	0,14	0,02	0,15	0,02	0,14
	COPD	0,21	0,41	0,25	0,44	0,19	0,39
	Diabetes (unkompliziert)	0,07	0,26	0,11	0,31	0,06	0,24
	Diabetes (kompliziert)	0,04	0,21	0,08	0,27	0,02	0,15
	Hypothyreose	0,28	0,45	0,37	0,48	0,26	0,44
	Nierenversagen	0,02	0,14	0,03	0,17	0,01	0,11
	Chronische Lebererkrankung	0,06	0,24	0,10	0,29	0,06	0,24
	Magengeschwür	0,01	0,08	0,01	0,10	0,01	0,08
	Lymphdrüsenkrebs	0,00	0,05	0,00	0,06	0,00	0,06
	Metastase	0,00	0,06	0,01	0,08	0,01	0,07
	Tumor ohne Metastasen	0,04	0,19	0,05	0,23	0,04	0,19
	Rheumatoide Arthritis	0,04	0,19	0,06	0,24	0,03	0,18
	Gerinnungsstörungen	0,01	0,11	0,02	0,13	0,01	0,10
	Adipositas	0,13	0,34	0,18	0,38	0,12	0,32
	Gewichtsverlust	0,01	0,12	0,01	0,11	0,02	0,13
	Elektrolytstörung	0,02	0,13	0,02	0,15	0,02	0,14

Anämie	0,01	0,07	0,00	0,06	0,00	0,06
Mangelanämie	0,04	0,19	0,05	0,21	0,04	0,19

N=29.037. HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm inkl. PNP Vertrag, RV Regelversorgung, M Mittelwert, SD Standardabweichung, Mittelwerte und Standardabweichung wurden für den Vorjahreszeitraum bestimmt und auf die zweite Nachkommastelle gerundet., für alle dummy kodierten Variablen bedeutet die 1 dass der Status oder die Erkrankung vorhanden war, * bedeutet dass der Anteil oder der Mittelwert signifikant von dem der Interventionsgruppe auf einem Signifikanzniveau von 1% abweicht (berechnet mittels T-Test für unabhängige Stichproben oder Z-Test)

Anlage 21: Arbeitspaket 3 - Tabelle 24: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit einer mittelschweren oder schweren Depression

Tabelle 24: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit einer mittelschweren oder schweren Depression

Kategorie	Variable	Vetragszugehörigkeit					
		RVN=8,501		GP N= 4,876		PNP N=3,574	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Direkte und indirekte Kosten und Inanspruchnahme	Ambulante Kosten	574.91*	594.39	603.51*	532.04	946.24	704.42
	Stationäre Kosten	357.60*	1490.62	304.22*	1362.14	454.66	1690.92
	Medikamentenkosten	358.20*	1283.63	357.01*	1157.81	547.95	1382.93
	Krankengeldzahlungen	97.46*	818.1	98.49*	794.25	190.75	1166.19
	Arbeitsunfähigkeitstage	22.04*	33.07	23.92*	33.19	31.33	41.88
	Krankenhaustage	0.87	5.79	0.66*	4.23	1.06	6.50
Schweregrad	mittelschwere Erstepisode	0.33	0.47	0.39*	0.49	0.35	0.48
	mittelschwere, rezidivierende Episode	0.27*	0.44	0.29*	0.46	0.32	0.47
	schwere Erstepisode	0.17*	0.37	0.13	0.33	0.12	0.32
	schwere, rezidivierende Episode	0.24	0.42	0.19*	0.39	0.22	0.41
Sozio-demographische Variablen	Alter	43.10*	12.43	43.89*	12.13	47.58	11.19
	Geschlecht (1 = "männlich")	0.40	0.49	0.41	0.49	0.39	0.49
	Region: Land	0.14	0.35	0.19*	0.39	0.16	0.36
	Region: Kleinstadt	0.67*	0.47	0.69	0.46	0.70	0.46
	Region: Großstadt	0.19*	0.39	0.12*	0.33	0.14	0.35
Einschlussquartal	Erstes Quartal 2015	0.25*	0.43	0.25*	0.43	0.22	0.41
	Zweites Quartal 2015	0.24	0.43	0.25	0.43	0.24	0.43
	Drittes Quartal 2015	0.25	0.43	0.25	0.43	0.26	0.44
	Viertes Quartal 2015	0.26*	0.44	0.25*	0.43	0.28	0.45
Elixhauser (ICD-10) (physiologische)	Alkoholabhängigkeit	0.04	0.20	0.04	0.20	0.04	0.19
	Drogenmissbrauch	0.02	0.14	0.02	0.13	0.02	0.13
	Psychose	0.02	0.14	0.02*	0.12	0.02	0.15
	Depression	0.91	0.28	0.91	0.29	0.92	0.27

Angststörung	0.16*	0.37	0.14*	0.35	0.19	0.39
Somatoforme Störung	0.22*	0.41	0.19*	0.39	0.24	0.43

N=16.951. HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm inkl. PNP Vertrag, RV Regelversorgung, M Mittelwert, SD Standardabweichung, Mittelwerte und Standardabweichung wurden für den Vorjahreszeitraum bestimmt und auf die zweite Nachkommastelle gerundet., für alle dummy kodierten Variablen bedeutet die 1 dass der Status oder die Erkrankung vorhanden war, * bedeutet dass der Anteil oder der Mittelwert signifikant von dem der Interventionsgruppe auf einem Signifikanzniveau von 1% abweicht (berechnet mittels T-Test für unabhängige Stichproben oder Z-Test)

Anlage 22: Arbeitspaket 3 - Tabelle 25: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit einer mittelschweren oder schweren Depression

Tabelle 25: Nicht adjustierte Mittelwerte und Standardabweichung zu den Kontrollvariablen für den individuellen Vorjahreszeitraum der Versicherten mit einer mittelschweren oder schweren Depression

