



Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Landschaftsverband Rheinland
Förderkennzeichen:	01VSF19052
Akronym:	SoKo
Projekttitel:	Die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität
Autorinnen und Autoren:	Dr. Sophie E. Groß, Lara Schlomann, Dr. Michaela Jänner, Prof. Dr. med. Gouzoulis-Mayfrank
Förderzeitraum:	1. Juli 2020 bis 30. Juni 2024
Ansprechperson:	Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank; LVR-Institut für Forschung und Bildung, Wilhelm-Griesinger-Straße 23; 51109 Köln; Telefon: 0221 8993 629; Telefax: 0221 8284 3665; E-Mail: Euphrosyne.Gouzoulis-Mayfrank@lvr.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt SoKo wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF19052 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland liegt bei 25-30% der Bevölkerung [1]. Menschen mit körperlichen Erkrankungen haben ein erhöhtes Risiko für komorbide psychische Erkrankungen und Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein erhöhtes Risiko für somatische Komorbiditäten und eine verkürzte Lebenserwartung [2]. Als Ursachen werden ein ungesunder Lebensstil der Betroffenen, aber auch Nebenwirkungen von Medikamenten sowie eine unzureichende medizinische Versorgung diskutiert [3, 4]. Das SoKo-Projekt hat die medizinische Versorgung komorbider somatischer Erkrankungen bei psychisch erkrankten Menschen analysiert. Auf Grundlage der bisherigen Studienlage nahm das Konsortium an, dass Unterschiede in der somatischen Versorgung von Patient*innen mit und ohne psychische Komorbidität existieren und diese Unterschiede insbesondere bei Menschen mit schweren psychischen Störungen bedeutsam sind. Schließlich wurden Barrieren und Förderfaktoren für die Versorgung dieser vulnerablen Gruppe analysiert.

Methodik: Es wurde ein Mixed-Methods-Design angewandt, bestehend aus qualitativen Studien (Interviews, Fokusgruppen) und quantitativen Befragungen von Patient*innen, niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen sowie Analysen von Sekundärdaten (GKV Routinedaten) unter Erstellung von Mehrebenenmodellen und Multivariablen Regressionsmodellen.

Ergebnisse: In den Sekundärdaten zeigte sich eine hohe somatische Krankheitslast, aber keine Hinweise auf eine Unterversorgung für die Gesamtgruppe der Versicherten mit psychischen Störungen, sondern eher sogar eine dichtere Versorgung im Vergleich zu den Versicherten ohne psychische Störungen. Versicherte mit bestimmten schweren psychischen Störungen wie bspw. Psychosen hatten eine besonders hohe somatische Krankheitslast und verkürzte Lebenserwartung, und zugleich zeigten sie eine diskontinuierliche Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten in der vertragsärztlichen Versorgung. In den Primärdaten zeigten sich deutliche Probleme an den Schnittstellen der Versorgung. Zudem ergaben sich Hinweise auf positive Einflüsse der sozialen Unterstützung und der Gesundheitskompetenz und negative Einflüsse von Stigmatisierungserfahrungen und Selbststigmatisierungstendenzen auf die Versorgung.

Diskussion: Auf Basis der Primärdatenanalysen wurden Handlungsempfehlungen mit dem Fokus auf das Schnittstellenmanagement und die Forcierung der Digitalisierung in der Versorgung formuliert sowie mögliche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz und zur Reduktion des Stigmas gegen psychische Erkrankungen und der Selbststigmatisierung der Betroffenen.

Schlagnworte: Versorgungsforschung, somatische Erkrankung, psychische Erkrankungen, Komorbidität, Sekundärdaten, Mixed-Methods, Patient*innen, Ärzt*innen, Allgemeinmediziner*innen, Fachärzt*innen

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	5
II	Abbildungsverzeichnis	5
III	Tabellenverzeichnis	7
1	Projektziele	9
2	Projektdurchführung	10
2.1	Projektbeteiligte	10
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts.....	11
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	12
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	17
2.4.1	Sekundärdatenanalyse (AP 1)	17
2.4.2	Qualitative Primärdatenerhebungen bei Patient*innen (AP 2)	17
2.4.3	Qualitative Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 3).....	18
2.4.4	Quantitative Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 4).....	18
2.4.5	Quantitative Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 5)	19
3	Methodik	19
3.1	Sekundärdatenanalyse (AP 1).....	19
3.2	Qualitative Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 2)	26
3.3	Qualitative Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 3)	28
3.4	Quantitative Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 4).....	29
3.5	Quantitative Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 5)	32
4	Projektergebnisse.....	35
4.1	Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse (AP 1)	35
4.1.1	Beschreibung der Studienpopulation.....	35
4.1.2	Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung	38
4.1.3	Behandlungskontinuität im ambulanten vertragsärztlichen Versorgungssektor.....	42
4.1.4	Teilnahme an Disease-Management Programmen (DMP) und der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	44
4.1.5	Verordnungen ATC	45
4.1.6	Rehabilitationsleistungen.....	48
4.1.7	Pflegegrad.....	49
4.1.8	Krankenhausbehandlung – Stationäre Verweildauer	50
4.1.9	Krankenhausbehandlung – Fallschwere.....	53
4.1.10	Mortalität	55
4.1.11	Zusammenfassung der Ergebnisse	57

4.2	Ergebnisse der Qualitativen Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 2).....	57
4.3	Ergebnisse der Qualitativen Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzte*innen (AP 3)	61
4.4	Ergebnisse der Quantitativen Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 4)	65
4.4.1	Stichprobenbeschreibung und deskriptive Ergebnisse	65
4.4.2	Ergebnisse der bivariaten Analysen	72
4.4.3	Ergebnisse der multivariaten Analysen.....	73
4.5	Ergebnisse der Quantitativen Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 5)	76
4.5.1	Stichprobenbeschreibung	76
4.5.2	Angaben über die behandelten Patient*innengruppen	78
4.5.3	Charakteristika der Ärzt*innen	78
4.5.4	Wahrgenommene Herausforderungen/Hindernisse bei der Behandlung.....	79
4.5.5	Ergebnisse der Kovarianzanalyse	83
5	Diskussion der Projektergebnisse	85
5.1	Ist die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität quantitativ und qualitativ schlechter als die somatische Versorgung von Patient*innen ohne psychische Komorbidität? (Primäre Hypothese)	86
5.2	Sind die psychische und somatische Multimorbidität und/oder bestimmte Diagnosen wie bspw. eine Schizophrenie Barrieren in der somatischen Versorgung von psychisch Erkrankten? (Sekundäre Hypothesen 1 und 2)	88
5.2.1	Multimorbidität.....	88
5.2.2	Schwere psychische Störungen	88
5.3	Welche Rolle spielen Übergangshindernisse an den Schnittstellen zwischen den stationären und ambulanten Versorgungssektoren? (Sekundäre Hypothese 3) Welche weiteren systemseitigen Faktoren sind relevant für die somatische Versorgung von psychisch Erkrankten?.....	90
5.4	Welche Rolle spielen patient*innenseitige Faktoren wie die Gesundheitskompetenz und die soziale Einbindung für die somatische Versorgung von psychisch Erkrankten? (Sekundäre Hypothesen 4 und 5) Welche weiteren patient*innenseitigen Faktoren können relevant sein?.....	91
5.5	Welche Rolle spielen ärzt*innenseitige Faktoren wie die Berufserfahrung und Vorurteile bzw. Stigmatisierungstendenzen für die somatische Versorgung von psychisch Erkrankten? (Sekundäre Hypothese 6) Welche weiteren ärzt*innenseitige Faktoren könnten relevant sein?.....	93
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	93
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	97
IV	Literaturverzeichnis.....	99
V	Anlagen.....	103

I Abkürzungsverzeichnis

ASKU	Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
DMP	Disease-Management-Programme
FCCHL	Functional communicative and critical health literacy
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
IA	Innovationsausschuss
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10. Version)
KF	Konsortialführung
KooP	Kooperationspartner
KP	Konsortialpartner
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LVR-IFuB	LVR-Instituts für Forschung und Bildung
LVR-KD	LVR-Klinikverbund Düsseldorf
TK-NRW	Techniker Krankenkasse NRW

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung; Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 = mindestens zweimal im Quartal; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht)	39
Abbildung 2: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung – Hausarzt*innen; Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 = mindestens zweimal im Quartal; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht)	40
Abbildung 3: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung – Fachärztlicher Bereich (ohne Hausarzt*innen); Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 = mindestens zweimal im Quartal; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht)	41
Abbildung 4: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung; Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 > als einmal im Quartal; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht)	41
Abbildung 5: DMP und HZV Teilnahme: Fallzahlen nach dem Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität	44
Abbildung 6: Verteilung der Pflegegrade 1 - 5 bei den Versicherten ohne und mit F-Diagnosen.....	49
Abbildung 7: Durchschnittliche stationäre Verweildauer wegen einer somatischen Erkrankung in Tagen; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht).	51

Abbildung 8: Durchschnittliche stationäre Verweildauer wegen einer somatischen Erkrankung in Tagen bei Patient*innen mit Diagnosen aus den einzelnen F-Diagnosegruppen verglichen mit Patient*innen ohne eine komorbide psychiatrische Erkrankung	51
Abbildung 9: Stationäre Fallschwere - geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht).....	54
Abbildung 10: Stationäre Fallschwere - geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht).	55
Abbildung 11: Kategoriensystem Patent*inneninterviews; AP	59
Abbildung 12: Kategoriensystem Fokusgruppen mit Ärzt*innen; AP 3.....	63
Abbildung 13: Erlebte Probleme beim Übergang vom somatisch stationären zum ambulanten Sektor; Angaben der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4).....	68
Abbildung 14: Erlebte Probleme beim Übergang vom psychiatrisch-psychotherapeutisch stationären zum ambulanten Sektor; Angaben der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4).....	69
Abbildung 15: Boxplots gesundheitsbezogene Lebensqualität (mental und physisch); Antworten der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4).....	70
Abbildung 16: Boxplots ZAPA (Hausärzt*in und Ärzt*in); Antworten der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4).....	71
Abbildung 17: Boxplots der Gesundheitskompetenz (FCCHL), allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU), soziale Unterstützung, Selbststigmatisierung, Diskriminierung; Antworten der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4).....	71
Abbildung 18: Synopsis der Einflüsse auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-8) und die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung (ZAPA); Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalysen; AP 4 (grün und +: positive Einflüsse; rot und -: negative Einflüsse; die jeweils stärksten Prädiktoren sind mit fetter Schrift markiert).....	75
Abbildung 19: Verteilung der Teilnehmenden pro Bundesland in % Prozent	77
Abbildung 20: Boxplots Stigmatisierende Tendenzen (Spannweite 0-3) und Empathie (Spannweite 1-4); Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5).....	78
Abbildung 21: Ausmaß und Häufigkeit des Auftretens von Herausforderungen in der Versorgung somatisch erkrankter Patient*innen; Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)	80
Abbildung 22: Ausmaß und Häufigkeit des Auftretens von Herausforderungen in der Versorgung somatisch und komorbid psychiatrisch erkrankter Patient*innen; Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5).....	81
Abbildung 23: Boxplots Ausmaß der erlebten Herausforderungen mit und ohne psychische Komorbidität, Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)	84

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektkonsortium.....	10
Tabelle 2: Gantt-Chart: Ursprüngliche Zeitplanung und tatsächliche Realisation der Projektdurchführung (grau: ursprüngliche Planung; orange: tatsächlicher Zeitverlauf im Rahmen der Projektlaufzeit)	13
Tabelle 3: Übersicht über die eingeschlossenen somatischen Diagnosen nach ICD-10.....	21
Tabelle 4: Übersicht über die eingeschlossenen psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10.....	21
Tabelle 5: Übersicht über die eingeschlossenen ATC-Codes einschließlich Obergruppen (Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation) Amtliche Fassung des ATC-Index für Deutschland im Jahr 2023	23
Tabelle 6: Übersicht über die analysierten ATCs und ATC-Kombinationen nach verschiedenen somatischen Diagnosen	25
Tabelle 7: Übersicht der eingeschlossenen abhängigen Variablen aus dem Fragebogen in AP 4	30
Tabelle 8: Übersicht der eingeschlossenen unabhängigen Variablen aus dem Fragebogen in AP 4	30
Tabelle 9: Übersicht der abhängigen Variablen aus dem Fragebogen in AP 5	33
Tabelle 10: Übersicht der unabhängigen Variablen aus dem Fragebogen in AP 5.....	33
Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der somatischen Erkrankungen inkl. des Anteils an F-Diagnosen	35
Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der psychischen Erkrankungen (F-Diagnosen) in der Studienpopulation	36
Tabelle 13: Mixed-Modell für die Patient*innengruppe mit mindestens einer F-Diagnose ...	38
Tabelle 14: Mixed-Modell Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung für die Patient*innengruppe mit mehr als einer F-Diagnose	39
Tabelle 15: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung: Mittelwerte vor, während und in der abklingenden Phase der Pandemie für Fälle ohne und mit F-Diagnose. Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht) auf Fallebene	42
Tabelle 16: Lineare Regression: Behandlungskontinuität in der vertragsärztlichen Versorgung	43
Tabelle 17: Häufigkeit einer leitliniengerechten medikamentösen Behandlung nach somatischen Erkrankungen	46
Tabelle 18: Logistische Regression: Teilnahme an einem Rehabilitationsprogramm	48
Tabelle 19: Verteilung der Pflegegrade bei den Versichertengruppen ohne und mit F-Diagnosen	49
Tabelle 20: Multinominale logistische Regression: Pflegegrad	50
Tabelle 21: Ergebnisse der Varianzanalysen zur Entwicklung der stationären Verweildauer in der COVID19-Pandemie.....	52
Tabelle 22: Mixed-Modell stationäre Verweildauer mit dem zusätzlichen Ko-Faktor Pandemiephasen	53
Tabelle 23: Fallzahlen der verstorbenen Patient*innen und Durchschnittsalter bei Tod nach F-Diagnosegruppe	56
Tabelle 24: Darstellung Patient*innenpopulation aus AP 2 (Geschlecht, Alter, Erkrankungen; jeweils Angaben der Patient*innen); n: Anzahl	58

Tabelle 25: Ärzt*innen Studienpopulation AP 3, Angaben der Ärzt*innen; n: Anzahl.....	61
Tabelle 26: Darstellung Patient*innenpopulation aus AP 4 (Geschlecht, Alter, Erkrankungen; jeweils Angaben der Patient*innen); n: Anzahl	66
Tabelle 27: Ärzt*innen Studienpopulation AP 5, Angaben der Ärzt*innen; n: Anzahl.....	77
Tabelle 28: Erlebte Häufigkeit des Auftretens von Problemen bei verschiedenen Versorgungsaspekten bei Patient*innen ohne vs. Patient*innen mit komorbiden psychischen Störungen (Gruppenunterschied: Wilcoxon-Rang-Test); basierend auf Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)	82
Tabelle 29: Erlebtes Ausmaß der Herausforderungen bei verschiedenen Versorgungsaspekten bei Patient*innen ohne vs. Patient*innen mit komorbiden psychischen Störungen (Gruppenunterschied: Wilcoxon-Rang-Test); basierend auf Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)	83
Tabelle 30: Kovarianzanalyse mit Einflussgrößen	84

1 Projektziele

Die 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland liegt bei 25-30% der Bevölkerung [1]. Aufgrund der bisherigen Studienlage ist anzunehmen, dass Unterschiede in der somatischen Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität und Patient*innen ohne psychische Komorbidität existieren. Entsprechend hatte die SoKo-Studie zum Ziel die medizinische Versorgung somatischer Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Störungen im deutschen Gesundheitssystem umfassend abzubilden. Im Fokus sollte hierbei nicht die fachspezifische Behandlung psychischer Störungen stehen, sondern die Versorgung komorbider somatischer Erkrankungen. Das SoKo-Projekt fokussierte auf bestimmte somatische Erkrankungen mit einer hohen Prävalenz, die eine relevante Größenordnung für das deutsche Gesundheitssystem darstellen. Neben ihrer Häufigkeit in der Bevölkerung wurden die zu untersuchenden somatischen Erkrankungen unter dem Aspekt ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit und/oder einer durch sie bedingten erheblichen Beeinträchtigung der Lebenserwartung und der Lebensqualität ausgewählt. Dazu zählen Erkrankungen der Schilddrüse, die arterielle Hypertonie, der Diabetes mellitus Typ 2, die Adipositas, die koronare Herzerkrankung, der Schlaganfall und Brustkrebs. So wurden nicht nur quantitativ bedeutsame Erkrankungen untersucht, sondern auch für die Lebenserwartung und/oder Lebensqualität bedeutsame somatische Erkrankungen analysiert. Zunächst wurde die Frage geprüft, ob globale Unterschiede in der somatischen Versorgung von Menschen mit und ohne psychische Komorbidität existieren. Anschließend wurde in diesem Zusammenhang die mögliche Bedeutung bestimmter, insbesondere schwerer psychischer Störungen wie die Schizophrenie und andere Psychosen untersucht. Schließlich wurden mögliche Förderfaktoren und Barrieren in der somatischen Versorgung und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen von psychisch erkrankten Menschen in den Blick genommen. Der Status quo der Versorgung im Sinne der Inanspruchnahme von ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungsleistungen sowie Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln wurde anhand von GKV-Routinedaten analysiert. Mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wurden mittels Interviews, Fokusgruppen und Fragebogensurveys bei Patient*innen und Ärzt*innen qualitativ identifiziert und quantitativ analysiert. Mittelbares Ziel der SoKo-Studie ist die Verbesserung der somatischen Versorgung von somatisch und komorbid psychisch erkrankten Menschen. Die Erkenntnisse aus der Sekundär- und Primärdatenanalyse dienten als Grundlage für die Erarbeitung von Empfehlungen für entsprechende Maßnahmen. Es wurden Implikationen für die Praxis abgeleitet und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation der Betroffenen formuliert, die auch im Fallmanagement und der Versichertenberatung der Krankenkassen eingesetzt werden können. Die Implementation und Evaluation der empfohlenen Handlungshilfen ist für eine Folgeuntersuchung vorgesehen. Dadurch erhoffen sich die Antragstellenden entsprechend der Ergebnisse der Studie Barrieren in der somatischen Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität zielgerichtet zu adressieren, um die Versorgung zu optimieren.

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Das SoKo-Konsortium bestand neben der Konsortialführung (KF) des LVR-Instituts für Forschung und Bildung (LVR-IFuB), Sparte Forschung, aus zwei Konsortialpartnern (KP), der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Nordrhein-Westfalen (NRW) und dem LVR-Klinikum Düsseldorf (LVR-KD). Darüber hinaus brachten sich zwei Kooperationspartner (KoopP), das LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit (LWL-FiSG) und der Hausärzterverband Nordrhein e.V., in das Projekt ein (Tabelle 1).

Tabelle 1: Projektkonsortium

Name	Institution	Verantwortlichkeit/ Rolle
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank	LVR-Institut für Forschung und Bildung (IFuB), Sparte Forschung	Gesamtprojektleitung, Konsortialführung
Dr. Sophie E. Groß	LVR-Institut für Forschung und Bildung (IFuB), Sparte Forschung	Operative Projektleitung
Dr. Michaela Jänner	LVR-Klinikum Düsseldorf	Biometrie und statistische Beratung
Barbara Steffens	Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen (TK-NRW), Düsseldorf	Beratung, Zugang zu den Versicherten
Prof. Dr. med. Georg Juckel	LWL-Forschungs-institut für Seelische Gesundheit, Bochum	Wissenschaftliche Beratung im Beirat
Prof. Dr. med. Jürgen Zielasek	LVR-Institut für Forschung und Bildung (IFuB), Sparte Forschung	Wissenschaftliche Beratung
Dr. med. Oliver Funken	Hausärzterverband Nordrhein e.V.	Beratung, Zugang zu den niedergelassenen Hausärzt*innen

Das Projekt wurde von der KF (LVR-IFuB) koordiniert. Eine Konsortialvereinbarung wurde mit allen KP geschlossen. Die Projektrealisierung erfolgte gemeinsam mit den KP. Zu Beginn des Projektes wurden Weiterleitungsverträge mit den KP geschlossen. Dazu wurden in mehreren virtuellen Treffen die Inhalte, Zuständigkeiten und Prozesse vereinbart. Zusätzlich wurde im Rahmen von Kooperationsverträgen der Umgang mit Daten zwischen den KP festgelegt. Im ersten Projekthalbjahr wurden so administrative Vorbereitungen und Hintergrundrecherchen für die einzelnen Arbeitspakete vorgenommen. Darüber hinaus wurden Kooperationsvereinbarungen mit den KoopP geschlossen: Der Hausärzterverband Nordrhein e.V. unterstützte die

KF bei der Rekrutierung der niedergelassenen Hausärzt*innen im Rahmen des Projekts. Das LWL-FiSG übernahm im Rahmen der Kooperation eine wissenschaftlich beratende Funktion, u.a. im gegründeten wissenschaftlichen Projekt-Beirat. Dieser bestand aus der Leitung des LVR-IFuB und des LWL-FiSG, zwei Vertretenden des KP TK-NRW, zwei Vertretenden des KoopP Hausärzterverband Nordrhein e.V., einem weiteren niedergelassenen Internisten, eine Betroffene und eine Angehörigenvertreterin aus dem trialogischen Forum des LVR-IFuB.

Ansprechpartnerin für Rückfragen: Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank; LVR-Institut für Forschung und Bildung, Wilhelm-Griesinger-Straße 23; 51109 Köln; Telefon: 0221 8993 629; Telefax: 0221 8284 3665; E-Mail: Euphrosyne.Gouzoulis-Mayfrank@lvr.de.

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Aus (inter-)nationalen Studien liegen bereits Ergebnisse zur somatischen Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor [3, 5, 7-11, 15]. Allerdings liegen wenige Erkenntnisse auf Grundlage von Primär- oder Sekundärdaten zur somatischen Versorgungssituation von Patient*innen mit psychischer Komorbidität im direkten Vergleich zu Patient*innen ohne psychische Komorbidität vor [20].