Kategorie	Variable	Vertragszugehörigkeit					
		RV N=8,501		HZV N= 4,876		PNP N=3,574	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Elixhauser (ICD-10) (physiologisch)	Herzinsuffizienz	0.02*	0.13	0.02*	0.15	0.06	0.24
	Herzrhythmusstörung	0.06*	0.23	0.05*	0.22	0.08	0.28
	Herzklappenfehler	0.15*	0.35	0.15*	0.36	0.24	0,43
	Störung des Lungenkreislaufs	0.00	0.06	0.00*	0.05	0.01	0.07
	Vaskuläre Erkrankungen	0.02*	0.13	0.02*	0.14	0.04	0.19
	Hypertonie (kompliziert)	0.22*	0.42	0.25*	0.43	0.35	0.48
	Hypertonie (unkompliziert)	0.02*	0.15	0.05*	0.21	0.09	0.29
	Lähmung	0.01	0.09	0.01	0.09	0.01	0.09
	Neurodegenerative Erkrankung	0.02	0.14	0.02	0.14	0.02	0.15
	COPD	0.19*	0.39	0.21*	0.41	0.25	0.44
	Diabetes (unkompliziert)	0.06*	0.24	0.07*	0.26	0.11	0.31
	Diabetes (kompliziert)	0.02*	0.15	0.04*	0.21	0.08	0.27
	Hypothyreose	0.26*	0.44	0.28*	0.45	0.37	0.48
	Nierenversagen	0.01*	0.11	0.02*	0.14	0.03	0.17
	Chronische Lebererkrankung	0.06*	0.24	0.06*	0.24	0.10	0.29
	Magengeschwür	0.01	0.08	0.01	0.08	0.01	0.10
	Lymphdrüsenkrebs	0.00	0.06	0.00	0.05	0.00	0.06
	Metastase	0.01	0.07	0.00	0.06	0.01	0.08
	Tumor ohne Metastasen	0.04*	0.19	0.04*	0.19	0.05	0.23
	Rheumatoide Arthritis	0.03*	0.18	0.04*	0.19	0.06	0.24
Gerinnungsstörungen	0.01*	0.10	0.01	0.11	0.02	0.13	
Adipositas	0.12*	0.32	0.13*	0.34	0.18	0.38	
Gewichtsverlust	0.02*	0.13	0.01	0.12	0.01	0.11	

Elektrolytstörung	0.02	0.14	0.02	0.13	0.02	0.15
Anämie	0.00	0.06	0.01	0.07	0.00	0.06
Mangelanämie	0.04	0.19	0.04	0.19	0.05	0.21

N=16.951. HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm inkl. PNP Vertrag, RV Regelversorgung, M Mittelwert, SD Standardabweichung, Mittelwerte und Standardabweichung wurden für den Vorjahreszeitraum bestimmt und auf die zweite Nachkommastelle gerundet., für alle dummy kodierten Variablen bedeutet die 1 dass der Status oder die Erkrankung vorhanden war, * bedeutet dass der Anteil oder der Mittelwert signifikant von dem der Interventionsgruppe auf einem Signifikanzniveau von 1% abweicht (berechnet mittels T-Test für unabhängige Stichproben oder Z-Test)

Anlage 23: Arbeitspaket 3 – Tabelle 26: Aggregierte Hospitalisierungsrate und Anteile der Versicherten je Schweregrad die innerhalb der ersten 12 Monate mindestens 10 Psychotherapiestunden und/oder eine angemessene Pharmakotherapie mit Antidepressiva erhalten

Tabelle 26: Aggregierte Hospitalisierungsrate und Anteile der Versicherten je Schweregrad die innerhalb der ersten 12 Monate mindestens 10 Psychotherapiestunden und/oder eine angemessene Pharmakotherapie mit Antidepressiva erhalten

	Unspezifisch / leicht	Mittelschwere Depression		Schwere Depression	
		Erste Epi- sode	Rezidivierende Episode	Erste Epi- sode	Rezidivierende Episode
N	6294	5918	4879	2458	3696
Adäquate Pharmakot. & ≥10 PT-Sitzungen	15.4%	13.9%	17.7%	19%	22.9%
≥10 PT-Sitzungen	1.6%	4.5%	8.3%	5.4%	12.9%
Adäquate Pharmakot.	2.9%	5.9%	6.5%	3.1%	3.9%
Keine empfohlene Therapie**	80.2%	75.7%	67.5%	72.4%	60.3%

RV Regelversorgung, HZV hausarztzentrierte Versorgung, PNP Facharztprogramm (beinhaltet den Selektivvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie), N Stichprobenumfang, ** es wurde sich an den Empfehlungen der S3-Leitlinien zur Behandlung von Depression orientiert. Für die vollständige Operationalisierung von adäquater Pharmakotherapie siehe Abschnitt Methodik und Operationalisierung.

Anlage 24: Arbeitspaket 3 – Abbildung 7: Einfluss der Vertragszugehörigkeit (Facharztprogramm inkl. PNP vs. Regelversorgung) und der kumulierten Anzahl von AU-Monaten (Monate, in denen ein Versicherter aufgrund einer der Fokuserkrankungen arbeitsunfähig geschrieben war) auf die Wahrscheinlichkeit eine weitere Therapiestunde zu erhalten.

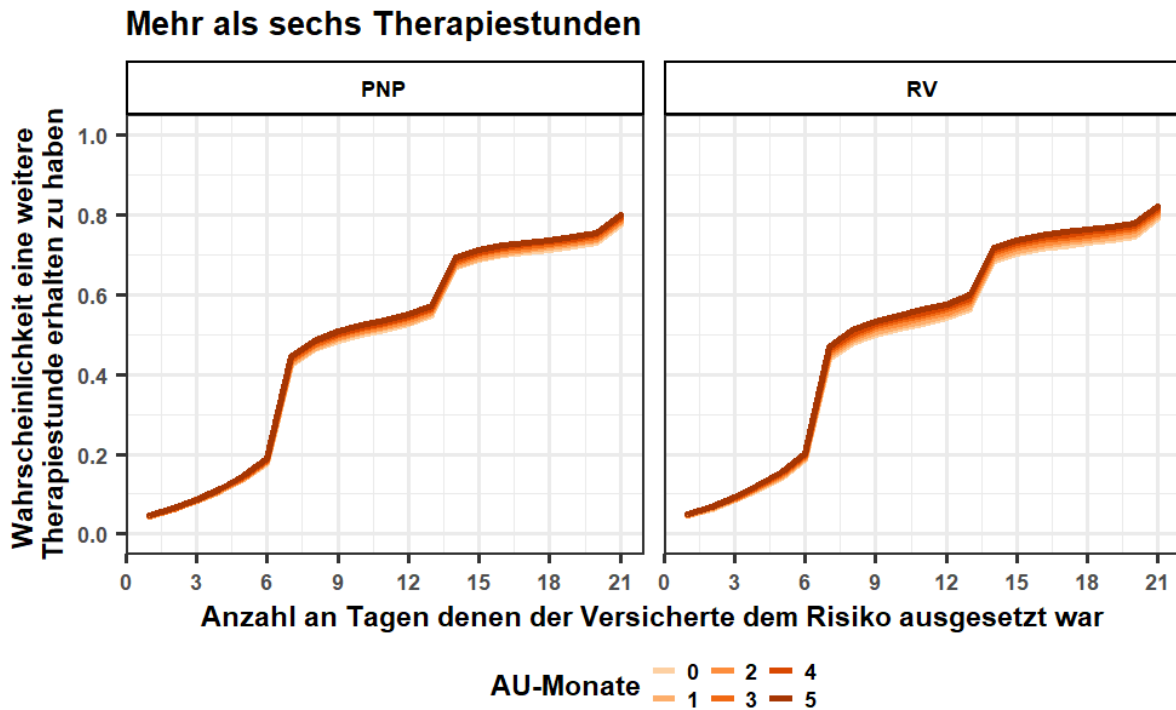


Abbildung 7: Einfluss der Vertragszugehörigkeit (Facharztprogramm inkl. PNP vs. Regelversorgung) und der kumulierten Anzahl von AU-Monaten (Monate, in denen ein Versicherter aufgrund einer der Fokuserkrankungen arbeitsunfähig geschrieben war) auf die Wahrscheinlichkeit eine weitere Therapiestunde zu erhalten.