Das SoKo-Projekt hat aus diesem Grund neben der Prüfung dieser Frage das Ziel, über eine rein deskriptive Darstellung der Versorgungssituation hinauszugehen. So wurden zusätzlich zu den Analysen der Sekundärdaten der TK-Versicherten, Primärdaten bei den betroffenen Patient*innen und den Versorgenden (niedergelassenen Ärzt*innen) erhoben, um mögliche Förderfaktoren und Barrieren in der somatischen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen zu identifizieren. Die Forschungshypothesen, die im Rahmen des SoKo-Projektes untersucht wurden, lauteten:

Primäre Hypothese: Die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität ist quantitativ und qualitativ schlechter als die somatische Versorgung von Patient*innen ohne psychische Komorbidität.

Sekundäre Hypothesen (Förderfaktoren und Barrieren in der Versorgung):

1. Psychische und somatische Multimorbidität stellt eine Barriere in der somatischen Versorgung von psychisch Erkrankten dar.
2. Bestimmte Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen wie bspw. eine Schizophrenie sind häufiger eine Barriere in der somatischen Versorgung von psychisch Erkrankten als andere Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen.
3. Übergangshindernisse an den Schnittstellen zwischen den stationären und ambulanten Versorgungssektoren im somatischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich stellen eine Barriere in der Versorgung dar.
4. Eine gute Gesundheitskompetenz von Patient*innen mit psychischer Komorbidität kann förderlich für die somatische Versorgung sein.
5. Eine gute soziale Einbindung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität beeinflusst die somatische Versorgung positiv.

6. Charakteristika der behandelnden Ärzt*Innen (Berufserfahrung, Vorurteile) können einen Einfluss auf die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer und somatischer Komorbidität haben.

Die primäre Hypothese sowie die sekundären Hypothesen 1 und 2 wurden vorrangig durch die Analyse der Routinedaten der TK-Versicherten aus Nordrhein-Westfalen untersucht (AP1). Die Leitfadeninterviews und Fragebogen enthielten relevante Inhalte und Konstrukte in Bezug auf die sekundären Hypothesen (AP 2 - AP 5). Die Studie wurde mit einer Laufzeit von vier Jahren konzipiert, um die Versorgungssituation über einen längeren Zeitraum darzustellen und den Einfluss von Versorgungsbesonderheiten in einzelnen beschränkten Versorgungszeiträumen vermeiden zu können. Die SoKo-Studie besteht aus fünf Arbeitspaketen (AP) und wurde mit einem Mixed-Methods-Ansatz geplant und durchgeführt. Sie beinhaltet (a) deskriptive und schließende Analysen von Sekundärdaten der Versicherten der Techniker Krankenkasse in NRW (TK-NRW) (AP 1), (b) qualitative Einzelinterviews und Gruppendiskussionen (AP 2, AP 3) von Patient*innen und Ärzt*innen, und (c) darauf aufbauend quantitative Datenerhebungen bei Patient*innen und Ärzt*innen (standardisierte Befragungen (AP 4 und AP 5)), um den gegenwärtigen Stand sowie mögliche Förderfaktoren und Barrieren in der somatischen Versorgung von psychisch Erkrankten zu beschreiben. Schließlich sollen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, um die Versorgung zu optimieren.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Das Projekt SoKo startete planmäßig zum 1. Juli 2020. Im Rahmen der administrativen Vorbereitungen für das Konsortialprojekt wurde ein Antrag auf Beratung bei der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO) gestellt, welcher ein positives Votum erhielt. Weiterhin wurde ein Datenschutzkonzept auf Grundlage der Datenschutz-Grundverordnung (DGSVO) erstellt, welches durch den Datenschutzbeauftragten des LVR geprüft und genehmigt wurde. Im Verlauf des Projekts wurden Anpassungen erforderlich, die auch Änderungen bei der Dauer der einzelnen Arbeitspakete mit sich brachten (Details s. Erfahrungen mit der Implementierung). Die ursprüngliche Planung und der tatsächliche Projektverlauf und die Realisierung der einzelnen Arbeitspakete finden sich in der Tabelle 2 und im Anhang 1.

Tabelle 2: Gantt-Chart: Ursprüngliche Zeitplanung und tatsächliche Realisation der Projektdurchführung (grau: ursprüngliche Planung; orange: tatsächlicher Zeitverlauf im Rahmen der Projektlaufzeit)

Jahr	2020		2021				2022				2023				2024	
Quartal	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Administrative Vorbereitungsphase																
Datenabzug und Analyse Sekundärdaten (AP 1)																
Erhebungen und Analyse von qualitativen Daten bei Versicherten der TK, NRW (AP 2)																
Erhebungen und Analyse von qualitativen Daten bei niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen (AP 3)																
Erhebungen und Analyse von quantitativen Daten bei Versicherten der TK, NRW (AP 4)																
Erhebungen und Analyse von quantitativen Daten bei niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen (AP 5)																
Ableitung von Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis und die Leistungserbringer																

Arbeitspaket	AP 1 Sekundärdatenanalyse
Hauptverantwortlich	LVR-IFUB
Beteiligt	Konsortialpartner TK-NRW; LVR-Klinikum Düsseldorf
Zeitraum	07/2020 - 06/2024

In Zusammenarbeit mit der TK-NRW und dem LVR-Klinikum Düsseldorf wurde bereits kurz nach Projektstart der Abzug der Sekundärdaten in die Wege geleitet. Dazu hat das LVR-IFUB mit Unterstützung der KP eine detaillierte Variablenliste mit Codeplan sowie einen Analyseplan erstellt. Die Datensatzbeschreibung diente mit der Festlegung des Datenflusses zwischen der KF und den KP der Antragstellung beim Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) gemäß § 75 SGB X.

Zusätzlich zu den im Antrag beschriebenen somatischen Diagnosen (Krankheiten der Schilddrüse [E01-E07], Adipositas [E66], chronische ischämische Herzkrankheit [I25], arterielle Hypertonie [I10-I15], Diabetes mellitus Typ 2 [E11], Schlaganfall [I60-I64]) wurde entschieden

die Versicherten mit Brustkrebsdiagnosen [C50] in den Datenabzug einzubeziehen. Mit einer Inzidenz von 75.500 Neuerkrankungen im Jahr 2022 ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen [21], so dass diese Ergänzung sinnvoll erschien.

Nach der Zustimmung des BAS im Jahr 2021 wurden mit dem KP TK-NRW das Vorgehen sowie die Einzelheiten der Datenlieferung besprochen. Im September 2021 folgte die erste Datenlieferung seitens der TK-NRW und darauffolgend die umfangreiche Plausibilisierung der Daten durch das LVR-IFuB. Die Prüfung umfasste technische (Basisprüfung), inhaltliche (projektspezifische Prüfung) sowie analytische Aspekte (analysebezogene Prüfung). Zu Beginn der Prüfung wurde die Vollständigkeit der übermittelten Rohdaten überprüft. Es wurde sichergestellt, dass alle relevanten Variablen, im vereinbarten Lieferformat gemäß Variablenliste (s. Anhang) aus allen Leistungsbereichen übermittelt wurden. Im Zuge dessen wurden unter anderem die Häufigkeiten von Missings und das Vorhandensein von Dubletten geprüft. Weitere Details zu den Plausibilisierungsschritten finden sich im Abschnitt 3.1. Der Datenabzug konnte der Plausibilitätsprüfung nicht standhalten, weshalb im 3. Quartal 2022 eine zweite und im 2. Quartal 2023 eine dritte Datenlieferung erfolgte, welche der Plausibilitätsprüfung ebenfalls nicht standhielten. Erst die vierte Datenlieferung im 3. Quartal 2023 erwies sich bei der anschließenden Plausibilitätsprüfung als korrekt und konnte für die Analysen genutzt werden. Abweichend von der ursprünglichen Projektplanung lagen die finalen Datensätze für das AP 1 somit nicht im 3. Quartal 2021, sondern erst zum Ende des 3. Quartals 2023 vor.

Die Analysen der Sekundärdaten begannen am Ende des 4. Quartals 2023 und wurden im Jahr 2024 kontinuierlich fortgeführt. Erste Ergebnisse wurden den KP und dem wissenschaftlichen Beirat in einem Beiratstreffen zu Beginn des Jahres 2024 vorgestellt. Weitere Analysen und Ergebnisse wurden in einer Reihe von Projektmeetings der KF mit den KP TK-NRW und LVR-KD, zuletzt im Oktober 2024 diskutiert.

Arbeitspaket		AP 2 Qualitative Befragung Patient*innen
Hauptverantwortlich	LVR-IFUB	
Beteiligt	Konsortialpartner TK-NRW	
Zeitraum	03/2021-12/2022	

Im Jahr 2020 wurde in Zusammenarbeit mit dem KP TK-NRW mit den administrativen Vorbereitungen für die Rekrutierung sowie mit der Erstellung des Interviewleitfadens begonnen. Eine Stichprobendefinition half dem KP TK-NRW, die Gesamtzahl ihrer Versicherten nach den Kriterien des „purposeful sampling“ zu filtern, so dass schließlich 1.000 Versicherte mit passenden psychischen und somatischen Erkrankungen (s. Abschnitt 3) ausgewählt und durch den KP TK-NRW im 3. Quartal 2021 angeschrieben wurden.

Insgesamt gingen 93 Rückmeldungen zu den Einladungsschreiben bei der KF ein. Nach telefonischen Vorgesprächen wurden schließlich zwischen dem 3. Quartal 2021 und 2. Quartal 2022 n = 45 Interviews mit Patient*innen durchgeführt, von einem externen Dienstleister transkribiert und in einem mehrstufigen Verfahren analysiert.

Die Ergebnisse dienen im weiteren Projektverlauf als Grundlage für die Erstellung der Fragebogen für die quantitativen Befragungen der Patient*innen (AP 4) und der niedergelassenen Ärzt*innen (AP 5). Es wurden alle Ziele in AP 2 planmäßig erreicht.

Arbeitspaket	AP 3 Qualitative Befragung Ärzt*innen
Hauptverantwortlich	LVR-IFUB
Beteiligt	Kooperationspartner: Hausärzterverband Nordrhein
Zeitraum	03/2021-12/2022

Für die qualitative Befragung der Ärzt*innen waren ursprünglich zehn Fokusgruppen-Termine von jeweils 2,5 Stunden zwischen Juni und Dezember 2021 angesetzt. Seitens der KF wurden ein Diskussionsleitfaden sowie Material zur Vorbereitung auf die Moderation der Fokusgruppen zusammengestellt. Für den Einstieg in das Thema wurde zusätzlich ein Impulsreferat zur Komorbidität von somatischen und psychischen Erkrankungen vorbereitet, das zu Beginn jeder Fokusgruppe gehalten wurde.

Die primäre Rekrutierungsmaßnahme bestand aus einer postalischen Einladung an niedergelassene Hausärzt*innen, Internist*innen sowie Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatik sowie psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen aus anderen Fachrichtungen. Das Rekrutierungsprozedere ist ausführlich in Kapitel 3.3 dargestellt.

Trotz vielfältiger ergriffenen Rekrutierungsmaßnahmen, die unter 2.4.3 und 3.3 detailliert erläutert werden, blieben die Anmeldezahlen niedrig und die Prozentzahl der nicht erschienenen Personen hoch. Bis zum Ende des 1. Quartals 2022 konnten insgesamt nur zwei Fokusgruppen mit n=8 Teilnehmenden durchgeführt werden. Im 2. Quartal 2022 konnte das Projektteam über den Hausärztetag NRW am 30.4.2022 noch eine*n weitere*n Teilnehmer*in für ein Einzelinterview gewinnen. Die qualitative Befragung der niedergelassenen (Fach-) Ärzt*innen wurde schließlich im 2. Quartal 2022 mit n = 9 Teilnehmenden beendet, nachdem die Vielzahl an Rekrutierungsversuchen keinen weiteren Erfolg erbracht hatte.

Die Analyse des Materials erfolgte kontinuierlich induktiv und deduktiv nach Kuckartz [22] mit Unterstützung der Software MAXQDA. Die Ergebnisse dienen im weiteren Projektverlauf als Grundlage für die Erstellung der Fragebogen für die quantitativen Befragungen der Patient*innen (AP 4) und der niedergelassenen Ärzt*innen (AP 5).

Arbeitspaket	AP 4 Quantitative Befragung Patient*innen
Hauptverantwortlich	LVR-IFUB
Beteiligt	Konsortialpartner TK-NRW; LVR-Klinikum Düsseldorf
Zeitraum	04/2022 – 03/2024

Zur Identifizierung patientenseitiger Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme somatischer Versorgungsleistungen (Förderfaktoren und Barrieren) bei psychisch Erkrankten wurden aufbauend auf den Leitfadeninterviews quantitative Primärdatenerhebungen mit Versicherten der TK-NRW durchgeführt. Hierfür wurde anfangs eine umfangreiche Literaturrecherche zu den relevanten Aspekten aus den Interviews und den bereits vorhandenen Erhebungsinstrumenten durchgeführt. Anschließend wurden auf Grundlage der Recherchen und auf Grundlage der Ergebnisse der qualitativen Interviews Fragebogen für die quantitative Erhebung bei Patient*innen erstellt. In diesem Rahmen wurden die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen in einer Sitzung des wissenschaftlichen Beirats, bestehend aus betroffenen Patient*innen, Angehörigen, Ärzt*innen und Wissenschaftler*innen diskutiert und es wurden Fragen für die quantitative Primärdatenerhebung abgeleitet. Der Patient*innenfragebogen wurde mehreren Pretests mit vier Patient*innen und weiteren Wissenschaftler*innen, die nicht im Projekt tätig waren, unterzogen.

Nach Übermittlung des finalen Fragebogens an den KP TK-NRW, wurde dort die Umsetzung des Fragebogens in die Online-Umfrage Software Netigate durchgeführt. Der Online-Versand der Einladungsschreiben und Fragebogen erfolgte durch den KP TK-NRW. Gemäß dem Arbeitsplan wurde eine repräsentative Stichprobe von n = 20.000 Versicherten, nach den gleichen Selektionskriterien aus AP 2, eingeladen an der Befragung teilzunehmen. Da die Resonanz geringer als erwartet ausfiel, wurde vom KP TK-NRW im November 2022 eine zweite repräsentative Stichprobe von n = 20.000 Versicherten angeschrieben und eingeladen an der Online Umfrage teilzunehmen. Die Umfrage wurde planmäßig zum 31.12.2022 mit insgesamt n = 2.590 Versicherten geschlossen. Obwohl die ursprünglich geplante Stichprobengröße von n = 3.000 Versicherten nicht erreicht werden konnte, ist die Stichprobengröße ausreichend um alle geplanten Fragen zu analysieren.

Die Datenübermittlung an die KF fand planmäßig im 1. Quartal 2023 statt. Die Datenaufbereitung wurde planmäßig im 2. Quartal 2023 abgeschlossen. Die KF begann im Herbst 2023 unter Einbezug der methodischen Expertise des KP LVR-KD mit der Datenauswertung und schloss diese im Frühjahr 2024 planmäßig ab.

Arbeitspaket		AP 5 Quantitative Befragung (Fach-) Ärzt*innen
Hauptverantwortlich		LVR-IFUB
Beteiligt		Kooperationspartner Hausärzterverband Nordrhein; LVR-Klinikum Düsseldorf
Zeitraum		04/2022 – 03/2024

Auf Basis der Auswertungen aus den Fokusgruppen und des Einzelinterviews im AP 3 wurde ein Fragebogen für die quantitative Befragung der (Fach-) Ärzt*innen erstellt und drei kognitiven Pretests unterzogen. Aufgrund der oben beschriebenen Verzögerung durch die Rekrutierungsprobleme in AP 3 begann auch das AP 5 mit Verzögerung. Darüber hinaus schob das Studienteam den Versand der Einladungsschreiben an die niedergelassenen Ärzt*innen auf

Grund der pandemiebedingten angespannten Lage im ambulanten Versorgungssektor bewusst hinaus, da die KF wieder mit erheblichen Rekrutierungsschwierigkeiten rechnete. Da der Rücklauf dennoch eine geringe Resonanz zeigte, wurde die ursprünglich postalisch und pseudonymisiert geplante Befragung auf eine anonyme, bundesweite online Befragung ausgeweitet. Die Hintergründe hierfür werden im Abschnitt 2.4.5 erläutert.

Die Befragung wurde im 4. Quartal 2023 mit insgesamt $n = 563$ befragten Personen ($n = 354$ Papier, $n = 209$ Online) abgeschlossen. Die Power wurde für die erreichte Fallzahl mit einer einfaktoriellen ANOVA mit 5 Gruppen, $\alpha = 0,05$, Power von 90% bei einer Strichprobe vom Umfang $n = 560$ und einer Effektgröße von $f = 0,16$ berechnet. Die Hypothesen aus dem Antrag können beantwortet werden, wenngleich die anvisierte Fallzahl von $n = 945$ trotz intensiver Bemühungen durch die KF nicht erreicht werden konnte. Die Datenaufbereitung sowie die Datenauswertung wurden fristgerecht bis zum Ende des 1. Quartals 2024 abgeschlossen.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

2.4.1 Sekundärdatenanalyse (AP 1)

Der Datenabzug der TK-Abrechnungsdaten und die Plausibilitäts- und Qualitätsprüfungen der Datenlieferungen erwiesen sich als sehr komplex und aufwändig (s. Abschnitt 2.3). Durch die Verzögerungen bei der Datenlieferung in AP 1 konnten die Auswertungen der Sekundärdaten nicht als Grundlage für die Fragenbogenentwicklung in AP 4 und AP 5 herangezogen werden. Die Ergebnisse der Primärdatenerhebungen zu den möglichen hemmenden und fördernden Faktoren der Inanspruchnahme und der Qualität der somatischen Versorgung von psychisch Erkrankten wurden aber im Nachgang mit den Ergebnissen der Sekundärdatenanalysen abgeglichen, um so dem ursprünglichen Mixed-Methods-Ansatz gerecht zu werden.

Auf Grund der Datenlöschfristen für die gesetzlichen Krankenkassen nach den Vorschriften des § 304 Abs. 1 SGB V lagen dem KP TK-NRW im Projektverlauf die im Antrag ursprünglich vorgesehenen Abrechnungsdaten der Jahre 2016 bis 2019 nicht mehr vor. Die dritte und die vierte und endgültige Datenlieferung bezogen sich somit auf die Jahre 2019 bis 2022. Da das erste Jahr des neuen Datenerhebungszeitraums vor der COVID-19-Pandemie und die darauffolgenden drei Jahre in der Pandemie liegen, können anhand der Daten zusätzlich explorativ mögliche differentielle Effekte der Pandemie auf die somatische Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen analysiert werden.

2.4.2 Qualitative Primärdatenerhebungen bei Patient*innen (AP 2)

Auf Grund der COVID-19-Pandemie wurden die Interviews zusätzlich digital bzw. telefonisch angeboten. Wurde das Gesprächsformat anfangs noch bewusst offengelassen (Präsenz/ Online), stellte das Projektteam im Verlauf fest, dass ausschließlich das digitale/telefonische Angebot angenommen wurde. Der Fahrtweg nach Köln schien eine große Hürde für die Teilnahme an einem Einzelinterview zu sein. Die Verfügbarkeit digitaler Formate hat sich somit positiv auf die Rekrutierung ausgewirkt.

2.4.3 Qualitative Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 3)

Das Projektteam ergriff zahlreiche Maßnahmen zur Behebung der Rekrutierungsschwierigkeiten von niedergelassenen (Fach-)Ärzt*innen: a) Es wurden zusätzlich zu den ursprünglich geplanten Terminen sieben Fokusgruppentermine in den späten Abendstunden angeboten, b) Die zusätzlichen Fokusgruppen wurden ebenfalls durch die Ärztekammer Nordrhein als ärztliche Fortbildungen zertifiziert. c) Die Fokusgruppen wurden über das Fortbildungsverzeichnis der ÄKNO, den Hausärzteverband Nordrhein, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe sowie Werbemails an allgemeinmedizinische Lehrpraxen der Universität zu Köln beworben. d) Zusätzlich wurden die Fokusgruppen im November 2021 auf dem DGPPN Kongress über die Verteilung von Flyer beworben. e) Des Weiteren wurden Einzelinterviews angeboten, um Termine individuell anbieten und anpassen zu können, und f) schließlich wurde das Projekt sowie das Angebot von Fokusgruppen und Einzelinterviews im April 2022 auf dem Hausärztag NRW in Köln mit einem Vortrag und einer anschließenden Fokusgruppe beworben. Für diese Fokusgruppe hatten sich neun Teilnehmende angemeldet, von denen letztlich keine Person erschien, sodass auch diese Fokusgruppe nicht stattfinden konnte.

Durch die erheblichen Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Fokusgruppenteilnehmenden konnte die anvisierte Fallzahl ($n = 50$) in diesem Arbeitspaket nicht erreicht werden. Die Rekrutierung von niedergelassenen Ärzt*innen als Studienteilnehmende war im Jahr 2021 durch die COVID-19-Pandemie zusätzlich erschwert: Die Arbeitsbelastung durch die Patient*innenversorgung und die zusätzlichen Impfsprechstunden war für die niedergelassenen Ärzt*innen zu dieser Zeit sehr hoch und ein Engagement darüber hinaus in vielen Fällen nicht möglich. Vor allem Allgemeinmediziner*innen aus den Netzwerken der KF und der KoopP betonten die Termindichte und die hohe Arbeitsbelastung. Das Projektteam hat versucht, mit dem Angebot von Terminen für individuell vereinbarte Einzelinterviews auf die zeitlichen Engpässe der Zielgruppe zu reagieren. Zusätzlich wurden die Interviews und Fokusgruppen digital bzw. telefonisch angeboten. Wurde das Veranstaltungsformat anfangs noch bewusst offengelassen (Präsenz/Online), stellte das Projektteam im Verlauf fest, dass das digitale/ telefonische Angebot besser angenommen wurde. Sowohl bei den Fokusgruppen als auch bei den Interviews erwies sich der Fahrtweg nach Köln als große Hürde für die Teilnahme. Die digitalen Formate wirkten sich somit positiv auf die Rekrutierung aus.

Durch die resultierende Reduktion der Stichprobe ist von einem Informationsverlust in der qualitativen Erhebung bei den niedergelassenen (Fach-) Ärzt*innen auszugehen. Um dem bestmöglich zu begegnen wurde die Fragebogenentwicklung für AP 5 um eine weitere Literaturrecherche ergänzt.

2.4.4 Quantitative Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 4)

Bei der Erstellung der Fragebogen wurde die COVID-19-Pandemie als zusätzlicher Aspekt aus den Primärdatenerhebungen aufgegriffen, um diese Perspektive auf die Versorgungssituation zu ergänzen.

Die Resonanz auf die Einladung zur Patient*innenbefragung fiel geringer als erwartet aus. Der Konsortialpartner TK-NRW hat direkt reagiert und mit einem weiteren Anschreiben eine zweite repräsentative Stichprobe von wiederum $n = 20.000$ Versicherten angeschrieben und

eingeladen an der Online Umfrage teilzunehmen. Letztlich nahmen insgesamt $n = 2.590$ Personen an der Befragung teil, sodass die angestrebte Fallzahl von $n = 3.000$ nahezu erreicht wurde.

2.4.5 Quantitative Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 5)

Die oben beschriebenen Rekrutierungsprobleme in AP 3 verzögerten die Fragebogenentwicklung in AP 5. Um der geringen Resonanz und einigen kritischen Rückmeldungen aus AP 3 zu begegnen, den Ärzt*innen mehr Sicherheit in Bezug auf die Vertraulichkeit ihrer Angaben zu geben und dadurch eine möglichst hohe Teilnahmebereitschaft zu erreichen, wurde die ursprünglich geplante pseudonyme Befragung in eine anonyme Befragung geändert. Ein weiterer Aspekt war der zeitliche Aufwand für die befragten Ärzt*innen. Nicht zuletzt durch die COVID-19-Pandemie war das Arbeitspensum im Erhebungszeitraum für niedergelassene Ärzt*innen enorm. Das Ausfüllen einer Einverständniserklärung war ein zusätzlicher Aufwand und könnte ggf. auch von einer Teilnahme abhalten. Der Arbeitsaufwand für die Ärzt*innen wurde durch eine anonyme Befragung reduziert.

Des Weiteren war im ursprünglichen Projektantrag die Befragung in AP 5 als postalische Befragung geplant. In den Fragebogen-Pretests wurde erkenntlich, dass die niedergelassenen Ärzt*innen sich die Option einer Online-Umfrage wünschten. Die postalische Befragung wurde im Projektverlauf um die Möglichkeit einer Online-Befragung ergänzt. Diese wurde im Jahr 2022 mit der Software EvaSys erstellt und entsprach in Aufbau und Design der postalischen Befragung. Die Online-Befragung wurde schließlich deutschlandweit geführt, um eine ausreichende Anzahl von Ärzt*innen rekrutieren zu können. Die E-Mail-Adressen für die bundesweite Rekrutierung der niedergelassenen Ärzt*innen wurden über das Portal ArztData AG eingekauft.

Auf Grund der angespannten Lage im ambulanten Versorgungssektor im Rahmen der Pandemie wurde die Rekrutierung in AP 5 darüber hinaus bewusst bis ins Frühjahr 2023 hinausgeschoben.

3 Methodik

Das Projekt SoKo wurde mit einem Mixed-Methods-Ansatz konzipiert und durchgeführt. Im Folgenden werden die im Sinne der Fragestellung gewählten methodischen Ansätze in den Arbeitspaketen 1-5 näher beschrieben.

3.1 Sekundärdatenanalyse (AP 1)

Basis der Analysen waren die Abrechnungsdaten der TK-NRW gemäß §§ 295, 300, 301 und 302 SGB V.

Folgende Einschlusskriterien wurden für den Datenabzug herangezogen:

1. Abrechnungsdaten von volljährigen Versicherten (≥ 18 Jahre) mit mindestens einer der folgenden häufigen somatischen Diagnosen (nur gesicherte Diagnosen, ICD-10 Code (German Modification)): Krankheiten der Schilddrüse [E01-E07], Adipositas [E66], chronische

ischämische Herzkrankheit [I25], arterielle Hypertonie [I10-I15], Diabetes mellitus Typ 2 [E11], Schlaganfall [I60-I64], und Brustkrebs [C50] und keiner Diagnose einer psychischen Störung [F00- F99].

2. Abrechnungsdaten von volljährigen Versicherten (≥ 18 Jahre) mit mindestens einer der unter 1. aufgeführten somatischen Diagnosen und einer gleichzeitig, d.h. im selben Abrechnungsquartal dokumentierten Versorgungsleistung aufgrund mindestens einer gesicherten Diagnose einer psychischen Störung [F00- F99].

Erhebungszeitraum: Der finale Datensatz umfasste den Abrechnungszeitraum vom 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2022 von Versicherten mit den oben genannten Einschlusskriterien mit Wohnsitz in NRW. Informationen über die gelieferten Datensätze und enthaltenen Variablen werden im nachfolgenden Abschnitt und in der Anlage detaillierter beschrieben.

Mit Vorliegen des Datenabzuges wurde von der KF eine Plausibilitätsprüfung vorgenommen. Die Plausibilitätsprüfungen umfassten die inhaltliche Prüfung der Daten, die sich gezielt an den projektrelevanten Fragestellungen orientierte. Die projektspezifische Prüfung wurde vor dem Hintergrund der projektrelevanten Fragestellung durchgeführt und fand auf aggregierter Ebene statt. Hierbei wurden z.B. Auffälligkeiten bei der Verteilung der Variablen geprüft. Bspw. wurde geprüft, ob die Alters- und Geschlechtsverteilung mit der gewählten Zielerkrankung und die Codierungen mit der angegebenen Schwere und Dauer der Erkrankung kompatibel waren und ob zu jeder Versicherten ID in den einzelnen Datensätzen auch Informationen aus den Stammdaten vorlagen. Nach Abschluss der technischen Prüfungen wurde eine analysebezogene Prüfung durchgeführt, um die Kohärenz zwischen den Datensätzen sicherzustellen. Hierbei wurde nach der Verknüpfung der einzelnen Datensätze untersucht, ob Merkmale und Verteilungen sinnvoll zueinander passten. Ein Beispiel hierfür war die Prüfung der Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen, wie etwa die Verordnung von Insulin (ATC) bei einer dokumentierten Diabetes-Diagnose.

Nach der final erfolgreichen Plausibilitätsprüfung folgte die Aufbereitung der Daten für die nachfolgenden Analysen in mehreren Datensätzen. Diese umfassen die Stammdaten Alter und Geschlecht, die Kontakte in der vertragsärztlichen Versorgung mit Differenzierung nach Arztgruppe, Verordnungen von Medikamenten, Teilnahme an Disease-Management Programmen (DMP) und der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), Rehabilitationsleistungen, Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, Pflegegrad, Todesfälle sowie Informationen zu stationären Behandlungen im DRG-Bereich (Verweildauer und Fallschwere). Informationen zu den ICD-10 Diagnosen wurden der KF aus datenschutzgründen in zweistelliger, geclusterter Form übermittelt. Die Variable ICD-10_Diagnose wurde gebildet, indem die Diagnose pro versicherter Person in den Datensätzen zu den ambulanten oder stationären Abrechnungsfällen in einem Quartal des Erhebungszeitraumes vorliegen musste.

Die Datensätze enthalten jeweils eine pseudonymisierte Versichertenidentifikationsnummer und/oder Fallnummer, worüber die einzelnen Datensätze untereinander und mit den Stammdaten der Versicherten, die ebenfalls eine pseudonymisierte Versichertenidentifikationsnummer beinhalten, verknüpft werden konnten. Datumsangaben in den Datensätzen wurden lagen aus abrechnungs- und datenschutzgründe in dem Format Monat/Jahr vor.

Es folgten die Analysen der Versorgungsdaten der Versicherten mit somatischer und psychischer Erkrankung im Vergleich zu den Versicherten ohne psychische Komorbidität unter Berücksichtigung von soziodemographischen Merkmalen. Insgesamt konnten folgende Aspekte analysiert werden:

- Kontaktdichte und Behandlungskontinuität in der vertragsärztlichen Versorgung durch Hausärzt*innen und weitere Fachärzt*innen
- Teilnahme an Disease-Management Programmen (DMP)
- Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)
- Verordnungen anhand von ATC-Codes
- Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen/ ambulante Reha
- Pflegegrad
- stationäre Verweildauern im Krankenhaus wegen somatischer Erkrankungen
- stationäre Fallschwere
- Mortalität

Studienpopulation: Die eingeschlossenen somatischen Diagnosen entsprechen häufigen Erkrankungen, die in der Regel ein langfristiges Monitoring und Therapiemaßnahmen durch Haus- und z.T. zusätzlich durch andere Fachärzt*innen mit sich bringen. Die eingeschlossenen somatischen Diagnosen nach ICD-10 werden an dieser Stelle noch einmal tabellarisch dargestellt (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Übersicht über die eingeschlossenen somatischen Diagnosen nach ICD-10

Somatische Diagnoseziffern nach ICD-10	Beschreibung
E01 – E07	Krankheiten der Schilddrüse
E11	Diabetes mellitus Typ 2
E66	Adipositas
I10 – I15	Hypertonie
I20 – I25	Ischämische Herzkrankheiten
I60 – I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse

Ausgehend von den abgefragten somatischen Diagnoseziffern nach ICD-10 wurden zwei Studienpopulationen von Patient*innen mit und ohne psychiatrische Komorbidität gebildet. Dabei wurden ausnahmslos alle Diagnosen des Kapitels F der ICD-10 berücksichtigt. Eine Übersicht über die eingeschlossenen psychiatrischen Diagnosegruppen einschl. Diagnoseziffern nach ICD-10 findet sich in der Tabelle 4.

Tabelle 4: Übersicht über die eingeschlossenen psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10

Diagnoseziffern nach ICD-10 Kapitel F	Diagnosegruppen
F00 – F07	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10 – F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20 – F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30 – F39	Affektive Störungen

F40 – F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50 – F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60 – F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70 – F79	Intelligenzstörung
F80 – F89 / F99	Entwicklungsstörungen
F90 – F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Für die Beantwortung einzelner Fragen wurden Subgruppen von Patient*innen durch die Bildung von Variablen hinsichtlich der Anzahl an somatischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen sowie dichotom codierten Variablen zu dem Vorliegen bestimmter somatischer bzw. psychiatrischer Erkrankungen identifiziert. Die psychiatrischen Erkrankungen wurden überwiegend auf der Ebene der neun Erkrankungsgruppen des F-Kapitels der ICD-10 analysiert, (s. Tabelle 4). Abweichend hiervon wurden bei einem Teil der Analysen die Manien und Bipolaren Störungen (F30/31) und die Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungsstörungen und dissoziative Störungen (F43/44) von dem jeweiligen F-Kapitel herausgetrennt und gesondert berücksichtigt. Grund hierfür war, dass diese Störungen häufig mit einer schwerwiegenderen Symptomatik und einem ungünstigeren Verlauf im Vergleich zu den anderen Erkrankungen im jeweiligen F-Kapitel einhergehen, so dass es möglich erschien, dass die Zusammenhänge mit der somatischen Gesundheit sich unterschiedlich gestalten.

Die vertragsärztliche Versorgung wurde anhand der Variable Ärztliche Behandlung Einzelfallnachweis aus dem Datensatz ambulanter Behandlungsfälle näher untersucht. Anhand dieser Variable konnten die abrechnungsrelevanten Kontakte im Rahmen des ambulanten Versorgungssystems pro Quartal gesamt und für die einzelnen Arztgruppen abgelesen werden. Auf Grundlage der vorliegenden Informationen aus dem Datensatz Ambulanter Behandlungsfall konnte die Variable Kontaktdichte aus der Häufigkeit der Kontakte pro Quartal gebildet werden. Bei dieser Variable lagen drei mögliche Ausprägungen vor: 0 = kein Kontakt, 1 = ein Kontakt und 2 = mehr als ein Kontakt pro Quartal. Eine darüberhinausgehende Differenzierung war bei der dritten Ausprägung aufgrund der Datenstruktur nicht möglich. Des Weiteren konnte die Variable Behandlungskontinuität aus der Anzahl der Quartale mit abrechnungsrelevanten Kontakten (Fälle) gebildet werden. Hier lagen 16 mögliche Ausprägungen vor (I/2019 bis IV/2022 = 16 Quartale).

Die Teilnahme am Disease Management Programm (DMP) wurde anhand der dichotomen Variable DMP-Teilnahme (ja/nein) und der Variable DMP_Programm vom KP TK-NRW mit den Ausprägungen 0= ohne DMP Teilnahme und 1 = DMP Teilnahme KHK, 2 = DMP Teilnahme Brustkrebs, 3 = DMP Teilnahme Diabetes Typ 2 und 99 = andere DMP Teilnahme übermittelt. Ebenfalls beinhaltete der Datensatz eine Variable DMP_Ende mit der Information über ein mögliches quartalsbezogenes Ende einer der DMP-Teilnahme.

Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) wurde mittels der Variablen HZV_von und HZV_bis geliefert sowie Variablen zur Dauer der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV_Dauer) und dem Ende der hausarztzentrierten Versorgung (HZV_Ende). Auf Grundlage

dieser Informationen wurde Analyse zwecke die dichotom ausgeprägte Variable HZV-Teilnahme (ja/nein) gebildet.

Informationen über ärztliche Verordnungen wurden vom KP TK-NRW anhand von Informationen über quartalsbezogene Verordnungen anhand vorab gefilterter 4- bis 7-stelliger ATC-Codes (Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation) übermittelt, die für unsere vorab definierten somatischen Erkrankungen als relevant erachtet wurden. Der Datensatz „ärztliche Verordnungen“ umfasst alle ATC-Codes, deren verordnete Medikamente in einer Apotheke eingelöst und von der Techniker Krankenkasse (TK) erstattet wurden. Verordnungen von nicht erstattungsfähigen Medikamenten oder solche, die zur Selbstmedikation zählen, sind in diesem Datensatz nicht enthalten.

Die für die untersuchten somatischen Erkrankungen als relevant definierten ATCs und ATC Obergruppen sind der Tabelle 5 zu entnehmen. Eine detaillierte Aufstellung der in die Auswertung aufgenommenen ATC-Codes befindet sich in der Anlage 2.

Tabelle 5: Übersicht über die eingeschlossenen ATC-Codes einschließlich Obergruppen (Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation) Amtliche Fassung des ATC-Index für Deutschland im Jahr 2023

ATC-Code Gruppen	ATC-Bedeutung	Relevant für somatische Erkrankung
A10A	Insuline und Analoga	E11.-
A10B	Blutzuckersenkende Mittel, exkl. Insuline	E11.-
B01A	Antithrombotische Mittel	I20. – I25.-/ I60.— I69.-
C07	Beta-Adrenozeptorantagonisten	I10. – I15.-
C08CA	Dihydropyridin-Derivate	I10. – I15.-
C09A	ACE-Hemmer, rein	I10. – I15.-
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	I10. – I15.-
C09C	Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), rein	I10. – I15.-
C09D	Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), Kombinationen	I10. – I15.-
C10A	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, rein	I20. – I25.-/ I60.— I69.-
C10B	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, Kombinationen	I20. – I25.-/ I60.— I69.-
C10BX	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen in Kombination mit anderen Mitteln	I20. – I25.-/ I60.— I69.-
H03AA	Schilddrüsenhormone	E01.- E07.-
H03AA01	Levothyroxin-Natrium	E01.- E07.-
H03AA03	Kombinationen von Levothyroxin und Liothyronin	E01.- E07.-

Anmerkungen: E11.-: Diabetes mellitus Typ 2; I20 – I25: Ischämische Herzkrankheiten; I60 – I69: Zerebrovaskuläre Krankheiten; I10 – I15: Hypertonie; E01 – E07: Krankheiten der Schilddrüse

Die Obergruppen der ATC-Codes wurden den relevanten somatischen Erkrankungen zugeordnet, um eine strukturierte Analyse zu ermöglichen. Die somatischen Erkrankungen lagen in Form von ICD-10 Kapitelabschnitten vor. Einige der einbezogenen ICD-10 Kapitel umfassten ein heterogenes Erkrankungsspektrum.

So war das Vorliegen einer Schilddrüsen-Erkrankung definiert als eine Erkrankung aus den ICD-Kapiteln E01-E07. Dies schließt sowohl Hypothyreosen unterschiedlicher Genese als auch Hyperthyreosen und Thyreoditiden ein. Da eine zusätzliche Subgruppendifferenzierung durch die bereitgestellten Daten nicht möglich war, entschieden wir uns für die Analyse der häufigsten Therapie mit Levothyroxin.

Das Gebiet der zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60-I69) umfasste sowohl die ischämischen Schlaganfälle als auch Subarachnoidalblutungen, intracerebrale Blutungen und weitere zerebrovaskuläre Erkrankungen wie Dissektionen und Aneurysmen. Da 87 % aller Schlaganfälle ischämisch bedingt sind [23], entschieden wir uns für die Analyse der leitliniengerechten Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfälle bestehend aus einer Lipidsenkung mittels Statin sowie einer Thrombozytenaggregationshemmung mittels ASS, Clopidogrel, Ticagrelor oder einer oralen Antikoagulation [24].

In den untersuchten ICD-Kapiteln zur arteriellen Hypertonie (ICD-10: I10-I15) sind sowohl essenzielle Hypertonien wie auch hypertensive Herz- und Nierenkrankheiten erfasst. Wir untersuchten sowohl das Vorliegen jeglicher medikamentöser antihypertensiver Behandlung als auch die Nutzung medikamentöser Zweifachkombinationen bestehend aus ACE-Hemmer oder AT-II-Rezeptorblocker sowie Calciumkanalblocker oder Thiaziddiuretikum. Diese Zweifachkombinationen stellen nach aktueller Leitlinie die Therapie der Wahl ab arterieller Hypertonie zweiten Grades sowie ersten Grades bei Vorliegen eines hohen Risikoprofils dar [25].

Bei der Behandlung des Diabetes mellitus (ICD-10: E11) analysierten wir sowohl die Gruppe aller Antidiabetika als auch der Insuline [26].

Für Adipositas (ICD-10: E66) und Brustkrebs (ICD-10: C50) wurden keine Analysen der Arzneimittelverordnungen durchgeführt, da hierfür aktuell keine allgemeingültige medikamentöse Behandlung etabliert ist.

Die untersuchten Kombinationen der verschiedenen ATCs für die einzelnen somatischen Erkrankungsgruppen sind der Tabelle 6 zu entnehmen. Die ATC-Codes wurden, sofern möglich, zu 4-stelligen Gruppen zusammengefasst. Ein Beispiel hierfür ist die Gruppe A10A, die alle zugehörigen Untergruppen einschließt wie z.B. A10AB, A10AB01, A10AB02, A10AC, A10AC01. Diese Vorgehensweise wurde ebenfalls für die ATC-Gruppen C07, C08, C09A, C09B, C09C, C09D, C10A und C10B angewandt. In Fällen, in denen eine Zusammenfassung nicht sinnvoll war, wie bei den Codes H03AA01 und H03AA03, blieben die Codes hingegen auf 7-stelliger Ebene bestehen, um die Spezifität der Verordnungen zu erhalten. Für die Erkrankungen E66 und C50 wurden keine Analysen durchgeführt, da es hierfür aktuell keine regelhafte medikamentöse Behandlung vorliegt.

Tabelle 6: Übersicht über die analysierten ATCs und ATC-Kombinationen nach verschiedenen somatischen Diagnosen

Relevant für somatische Erkrankung	ATCs und ATC-Kombinationen	ATC Bedeutung
E01.- E07.-	H03AA01 oder H03AA03	Levothyroxin-Natrium oder Kombinationen von Levothyroxin und Liothyronin
I20.- I25.- I60.- I69.-	(C10B oder C10A) + B01A) oder C10BX	(Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, Kombinationen oder Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, rein) + Antithrombotische Mittel) oder Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen in Kombination mit anderen Mitteln
I10.- I15.-	C07 oder C08 oder C09	Beta-Adrenozeptorantagonisten oder Calciumkanalblocker oder Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
E11.-	A10A oder A10B (Gesamte Gruppen)	Insuline und Analoga oder Blutzuckersenkende Mittel, exkl. Insuline

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen wurde der KF mit insgesamt drei Datensätzen zu den Behandlungsfällen, den Rehabilitationsdiagnosen sowie der Inanspruchnahme von ambulanten Rehabilitationsleistungen übermittelt. Aus den der KF vorliegenden Datensätzen wurde die Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Rehabilitationsleistungen analysiert.

Informationen zum Pflegegrad wurden vom KP anhand von Variablen zum Pflegegrad mit den Ausprägungen (1 bis 5) übermittelt.

Die stationäre Verweildauer in somatischen Fachabteilungen wurde anhand der Variable Krankenhausaufenthalt_Dauer (Liegendauer in Tagen; berechnet durch den KP TK-NRW) aus dem Datensatz Stationäre Behandlungsfälle näher untersucht. Auf Grundlage der vorliegenden Informationen aus dem Datensatz Stationärer Behandlungsfall konnten Variablen zur stationären Verweildauer pro Quartal/Kalenderjahr gebildet werden. Der stationäre Fallschweregrad lag in Form einer Variable zum Fallschweregrad mit den Ausprägungen 0 = keine Komplikationen oder Komorbidität (CC), 1 = leichte CC, 2 = mäßig schwere CC, 3 = schwere CC, 4 bis 5 = äußerst schwere CC vor.

Informationen über die Mortalität einzelner Patient*innen im Erhebungszeitraum wurden der KF im Rahmen der Stammdaten mit der dichotomen Variable Verstorben (ja/nein) übermittelt.

Pandemieeffekte wurden im Rahmen der Analysen durch die Bildung von Variablen zu Pandemiezeiten für die Datensätze im ambulanten und stationären Bereich analysiert. Die Pandemiezeiten wurden wie folgt definiert: Ambulante oder stationäre Behandlungsfälle vor dem 1. März 2020 wurden als „vor der Pandemie“ klassifiziert. Behandlungsfälle zwischen

dem 1. März 2020 und dem 1. Juli 2022 wurden als akute Pandemiephase klassifiziert. Da die Daten nicht Tag-genau, sondern monatsbezogen auf den ersten eines Monats datiert vorlagen, wurden für den Monat März 2020 die Fälle wie folgt aufgeteilt: Behandlungsfälle die vor dem 1.3.2020 begannen und vor dem 1.3.2020 abgeschlossen wurden, wurden als „vor der Pandemie“ klassifiziert, Behandlungsfälle, die ab dem 1.3.2020 datiert begannen und nach dem 1.3.2020 abgeschlossen wurden, wurden in die akute Pandemiephase eingeschlossen. Behandlungsfälle nach dem 1. Juli 2022 wurden auf Grund der zu diesem Zeitpunkt für Deutschland vollständigen Impfquote von rund 76% der deutschen Gesamtbevölkerung und der im Vergleich zur Delta-Variante des COVID-19 Virus milderen Subvariante Omikron als auslaufende Pandemiephase klassifiziert [27].