Anlage 25: Arbeitspaket 4 - Interviewleitfaden: qualitative Interviews mit PNP-Behandler*innen

Interviewleitfaden: qualitative Interviews mit PNP-Behandler*innen

Code: _____	Interviewerin: SL / JM	Ort: Praxis	Datum: __ . __ . 2018
-------------	------------------------	-------------	-----------------------

Einleitung

Die folgenden Fragen befassen sich mit **Ihren Erfahrungen und Einschätzungen zum Facharztvertrag PNP**. Wir möchten Sie persönlich in Ihrer Rolle als **Vertreter/in und Expert/in für Ihre/r Berufsgruppe** (psychotherapeutisch tätige Hausärzte/-ärztinnen / Fachärzte/-ärztinnen / Psychotherapeuten/-therapeutinnen mit einer Teilnahme am PNP-Vertrag) befragen. Ziel dieser Befragung ist es, ein möglichst **ganzheitliches Bild verschiedener Bewertungen des PNP-Vertrags** und einzelner Vertragsteile, mit positiven sowie negativen Aspekten, zu erhalten. Auf der Grundlage der Interviews werden wir einen **Fragebogen erstellen**, der allen Behandlern im PNP-Vertrag zugesendet wird, um die Bewertung und Akzeptanz des PNP-Vertrages aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte/-ärztinnen, Fachärzte/-ärztinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen zu beurteilen. Sowohl die Teilnahme am Interview als auch am Fragebogen ist **freiwillig** und Ihre Daten werden **anonym** ausgewertet. Zur Qualitätssicherung nehmen wir das Interview auf. Diese **Audioaufnahme** werden wir anschließend transkribieren und anonymisiert auswerten. Die AOK Baden-Württemberg erhält lediglich **anonymisierte und aggregierte Daten über diese Behandlerbefragung** (z.B. zusammengefasste/kategorisierte Aussagen, Mittelwerte, Prozentangaben) und erhält **keinerlei Rückmeldung zu Ihrer Studienteilnahme**.

- Haben Sie noch weitere Fragen?
- Einwilligungserklärung & Aufwandsentschädigung
- Audioaufnahme starten

Allgemeine Angaben

1. Ihr Geschlecht	<input type="radio"/> ₁ weiblich <input type="radio"/> ₂ männlich
2. Ihr Geburtsjahr	19____
3. Seit wie vielen Jahren sind Sie als Arzt/Psychotherapeut tätig?	___ Jahre
4. Seit wie vielen Jahren sind Sie in der ambulanten Versorgung tätig?	___ Jahre
5. Wie viele Jahre nehmen Sie bereits am PNP-Vertrag teil?	___ Jahre
6. In welchen PNP-Modulen sind Sie eingeschrieben?	<input type="radio"/> ₁ Psychotherapie <input type="radio"/> ₂ Psychiatrie <input type="radio"/> ₃ Neurologie
7. Wie viele Patient/-innen behandeln Sie ca. im Quartal?	___ Patient/-innen
8. Wie viele davon sind bei der AOK versichert?	___ Patient/-innen / ___ %
9. Wie viele davon sind im PNP-Vertrag eingeschrieben?	___ Patient/-innen / ___ %
10. Wenn Sie psychotherapeutisch tätig sind: In welchen therapeutischen Verfahren sind Sie <u>ausgebildet</u> ? (Mehrfachnennungen sind möglich)	<input type="radio"/> ₁ Psychoanalyse <input type="radio"/> ₂ Tiefenpsychologische Psychotherapie <input type="radio"/> ₃ Verhaltenstherapie

	<input type="radio"/> 4 Systemische Therapie <input type="radio"/> 5 Gesprächspsychotherapie <input type="radio"/> 6 Anderes: _____
11. Wenn Sie psychotherapeutisch tätig sind: Behandeln Sie Patient/-innen im Gruppensetting? Wie viele?	<input type="radio"/> 0 nein <input type="radio"/> 1 ja -> ___ Patient/-innen / ___ %
12. Wenn Sie Fachärztin/Facharzt sind: Welchen Facharztstitel haben Sie?	<input type="radio"/> 1 FA für Allgemeinmedizin <input type="radio"/> 2 FA für Innere Medizin <input type="radio"/> 3 FA für Neurologie <input type="radio"/> 4 FA für Nervenheilkunde <input type="radio"/> 5 FA für Neurologie und Psychiatrie <input type="radio"/> 6 FA für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="radio"/> 7 FA für Psychosomatische Medizin und PT <input type="radio"/> 8 FA für Psychotherapeutische Medizin <input type="radio"/> 9 Anderer: _____

Motivation zur Teilnahme / Vorteile

- 1.) Was waren Ihre **Gründe** zur Teilnahme am PNP-Vertrag?
- 2.) Hat sich das bestätigt?
- 3.) Welche weiteren **Vorteile** haben Sie von der Teilnahme am PNP-Vertrag?
- 4.) Was können Sie sich für weitere Gründe zur Teilnahme am PNP-Vertrag für Ihre **Berufsgruppe** vorstellen?

Teilnahme-Hindernisse / Nachteile

- 5.) Hatten Sie auch **Bedenken** bezüglich der Teilnahme am PNP-Vertrag? Welche waren das?
- 6.) Hat sich das bestätigt?
- 7.) Welche weiteren **Nachteile** bzw. **Herausforderungen** ergeben sich durch Ihre Teilnahme am PNP-Vertrag?
- 8.) Welche weiteren Bedenken und Barrieren könnte es aus Sicht Ihrer **Berufsgruppe** bezüglich der Teilnahme am PNP-Vertrag geben?

Erfahrungen mit dem und Bewertungen des PNP-Vertrags

Patientenbehandlung

- 9.) Bietet der PNP-Vertrag Ihnen die Möglichkeit Patient/-innen mit PNP-Vertrag **anders zu behandeln** als Patient/-innen der Regelversorgung?
 - a. Wenn nein, warum nicht?
 - b. Wenn ja, inwiefern unterscheidet sich die Behandlung?
 - i. **Behandlungsergebnisse?**
 - ii. **Indikation** (profitieren einzelne Patientengruppen)?
 - iii. **Frühzeitige Behandlung?**
 - iv. **Leitlinien-gerechtere Behandlung?**

Vergütung

- 10.) Welche **Vorteile** bringt der Leistungskatalog mit sich?
- 11.) Welche **Schwierigkeiten** bringt der Leistungskatalog mit sich?
- 12.) Wie könnte der Leistungskatalog **verbessert** werden?

Organisation und Rahmen

- 13.) Inwiefern hat sich Ihr **Arbeitsalltag** seit der Teilnahme am PNP-Vertrag verändert?