Die eingesetzten Analysemethoden umfassten statistische Verfahren zur Ermittlung deskriptiver Kennzahlen (Lagemaße, Streuungsmaße sowie Häufigkeitsverteilungen, Zusammenhangsmaße) sowie induktive Methoden wie T-Tests, Chi-Quadrat-Tests, multivariate Regressionsmodelle, logistische Regressionsmodelle und Mehrebenenmodelle. Im Rahmen der schließenden statistischen Verfahren wurden Regressionsanalysen mit klinischen und soziodemographischen Regressoren durchgeführt, um Outcomes wie z.B. kumulative Verweildauern bei stationärer Behandlung, Therapiedichte und Mortalität zu untersuchen. Darauf aufbauend wurden Assoziationen zwischen Versorgungsfaktoren und Versorgungsauscomes mittels deskriptiver und schließender statistischer Verfahren analysiert. Auf Grund der Fallzahlgröße bei den Sekundärdaten wurde im AP 1 ein Signifikanzniveau von $p \leq 0,001$ festgelegt.

3.2 Qualitative Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 2)

Zur Identifizierung patientenseitiger Einflussfaktoren auf die Versorgung und insbesondere die Inanspruchnahme somatischer Versorgungsleistungen (Förderfaktoren und Barrieren) bei psychisch Erkrankten wurden leitfadengestützte Interviews mit Versicherten der TK-NRW durchgeführt. Der Aspekt der COVID-19-Pandemie wurde als zusätzlicher Aspekt mit der Frage aufgenommen, inwiefern sich die Pandemie auf die Versorgung der somatischen Erkrankungen ausgewirkt hatte.

Folgende Einschlusskriterien wurden für die Ermittlung der Versandadressen aus dem operativen System der TK-NRW herangezogen: 1000 Versicherte mit mindestens einer der bereits im AP1 berücksichtigten häufigen somatischen Diagnosen und einer gesicherten Diagnose einer psychischen Störung [F00-F99] (s. Tabellen 3 und 4).

Im Juli 2021 erfolgte der Versand der Anschreiben (s. Anlage 3) und der Flyer (s. Anlage 4) an 1.000 ausgewählten Versicherten durch den KP TK-NRW. Mit drei Wochen Abstand wurden die Dankes- und Erinnerungsschreiben an die gleichen Versicherten versandt. Als Reaktion auf die Anschreiben gingen zwischen Juli und Dezember 2021 insgesamt 93 Rückmeldungen von Versicherten im Sinne von Interessensbekundungen mit Angabe von Kontaktdaten bei der KF ein. Die Mitarbeiterinnen der KF LVR-IFuB führten telefonische Vorgespräche mit allen Personen und erfassten ihre soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsstand) und die somatischen und psychischen Erkrankungen. Damit wurde zunächst abgesichert, dass die Versicherten zur vorgesehenen Personengruppe gehörten. Die Auswahl

der Patient*innen für die Interviews erfolgte anhand relevanter Kriterien wie die soziodemographischen Daten und Diagnosen gemäß den Prinzipien des „purposeful sampling“. Geachtet wurde dabei auf ein möglichst breites Spektrum an psychischen Erkrankungen bei Ausgewogenheit der soziodemographischen Variablen.

Zwischen August 2021 und März 2022 wurden insgesamt n = 45 Personen interviewt, die zuvor ihr Einverständnis für die Studienteilnahme schriftlich gegeben hatten. Die SARS-CoV-2-Pandemie erschwerte die Durchführung der Interviews. Daher wurden virtuelle oder telefonische Interviews als Alternative zu persönlichen Treffen angeboten. Alle Interview Teilnehmer*innen erhielten eine Aufwandsentschädigung von 30 €. Es wurden n = 29 Personen per Telefon und n = 17 per Videokonferenz befragt.

Der Leitfaden (s. Anlage 5) wurde möglichst offen für individuelle Erfahrungen und Bedarfe der Teilnehmer*innen gehalten und hatte gleichzeitig den Anspruch, klare Ziele in den verschiedenen Kategorien zu verfolgen. Jedes Interview begann mit einer persönlichen Vorstellung und Erläuterung des Forschungsinteresses und dauerte im Durchschnitt etwa 50 Minuten (min. 30 Minuten; max. 85 Minuten). Alle Interviews wurden mit Einwilligung der Teilnehmenden digital aufgenommen, regelgeleitet durch einen externen Dienstleister transkribiert, pseudonymisiert und in der Folge inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2018) ausgewertet. Dabei war das Ziel, sowohl induktive als auch deduktive Kategorien zu entwickeln, welche das Datenmaterial abbilden. Im ersten Schritt erfolgte die Bildung des Kategoriensystems anhand des Interviewleitfadens und folgte damit einer deduktiven Kategorienbildung. In einem zweiten Schritt wurden neue Aspekte, die von den Interviewteilnehmerinnen geäußert wurden, zur induktiven Kategorienbildung genutzt. Gemäß Kuckartz wurde sich an den sieben Phasen der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse orientiert, sodass der Analyseprozess durch dynamische, offene Phasen gekennzeichnet war [22]. Das Kategoriensystem wurde im Prozessverlauf wiederholt angepasst. Vier Mitarbeiter*innen des LVR-IFUB haben das Material einzeln und gemeinsam analysiert und diskutiert. Unterstützend wurde die Software MAXQDA genutzt.

Da die Reflexivität der Dateninterpretation und die interpersonelle Konsensbildung zentrale Prinzipien qualitativer Vorgehensweisen darstellen, wurden zur Qualitätssicherung mehrere Maßnahmen ergriffen: Im Anschluss an die Kodierung eines Teils des Materials wurden kontinuierlich jeweils Kontrollen der Genauigkeit der Codierung durchgeführt. Unstimmigkeiten in der Kodierung wurden, wo nötig, korrigiert. Die Codes wurden dann in Haupt- und Nebenthemen sortiert, die dann das Kategoriensystem bildeten. Die Themen wurden unabhängig voneinander getestet und überprüft, bis sich die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen auf einen Rahmen einigten, womit das gesamte Transkriptmaterial systematisch kategorisiert werden konnte. Die Auswertung des Interviewmaterials erfolgte auf diese Weise unabhängig von drei Mitarbeiterinnen. Anschließend fand eine Konsensbildung mit einer vierten Mitarbeiterin statt. Hierbei wurden die herausgearbeiteten Kategorien erneut gemeinsam zu viert besprochen, um eine konsistente, plausible Analyse sicherzustellen.

3.3 Qualitative Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 3)

Zur Identifizierung arztseitiger Einflussfaktoren auf die somatische Versorgung bei psychisch Erkrankten wurden Fokusgruppen und Einzelinterviews mit n = 50 Ärzt*innen folgender Fachgruppen aus Nordrhein-Westfalen (NRW) geplant:

- i) niedergelassene Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie (Fachgruppencode 58), Nervenheilkunde (Fachgruppencode 51), Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Fachgruppencode 60), Psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen (Fachgruppencode 61), und
- ii) Hausärzt*innen (Allgemeinmediziner*innen, Praktische Ärzt*innen, Internist*innen – Fachgruppencodes 01-03)

Die primäre Rekrutierungsmaßnahme bestand aus einer postalischen Einladung von 500 niedergelassenen Hausärzt*innen, Internist*innen sowie Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatik sowie psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen aus anderen Fachrichtungen. Das Rekrutierungsprozedere ist ausführlich in Kapitel 2.3 dargestellt.

Für die Auswahl der Ärzt*innen wurden im Vorfeld Namen und Adressen von allen niedergelassenen Ärzt*innen der genannten Fachgebiete in Nordrhein und Westfalen-Lippe aus den Internetseiten der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen in Listen zusammengestellt (Diese vollständigen Listen waren im weiteren Projektverlauf auch Grundlage für die Einladung der Ärzt*innen zu der schriftlichen Befragung in AP 5). Anschließend wurden pro Kreis bzw. kreisfreie Stadt zehn Ärzt*innen, davon sechs Ärzt*innen der Gruppe i sowie vier Ärzt*innen der Gruppe ii zufällig ausgewählt. Ein Anschreiben und ein Flyer wurden erstellt und Anfang Juni 2021 postalisch an die ausgewählten Ärzt*innen versendet. Ende August 2021 folgte der Versand von Dankes- und Erinnerungsschreiben an dieselben Ärzt*innen.

Es wurden zehn Fokusgruppen-Termine von jeweils 2,5 Stunden zwischen Juni und Dezember 2021 angesetzt. Für die Teilnahme wurde eine Aufwandsentschädigung von 60€ angeboten. Um einen weiteren Anreiz für die Teilnahme zu schaffen, wurden die Fokusgruppen als ärztliche Fortbildungen bei der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO) zertifiziert. Für die Teilnahme an der Veranstaltung erhielten Ärzt*innen 4 CME-Punkte in der Kategorie C. Dies bot zugleich den Vorteil, dass die Fokusgruppen als anerkannte Fortbildungsmaßnahmen auf der Webseite der ÄKNO beworben wurden.

Aufgrund eines geringen Rücklaufs wurden im Zuge der Erinnerungswelle im August 2021 noch einmal 500 weitere Ärzt*innen derselben Fachrichtungen mit Anschreiben und Flyer (s. Anlage 6) kontaktiert. Die niedrigen Rücklaufzahlen und weitere mögliche Rekrutierungsstrategien wurden in der zweiten Sitzung des Projektbeirats im September 2021 besprochen. Es wurde empfohlen, Ärzt*innen, zu denen Kontakt besteht, persönlich anzusprechen und um Mithilfe bei der Rekrutierung zu bitten. Auf dem DGPPN Kongress im November 2021 wurden Ärzt*innen persönlich auf die Fokusgruppen angesprochen und es wurden Flyer verteilt. Zusätzlich wurde eine Anzeige im Newsletter beim KoopP Hausärzterverband Nordrhein e.V. veröffentlicht und es erfolgten Einladungen über persönliche Kontakte und lokale Netzwerke. Darüber hinaus wurde die Befragung auf dem Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin im Rahmen eines Vortrages beworben. Trotz der vielfältigen ergriffenen Rekrutierungsmaßnahmen blieben die Anmeldezahlen niedrig.

Zusätzlich erschien ein hoher Prozentsatz von Ärzt*innen nach Anmeldung nicht zu den vereinbarten Terminen. Die qualitative Befragung der niedergelassenen (Fach-) Ärzt*innen wurde im 2. Quartal 2022 mit $n = 9$ Teilnehmenden beendet, nachdem die Vielzahl an Rekrutierungsmaßnahmen keinen weiteren Erfolg gebracht hatte.

Parallel zu den Rekrutierungsmaßnahmen fanden die inhaltliche Vorbereitung der Fokusgruppen durch die KF statt. Es wurden ein Diskussionsleitfaden sowie Material zur Vorbereitung auf die Moderation der Fokusgruppen zusammengestellt (s. Anlage 7). Für den Einstieg in das Thema wurde ein Impulsreferat zur Komorbidität von somatischen und psychischen Erkrankungen vorbereitet, das jeweils zu Beginn einer Fokusgruppe gehalten wurde.

Bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen sollten ursprünglich Faktoren wie Praxisort, Geschlecht und fachärztliche Disziplin Berücksichtigung finden (purposeful sampling). Auf Grund des geringen Rekrutierungserfolges konnte kein purposeful sampling realisiert werden. Die Fokusgruppen wurden mit Einwilligung der Teilnehmenden digital aufgenommen, begleitet durch einen externen Dienstleister transkribiert, pseudonymisiert sowie inhaltsanalytisch nach dem unter 3.2 beschriebenen Vorgehen ausgewertet.

3.4 Quantitative Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 4)

Im Arbeitspaket AP 4 sollten mittels einer standardisierten Online Befragung Förderfaktoren und Barrieren in der somatischen Versorgung von somatisch und komorbid psychisch erkrankten Personen aus der Perspektive der Betroffenen erhoben werden.

Für die Fragebogenentwicklung waren die Erkenntnisse der qualitativen Interviews aus AP 2 und der Fokusgruppen aus AP 3 maßgebend. Neben selbst entwickelten Fragen wurden auch publizierte Messinstrumente nach Anfrage und Zustimmung der jeweiligen Autor*innen in den Fragebogen integriert. Englischsprachige Originalskalen wurden durch das Studienteam übersetzt und die Güte der Übersetzung wurde durch Hin- und Rückübersetzung gesichert. Die Erarbeitung des Fragebogens erfolgte im Team mit mindestens drei Mitarbeiter*innen. Die finalen Fragebogenentwürfe wurden mittels kognitiver Pretest-Verfahren auf Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit geprüft.

Für die Einladungsschreiben an die Versicherten der TK-NRW wurden dieselben Einschlusskriterien aus dem operativen System der TK-NRW herangezogen wie bei AP 2 (s. Kapitel 3.2).

Im Oktober 2022 erfolgte der Versand der Anschreiben an die 20.000 ausgewählten Versicherten durch den KP TK-NRW (s. Anlage 8 und 9). Da die Resonanz auf die Einladung zur Befragung nicht ausreichend war, wurde im November 2022 vom KP TK-NRW eine zweite repräsentative Stichprobe von wiederum $n = 20.000$ Versicherten angeschrieben und eingeladen an der Online Umfrage teilzunehmen. Bis zum 31.12.2022 wurden insgesamt $n = 2.590$ Fragebogen online beantwortet.

Die Befragung in AP 4 sollte zur Beantwortung der sekundären Hypothesen 1 bis 5 beitragen (Bedeutung der Multimorbidität, bestimmter psychischer Erkrankungen, der Schnittstellen im Gesundheitssystem, der Gesundheitskompetenz [28] und der sozialen Einbindung [29] der Patient*innen für die Versorgung, (s. Kapitel 2.2). Aufgrund der Erkenntnisse aus den

qualitativen Interviews wurden zusätzlich die Aspekte von Selbst- und Fremdstigmatisierung [30, 31] sowie Selbstwirksamkeit [32] in die Befragung aufgenommen. Als Indikatoren für Behandlungserfolg und Behandlungsqualität (Proxy) wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität [33] und die Zufriedenheit mit der Versorgung [34] herangezogen. Als Kontrollvariablen wurden Alter, Geschlecht und Schulbildung der Versicherten berücksichtigt. Eine Übersicht über die Operationalisierung der abhängigen und unabhängigen Variablen für die Beantwortung der Forschungshypothesen findet sich in den nachfolgenden Tabellen 7 und 8.

Tabelle 7: Übersicht der eingeschlossenen abhängigen Variablen aus dem Fragebogen in AP 4

Abhängige Variablen	Operationalisierung	Beschreibung
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	SF-8 (Short-Form-8 Health Survey) (Ware et al. 2001) mit zwei Subskalen: Körperliche und psychische Gesundheit	International verbreitetes Kurzinstrument, das die gleichen Dimensionen abdeckt wie der längere SF-36. Ein niedriger Skalenscore entspricht einer niedrigen Lebensqualität.
Zufriedenheit mit der Versorgung	ZAPA (Scholl et al. 2011)	Der Kurzfragebogen dient zur Messung der Patientenzufriedenheit in der ambulanten medizinischen Versorgung. Diese Skala wurde sowohl für Hausärzt*innen als auch für andere Fachärzt*innen erhoben, sofern die Patient*innen angaben, dass diese die primären Ansprechpersonen für sie waren.

Tabelle 8: Übersicht der eingeschlossenen unabhängigen Variablen aus dem Fragebogen in AP 4

Übersicht unabhängige Variablen	Operationalisierung	Beschreibung
Kontrollvariablen	Soziodemographische Faktoren	Alter, Geschlecht, Schulbildung
Somatische Erkrankungen	Anzahl und Art somatischer Erkrankungen	Selbsteinschätzung: Vorliegen verschiedener somatischer Erkrankungen
Psychische Erkrankungen	Anzahl und Art psychischer Erkrankungen	Selbsteinschätzung: Vorliegen verschiedener psychischer Erkrankungen
Selbstwirksamkeit	Allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU Kurzsкала; Beierlein et al. 2014)	Kurzinstrument mit drei Items zur Erfassung individueller Kompetenzerwartungen, mit Schwierigkeiten und

		Hindernissen im täglichen Leben umgehen zu können
Soziale Einbindung	Problemorientierte emotionale Unterstützung (Problem-oriented Emotional Support; PES): Eine von vier Subskalen des Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT) (Suurmeijer et al. 1995).	Die PES besteht aus sechs Items und misst die tatsächliche unterstützende Interaktion. Die Skala ist nicht krankheitsspezifisch und kann daher auf alle Arten von Stichproben angewendet werden.
Gesundheitskompetenz	Deutsche Version des Functional Communicative Critical Health Literacy (FCCHL) (Dwinger et al. 2011)	Die FCCHL unterscheidet zwischen der funktionalen, interaktiven und kritischen Gesundheitskompetenz
Stigmatisierungserfahrungen	Selbststigmatisierungsskala (Jiménez, Strunz, Jacobi, 2022)	Skala zur Messung von Selbststigmatisierung aufgrund psychischer Erkrankungen. Sie orientiert sich an der Stigma Scale von King et al. (2007)
Diskriminierungserfahrungen	Fremdstigmatisierungsskala (Jiménez, Strunz, Jacobi, 2022).	Skala zur Messung von Fremdstigmatisierung aufgrund psychischer Erkrankungen durch medizinisches Personal (sämtliche Berufsgruppen und Sektoren).

Details zu den verwendeten Skalen sind dem Anhang zu entnehmen. Der Fragebogen findet sich ebenfalls im Anhang (s. Anlage 10).

Die Datenanalysen erfolgten in mehreren Schritten. Zum Nachweis signifikanter Beziehungen zwischen den abhängigen, den unabhängigen und den Kontrollvariablen wurden bi- und multivariate Analysemethoden genutzt. Zuerst erfolgte eine univariate Darstellung in Häufigkeitstabellen, danach wurden bivariate Analysen vorgenommen, um eine deskriptive Aussage über den Zusammenhang der abhängigen, unabhängigen und Kontrollvariablen zu treffen. Um die Zusammenhänge zwischen den oben dargestellten Variablen zu untersuchen, wurden Korrelationen nach Spearman (nicht parametrischer Test) berechnet. Die Verteilung der zu testenden Variablen wurden vorab geprüft und für die Entscheidung bezüglich des jeweils geeigneten Testverfahrens herangezogen. Um im Rahmen von Zusammenhangsanalysen den Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen auf eine abhängige Variable zu untersuchen, wurden nach der bivariaten Analyse multiple Regressionsmodelle berechnet. Signifikante Ergebnisse werden für ein 95%-Konfidenzintervall bzw. einen p-Wert von $p \leq 0,05$ berichtet.

3.5 Quantitative Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 5)

Im Arbeitspaket AP 5 sollten mittels einer standardisierten Befragung Herausforderungen, Förderfaktoren und Barrieren in der somatischen Versorgung von somatisch und komorbid psychisch erkrankten Personen aus der Perspektive der Ärzt*innen erhoben werden. Neben anderen Faktoren sollte auch der Einfluss von Eigenschaften der Ärzt*innen selbst in den Blick genommen werden.

Für die Fragebogenentwicklung waren auch hier die Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews und den Fokusgruppen in AP 2 und AP 3 maßgebend. Bei der Literaturrecherche konnten keine geeigneten, ausreichend kurzen publizierten Messinstrumente identifiziert werden, demnach wurden ausschließlich selbst entwickelte Fragen eingesetzt. Der finale Fragebogenentwurf wurde mit einer Hausärztin und einem Psychiater einem Pretest unterzogen. Wichtige Versorgungsaspekte, die in den Pretests zur Sprache kamen, wurden in der Befragung ergänzt.

Zur Auswahl der Teilnehmenden wurden zunächst die Adresslisten niedergelassener Ärzt*innen in Nordrhein und Westfalen-Lippe genutzt, die im Rahmen des AP 3 zusammengestellt worden waren. Daraus wurde eine repräsentative Stichprobe gezogen. Die Einschlusskriterien der Fachgebiete waren identisch mit den Einschlusskriterien bei AP 3 (s. Kapitel 3.3). In der ersten Erhebungswelle wurden postalisch Einladungsschreiben (s. Anlage 11), Studieninformationen (s. Anlage 12) und Fragebogen (s. Anlage 13) inkl. vorfrankierten Rückumschlägen an n = 6.300 niedergelassene Ärzt*innen in NRW versandt. Der Rücklauf war mit 5,9% jedoch gering, sodass die Befragung auf eine deutschlandweite Online-Umfrage ausgeweitet wurde. Insgesamt nahmen n = 563 Ärzt*innen an der Befragung teil, davon n = 354 über den Papierfragebogen und n = 209 über die Online Befragung.

Die Befragung sollte – wie auch die Befragung der Betroffenen in AP 4 – zur Beantwortung der sekundären Hypothesen 1 und 2 beitragen (Bedeutung der Multimorbidität und bestimmter psychischer Erkrankungen für die Versorgung, s. Kapitel 2.2). Darüber hinaus wurden Charakteristika der Ärzt*Innen (Berufserfahrung, Vorurteile bzw. Stigmatisierungstendenzen) hinsichtlich ihrer Bedeutung für die somatische Versorgung der Patient*innen mit psychischer Komorbidität in den Blick genommen (sekundäre Hypothese 6). Aufgrund der Erkenntnisse aus den AP 2 und 3 wurde schließlich auch der Aspekt der Empathie der Ärzt*innen in die Befragung aufgenommen. Als Indikator für eine gute Versorgung (Proxy) wurde das Maß der erlebten Schwierigkeiten in der somatischen Behandlung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität im Vergleich zu Patient*innen mit ausschließlich körperlichen Erkrankungen herangezogen (selbstentwickelte Fragen). Als Kontrollvariablen wurden Alter, Geschlecht und Fachrichtung der Ärzt*innen berücksichtigt. Die Operationalisierung der abhängigen und unabhängigen Variablen für die Beantwortung der Forschungshypothesen lässt sich den nachfolgenden Tabellen 9 und 10 entnehmen.

Tabelle 9: Übersicht der abhängigen Variablen aus dem Fragebogen in AP 5

Abhängige Variablen	Operationalisierung	Beschreibung
Erlebte Schwierigkeiten bei verschiedenen Aspekten in der Versorgung	Inwiefern empfinden Sie die verschiedenen Aspekte in der Versorgung Ihrer Patient*innen herausfordernd? A) Bei nur somatisch erkrankten Patient*innen B) Bei somatisch und psychisch erkrankten Patient*innen Ausprägungen von sehr schwierig bis sehr einfach	Multimedikation; Medikamentenadhärenz; Mangelnder Informationsfluss; Fehlender bundeseinheitlicher Medikationsplan; Viele Behandelnde; Zu wenig Zeit für Gespräche; Unzureichende Vergütung für Gespräche, Zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden; Keine Vergütung für den Austausch mit anderen Behandelnden; Keine Vergütung für die Koordination der Behandlung; Unzureichende eigene Kenntnisse über Erkrankungen aus anderem Fachgebiet; Unsicherheit im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen; Eingeschränkte Therapiemotivation, Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung; Patient*innen sind im Praxisablauf „schwierig“
Häufigkeit erlebter Schwierigkeiten bei den verschiedenen Aspekten in der Versorgung	Wie häufig erleben Sie Schwierigkeiten/Herausforderungen bei den verschiedenen Aspekten in der Versorgung Ihrer Patient*innen? A) Bei nur somatisch erkrankten Patient*innen B) Patient*innen Bei somatisch und psychisch erkrankten Patient*innen (Ausprägungen von (fast) nie bis (fast) immer)	

Tabelle 10: Übersicht der unabhängigen Variablen aus dem Fragebogen in AP 5

Unabhängige Variablen	Operationalisierung	Beschreibung
Empathie	Selbstentwickelte Skala zur Erfassung des empathischen Verhaltens	Die Skala erfasst, wie wichtig es Ärzt*innen ist, einfühlsam auf Patient*innen einzugehen. Sie misst das Bestreben, Verständnis zu zeigen, ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen sowie das Umfeld der Patient*innen in die Versorgung einzubeziehen. Sie besteht aus 4 Items mit einer Spannweite von 1-4, wobei ein hoher Wert für eine größere Empathie spricht.

Vorurteile/ Stigmatisierungstendenz	Selbstentwickelte Skala zur Erfassung stigmatisierender Tendenzen	Die Skala erfasst, inwieweit Ärzt*innen körperliche und psychische Leiden gleichwertig anerkennen oder dazu neigen, entweder somatische oder psychische Beschwerden weniger ernst zu nehmen. Zudem wird die grundsätzliche Akzeptanz und Haltung gegenüber Patient*innen, unabhängig von deren Erkrankung gemessen. Sie besteht aus 4 Items mit einer Spannweite von 0-3, wobei ein hoher Wert für höhere stigmatisierende Tendenzen spricht.
Berufserfahrung	Dauer der Niederlassung in Jahren	in Jahren
Kontrollvariablen	Soziodemographische Faktoren	Alter, Geschlecht
	Facharztgruppe	Hausärzt*in/ Psychiater*in

In einem ersten Schritt wurden die Scores bei den selbstentwickelten Fragen zum Ausmaß und der Häufigkeit wahrgenommener Schwierigkeiten in der Versorgung betrachtet. Diese Fragen wurden bezogen auf 15 verschiedene Aspekte der Versorgung (s. Tabelle 9) und getrennt für die Patient*innen mit einer psychischen Komorbidität und für rein somatisch erkrankte Patient*innen erhoben.

Die Unterschiede in der Wahrnehmung der Belastung bzw. der Häufigkeit des Auftretens von Schwierigkeiten bei der Behandlung von Patient*innen mit und ohne psychische Komorbidität wurden statistisch überprüft. Diese zweimalige Befragung der Ärzt*innen führte zu zwei abhängigen Messreihen. Da die Normalverteilungsannahme verletzt war, wurde die statistische Analyse mittels des Wilcoxon-Rangsummen-Tests durchgeführt.

Für die Analyse möglicher weiterer Einflussgrößen auf die wahrgenommenen Belastungen bei der Behandlung von Patient*innen mit oder ohne psychische Komorbidität wurde eine ANCOVA mit Messwiederholung durchgeführt. Als abhängige Größen wurde betrachtet, wie herausfordernd verschiedene Aspekte der Versorgung wahrgenommen werden. Dazu wurden aus den 15 verschiedenen Items Summenscores für die Belastung bei der Behandlung von Patient*innen der zwei Gruppen (mit und ohne psychische Komorbidität) gebildet, um die wahrgenommenen Schwierigkeiten quantitativ abzubilden. Die unabhängigen Variablen umfassten neben soziodemografischen Merkmalen wie Alter und Geschlecht, die Dauer der Niederlassung, die Facharztgruppe sowie Einflussgrößen wie Stigmatisierungstendenzen und Empathie der Ärzt*innen. Abhängig von ihrem Skalenniveau gingen diese Variablen als Kovariate oder Faktor in das Modell ein. Ziel war es, Zusammenhänge zwischen diesen Merkmalen und den wahrgenommenen Herausforderungen in der Versorgung zu analysieren. Wie im AP 4 werden auch hier signifikante Ergebnisse für ein 95%-Konfidenzintervall bzw. einen p-Wert von $p \leq 0,05$ berichtet.

4 Projektergebnisse

4.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse (AP 1)

4.1.1 Beschreibung der Studienpopulation

Die Gesamtpopulation der Studie bestand aus $n = 1.160.743$ somatisch erkrankten erwachsenen Versicherten der TK-NRW mit den ICD-10 Diagnosecodes E01-E07, E66, I20-I25, I10-I15, E11, I60-I69 oder C50. Die Patient*innen waren im Mittel 59,5 Jahre alt (SD: 16,66, Min: 22, Max: 110) (Frauen: M: 57,85 (SD: 16,85) Min: 22 Max: 110, Median: 59 Jahre; Männer: M: 61,54 (SD: 16,19) Min: 22 Max: 107, Median: 62 Jahre). Unter den Patient*innen waren 55,6% weiblich und 44,4% männlich. Die meisten Patient*innen hatten den Versicherungsstatus des Mitglieds (91,2%), 7,2% den Status „Ehegatte“ und 1,6% den Status „Kind“. Etwa die Hälfte der Patient*innen waren Angestellte oder Arbeiter (50,8%), 29,8% Rentner oder Pensionäre, 3,8% Arbeitslose, 3,1% Selbstständig, 1,1% Studenten und 11,4% fielen unter die Personengruppe „Sonstige“ (z.B. Sozialhilfe, Kinder). Die Häufigkeitsverteilung der somatischen Diagnosen findet sich in der Tabelle 11. Die häufigste somatische Erkrankung war die Hypertonie (I10-15) mit 64,3%, gefolgt von den Erkrankungen der Schilddrüse (E01-07) mit 47,6%.

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der somatischen Erkrankungen inkl. des Anteils an F-Diagnosen

Somatische Erkrankungen	Anteil an der Gesamtpopulation * in % (n)	Davon mit mindestens einer F-Diagnose in % (n)
E01 – E07 Krankheiten der Schilddrüse	47,6 (552.391)	51,2% (283.084)
E66 Adipositas	27,9 (323.605)	53,8% (174.013)
I20 -- I25 Ischämische Herzkrankheit	16,9 (196.543)	57,4% (112.868)
I10 – I15 Hypertonie [Hochdruckkrankheiten]	64,2 (745.309)	51,4% (383.320)
E11 Diabetes mellitus Typ 2	16,3 (189.630)	57,1% (108.263)
I60 – I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	4,5 (52.147)	64,9% (33.818)
C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	3,6 (41.658)	69,5% (28.948)

*Gesamtpopulation: $n = 1.160.743$ (100%)

Insgesamt wiesen 47,9 % der $n = 1.160.743$ Versicherten neben der somatischen Diagnose auch mindestens eine psychische Störung (F-Diagnose) auf. Die Häufigkeitsverteilung der F-Diagnosen findet sich in der Tabelle 12. Zu den häufigsten F-Diagnosen zählten die leichten und mittelgradigen Depressionen (F32.0/1 F33.0/1) (10,9%), die sonstige und nicht näher bezeichnete Depression (F32.8/9 F338/9) (13,0%) und die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, hier im speziellen die F17.- (psychische Verhaltensstörung durch Tabak (8,6%).

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der psychischen Erkrankungen (F-Diagnosen) in der Studienpopulation

Diagnose	Häufigkeiten in % (n) der Gesamtpopulation
F00-F99 (alle F-Diagnosen)	47,9 (556.486)*
F00.- F09.- organische psychische Störungen	4,0 (46.691)*
F00.- Demenz bei Alzheimer	0,7 (8.407)
F01.- Vaskuläre Demenz	0,8 (9.724)
F02.- Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,1 (1.214)
F03/04/09.- Nicht näher bezeichnete Demenz/ Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt/ Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung	2,1 (24.278)
F05.- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,4 (5.057)
F06.- Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	1,2 (13.824)
F07.- Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	0,2 (2.838)
F10.- F19.- Substanzbezogene Störungen	10,3 (119.206)*
F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,8 (20.754)
F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	0,1 (1.166)
F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	0,1 (1.408)
F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	0,3 (3.082)
F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	0,02 (259)
F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	0,1 (714)
F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	0,01 (108)
F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	8,6 (100.221)
F18.-/F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel, durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	0,4 (4.873)
F20.- F29.- Schizophrenie u. andere Psychosen	0,9 (10.871)*
F20.- Schizophrenie	0,4 (4.873)
F22.- Anhaltende wahnhaftige Störungen	0,1 (1.691)
F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen	0,1 (1.302)
F21.-/F24.-/F28.-/F29.- Schizotype Störung; Induzierte wahnhaftige Störung; Sonstige nichtorganische psychotische Störungen; nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	0,3 (3.983)
F25.- Schizoaffective Störungen	0,2 (1.888)
F30.-39.- Affektive Störungen	21,0 (243.405)*
F30.- Manische Episode	0,1 (700)
F31.- Bipolare affektive Störung	0,4 (4.528)
F32.0/F32.1/F33.0/F33.1 -Depressive Episode	10,8 (125.030)
F32.2 F32.3 F33.2 F33.3 - Rezidivierende depressive Störung	2,9 (33.959)

F32.8/9 F33.4 - Sonstige depressive Episoden, nicht näher bezeichnet/ Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	13,0 (150.404)
F34.- Anhaltende affektive Störungen	1,0 (11.419)
F38.-/F39.- Andere affektive Störungen / Nicht näher bezeichnete affektive Störung	0,1 (1.484)
F40.–49.- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	30,7 (356.270)*
F40.- Phobische Störungen	1,2 (14.299)
F41.- Andere Angststörungen	8,3 (96.138)
F42.- Zwangsstörung	0,4 (4.282)
F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungsstörungen	13,1 (152.307)
F44.- Dissoziative Störungen	0,2 (2.858)
F45.- Somatoforme Störungen	14,2 (165.233)
F48.- Andere neurotische Störungen	6,8 (78.396)
F51. – F59.- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	5,5 (64.395)*
F50.- Essstörungen	0,7 (8.542)
F51.- Nichtorganische Schlafstörungen	1,8 (20.816)
F52.- Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	2,7 (31.283)
F53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	0,02 (235)
F54.-/F59.- Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten/ Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	0,4 (4.816)
F55.- Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	0,1 (961)
F60. – F69.- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,8 (20.792)*
F60.- Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1,0 (12.145)
F62.- Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	0,3 (3.303)
F63.- Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	0,1 (965)
F64.- Störungen der Geschlechtsidentität	0,04 (518)
F65.- Störungen der Sexualpräferenz	0,01 (102)
F66.- Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	0,1 (621)
F61.-/F68.-/F69.- Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen/ Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen/ Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	0,4 (4.380)
F70. – F79. - Intelligenzstörung	0,2 (2.441)*
F80. – F89.- Entwicklungsstörungen	0,3 (3.490)*
F90. – F99.- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1,5 (17.475)*

* Die Oberkategorien der ICD-10 Codes enthalten Angaben auf Personen- und nicht auf Fallebene. Die Fallzahlen der Oberkategorien entsprechen nicht der Summe der Unterkategorie, da pro versicherter Person Komorbidität vorliegen kann.

4.1.2 Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung

Die Kontaktdichte innerhalb eines Quartals lag über den gesamten Betrachtungszeitraum auf Fallebene im Mittel bei MW = 1,509 (SD: 0,499) (Wertebereich 1-2 (1: einmal im Quartal; 2: \geq 2mal im Quartal)). Hintergrund für die hier beschriebene Definition der Kontaktdichte ist, dass diese Variable vom KP TK-NRW nur in dieser Form zur Verfügung gestellt werden konnte. Patient*innen mit psychiatrischen Komorbiditäten (mindestens eine F-Diagnose) hatten nach Adjustierung für Alter und Geschlecht auf Fallebene eine höhere Kontaktdichte (MW = 1,534) im Vergleich zu Patient*innen ohne eine psychiatrische Komorbidität (MW = 1,486) [n = 18.531.182 Fälle; ICC: 0,18]. Im Modell hinsichtlich der Kontaktdichte werden 18% der Varianz auf der Fallebene über Eigenschaften auf der Versichertenebene erklärt. Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse finden sich in der Tabelle 13.

Tabelle 13: Mixed-Modell für die Patient*innengruppe mit mindestens einer F-Diagnose

Mixed-Modell für die Patient*innengruppe mit mindestens einer F-Diagnose						
	β	F (Z)	F (N)	F	KI	p-Wert
Fallebene						
Keine F-Diagnose (Ref. F = ja)	-0,053	1	1058156, 854	9749,257	[-,054; -,052]	< 0,001
Versichertenebene						
Alter	0,002	1	1144787, 178	19158,10 0	[,0020; ,0021]	< 0,001
Männer (Ref.: Frauen)	0,004	1	1065367, 665	298,941	[,003; ,006]	< 0,001
Keine F- Diagnose*Männer	0,008	1	1062328, 473	73,577	[,007; ,010]	< 0,001

Abhängige Variable: Kontaktdichte im versorgungsärztlichen Bereich [Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 = mindestens zweimal im Quartal]; ICC = 0,19; Pseudo-R2 = 0,196

Mit der Anzahl an F-Diagnosen stieg die durchschnittliche Kontaktdichte signifikant an. Dieser Zusammenhang wird in der Abbildung 1 illustriert. Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse finden sich in der Tabelle 14.

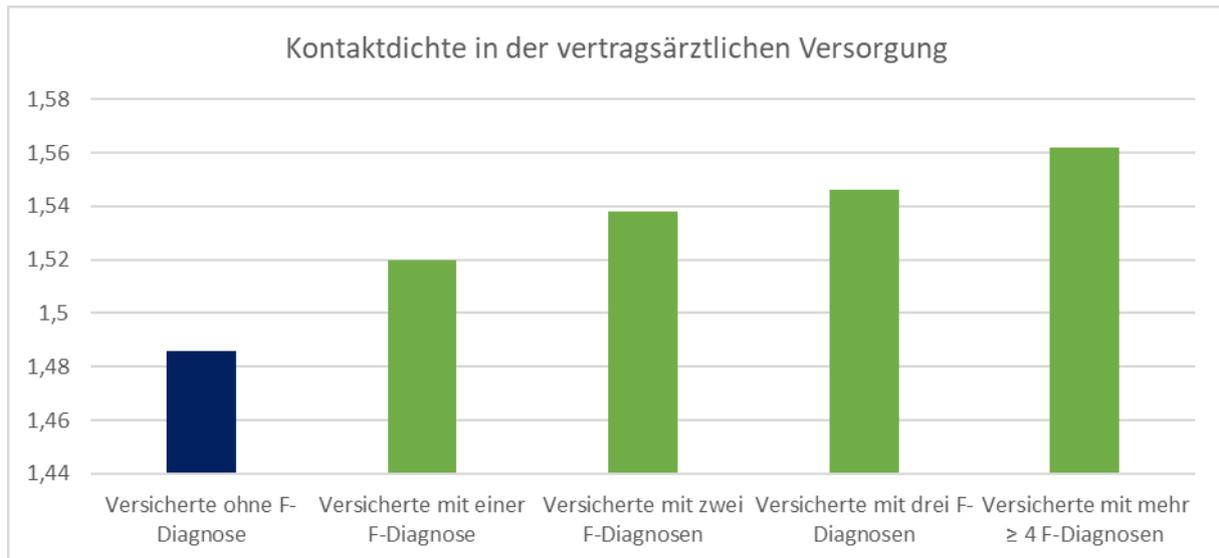


Abbildung 1: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung; Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 = mindestens zweimal im Quartal; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht)

Tabelle 14: Mixed-Modell Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung für die Patient*innengruppe mit mehr als einer F-Diagnose

Mixed-Modell für die Patient*innengruppe mit mehr als einer F-Diagnose

	β	F (Z)	F (N)	F	KI	p-Wert
Fallebene						
Keine F-Diagnose (Ref. F-Diagnosen ≥ 4)	-0,081	4	974156,034	2881,049	[-,082; -,078]	< 0,001
F-Diagnose = 1 (Ref. F-Diagnosen ≥ 4)	-0,044	4	974156,034	2881,049	[-,046; -,041]	< 0,001
F-Diagnosen = 2 (Ref. F-Diagnosen ≥ 4)	-0,025	4	974156,034	2881,049	[-,027; -,022]	< 0,001
F-Diagnosen = 3 (Ref. F-Diagnosen ≥ 4)	-0,017	4	974156,034	2881,049	[-,019; -,013]	< 0,001
Versichertenebene						
Alter	0,002	1	1145140,123	19208,897	[,0020; ,0021]	< 0,001
Männer (Ref.: Frauen)	0,004	1	951503,702	127,840	[,0001; ,007]	< 0,001
Keine F-Diagnose *					[,005; ,012]	
Männer (Ref. F-Diagnosen ≥ 4)	0,009	4	974986,465	11,212		< 0,001
F-Diagnose = 1 *					[,0007; ,008]	
Männer (Ref. F-Diagnosen ≥ 4)	0,005	4	974986,465	11,212		< 0,001

F-Diagnosen = 2 *					[-,0019; ,006]	
Männer	0,002	4	974986,465	11,212		n.s.
(Ref. F-Diagnosen \geq 4)						
F-Diagnosen = 3 *					[-,003; ,006]	
Männer	0,002	4	974986,465	11,212		n.s.
(Ref. F-Diagnosen \geq 4)						

Abhängige Variable: Behandlungsintensität im ambulanten Bereich [Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 = mindestens zweimal im Quartal]; ICC = 0,192; Pseudo-R2 = 0,202

Generell hatten Frauen eine etwas geringere Kontaktdichte als Männer und ältere Personen (siehe Tabelle 13) hatten eine minimal höhere Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung. Die höhere durchschnittliche Kontaktdichte bei Patient*innen mit mindestens einer F-Diagnose zeigte sich sowohl bei der Versorgung durch Hausärzt*innen (Allgemeinärzt*innen und hausärztlich tätige Internist*innen) (MWohneF-DIAG = 1,548; Std.-Fehler = 0,000; KI = [1,548; 1,549] zu MWmitF-DIAG = 1,608; Std.-Fehler = 0,000; KI = [1,607; 1,609]) als auch bei der fachärztlichen Versorgung über alle anderen Fachärzt*innen hinweg (MWohneF-DIAG = 1,300; Std.-Fehler = 0,001; KI = [1,299; 1,301] zu MWmitF-DIAG = 1,328; Std.-Fehler = 0,001; KI = [1,327; 1,328]), geschätzte Randmittel adjustiert für Alter und Geschlecht. Im Mehrebenenmodell für die Versorgung durch Hausärzt*innen werden über 31% der Varianz in der Kontaktdichte über Eigenschaften auf der Versichertenebene erklärt. Die Varianz in der Kontaktdichte bei anderen Fachärzt*innen wird hingegen nur zu knapp 16% über die im Modell eingeschlossenen Variablen (Alter, Geschlecht) auf Patient*innenebene erklärt. Zur Varianzaufklärung hinsichtlich der Kontaktdichte bei Fachärzt*innen scheinen andere Faktoren, wie bspw. die Art und Schwere von somatischen Erkrankungen, stärker beizutragen. Die detaillierten Ergebnisse der Mehrebenenmodelle finden sich in der Anlage 14, Tabelle 1 und Tabelle 2.

Die Kontaktdichte zu den Hausärzt*innen und den weiteren Fachärzt*innen nahm mit der Anzahl an F-Diagnosen ebenfalls zu (s. Abbildungen 2 und 3). Auch in diesen Mehrebenenmodellen wurden die geschätzten Randmittel für Alter und Geschlecht adjustiert.