- 14.) Wie empfinden Sie die **Zusammenarbeit** mit der AOK Baden-Württemberg?
- 15.) Wie zufrieden sind Sie mit der **Organisation** (Einschreibung, Fortbildungen)?
- Weshalb?
 - Was könnte an der Organisation verbessert werden?
- 16.) Wie erleben Sie die **Anforderungen** an Sie durch **Schulungen** und **Qualitätsmaßnahmen**?
- Was könnte an den Schulungen und Qualitätsmaßnahmen verbessert werden?
- 17.) Gab es Schwierigkeiten mit der **Anschaffung und Umstellung auf neue Soft- und Hardware** (z.B. Vertragssoftware, Onlinefähigkeit)?

Kommunikation/ interprofessionelle Zusammenarbeit

- 18.) Welche Erfahrungen haben Sie mit der **interprofessionellen Zusammenarbeit** im Rahmen des PNP-Vertrages gemacht?
- Mit Hausärzten/-ärztinnen
 - Mit Fachärzten/-ärztinnen
 - Mit Psychotherapeuten/-therapeutinnen
 - Mit Sozialem Dienst der AOK BW
 - Mit sonstigen
 - Zufriedenheit?**
 - Verbesserungsvorschläge?**

Weitere Fragen

- 19.) Welche Aspekte sollten in der Fragebogenbefragung der PNP-Behandler/-innen berücksichtigt werden, die wir noch nicht besprochen haben?

Abschluss

- Weitere Planung:
 - o Auswertung der Interviews
 - o Erstellung eines Behandler-Fragebogens
 - o Versendung des Fragebogens an alle teilnehmenden PNP-Behandler
- Aufwandsentschädigung auszahlen (Verzögerung durch Verwaltung)
- Dank und Verabschiedung



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter
Projektleiter & Direktor

Martinstraße 52
20246 Hamburg

Ansprechpartnerin:

Julia Magaard

M.Sc. Psych.

Gebäude W26, Raum 375

Telefon: +49 (0) 40 7410-56683

Fax: +49 (0) 40 7410-58170

j.magaard@uke.de

www.uke.de

Befragung der Behandlerinnen und Behandler

im PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg

im Rahmen der Studie Evaluation des Vertrages zur Versorgung in den Fachgebieten der

Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg

gemäß §73c SGB V (alte Fassung)

ID:

Datum: ____ . ____ . 2018

Sehr geehrte Behandlerin, sehr geehrter Behandler,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung zur Evaluation des PNP-Vertrages der AOK Baden-Württemberg (AOK BW).

Bitte lesen Sie alle Fragen sorgfältig durch und geben Sie auf jede Frage die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft. Einige Fragen beziehen sich nur auf bestimmte Module (z.B. Psychiatrie). Wenn Sie in dem genannten Modul nicht tätig sind, können Sie „nicht zutreffend“ ankreuzen. Ihre Angaben werden ausschließlich pseudonymisiert ausgewertet.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für die Teilnahme!

I. Motivation zur Teilnahme

Was waren Ihre Gründe zur Teilnahme am PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg?		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
1.	Bitte von zuweisenden Ärzt*innen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.	Anfrage von Patient*innen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.	Anregung der Berufsverbände	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4.	Anfrage vom MEDI-Verbund oder der AOK BW	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5.	Verbesserter Zugang der Patient*innen zur Versorgung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6.	Verbesserte Versorgung der Patient*innen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7.	Verbesserte Koordination und Kooperation mit Kolleg*innen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8.	Verbesserte Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9.	Gezielte Förderung von psychosozialer Behandlung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
10.	Gezielte Förderung von Prävention und Prophylaxe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
11.	Alternative Abrechnungsmöglichkeit zur KV ohne Fallzahlbegrenzung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Weitere mögliche Gründe für die Teilnahme an dem Modul Psychotherapie:					
<input type="radio"/> 99 für mich nicht zutreffend, da nicht im Modul Psychotherapie		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
12.	Wegfall des Gutachterverfahrens für Psychotherapie	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
13.	Möglichkeit andere Verfahren, Methoden und Techniken anzubieten (z.B. Systemische Therapie, EMDR)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
14.	Flexibilität in der Gestaltung des Settings (z.B. Dauer, Frequenz)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
15.	Gezielte Förderung der ersten Therapiesitzungen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.	Keine Begrenzung des Kontingents für niederfrequente Psychotherapie	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
17.	Gezielte Förderung der Kinder- und Jugendpsychotherapie	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
18.	Gezielte Förderung der Gruppenpsychotherapie	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
19.	Bessere Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
20.	Sonstiges, nämlich: _____				

Weitere mögliche Gründe für die Teilnahme an den Modulen Neurologie und Psychiatrie:					
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
	<input type="radio"/> ₉₉ für mich nicht zutreffend, da nicht im Modul Psychiatrie oder Neurologie				
21.	Mehr Zeit für ärztliche Beratungsgespräche und Gesprächsbehandlungen durch die bessere Vergütung	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
22.	Zusatzpauschalen und abrechenbare Einzelleistungen für mehr Koordination und Kooperation	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
23.	Zusatzpauschalen und abrechenbare Einzelleistungen für Monitoring	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
24.	Weitere Zuschläge (z.B. Strukturzuschläge)	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
25.	Sonstiges, nämlich: _____				

II. Zufriedenheit mit der Teilnahme

Inwiefern treffen folgende Aussagen aus Ihrer Sicht zu?		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
1.	Insgesamt bin ich mit dem PNP-Vertrag zufrieden.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
2.	Die Teilnahme am PNP-Vertrag ist insgesamt gut organisiert.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
3.	Meine Erwartungen an die Teilnahme haben sich erfüllt.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
4.	Ich würde die Teilnahme Kolleg*innen empfehlen.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
5.	Die Teilnahme für Patient*innen hat sich aus meiner Sicht klinisch bewährt.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
6.	Insgesamt bin ich mit der Vergütung im PNP-Vertrag zufrieden.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

Ich bin zufrieden mit der Zusammenarbeit mit ...					keine Zusammenarbeit (z.B. mit eigener Berufsgruppe)	
	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu		
7.	... den Hausarzt*innen in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₉₉
8.	... den Psychotherapeut*innen im PNP-Vertrag	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₉₉
9.	... den Psychiater*innen im PNP-Vertrag	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₉₉
10.	... den Neurolog*innen im Modul Neurologie	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₉₉
11.	... dem Sozialen Dienst der AOK	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₉₉
12.	... der AOK Baden-Württemberg	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₉₉
13.	... dem MEDI-Verbund	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₉₉

III. Indikationen

Durch die Teilnahme am PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg profitieren aus meiner Sicht Patient*innen ...		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
1.	... in akuten Krisensituationen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.	... mit chronischen, psychischen oder neurologischen, Erkrankungen (z.B. rezidivierenden depressiven Erkrankungen, Multiple Sklerose)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.	... mit komorbiden Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose und Epilepsie)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4.	... mit erhöhtem psychosozialen Unterstützungsbedarf	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5.	... die minderjährig sind	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6.	... Sonstige, nämlich: _____				
7.	Gibt es Patient*innen, die weniger von der Teilnahme am PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg profitieren? Wenn ja, welche? _____	nein <input type="radio"/> 0			ja <input type="radio"/> 1

IV. Zugang zur Versorgung

Durch die Teilnahme am PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg ...		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
1.	... kann ich eine frühzeitigere, bedarfsgerechte Behandlung von Patient*innen gewährleisten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.	... kommen mehr schwer erkrankte Patient*innen in meine Praxis	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.	... kommen mehr sozial am Rande stehende Patient*innen in meine Praxis	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4.	... konnte ich zusätzliche ärztliche oder psychotherapeutische Kolleg*innen in meiner Praxis einstellen	nein <input type="radio"/> 0			ja <input type="radio"/> 1
5.	Gibt es auch Probleme beim Zugang? Wenn ja, welche? _____	nein <input type="radio"/> 0			ja <input type="radio"/> 1

V. Diagnostik und Behandlung

Durch die Teilnahme am PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg					
...		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
1.	... stelle ich spezifischere Diagnosen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.	... plane ich individuellere und flexiblere Behandlungen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.	... setze ich Leitlinienempfehlungen in meiner Praxis besser um	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4.	... setze ich die indizierten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen besser um	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5.	... kann Fehlversorgung eher reduziert werden	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6.	... können Krankenhausaufenthalte vermindert werden	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<hr/>					
Inwiefern treffen folgende Aussagen aus Ihrer Sicht zu?					
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
7.	Von der vernetzten Versorgungsgestaltung im PNP-Vertrag bin ich überzeugt.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8.	Die diagnosebezogenen Versorgungspfade und Behandlungsserien des PNP-Vertrages sind verständlich.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9.	Die diagnosebezogenen Versorgungspfade und Behandlungsserien des PNP-Vertrages sind hilfreich für die Patientenversorgung.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
10.	Die ICD-konforme Diagnosestellung bestimmt die Qualität einer adäquaten und leitlinienkonformen Behandlung.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<hr/>					
<u>Nur für Teilnehmende am Modul Psychotherapie:</u>					
O ₉₉ für mich nicht zutreffend, da nicht im Modul Psychotherapie					
Durch die Teilnahme am PNP-Vertrag der AOK BW ...					
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
11.	... behandle ich akute Patient*innen frühzeitiger und bei Bedarf hochfrequenter	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
12.	... führe ich Patient*innen besser den indizierten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden zu	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
13.	... habe ich bei Kindern und Jugendlichen mehr Zeit für die Diagnostik	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
O ₉₉ für mich nicht zutreffend, da ich keine Kinder und Jugendlichen behandle					
<hr/>					
<u>Nur für Teilnehmende an den Modulen Psychiatrie und Neurologie:</u>					
O ₉₉ für mich nicht zutreffend, da nicht im Modul Psychiatrie oder Neurologie					
Durch die Teilnahme am PNP-Vertrag der AOK BW ...					
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
14.	... erstelle ich häufiger individuelle Versorgungspläne	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
15.	... setze ich rationale Pharmakotherapien einschließlich Monitoring besser um	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.	... habe ich mehr Zeit für ärztliche Beratungsgespräche und Gesprächsbehandlungen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

17 Für alle: Gibt es auch Probleme bei der Diagnostik und Behandlung?	nein <input type="radio"/> 0	ja <input type="radio"/> 1
Wenn ja, welche?		

VI. Kooperation und Koordination der Behandlung

Inwiefern treffen folgende Aussagen aus Ihrer Sicht zu?

Durch die Teilnahme am PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
--	--------------------	----------------------------	-------------------	-----------

...				
1. ... hat sich die Kooperation mit Behandler*innen verbessert	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2. ... hat sich die Koordination von weiterführenden Hilfsangeboten verbessert	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3. ... nutze ich das Unterstützungsangebot des Sozialen Dienstes mehr	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

4. Gibt es auch Probleme bei der Kooperation und Koordination?	nein <input type="radio"/> 0	ja <input type="radio"/> 1
Wenn ja, welche?		

VII. Organisation und Vertragselemente

Inwiefern treffen folgende Aussagen über die Organisation des PNP-Vertrages der AOK Baden-Württemberg aus Ihrer Sicht zu?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
--	--------------------	----------------------------	-------------------	-----------

1. Die Regularien (z.B. Terminvergabe, Sprechzeiten) sind zu streng und für mich nur schwer umsetzbar.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2. Der Aufwand für die Abrechnungen ist zu zeitaufwändig.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3. Der Aufwand bei der Umstellung auf neue Soft- und Hardware ist zu groß.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4. Es fehlen fachliche Fortbildungen zu Themen wie Leitlinien und rationaler Pharmakotherapie.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

5. Haben Sie weitere Hinweise zur Verbesserung der Organisation?	nein <input type="radio"/> 0	ja <input type="radio"/> 1
Wenn ja, welche?		

Nur für Teilnehmende am Modul Neurologie:

99 für mich nicht zutreffend, da nicht im Modul Neurologie

Haben Sie die einzelnen Vertragselemente genutzt?

Wenn ja, waren sie hilfreich für die Versorgung?

<u>nicht</u> genutzt	genutzt und hilfreich	genutzt und <u>nicht</u> hilfreich
-------------------------	--------------------------	---------------------------------------

6. Fortbildung von MFA zur EFA® (Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson, Demenz)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
7. Arbeit der EFAs® (Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson, Demenz)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

VIII. Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

1. Ihr Geschlecht: ₁ weiblich
₂ männlich
₃ divers / inter
2. Ihr Alter: | | Jahre
3. Ihre Berufserfahrung in Jahren: ₁ 1 – 10 Jahre
₂ 11 – 20 Jahre
₃ 21 – 30 Jahre
₄ ≥ 31 Jahre
4. In welcher Praxisform arbeiten Sie? ₀ Einzelpraxis
₁ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
₂ Praxisgemeinschaft
₃ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Wenn Sie Facharzt/-ärztin sind:** ₉₉ **nicht zutreffend**
5. Welche/n Facharztstitel (FA) haben Sie?
(Mehrfachnennungen möglich) ₁ FA für Allgemeinmedizin
₂ FA für Innere Medizin
₃ FA für Neurologie
₄ FA für Neurologie und Psychiatrie / Nervenheilkunde
₅ FA für Psychiatrie und Psychotherapie
₆ FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
₇ Anderen: _____
- Wenn Sie psychotherapeutisch arbeiten:** ₉₉ **nicht zutreffend**
6. Für welche Klientel sind Sie ausgebildet?
(Mehrfachnennungen möglich) ₁ Kinder und Jugendliche
₂ Erwachsene
7. In welchen therapeutischen Verfahren und Methoden sind Sie ausgebildet?
(Mehrfachnennungen möglich) ₁ Verhaltenstherapie
₂ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
₃ Analytische Psychotherapie
₄ Systemische Psychotherapie
₅ Hypnose, Entspannungsverfahren
₆ Hypnotherapie
₇ Interpersonelle Psychotherapie
₈ Eye Movement Desensitization and Reprocessing-
Therapy (EMDR)
₉ EMG
₁₀ Verhaltensmedizin/ Biofeedback
₁₁ Neuropsychologische Therapie
₁₂ Gruppenpsychotherapie
₁₃ Andere: _____