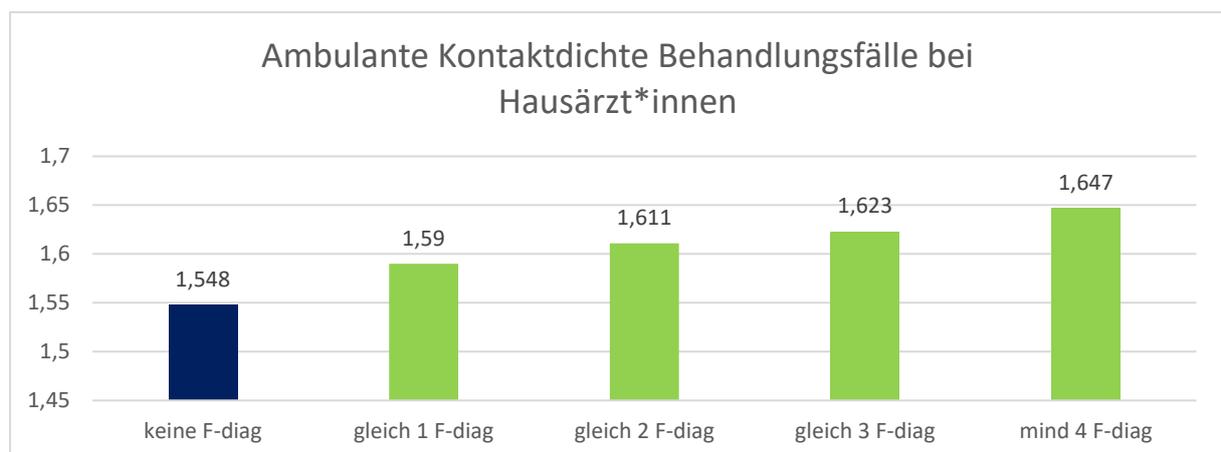


Abbildung 2: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung – Hausärzt*innen; Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 = mindestens zweimal im Quartal; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht)

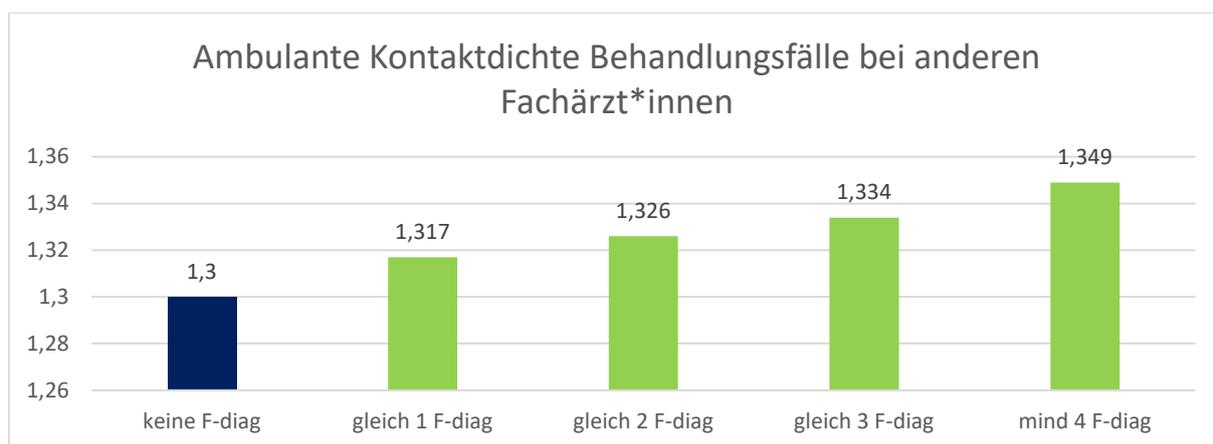


Abbildung 3: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung – Fachärztlicher Bereich (ohne Hausärzt*innen); Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 = mindestens zweimal im Quartal; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht)

Der Gruppenunterschied zugunsten der Gruppe der Patient*innen mit F-Diagnose war auch signifikant für die einzelnen F-Diagnosegruppen bis auf die F4-Diagnosegruppe (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; mit Ausnahme der F43/F44-Diagnosen) und die F50-Diagnosegruppe (Essstörungen). Die für Geschlecht und Alter adjustierten Mittelwerte sind in der Abbildung 4 dargestellt. In die Analysen wurden die Fälle mit F-Diagnosen aus ausschließlich einer F-Diagnosegruppe einbezogen, d.h. die Fälle mit Diagnosen aus mehr als einer F-Diagnosegruppe wurden ausgeschlossen. Eine besonders hohe Kontaktdichte hatten Patient*innen mit einer F7-Diagnose (Intelligenzminderung; geschätzte Randhäufigkeit = 1,618), einer F8-Diagnose (Entwicklungsstörungen; geschätzte Randhäufigkeit = 1,574), einer F0-Diagnose (organische psychische Störungen; geschätzte Randhäufigkeit = 1,574) und einer F2-Diagnose (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; geschätzte Randhäufigkeit = 1,548).

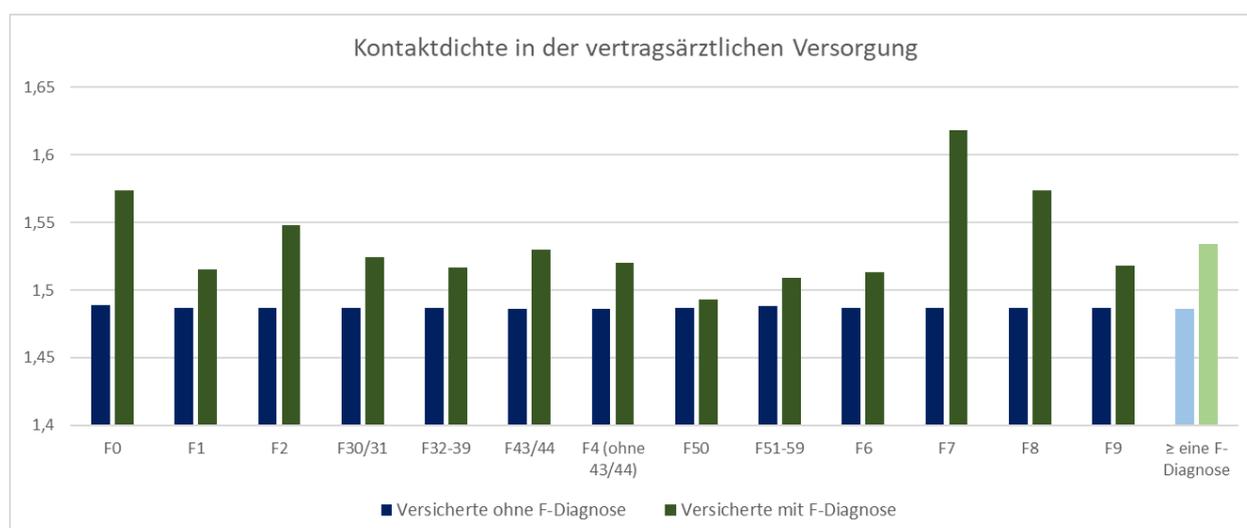


Abbildung 4: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung; Ausprägung: 1 = einmal im Quartal; 2 > als einmal im Quartal; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht)

In der Anlage 14 werden in den Tabellen 3 bis Tabelle 15 die Ergebnisse der Mehrebenenmodelle für die somatisch und komorbid psychisch erkrankten Patient*innen für die einzelnen

F-Diagnosegruppen dargestellt. In diesen Mehrebenenmodellen wurden die Analysen ausschließlich mit den Fällen mit F-Diagnosen aus ausschließlich einer F-Diagnosegruppe berechnet. Fälle mit Diagnosen aus mehr als einer F-Diagnosegruppe wurden ausgeschlossen, um den Effekt der jeweiligen Diagnosegruppe identifizieren zu können.

Schließlich wurde die Kontaktdichte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung getrennt für die Versorgung durch Hausärzt*innen bzw. durch andere Fachärzt*innen für die einzelnen F-Diagnosegruppen analysiert. Die Kontaktdichte im hausärztlichen Bereich war für Patient*innen aller F-Diagnosegruppen außer der F30/F31 (Manie/Bipolare Störung) im Vergleich zu Patient*innen ohne F-Diagnose signifikant erhöht. In der Versorgung durch andere Fachärzt*innen war die Kontaktdichte bei den Fällen mit den F-Diagnosegruppen organische psychische Störungen (F0), substanzbezogene Störungen (F1), Depressionen (F32-F39), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen/dissoziative Störungen (F43/F44) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) im Vergleich zu Patient*innen ohne F-Diagnose signifikant erhöht. Auch in diesen Mehrebenenmodellen wurden die Analysen mit den Fällen mit F-Diagnosen aus ausschließlich einer F-Diagnosegruppe berechnet. Die detaillierten Ergebnisse finden sich in der Anlage 14 in den Tabellen 16 bis 39.

Während der Pandemie nahm die Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung ab (s. Tabelle 15). Bei Inaugenscheinnahme der Verläufe der Gruppenmittelwerte ergeben sich keine Hinweise auf differenzielle Effekte der Pandemie auf die Kontaktdichte bei Patient*innen mit und ohne F-Diagnose. Von weiteren Analysen mit Mehrebenenmodellen mit den Pandemiephasen als zusätzlichen Faktor wurde abgesehen.

Tabelle 15: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung: Mittelwerte vor, während und in der abklingenden Phase der Pandemie für Fälle ohne und mit F-Diagnose. Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht) auf Fallebene

	Vor dem 1.3.2020	1.3.2020-1.7.2022	Nach dem 1.7.2022
Fälle von Patient*innen ohne F-Diagnose	MW = 1,489; Std.-Fehler = 0,001; KI = [1,487; 1,491]	MW = 1,487; Std.-Fehler = 0,001; KI = [1,485; 1,488]	MW = 1,500; Std.-Fehler = 0,001; KI = [1,497; 1,503]
Fälle von Patient*innen Versicherte mit F-Diagnose	MW = 1,529; Std.-Fehler = 0,001; KI = [1,527; 1,531]	MW = 1,525; Std.-Fehler = 0,001; KI = [1,524; 1,526]	MW = 1,529; Std.-Fehler = 0,002; KI = [1,526; 1,532]

4.1.3 Behandlungskontinuität im ambulanten vertragsärztlichen Versorgungssektor

Somatisch erkrankte Patient*innen mit psychischer Komorbidität (mindestens eine F-Diagnose) wiesen im Durchschnitt eine höhere Behandlungskontinuität im ambulanten Versorgungssektor über die 16 Quartale hinweg auf (MW = 12,27 (SD: 4,7); Mdn: 15; Min: 1; Max: 16) im Vergleich zu somatisch erkrankten Patient*innen ohne psychische Komorbidität (MW = 9,69 (SD: 5,8); Mdn: 11; Min: 1; Max: 16); ANOVA: df = 1; Mittel der Quadrate = 1925479,555; F = 68405,166; p < 0,001. Eine F-Diagnose beeinflusste im Regressionsmodell die Behandlungskontinuität zu den Haus- und Fachärzt*innen im vertragsärztlichen Bereich signifikant ($\beta = 1,052$; Std.-Fehler = 0,013; p < 0,001; KI = [1,028; 1,077]), auch nach Adjustierung für Alter ($\beta = 0,089$; Std.-Fehler = 0,000; p < 0,001; KI = [0,088; 0,089]), Geschlecht ($\beta =$

0,383; Std.-Fehler = 0,009; $p < 0,001$; KI = [0,366; 0,400]) sowie Anzahl der somatischen ($\beta = 1,492$; Std.-Fehler = 0,005; $p < 0,001$; KI = [1,483; 1,502]) und Anzahl der psychiatrischen Erkrankungen ($\beta = 0,317$; Std.-Fehler = 0,004 ; $p < 0,001$; KI = [0,308; 0,326]).

Die Behandlungskontinuität wurde zusätzlich für die einzelnen F-Diagnosegruppen (F0-F9) nach Adjustierung für Alter und Geschlecht analysiert. Auch bei diesen Analysen wurden die Fälle mit F-Diagnosen aus mehr als einer F-Diagnosegruppe ausgeschlossen. Die Stichprobengrößen sind in der Anlage 15, Tabelle 1 zu entnehmen.

Die Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse finden sich in der Tabelle 16. Versicherte mit Diagnosen aus den F-Diagnosegruppen F00, F10 und F20 wiesen eine signifikant geringere Behandlungskontinuität im Vergleich zu Versicherten ohne F-Diagnosen auf. Versicherte mit Diagnosen aus fast allen anderen F-Diagnosegruppen wiesen eine signifikant höhere Behandlungskontinuität auf. Bei Versicherten mit einer F32-39 und einer F8-Diagnose unterschied sich die Behandlungskontinuität nicht signifikant von Versicherten ohne F-Diagnosen. Generell hatten Frauen eine etwas höhere Behandlungskontinuität als Männer und ältere Personen hatten eine etwas höhere Behandlungskontinuität.

Tabelle 16: Lineare Regression: Behandlungskontinuität in der vertragsärztlichen Versorgung

	β	β standardisie rt	KI	Std. - Fehler	p-Wert
F-Diagnosegruppe 00-09	-2,127	-0,047	[-2,20; -2,05]	0,037	$\leq 0,001$
F-Diagnosegruppe 10-19	-0,121	-0,004	[-,164; -,078]	0,022	$\leq 0,001$
F-Diagnosegruppe 20-29	-0,726	-0,005	[-,951; -,501]	0,115	$\leq 0,001$
F-Diagnosegruppe 30/31	-0,560	-0,002	[-,965; -,154]	0,207	$\leq 0,005$
F-Diagnosegruppe 32-39	0,532	0,022	[,493; ,571]	0,020	$\leq 0,001$
F-Diagnosegruppe 43/44	1,484	0,051	[1,43; 1,53]	0,024	$\leq 0,001$
F-Diagnosegruppe F4 außer 43/44	1,016	0,051	[,984; 1,04]	0,016	$\leq 0,001$
F- Diagnosegruppe 51-59	1,311	0,029	[1,23; 1,38]	0,036	$\leq 0,001$
F-Diagnosegruppe 60-69	0,241	0,002	[,024; ,457]	0,110	$\leq 0,005$
F-Diagnosegruppe 70-79	1,453	0,006	[1,07; 1,83]	0,194	$\leq 0,001$
F-Diagnosegruppe 80-89	0,250	0,001	[-,072; ,573]	0,164	n.s.
F-Diagnosegruppe 90-99	0,530	0,005	[,372; ,688]	0,081	$\leq 0,001$
Anzahl der somatischen Erkrankungen	1,698	0,307	[1,68; 1,70]	0,005	$\leq 0,001$
Soziodemografische Faktoren					
Alter	0,092	0,281	[,091; ,093]	0,000	$\leq 0,001$
Geschlecht (Männer = 0; Frauen = 1)	0,510	0,046	[,492; ,528]	0,009	$\leq 0,001$

Abhängige Variable: Behandlungskontinuität im vertragsärztlichen Bereich [Ausprägung: 1 – 16 Quartale]; korrigiertes R² = 0,236

4.1.4 Teilnahme an Disease-Management Programmen (DMP) und der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

Von den 1.160.743 Versicherten nahmen 18,8% (n=218.274) an einem Disease-Management Programm (DMP) und 6,6% (n=76.818) an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teil.

An einem DMP nahmen am häufigsten Patient*innen mit einer Ischämischen Herzkrankheit (46,1%) und Diabetes mellitus Typ 2 (74%) teil. An der HZV nahmen am häufigsten Patient*innen mit Schilddrüsenerkrankungen (47,1%) und Hypertonie (72,4%) teil. Für weitere Details s. Anlage 16, Tabelle 1. Unter den Patient*innen, die an einem DMP teilnahmen, hatten über die Hälfte eine psychiatrische Komorbidität, d.h. mindestens eine F-Diagnose (59,2%). Unter den Patient*innen, die an der HZV teilnahmen, hatten 57,5% eine psychiatrische Komorbidität. Die Verteilung der Fallzahlen für die DMPs und HZV in Abhängigkeit vom Vorliegen einer F-Diagnose ist in der Abbildung 5 illustriert.

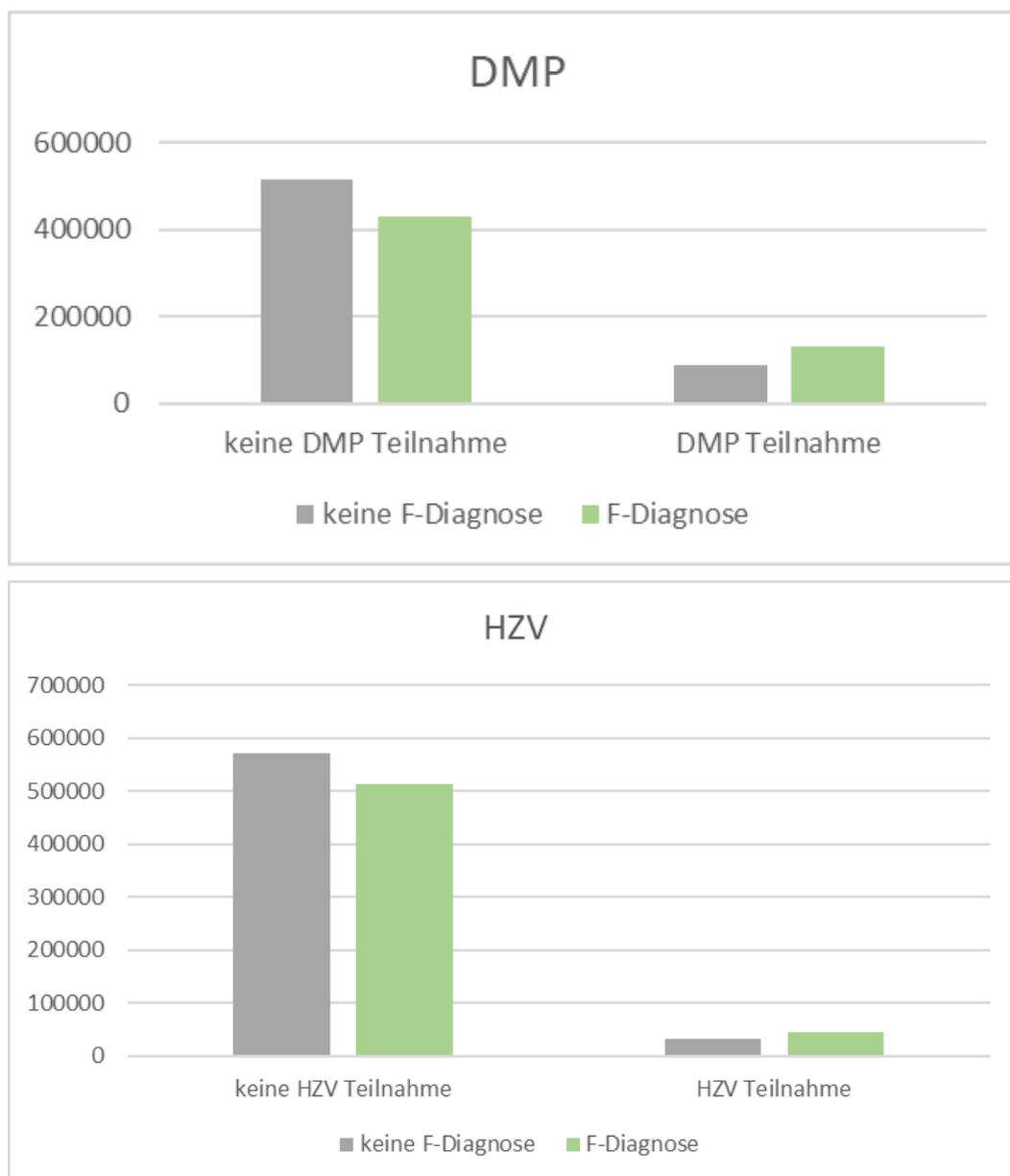


Abbildung 5: DMP und HZV Teilnahme: Fallzahlen nach dem Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität

Insgesamt begünstigte das Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität (mindestens eine F-Diagnose) die Teilnahme an einem DMP (OR = 1,11, B = 0,104, Std.-Fehler = 0,008; $p \leq 0,01$; KI = [1,092; 1,128]) und an der HZV (OR = 1,193, B = 0,176, Std.-Fehler = 0,011; $p \leq 0,01$; KI = [1,168; 1,219]). Eine höhere Anzahl an somatischen und eine höhere Anzahl an psychiatrischen Erkrankungen begünstigten ebenfalls die DMP-Teilnahme. Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen finden sich in der Anlage 16 in den Tabellen 2 und 3.

Zusätzlich wurden Analysen für die einzelnen F-Diagnosegruppen gerechnet. Details hierzu und die Ergebnisse der Analysen finden sich in der Anlage 16, Tabellen 4 und 5.

Patient*innen mit Substanzbezogenen Störungen (F1), Depressionen (F32-39), Reaktionen auf schwere Belastungen/Anpassungsstörungen (F43), Dissoziativen Störungen (F44) und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F51-F59), nahmen signifikant häufiger an DMP-Programmen teil im Vergleich zu Versicherten ohne eine F-Diagnose. Versicherte mit organischen psychischen Störungen (F0), Neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störungen (F4) und Entwicklungsstörungen (F8) nahmen signifikant seltener an DMP-Programmen teil.

Patient*innen mit Depressionen (F32-39, Neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störungen (F4) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) nahmen signifikant häufiger an der HZV teil im Vergleich zu Versicherten ohne eine F-Diagnose. Patient*innen mit organischen psychischen Störungen (F0) und Schizophrenie und anderen Psychosen (F2) nehmen signifikant seltener an der HZV teil.

4.1.5 Verordnungen ATC

Insgesamt hatten 84,5 % aller Patient*innen mindestens eine ATC-Verordnung erhalten. Die Auswertung der ATC-Verordnungen erfolgt im Folgenden differenziert nach den gefilterten somatischen Erkrankungen und den dazugehörigen definierten ATC-Codes (siehe Methodenkapitel 3.1).

Von den Personen mit einer Schilddrüsenerkrankung (ICD-10: E01–E07) erhielten 59,5 % die entsprechende leitliniengerechte ATC-Kombination, wohingegen 40,5% diese nicht erhielten oder nicht einlösten. Bei Personen mit einer chronisch ischämischen Herzkrankheit (ICD-10: I20 – I25) wurde in 49,7 % der Fälle ein leitliniengerechtes ATC verordnet. Personen mit einer arteriellen Hypertonie (ICD-10: I15) erhielten in 85,4 % der Fälle eine entsprechende leitliniengerechte ATC-Kombination, während 14,6 % diese ATC-Verordnung nicht erhielt. Bei Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10: E11) wurden 65,2 % mit einer entsprechenden leitliniengerechten ATC-Kombination versorgt. Personen mit Zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60–I69) erhielten zu 53,8 % eine entsprechende leitliniengerechte ATC-Kombination (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Häufigkeit einer leitliniengerechten medikamentösen Behandlung nach somatischen Erkrankungen

Relevant für somatische Erkrankungen	ATCs und ACT-Kombinationen	Häufigkeit der entsprechenden Verordnungen n (%)
E01.- E07.-	H03AA01 oder H03AA03	280.174 (59,5)
I20.- I25.-	(C10B oder C10A) + B01A) oder C10BX	97.766 (49,7)
I10.- I15.-	C07 oder C08 oder C09	636.163 (85,4)
E11.-	A10A oder A10B	123.690 (65,2)
I60.- I69.-	(C10B oder C10A) + B01A) oder C10BX	285.588 (54,8)

Anmerkungen: E01 – E07: Krankheiten der Schilddrüse; I20 – I25: Ischämische Herzkrankheiten; I10 – I15: Hypertonie; E11.-: Diabetes mellitus Typ 2; I60 – I69: Zerebrovaskuläre Krankheiten

Nachfolgenden wurde mittels logistischer Regressionen untersucht, welche Faktoren (Art und Anzahl an psychischen Diagnosen, Anzahl der somatischen Diagnosen, Alter, Geschlecht) einen Einfluss auf die eingelösten ATC-Verordnungen hatten. Die detaillierten Ergebnisse der Analysen finden sich in der Anlage 17, Tabellen 1 bis 5.