IX. Angaben zur Vertragsteilnahme und Patientenversorgung

1. Teilnahme am PNP-Vertrag der AOK BW seit: (Jahr)
2. Eingeschriebene Module (Mehrfachnennungen möglich):
 1 Psychotherapie
 2 Psychiatrie
 3 Neurologie
3. Wie viele Kassenpatient*innen behandeln Sie persönlich durchschnittlich im Quartal? Bitte einschätzen.
 1 bis 50 Patient*innen
 2 51 bis 100 Patient*innen
 3 101 bis 500 Patient*innen
 4 501 bis 1000 Patient*innen
 5 1001 bis 2000 Patient*innen
 6 über 2000 Patient*innen
 7 weiß nicht
4. Wie viel Prozent Ihrer Kassenpatient*innen sind im PNP-Facharztprogramm der AOK BW eingeschrieben? Bitte einschätzen. % der Kassenpatient*innen
-

X. Verbesserungsvorschläge

Haben Sie weitere Verbesserungsvorschläge für die Versorgung von Patient*innen im PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anlage 27: Arbeitspaket 4 – Tabelle 27: Qualitative Ergebnisse der Struktur- und Prozessevaluation zu Verbesserungsvorschlägen zum PNP-Vertrag aus der Sicht der Behandelnden

Tabelle 27: Qualitative Ergebnisse der Struktur- und Prozessevaluation zu Verbesserungsvorschlägen zum PNP-Vertrag aus der Sicht der Behandelnden

Ebene	Kategorie	Explikation
1	PATIENT*INNENBEHANDLUNG	Aussagen, die sich auf die allgemeinen Verbesserungsvorschläge der Behandlung bestimmter Patient*innen-gruppen im PNP-Vertrag beziehen.
1.1	Verkürzung der Gesprächstherapiezeit als Notfallkapazität	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass mehr Patient*innen behandelt werden könnten, wenn die Gesprächszeit bei denjenigen Patient*innen verkürzt werden würde, die sonst keine Termine bekämen.
1.2	Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit hirnrnorganischen Folgeschäden	Aussagen, die sich auf die Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit hirnrnorganischen Schäden beziehen, ohne zu spezifizieren in welcher Weise.
1.3	Verbesserung der psychosozialen Versorgung von chronisch kranken Patient*innen durch engere Zusammenarbeit aller Akteure	Aussagen, die sich auf die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen beziehen, vor dem Hintergrund einer engen Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure.
1.4	Verbesserung der Versorgung von Demenzerkrankten	Aussagen, die sich auf die Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit Demenz beziehen, ohne zu spezifizieren in welcher Weise.
1.5	Verbesserung der Versorgung von geistig behinderten Patient*innen	Aussagen, die sich auf die Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit geistigen Behinderungen beziehen, vor dem Hintergrund einer Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse; z.B. durch die Berücksichtigung eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten in Zusatzpauschalen.
1.6	Verbesserung der Versorgung von Heimpatient*innen	Aussagen, die sich auf die verbesserte Versorgung von Heimpatient*innen beziehen, ohne zu spezifizieren in welcher Weise.
2	ORGANISATION UND RAHMEN	Aussagen, die sich auf Verbesserungsvorschläge beziehen, die auf organisatorische Aspekte des PNP-Vertrages sowie seiner Regularien zurückzuführen sind und die Patient*innen und Behandelnden im PNP-Vertrag betreffen.
2.1	Zusätzliche Kennzeichnung der Facharztprogramm-Teilnahme auf der Versichertenkarte	Aussagen, die sich auf den Vorschlag einer zusätzlichen Bezeichnung auf der Versichertenkarte beziehen, aus der ersichtlich wird, ob die zu behandelnde Person im Facharzt-Vertrag eingeschrieben ist; z.B. wie bei der Befreiungskarte.
2.2	Formblätter aktualisieren: Gendern, Therapeut*innen erwähnen	Aussagen, die sich auf den Vorschlag einer Aktualisierung der Formblätter und Teilnahmeerklärung im PNP-Vertrag beziehen; u.a. Ergänzung der weiblichen Form / gendern; u.a. Aufnahme der Berufsform von Psychotherapeut*innen als Ergänzung zu den Ärzt*innen.
2.3	Einführung einer analogen Dokumentation per Hand	Aussagen, die sich auf die Einführung oder Beibehaltung einer händischen Dokumentation beziehen; z.B. Beibehaltung der Formulareinschreibung und Anlegung von standardisierten Patientenakten mit den relevanten Befunden, die Patient*innen mitführen, bis die EDV aufgebaut ist.
2.4	Zugang / Einschreibung der Patient*innen	Aussagen, die sich auf Verbesserungsvorschläge zum Zugang und der Einschreibung der Patient*innen beziehen.

Ebene		Kategorie	Explikation
	2.4.1	Automatische Beendigung des PNP-Vertrages nach Behandlungsabschluss	Aussagen, die sich auf den Vorschlag einer automatischen Beendigung der Vertragszugehörigkeit nach einem Behandlungsabschluss (z.B. Therapieende) beziehen.
	2.4.2	Freie Wahl von Fachärzt*innen	Aussagen, die sich auf den Vorschlag einer Aufhebung der festen (Fach-) Arztbindung für die Patient*innen im PNP-Vertrag beziehen. Dieser Vorschlag knüpft an der Gewährleistung einer freien Facharzt -Wahl an. Als Gründe für diesen Verbesserungsvorschlag wurde benannt, dass der Zugang für die Patient*innen dadurch niedrigschwelliger wäre und somit weniger große Hürden zum Vertragseintritt vorliegen würden. Weitere Aussagen bezogen sich auf den Vorschlag der Einführung von Ausnahmeregelungen für die Bindung an Fachärzt*innen aus dem PNP-Vertrag z.B. für Patient*innen, die eine besondere Bindung zu langjährigen Fachärzt*innen haben. (Eine Orientierung an den PNP-Verträgen der TK und DAK wurde vorgeschlagen.)
	2.4.3	Mehr Patient*innen in Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) und Facharztzentrierte Versorgung (FzV) einschreiben	Aussagen, die sich auf den Vorschlag beziehen, mehr Patient*innen der AOK BW in die HzV- sowie FzV einzuschreiben. (Eine Orientierung an den PNP-Verträgen der TK und DAK wurde vorgeschlagen)
	2.4.4	Entkopplung des PNP-Vertrages von HzV-Teilnahme	Aussagen, die sich auf den Vorschlag beziehen, die HzV-Teilnahmevoraussetzung für die Teilnahme am PNP-Vertrag für Kinder, Jugendliche und Erwachsene abzuschaffen. Auf diese Weise soll eine Behandlung auch ohne der Einschreibung in den HzV-Vertrag ermöglicht werden. Als Gründe wurde benannt, dass (1) teilweise zu wenig Hausärzt*innen mit HzV verfügbar wären, (2) die freie Hausarztwahl eingeschränkt wird und (3) Patient*innen ihre Hausärzt*innen nicht wechseln möchten, (4) die Teilnahmemotivation der Patient*innen dadurch eingeschränkt wird und (5) Patient*innen, die nicht wollen, dass ihre/ihr Hausärzt*in von der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung erfährt. (Eine Orientierung an den PNP-Verträgen der TK und DAK wurde vorgeschlagen.)
	2.4.5	Einschreibung vereinfachen und beschleunigen	Aussagen, die sich auf den Vorschlag beziehen, die Einschreibung von Patient*innen in den PNP-Vertrag zu beschleunigen bzw. die Latenzzeit zwischen Einschreibung in den HzV und FzV, und damit die Abrechnung über den FzV, abzuschaffen sowie die Einschreibung zu allgemein vereinfachen; damit z.B. keine Kurzzeittherapie über die KV vorgeschaltet werden muss.
	2.5	Schulungen	Aussagen, die sich auf Verbesserungsvorschläge beziehen, die die Informationsweitergabe und Schulungen für Behandelnde betreffen.
	2.5.1	Abrechnungsschulungen vor Ort, online oder per Telefon anbieten	Aussagen, die sich auf den Vorschlag beziehen, den Zugang zu Abrechnungsschulungen für Behandelnde sowie des Praxispersonals mithilfe von lokalen Angeboten, Online-Tools oder Telefonschulungen zu vereinfachen.
	2.5.2	Regelmäßige Informationen für HzV/PNP-Behandelnde	Aussagen, die sich auf den Vorschlag von regelmäßigeren und verständlicheren Informationsveranstaltungen zum PNP-Vertrag für Hausärzt*innen, Fachpersonal und PNP-Behandelnde beziehen; z.B. zu den Themen: Informationsaustausch, Unterstützungsangebot, Abrechnungsziffern, rationaler Pharmakotherapie und Leitlinien.
	2.6	Software verbessern	Aussagen, die sich auf Vorschläge zu einer verbesserten Praxissoftware für den PNP-Vertrag beziehen.
	2.6.1	Einführung eines Medikamenten-Wechselwirkungsprogramms	Aussagen, die sich auf die Einführung eines Programms zur automatischen Kontrolle von Wechselwirkungen verschiedener Medikamente beziehen.

Ebene	Kategorie	Explication
	2.6.2	Kompatibilität mit anderen Systemen Aussagen, die sich auf die Verbesserung der Kompatibilität der Soft- und Hardware mit anderen Betriebssystemen (z.B. Unterstützung bei Installation auf Mac®), mit Abrechnungssystemen anderer Kassen (z.B. einheitliche Software und Ziffern mit PNP-Verträgen der DAK, TK) und mit der Praxissoftware für KV- Patient*innen (z.B. Psychprax®) beziehen (z.B. Medi-Verbund-System statt IT-Connector).
	2.6.3	Verwendung einer einfacheren, günstigeren Software Aussagen, die sich auf den Vorschlag der Verwendung einer günstigeren und bedienerfreundlicheren Software beziehen.
	2.6.4	Verbesserung der Serververbindung für Einschreibeabfragen Aussagen, die sich auf den Verbesserungsvorschlag einer stabileren Serververbindung für Einschreibe-Abfragen beziehen.
2.7	Regularien und Auflagen	Aussagen, die sich auf Vorschläge zur Verbesserung der Regularien und allgemeinen Auflagen im PNP-Vertrag beziehen.
	2.7.1	Möglichkeit der Abrechnung über eigene LANR Aussagen, die sich auf den Vorschlag einer eigenen Abrechnung pro behandelnde Person, anhand der LANR, anstelle von gemeinsamer Abrechnung beziehen; z.B. in Praxisgemeinschaft, MVZ, mit angestellten Psychotherapeut*innen in einer Praxis.
	2.7.2	Verlängerung der Abrechnungsmöglichkeit Aussagen, die sich auf den Vorschlag der Verlängerung der Abrechnungsmöglichkeit durch die Lockerung der Frist für die direkte Abrechnung nach Quartalsende beziehen.
	2.7.3	Erhöhung der Nutzerfreundlichkeit bei der Abrechnung Aussagen, die sich auf die Reduktion des zeitlichen Aufwands bei der Abrechnung beziehen; z.B. PTE1 nicht mehr zählen müssen, wann PTE2 kommt; durch die Vereinheitlichung der Abrechnungsregeln für alle Krankkassen, die PNP-Vertrag haben.
	2.7.4	Wegfall der Mindestanzahl für PTE1 Sitzungen als Anreiz Aussagen, die sich auf den Vorschlag zur Abschaffung oder Reduktion der Mindestanzahl für PTE1-Sitzungen pro Quartal beziehen. Die Aussagen beziehen sich auf die subjektive Einschätzung, (1) dass diese Anzahl zu hoch angesetzt bzw. unrealisierbar ist (z.B. wegen zu wenig Anfragen, zu wenig Kapazitäten der Behandelnden bei Aufrechterhaltung der Qualität der Behandlung), (2) dass sich die Mindestanzahl negativ auf die subjektive Motivation auswirkt (3) sowie ein Gefühl von Ungerechtigkeit nach sich zieht. (Eine Orientierung an den PNP-Verträgen der TK und DAK wurde vorgeschlagen.)
	2.7.5	Lockerung der Quartalsbegrenzung für die Abrechnung von PTE2 Aussagen, die sich auf den Vorschlag zur Lockerung der Quartalsregelung (= 20 PTE2-Sitzungen in vier Quartalen) beziehen, die z.B. bei längeren Klinikaufenthalten von Patient*innen nicht eingehalten werden können.
	2.7.6	Abschaffung der Überweisungspflicht Aussagen, die sich auf den Vorschlag beziehen, die Überweisungspflicht vom/von der Hausärzt*in abzuschaffen.
	2.7.7	Abschaffung der KV Vorgaben zur telefonischen Sprechzeit Aussagen, die sich darauf beziehen, die KV-Vorgaben zur telefonischen Sprechzeit abzuschaffen.
	2.7.8	Ausdehnung der Altersbegrenzung auf 25 Jahre bei PTE4 im Bereich KJP Aussagen, die sich darauf beziehen, dass die Altersbegrenzung für die PTE4 im Bereich der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen parallel zur Regelversorgung auf das Alter zwischen 21 und 25 Jahren ausgeweitet werden sollte.
	2.7.9	Längere Perspektive des PNP-Vertrags für Einstellungen wichtig Aussagen, die sich darauf beziehen, dass eine längere Perspektive des PNP-Vertrags für die Einstellung von Kolleg*innen eine Voraussetzung wäre.