Bezüglich der medikamentösen Behandlung bei Schilddrüsenerkrankungen zeigte sich, dass Frauen signifikant häufiger Verordnungen erhielten als Männer ($B = 0,723$, Std.-Fehler = $0,007$; $OR = 2,06$, $p < .001$; $KI = [2,032; 2,089]$). Mit steigendem Alter nahm die Wahrscheinlichkeit einer Verordnung leicht ab ($B = -0,016$, Std.-Fehler = $0,0002$; $OR = 0,984$, $p < .001$; $KI = [0,984; 0,985]$). Die Anzahl der somatischen Erkrankungen war signifikant negativ mit der Verordnung, während die Anzahl der psychischen Erkrankungen einen signifikant positiven, wenn auch schwachen Effekt ($B = -0,061$, Std.-Fehler = $0,003$; $OR = 0,94$, $p < .001$; $KI = [0,935; 0,946]$). Von den F-Diagnosegruppen waren F00-09, F31 und F70-79 signifikant positiv mit der Verordnung assoziiert. Negative Zusammenhänge wurden hingegen für F10, F11-16 und F18, F17, F20, F30-39 ohne F31, F40, F42, F45 und F49, F41, F43, F60-69 und F90-99 festgestellt. Keine signifikanten Effekte zeigten sich für F21-29, F44, F51-59, F50 und F80-89 (s. Anlage 17, Tabelle 1).

Bezüglich der medikamentösen Behandlung bei chronisch ischämischen Herzkrankheiten zeigte sich, dass Frauen seltener Verordnungen erhielten als Männer ($B = -0,799$, Std.-Fehler = $0,010$; $OR = 0,450$, $p < .001$; $KI = [0,441; 0,459]$). Mit steigendem Alter nahm die Wahrscheinlichkeit für eine Verordnung zu. Die Anzahl der somatischen Erkrankungen war signifikant positiv mit der Verordnung assoziiert ($B = 0,342$, Std.-Fehler = $0,005$; $OR = 1,408$, $p < .001$; $KI = [1,394; 1,421]$). Die Anzahl der psychischen Erkrankungen zeigte hingegen einen signifikant negativen Zusammenhang ($B = -0,031$, Std.-Fehler = $0,11$; $OR = 0,969$, $p = .005$; $KI = [0,948; 0,991]$). Unter den F-Diagnosegruppen waren F10, F17, F30-39 ohne F31, F41, F43 und F51-59 signifikant positiv mit der Verordnung assoziiert. Negative Zusammenhänge wurden für F40, F42, F45 und F49 festgestellt. Keine signifikanten Effekte zeigten sich für F00-09, F11-16 und F18, F20, F21-29, F31, F44, F50, F60-69, F70-79, F80-89 und F90-99 (s. Anlage 17, Tabelle 2).

Bezüglich der medikamentösen Behandlung bei arterieller Hypertonie zeigte sich, dass Frauen seltener die entsprechenden ATC-Verordnungen erhielten als Männer ($B = -0,261$, Std.-Fehler = 0,007; OR = 0,770, $p < .001$; KI = [0,759; 0,781]). Mit steigendem Alter erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit einer Verordnung, wobei der Effekt gering ausfiel ($B = 0,043$, Std.-Fehler = 0,0002; OR = 1,043, $p < .001$; KI = [1,043; 1,044]). Die Anzahl der somatischen Erkrankungen stand signifikant positiv mit der Verordnung in Zusammenhang. Ebenso zeigte sich bei der Anzahl der psychischen Erkrankungen ein positiver, aber schwächerer Effekt ($B = 0,037$, Std.-Fehler = 0,010; OR = 1,037, $p < .001$; KI = [1,017; 1,058]). Unter den F-Diagnosegruppen waren F10, F17, F41, F43 sowie F40, F42, F45 und F49 signifikant positiv mit der Verordnung assoziiert. Auch die Gruppe F51-59 zeigte einen positiven Effekt. Im Gegensatz dazu waren die Diagnosegruppen F00-09, F21-29, F31, F44, F50 und F60-69 signifikant negativ mit der Verordnung assoziiert. Keine signifikanten Effekte wurden für die Gruppen F11-16 und F18, F30-39 ohne F31, F80-89 und F90-99 festgestellt (s. Anlage 17 Tabelle 3).

Bezüglich der medikamentösen Behandlung bei Diabetes mellitus Typ 2 zeigte sich, dass Frauen seltener die entsprechenden ATC-Verordnungen erhielten als Männer ($B = -0,410$, Std.-Fehler = 0,010; OR = 0,664, $p < .001$; KI = [0,651; 0,677]). Mit steigendem Alter nahm die Wahrscheinlichkeit einer Verordnung leicht ab ($B = -0,014$, Std.-Fehler = 0,0003; OR = 0,986, $p < .001$; KI = [0,985; 0,987]). Die Anzahl der somatischen Erkrankungen war signifikant positiv mit der Verordnung assoziiert ($B = 0,233$, Std.-Fehler = 0,005; OR = 1,262, $p < .001$; KI = [1,250; 1,275]). Ebenso zeigte sich eine positive Assoziation mit der Anzahl der psychischen Erkrankungen ($B = 0,051$, Std.-Fehler = 0,011; OR = 1,052, $p < .001$; KI = [1,029; 1,076]). Unter den F-Diagnosegruppen standen F00-09 und F51-59 in einem signifikant positiven Zusammenhang mit der Verordnung. Ein besonders starker positiver Effekt wurde für F50 festgestellt. Im Gegensatz dazu zeigten F10, F11-16 und F18, F30-39 ohne F31, F40, F42, F45 und F49 sowie F41 einen signifikant negativen Zusammenhang. Keine signifikanten Effekte wurden für die Gruppen festgestellt (s. Anlage 17, Tabelle 4).

Bezüglich der medikamentösen Behandlung bei Zerebrovaskulären Erkrankungen zeigte sich, dass Frauen seltener die entsprechenden ATC-Verordnungen erhielten als Männer ($B = -0,650$, Std.-Fehler = 0,072; OR = 0,522, $p < .001$; KI = [0,453; 0,601]). Mit steigendem Alter nahm die Wahrscheinlichkeit einer Verordnung leicht ab ($B = -0,009$, Std.-Fehler = 0,003; OR = 0,991, $p = .001$; KI = [0,986; 0,997]). Die Anzahl der somatischen Erkrankungen war signifikant positiv mit der Verordnung assoziiert ($B = 0,520$, Std.-Fehler = 0,027; OR = 1,682, $p < .001$; KI = [1,596; 1,772]). Im Gegensatz dazu zeigte die Anzahl der psychischen Erkrankungen einen tendenziell negativen Zusammenhang ($B = -0,114$, Std.-Fehler = 0,062; OR = 0,892, $p = .065$; KI = [0,791; 1,007]). Unter den einzelnen F-Diagnosegruppen waren F17, F43 und F51-59 signifikant positiv mit der Verordnung assoziiert. Negative Zusammenhänge wurden für F00-09 festgestellt. Keine signifikanten Effekte zeigten sich für F10, F11-16 und F18, F20, F21-29, F30-39 ohne F31, F31, F40, F42, F45 und F49, F41, F44, F50, F60-69, F70-79, F80-89 und F90-99 (s. Anlage 17, Tabelle 5).

Insgesamt zeigten sich keine konsistenten Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen von F-Diagnosen und der leitliniengerechten medikamentösen Behandlung von somatischen Erkrankungen. Es wurden einige statistisch signifikante Assoziationen gefunden, die teils schwach positiv und teils schwach negativ waren. Das Vorliegen einer schweren psychischen Störung (Psychose oder Bipolare Störung) zeigte bei nur zwei der fünf untersuchten häufigen

somatischen Erkrankungen (arterielle Hypertonie und Schilddrüsenerkrankungen) eine schwache negative Assoziation mit der leitliniengerechten medikamentösen Behandlung. Bei den weiteren drei untersuchten Erkrankungen (chronisch ischämische Herzkrankheit, Diabetes Typ 2 und zerebrovaskuläre Erkrankungen) zeigte sich keine Assoziation.

4.1.6 Rehabilitationsleistungen

Ein Prozent (1%) der Versicherten (n = 11.130) erhielten im Zeitraum 2019 bis 2022 Rehabilitationsleistungen. Darunter nahmen n = 8.620 eine stationäre Rehabilitation und n = 2.762 eine ganztägig ambulante Rehabilitation in Anspruch. Unter den Patient*innen, die eine stationäre Rehabilitation erhielten, hatten 47,9% eine psychiatrische Komorbidität (mindestens eine F-Diagnose). Unter den Patient*innen, die eine ambulante Rehabilitation erhielten, hatten ebenfalls 47,9% eine psychiatrische Komorbidität (mindestens eine F-Diagnose). Eine psychiatrische Komorbidität (mindestens eine F-Diagnose) begünstigte die Teilnahme an einem Rehabilitationsprogramm. Im Regressionsmodell zeigte sich für die Gesamtgruppe der Patient*innen mit mindestens einer F-Diagnose eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Mit wachsender Anzahl an somatischen und psychiatrischen Erkrankungen stieg die Wahrscheinlichkeit signifikant (s. Tabelle 18).

Tabelle 18: Logistische Regression: Teilnahme an einem Rehabilitationsprogramm

	β	Exp (β)	KI	Std. -Fehler	p-Wert
F-Diagnose	0,221	1,247	[1,18; 1,32]	0,028	$\leq 0,001$
Anzahl der psychiatrischen Erkrankungen	0,049	1,050	[1,03; 1,07]	0,010	$\leq 0,001$
Anzahl der somatischen Erkrankungen	0,744	2,103	[2,07; 2,14]	0,008	$\leq 0,001$
Soziodemografische Ko-Faktoren					
Alter	0,052	1,053	[1,051; 1,06]	0,001	$\leq 0,001$
Geschlecht (Männer = 0; Frauen = 1)	-0,753	0,471	[0,452; 0,49]	0,021	$\leq 0,001$

Abhängige Variable: Teilnahme Rehabilitationsprogramm [Ausprägung: 0/1]; Nagelkerkes R² = 0,0182

Bei den Analysen zu den einzelnen F-Diagnosegruppen zeigte sich, dass Patient*innen mit Entwicklungsstörungen (F8), substanzbezogenen Störungen (F1), organischen psychischen Störungen (F0) und Depressionen (F31-F39), signifikant häufiger Rehabilitationsleistungen in Anspruch nahmen im Vergleich zu Versicherten ohne F-Diagnosen. Details hierzu und die Ergebnisse der Analysen finden sich in der Anlage 18, Tabelle 1.

4.1.7 Pflegegrad

Knapp 11,2% der Patient*innen (n = 129.673) hatten im Zeitraum 2019 bis 2022 einen Pflegegrad. Unter den Versicherten mit F-Diagnose waren es knapp 16%, unter den Versicherten ohne F-Diagnose hingegen nur 6,7%. Die Verteilung der Pflegegrade lässt sich der Tabelle 19 und Abbildung 6 entnehmen.

Tabelle 19: Verteilung der Pflegegrade bei den Versichertengruppen ohne und mit F-Diagnosen

Patient*innen mit	% (n)	% (n) bei psychischer Komorbidität	% (n) ohne psychische Komorbidität
Pflegegrad 1	1,4 (16.758)	1,9 (10.535)	1,0 (6223)
Pflegegrad 2	3,7 (43.438)	5,0 (27.603)	2,6 (15.835)
Pflegegrad 3	2,9 (33.637)	4,2 (23.210)	1,7 (10.427)
Pflegegrad 4	1,9 (21.826)	2,9 (16.120)	0,9 (5.706)
Pflegegrad 5	1,2 (14.020)	1,9 (10.751)	0,5 (3.269)

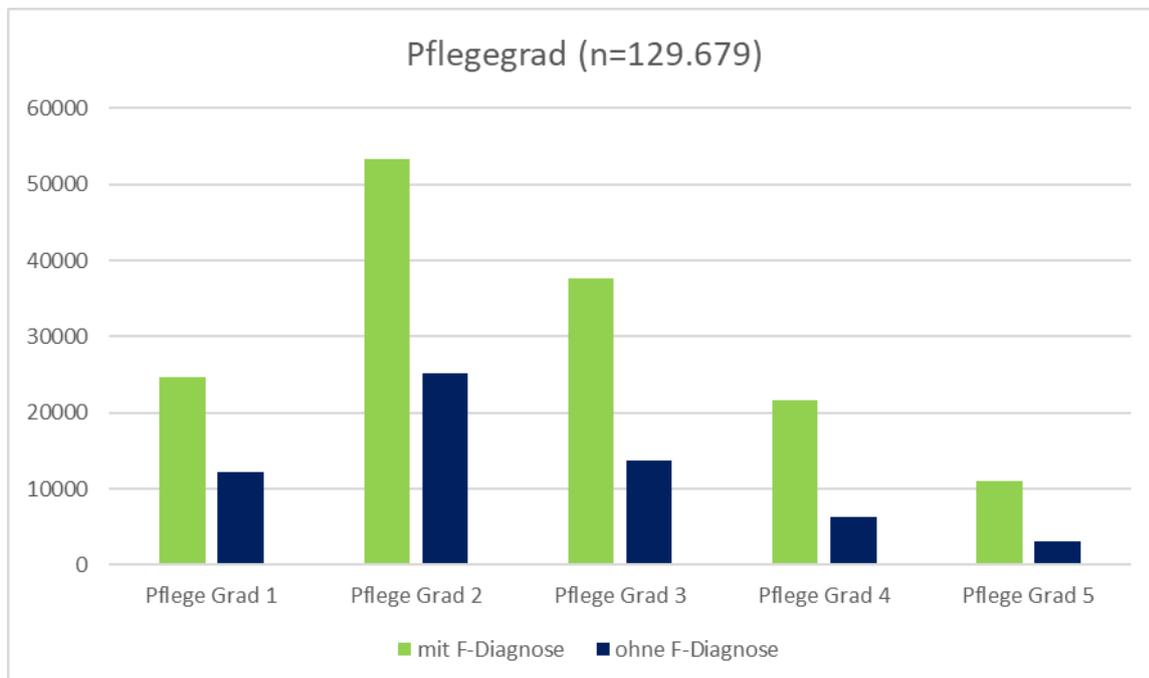


Abbildung 6: Verteilung der Pflegegrade 1 - 5 bei den Versicherten ohne und mit F-Diagnosen

Eine psychiatrische Komorbidität (mindestens eine F-Diagnose) begünstigte das Vorliegen eines Pflegegrades in allen Pflegegradstufen signifikant. Zudem wiesen Patient*innen mit F-Diagnosen tendenziell einen höheren Pflegegrad auf. Die Ergebnisse der logistischen Regression finden sich in der Tabelle 20.

Tabelle 20: Multinominale logistische Regression: Pflegegrad

Pflegegrad	abhängige Variable F-Diagnose	β	Exp (β)	95% KI für Exp	Std. - Fehler	p-Wert
Pflegegrad 1	Keine F-Diagnose Ref.: F-Diagnose	-0,710	0,49 1	[0,476; 0,507]	0,016	\leq 0,001
Pflegegrad 2	Keine F-Diagnose Ref.: F-Diagnose	-0,740	0,47 7	[0,468; 0,487]	0,010	\leq 0,001
Pflegegrad 3	Keine F-Diagnose Ref.: F-Diagnose	-0,984	0,37 4	[0,365; 0,383]	0,012	\leq 0,001
Pflegegrad 4	Keine F-Diagnose Ref.: F-Diagnose	-1,222	0,29 5	[0,286; 0,304]	0,016	\leq 0,001
Pflegegrad 5	Keine F-Diagnose Ref.: F-Diagnose	-1,374	0,25 3	[0,243; 0,263]	0,020	\leq 0,001

Abhängige Variable: Pflegegrad [Ausprägung: 0-5]; Nagelkerkes R² = 0,034

4.1.8 Krankenhausbehandlung – Stationäre Verweildauer

Innerhalb des Zeitraums 01.01.2019 bis 31.12.2022 wurden insgesamt n = 134.743 Fälle und n = 101.944 Versicherte aus der Gesamtstichprobe im Krankenhaus wegen einer somatischen Erkrankung stationär behandelt (9,04%). Patient*innen mit F-Diagnose wurden signifikant häufiger auf Grund einer somatischen Erkrankung stationär behandelt (OR = 2,04; B = ,717; Std.-Fehler = 0,007; p \leq 0,001; KI = [2,020; 2,075]) und auch signifikant häufiger als Notfall (OR = 1,95; B = ,691, Std.-Fehler = 0,011; p \leq 0,001; KI = [1,953; 2,038]) aufgenommen: 6,1% (n = 36.769) der Patient*innen ohne F-Diagnose und 11,7% (n = 65.175) der Patient*innen mit F-Diagnose wurden im Betrachtungszeitraum 2019-2022 stationär behandelt. 64,2 % (n = 8.730) der als somatischer Notfall im Krankenhaus aufgenommenen Patient*innen hatte eine psychiatrische Komorbidität.

Die stationäre Verweildauer der Patient*innen mit einem stationären Aufenthalt im Betrachtungszeitraum lag auf Fallebene im Mittel bei MW = 7,50 Tagen (SD: 9,53; Median = 5). Patient*innen mit psychiatrischen Komorbiditäten (mindestens eine F-Diagnose) hatten auf Fallebene, adjustiert für Alter und Geschlecht, eine längere Verweildauer im Vergleich zu Patient*innen ohne eine psychiatrische Komorbidität (MW = 7,808 vs. 6,418 Tage) [n = 134.743; Wertebereich 1-309 Tage; Median = 5; ICC = 0,19]. Mit der Anzahl an F-Diagnosen verlängerte sich die stationäre Verweildauer. Die stationäre Verweildauer war für Personen mit \geq 4 komorbiden F-Diagnosen signifikant länger als für Personen mit keiner oder nur einer komorbiden F-Diagnose. Für Patient*innen mit zwei oder drei komorbiden F-Diagnosen war der Unterschied zu Patient*innen mit \geq 4 F-Diagnosen nicht signifikant. Der Zusammenhang wird in der Abbildung 7 illustriert. Die Ergebnisse des Mehrebenenmodells finden sich in der Anlage 19 in der Tabelle 1.

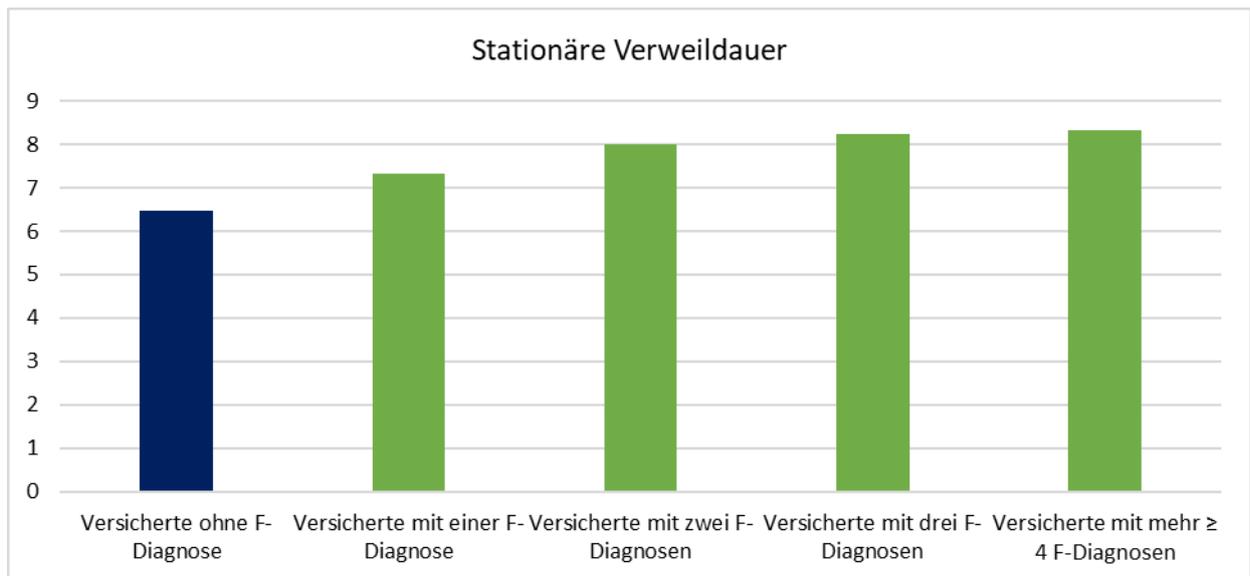


Abbildung 7: Durchschnittliche stationäre Verweildauer wegen einer somatischen Erkrankung in Tagen; geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht).

Die durchschnittliche stationäre Verweildauer variierte in Abhängigkeit von der F-Diagnosegruppe (s. Abbildung 8).