Ebene	Kategorie	Explikation
	2.7.10	Lockerung der Vorgabe zur schnellen Terminvergabe für PNP
	2.7.11	Vereinfachen (am Beispiel von DAK und TK)
3	KOMMUNIKATION UND INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT	Aussagen, die sich auf Verbesserungsvorschläge beziehen, die die Kommunikation und interprofessionelle Zusammenarbeit im PNP-Vertrag bzw. mit den Haus*ärztinnen der HzV betreffen.
	3.1	Motivation anderer Kassen zur Vertragsteilnahme
	3.2	Verbesserte Zusammenarbeit mit AOK BW: Erreichbarkeit und Informiertheit
	3.3	Behandelnde zur HzV- bzw. PNP-Teilnahme motivieren
	3.4	Bessere Information und Aufklärung der Patient*innen über PNP
	3.5	Bessere Vernetzung der Behandelnden
	3.6	Pflicht für Befundmitteilung, Überweisung und Berichte
	3.7	Weniger Druck durch AOK BW auf Patient*innen
	3.8	Mehr vernetzte Angebote zum beruflichen Wiedereinstieg
	3.9	Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst
4	VERGÜTUNG UND LEISTUNGSKATALOG	Aussagen, die sich auf Verbesserungsvorschläge beziehen, die die Vergütung und den Leistungskatalog im PNP-Vertrag betreffen.

Ebene	Kategorie	Explikation
4.1	Allgemeine Erhöhung der Vergütung	Aussagen, die sich auf Wünsche nach höherer Vergütung allgemein (z.B. wie DAK), pro Fall oder von speziellen Leistungen wie z.B. Auftragsleistungen (Gruppenpsychotherapie), nach Anpassung der Vergütung von Neurologie und Psychiatrie sowie ärztlichen und psychotherapeutischen Honorare, nach einer jährlichen Anpassung der Vergütung (z.B. als Inflationsausgleich), damit Vergütung der KV-Vergütung weiterhin überlegen bleibt sowie nach zeitaufwandbezogener Vergütung beziehen.
4.2	Diagnosespezifische Behandlungspfade	Aussagen, die sich auf Verbesserungsvorschläge beziehen, die die diagnosespezifischen Behandlungspfade betreffen.
4.2.1	Erweiterung des Diagnoseschlüssels	Aussagen, die sich auf Vorschläge zur Verbesserung durch Aufhebung der Einschränkung des Leistungskatalogs auf einige Diagnosen beziehen, die die Abrechnung bestimmter Leistungen rechtfertigen (z.B. Ausdehnung auf das gesamte F-ICD-Diagnosespektrum zur Abrechnung von PTE/PTE1/niederfrequente Behandlung; PTE1 sollte für F34.2, F25.9, F25, F43.2 abrechenbar sein; keine Diagnosebedingungen im KJP-Bereich (Modul 1), Einbeziehen von Depersonalisation als Traumafolgestörung, Einbeziehen von Biofeedback als effektive Behandlungsform für Trauma).
4.2.2	Möglichkeiten von Verdachtsdiagnosen in den ersten fünf Sitzungen	Aussagen, die sich auf den Vorschlag beziehen, in den ersten fünf Sitzungen die Möglichkeit zuzulassen, Verdachtsdiagnosen zu vergeben.
4.2.3	Auflösung diagnosebezogene Versorgungspfade	Aussagen, die sich auf die Auflösung von diagnosebezogenen Versorgungspfaden beziehen werden als sinnlos empfunden, da Behandelnde das selbst können und die Pfade oft nicht nachvollziehbar scheinen.
4.3	Aufnahme bestimmter Leistungen in den Leistungskatalog	Aussagen, die sich auf Verbesserungsvorschläge beziehen, die die Aufnahme von bestimmten Leistungen in den Leistungskatalog betreffen.
4.3.1	Mehr Therapiezeit bei Persönlichkeitsstörungen > 300 Minuten pro Quartal	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass die vorgesehenen 300 Minuten pro Quartal bei Patient*innen mit schweren Persönlichkeitsstörungen nicht ausreichen und daher erhöht werden sollten.
4.3.2	Gruppenbehandlung: Weitere Verfahren und Weiterbehandlung	Aussagen, die sich auf den Wunsch nach der Fortführung/Erweiterung einer Gruppenbehandlung, ohne Quartalsbegrenzung, oder der Einführung von weiteren Behandlungsverfahren (wie z.B. Bewegungstherapie, Gestalttherapie) beziehen.
4.3.3	Weiterentwicklung im KJP-Bereich z.B. Hypnose, Elterngespräche	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass der Ziffernkranz für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut*innen ausgeweitet werden sollte; z.B. auf die Möglichkeit von Elterngesprächen und Hypnose bei entsprechender Qualifikation.
4.3.4	Vergütung von Botulinumtoxin-Therapie	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass die Botulinumtoxin-Therapie vergütet werden sollte.
4.3.5	Vergütung von Hausbesuchen	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass Hausbesuche vergütet oder angereizt werden sollten.
4.3.6	Abrechnungsmöglichkeit von Ausschlussdiagnostik	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass der Ausschluss von bestimmten Diagnosen abgerechnet werden können sollte und die Einführung einer Pauschalvergütung, sofern keine abrechenbare Diagnose vorliegt, sinnvoll wäre.
4.3.7	Vergütung von telefonischen Therapiegespräche	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass telefonische Therapiegespräche bekannter Patient*innen vergütet werden sollten.
4.3.8	Kombination von Ziffern bei der Behandlung von Patient*innen	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass neurologische und psychiatrische Ziffern nebeneinander abrechenbar sein sollten.

Ebene	Kategorie		Explikation
		mit neurologischen und psychiatrischen Komorbiditäten	
	4.3.9	Abrechnungsmöglichkeit für Koordinationsziffer für den Bericht an Hausarzt*innen während stationärem Aufenthalt	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass die Koordinationsziffer für Berichte an die Hausarzt*innen auch abrechenbar sein sollte, wenn Patient*innen sich aktuell in der Klinik befinden, da der Austausch trotzdem notwendig sei.
	4.3.10	Abrechnungsmöglichkeit für Diagnostik und Testverfahren	Aussagen, die sich auf den Wunsch nach separater Abrechnungsmöglichkeit von Diagnostik und Testverfahren beziehen; z.B. bei hohem Aufwand von Diagnostik bei Demenz oder neurologischen Erkrankungen, elektro-physiologischen Messungen, Karpaltunnel.
	4.3.11	Einführung der Abrechnung des EEGs	Aussagen, die sich darauf beziehen, dass EEG-Untersuchungen abrechenbar sein sollten.
5	RESTKATEGORIE: Keine Verbesserungsvorschläge zu dem PNP-Vertrag der AOK BW		Aussagen, die keine Verbesserungsvorschläge enthalten oder unverständlich bzw. unleserlich und dadurch unkodierbar waren.