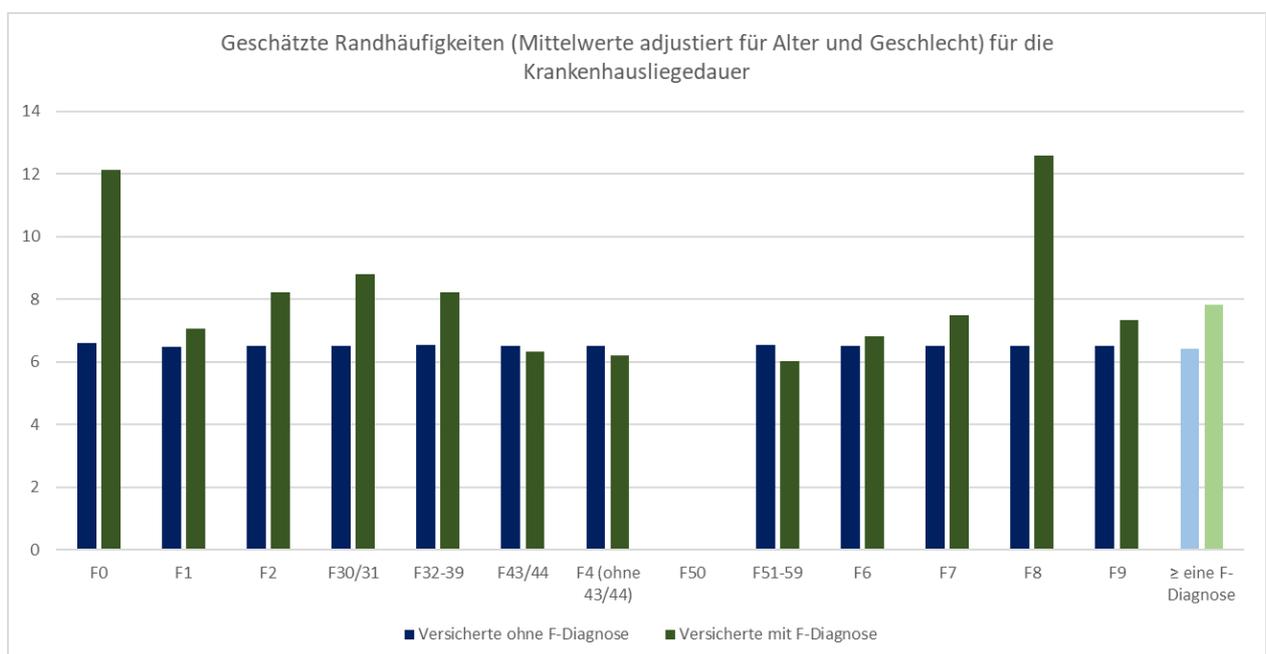


Abbildung 8: Durchschnittliche stationäre Verweildauer wegen einer somatischen Erkrankung in Tagen bei Patient*innen mit Diagnosen aus den einzelnen F-Diagnosegruppen verglichen mit Patient*innen ohne eine komorbide psychiatrische Erkrankung

In der Anlage 19 in den Tabellen 2 bis 13 sind die Ergebnisse der Mehrebenenanalysen zur stationären Verweildauer für die Patient*innen mit Diagnosen aus den einzelnen F-Diagnosegruppen dargestellt. Auch hier wurden Fälle mit Diagnosen aus verschiedenen F-

Diagnosegruppen aus den Analysen ausgeschlossen. Eine signifikant längere stationäre Verweildauer im Vergleich zu Versicherten ohne F-Diagnosen wurde für Patient*innen mit organischen psychischen Störungen (F0), Substanzbezogenen Störungen (F1), Depressionen (F32-39) und Entwicklungsstörungen (F8) festgestellt.

Des Weiteren wurde der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Verweildauer in Abhängigkeit vom Vorliegen einer F-Diagnose betrachtet. Hierfür wurde der Untersuchungszeitraum 2019 bis 2022 in die drei Phasen vor der Pandemie, während der akuten Pandemie sowie in der ausklingenden Phase der Pandemie eingeteilt. Die Ergebnisse sind der Tabelle 21 zu entnehmen.

Tabelle 21: Ergebnisse der Varianzanalysen zur Entwicklung der stationären Verweildauer in der COVID19-Pandemie

	Vor dem 1.3.2020	1.3.2020- 1.7.2022	Nach dem 1.7.2022	ANOVA
Krankenhausliegedauer in Tagen alle Patient*innen	MW = 7,52 (n=41.765)	MW = 7,31 (n=76.441)	MW = 7,78 (n=16.079)	F = 20,016, df. = 2; Mittel der Quadrate = 1735,809; p ≤ 0,001
Patient*innen ohne F- Diagnose	MW = 6,77 (n=13.894)	MW = 6,51 (n=25.801)	MW = 6,84 (n=6.029)	F = 7,913 df. = 2; Mittel der Quadrate = 470,125; p ≤ 0,001
Patient*innen mit F- Diagnose	MW = 7,89 (n=27.871)	MW = 7,72 (n=50.640)	MW = 8,35 (n=10.050)	F = 17,164, df. = 2; Mittel der Quadrate = 1721,771; p ≤ 0,001

Die Verweildauer verkürzte sich während der Akutphase der Pandemie und kehrte in der abklingenden Phase der Pandemie für die Gesamtgruppe der Patient*innen auf das prä-pandemische Niveau zurück. Bei den Patient*innen mit F-Diagnose war die Verkürzung der Verweildauer in der Akutphase der Pandemie tendenziell geringer und die Verweildauer in der abklingenden Phase überstieg tendenziell diejenige vor der Pandemie. Somit ergab sich ein Hinweis auf einen differentiellen Einfluss der COVID19-Pandemie auf die stationäre Verweildauer in Abhängigkeit vom Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer F-Diagnose.

Aus diesem Grund wurde die Variable stationäre Verweildauer_Pandemiezeiten mit den unterschiedlichen Ausprägungen für die drei Pandemiephasen als zusätzlicher Faktor in ein Mehrebenenmodell mitaufgenommen. Die Ergebnisse sind der Tabelle 22 zu entnehmen.

Tabelle 22: Mixed-Modell stationäre Verweildauer mit dem zusätzlichen Ko-Faktor Pandemiephasen

	β	F (Z)	F (N)	F	KI	p-Wert
Fallebene						
Keine F-Diagnose (Ref. F = ja)	-1,087	1	114307,941	550,883	[-1,25; -,922]	$\leq 0,001$
Vor dem 1.3.2020 (Ref.nach 1.7.2022)	-0,525	2	132263,712	28,154	[-,694; -,357]	$\leq 0,005$
Akute Pandemie (Ref.nach 1.7.2022)	-0,600	2	132263,712	28,154	[-,757; -,443]	$\leq 0,001$
Versichertenebene						
Alter	0,782	1	115071,049	1766,821	[,075; ,082]	$\leq 0,001$
Männer (Ref.: Frauen)	0,940	1	114241,282	161,445	[,812; 1,07]	$\leq 0,001$
Keine F- Diagnose*Männer (Ref.: Frauen)	-0,452	1	114266,837	16,257	[-,670; -,232]	$\leq 0,001$

Abhängige Variable: stationäre Verweildauer [Ausprägung: 1 – 309 Tage]; ICC = 0,188;
Pseudo-R2 = 0,205

Schließlich wurde der Pandemieeffekt auf die stationäre Verweildauer explorativ für die einzelnen F-Diagnosegruppen betrachtet. Auch hier wurden die Fälle mit F-Diagnosen aus verschiedenen F-Diagnosegruppen ausgeschlossen und die Mittelwerte wurden für Alter und Geschlecht adjustiert. Informationen zu den Stichprobengrößen und die deskriptiven Ergebnisse finden sich in der Anlage 19, Tabellen 14 und 15. In der Zusammenschau fielen unterschiedliche Verläufe der stationären Verweildauer in Abhängigkeit von der F-Diagnosegruppe auf, allerdings waren die Stichprobengrößen insbesondere in der dritten Phase der ausklingenden Pandemie z.T. so klein, dass keine weiterführenden Analysen sinnvoll erschienen.

4.1.9 Krankenhausbehandlung – Fallschwere

Die in der stationären Versorgung vergebene Fallschwere lag im gesamten Betrachtungszeitraum auf Fallebene im Mittel bei MW = 0,70 (SD: 1,219). Die Ausprägungen der Variable umfasste die Kategorien 0 = keine Komplikationen oder Komorbidität (CC), 1 = leichte CC, 2 = mäßig schwere CC, 3 = schwere CC, 4 bis 5 = äußerst schwere CC. Patient*innen mit psychischen Komorbiditäten (mindestens eine F-Diagnose) hatten auf Fallebene, adjustiert für Alter und Geschlecht, eine höhere Fallschwere (MW = 0,724) als Patient*innen ohne eine psychische Komorbidität (MW = 0,581) [n = 133.325; Wertebereich 0-5; ICC: 0,24]. Mit der Anzahl an F-Diagnosen wurden tendenziell höhere stationäre Fallschweregrade vergeben. Der Zusammenhang wird in der Abbildung 9 illustriert.

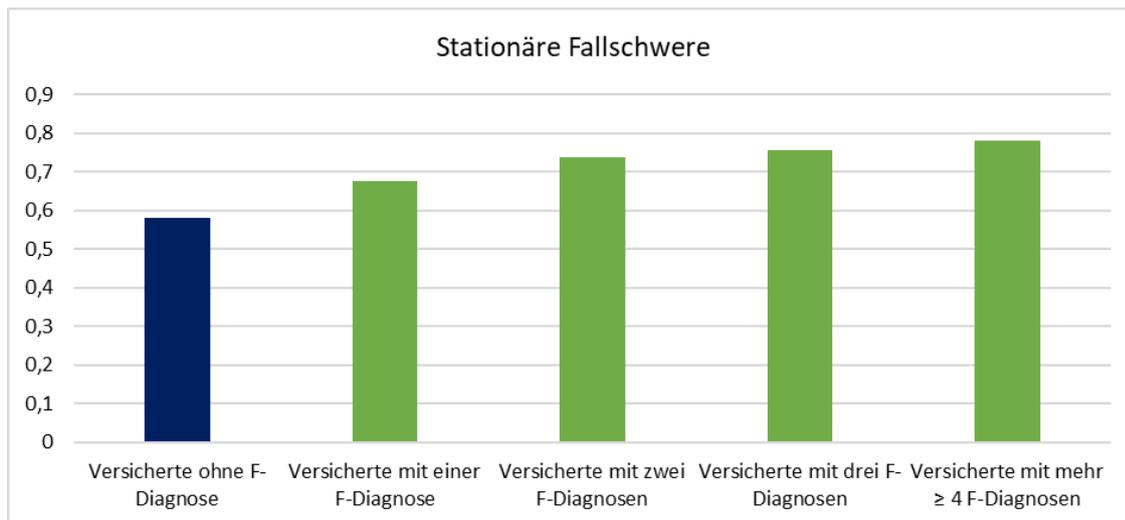


Abbildung 9: Stationäre Fallschwere - geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht)

Die Ergebnisse des Mehrebenenmodells finden sich in der Anlage 20, Tabelle 1. Die Fallschwere war für Personen mit ≥ 4 komorbiden F-Diagnosen signifikant höher als für Personen mit keiner (MW= 0,581, Std.-Fehler = 0,006; KI = [0,569; 0,593]) oder nur einer komorbiden F-Diagnose (MW = 0,677; Std.-Fehler = 0,007; KI = [0,664; 0,691]). Für Patient*innen mit zwei (MW = 0,738; Std.-Fehler = 0,009; KI = [0,721; 0,755]) oder drei komorbiden F-Diagnosen (MW = 0,756; Std.-Fehler = 0,011; KI = [0,734; 0,778]) war der Unterschied zu Patient*innen mit ≥ 4 F-Diagnosen nicht signifikant.

Die Fallschwere variierte in Abhängigkeit von der F-Diagnosegruppe (s. Abbildung 10). Auch hier wurden die Analysen mit Fällen mit F-Diagnosen aus ausschließlich einer F-Diagnosegruppe berechnet. Mit einer besonders hohen Fallschwere wurden Fälle von Patient*innen mit einer F0-Diagnose (MW = 1,251), einer F2-Diagnose (MW = 1,095), einer F7 Diagnose (MW = 1,085) und einer F8-Diagnose (MW = 1,02) bewertet. Für die F50-Diagnosegruppe (Essstörungen) lagen keine stationären Fälle ohne F-Komorbidität vor.

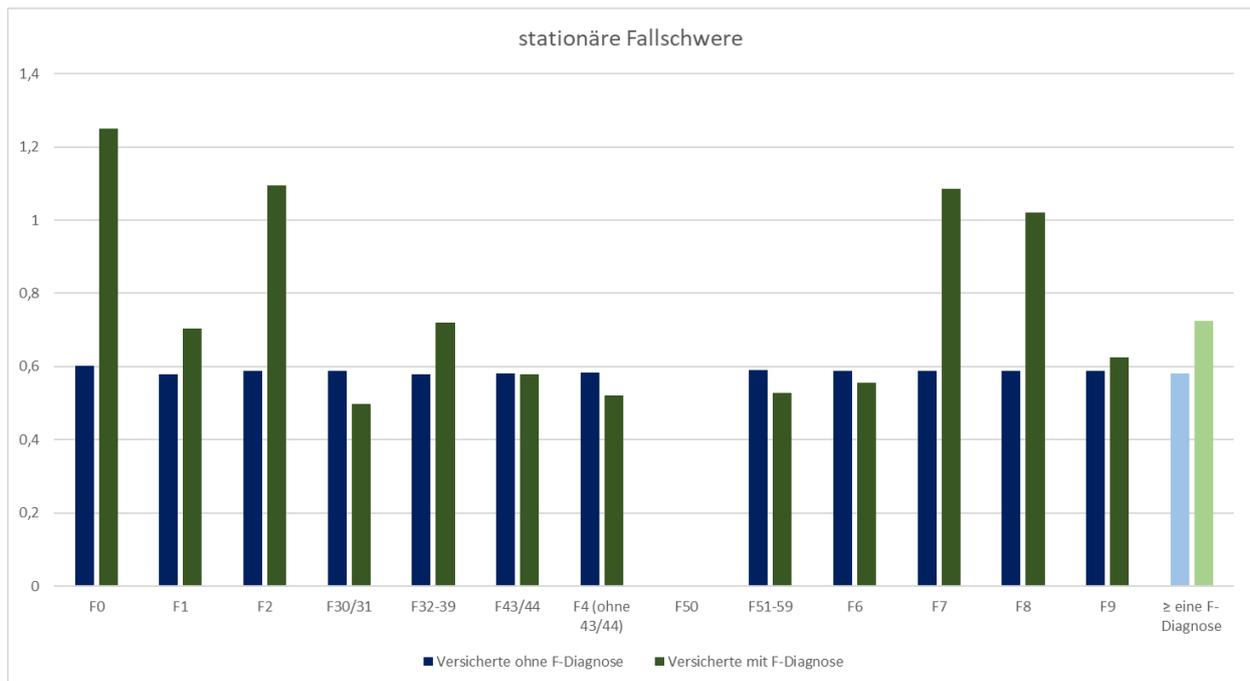


Abbildung 10: Stationäre Fallschwere - geschätzte Randhäufigkeiten (Mittelwerte adjustiert für Alter und Geschlecht).

In der Anlage 20, Tabellen 2 bis 13, werden die Ergebnisse der Mehrebenenanalysen für die Patient*innen dargestellt. Die höhere Fallschwere wurde für die Fälle mit Diagnosen aus den Diagnosegruppen F0, F1, F2 und F32-39 bestätigt. Bei der Diagnosegruppe F8 wurde das Signifikanzniveau knapp verfehlt und bei F7 war das Ergebnis nicht signifikant. Die Krankenhausaufenthalte von Frauen wurden durchschnittlich mit einer geringeren Fallschwere beurteilt im Vergleich zu der Fallschwere bei Männern. Die Krankenhausaufenthalte älterer Personen wurden durchschnittlich mit einer leicht höheren Fallschwere beurteilt.

4.1.10 Mortalität

Innerhalb des Zeitraums 01.01.2019 bis 31.12.2022 verstarben insgesamt $n = 53.640$ Versicherte aus der Gesamtstichprobe (4,6%). Es verstarben signifikant ($p \leq 0,001$) mehr Versicherte mit psychiatrischen Komorbiditäten (62,6%; $n = 33.640$; mindestens eine F-Diagnose) als Versicherte ohne psychiatrische Komorbiditäten (37,3%; $n = 20.000$). Mit der Anzahl an F-Diagnosen stieg das Mortalitätsrisiko signifikant an (OR = 1,171, B = 1,158, Std.-Fehler = 0,002; $p \leq 0,001$; KI = [1,165; 1,177]), .

Das Mortalitätsrisiko war durch das Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität (mindestens eine F-Diagnose) erhöht (OR = 1,349, B = 0,39, Std.-Fehler = 0,013; $p \leq 0,001$; KI = [1,315; 1,385]), auch unter Kontrolle für die soziodemographischen Faktoren Alter (OR = 1,122, B = 0,115, Std.-Fehler = 0,115; $p \leq 0,001$ KI = [1,121; 1,121]) und Geschlecht (OR = 0,532, B = -10,82, Std.-Fehler = 0,039; $p \leq 0,001$ KI = [0,522; 0,543]) und für die Anzahl und Art der einzelnen somatischen Erkrankungen (OR = 1,101, B = 0,096, Std.-Fehler = 0,004; $p \leq 0,001$ KI = [1,113; 1,31]). Mit der Anzahl an F-Diagnosen wuchs das Mortalitätsrisiko (OR = 1,122; B = 0,115; Std.-Fehler = 0,004; KI = [1,091; 1,11]). Die Ergebnisse der logistischen Regression finden sich in der Anlage 21, Tabelle 1.

Das erhöhte Mortalitätsrisiko im Vergleich zu Patient*innen ohne psychische Komorbidität konnte für Patient*innen mit den F-Diagnosegruppen F0, F1, F2, F3, F6, F7 und F8 gezeigt werden, auch unter Kontrolle soziodemographischer Faktoren und somatischer Erkrankungen. Das Risiko zu versterben war für Patient*innen mit psychischen Diagnosen aus den F-Diagnosegruppen F00-F09, F70-F79, F10-F19 und F20-F29 am höchsten (OR jeweils 2,810; 2,290; 2,020; und 1,852). Die Ergebnisse der Analysen finden sich in der Anlage 21, Tabelle 2.

In der Tabelle 23 ist das Durchschnittsalter bei Tod für die Fälle mit und ohne F-Diagnosen und für die Fälle mit Diagnosen aus den einzelnen F-Diagnosegruppen aufgeführt.

Tabelle 23: Fallzahlen der verstorbenen Patient*innen und Durchschnittsalter bei Tod nach F-Diagnosegruppe

Diagnose	n (verstorben)	Durchschnittsalter bei Tod in Jahren (MW) mit Konfidenzintervall in [KI]	Durchschnittsalter bei Tod (Median)
Gesamtstichprobe	53.640	80,64 [80,54; 80,74]	83
Verstorbene Personen mit ≥ 1 F-Diagnose	33.228	80,79 [80,67; 80,92]	83
F0 – Gruppe	6.611	87,71 [87,53; 87,88]	88
F1 – Gruppe	2.832	72,74 [72,36; 73,12]	73
F2 – Gruppe	159	74,50 [72,41; 76,60]	76
F30/F31	33	77,36 [73,47; 81,26]	79
F3 außer F30/31	3.451	80,60 [80,21; 80,99]	83
F43/F44	738	76,20 [75,25; 77,15]	79
F4 außer F43/44	2.631	79,76 [79,31; 80,21]	82
F5 – Gruppe	751	79,66 [78,95; 80,37]	81
F6 – Gruppe	89	82,05 [79,54; 84,52]	84
F7 – Gruppe	26	66,58 [59,75; 73,40]	64,50
F8 – Gruppe	40	72,50 [66,65; 78,35]	78,50
F9 – Gruppe	88	79,08 [76,04; 82,12]	82

Für die Gesamtgruppe der Patient*innen mit mindestens einer F-Diagnose ergab sich kein signifikanter Unterschied zu den Patient*innen ohne eine F-Diagnose. Die Varianzanalyse mit den einzelnen F-Diagnosegruppen zeigte aber signifikante Unterschiede ($F = 471,982$; $df = 11$; Mittel der Quadrate = 47649,599; $p \leq 0,001$) und auch die Post hoc Analysen zeigten signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen F-Diagnosegruppen. Das Durchschnittsalter bei Tod war in der F0-Diagnosegruppe signifikant höher im Vergleich zu allen anderen F-Diagnosegruppen. Dies könnte am ehesten mit dem insgesamt höheren Alter bei den organischen psychischen Störungen zusammenzuhängen. Das durchschnittliche Sterbealter bei den Versicherten mit Diagnosen aus den F-Diagnosegruppen F1, F2, F7 und F8 war signifikant niedriger im Vergleich zu den anderen F-Diagnosegruppen. Anders ausgedrückt: Die Patient*innen, die an substanzbezogenen Störungen, Schizophrenie und anderen Psychosen, Intelligenzstörung oder Entwicklungsstörungen erkrankt waren, hatten eine niedrigere Lebenserwartung im Vergleich zu den anderen F-Diagnosegruppen. Untereinander unterschieden sich die F-Diagnosegruppen F1, F2, F7 und F8 nicht signifikant.

4.1.11 Zusammenfassung der Ergebnisse

Mittels der Sekundärdatenanalyse wurde die Versorgungssituation von somatisch erkrankten Patient*innen mit komorbiden psychischen Störungen im Vergleich zu somatisch erkrankten Patient*innen ohne psychische Störungen untersucht. Anders als erwartet stellte sich heraus, dass Patient*innen mit psychischen Störungen generell nicht weniger, sondern zum Teil sogar mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nahmen. Dies zeigte sich insbesondere für die vertragsärztliche Versorgung bei Haus- und Fachärzt*innen (Kontaktdichte im Quartal und Behandlungskontinuität über die Quartale hinweg), aber auch für die Teilnahme an DMPs und der HZV und für Rehabilitationsleitungen.

Die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen stieg mit der Anzahl von psychischen Erkrankungen, sie war aber nicht gleichmäßig über die Patient*innen mit verschiedenen psychischen Störungen verteilt. Die Kontaktdichte im Quartal war besonders hoch bei Patient*innen mit organischen psychischen Störungen (F0), Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2), Intelligenzminderung (F7) und Entwicklungsstörungen (F8), sowie bei Patient*innen mit einer Kumulation von mehreren psychischen Störungen (psychiatrische Multimorbidität). Andererseits hatten Patient*innen mit organischen psychischen Störungen (F0), Abhängigkeitserkrankungen (F1), Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) und bipolaren Störungen (F30/31) eine geringere Behandlungskontinuität über die Quartale hinweg. Auch nahmen Patient*innen mit organischen psychischen Störungen (F0) und Schizophrenie bzw. schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) seltener an der HZV teil.

Gleichzeitig wurde mittels der Sekundärdatenanalyse ersichtlich, dass Patient*innen mit psychischen Störungen insgesamt eine höhere somatische Krankheitslast aufweisen. Dies zeigte sich hinsichtlich der Verweildauer und Fallschwere bei stationären Krankenhausbehandlungen wegen somatischer Erkrankungen und es zeigte sich auch beim Pflegegrad. Das Ausmaß der Krankheitslast variierte zwischen den einzelnen F-Diagnosegruppen. Eine besonders hohe somatische Krankheitslast zeigte sich bei Patient*innen mit einer organischen psychischen Störung (F0), einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung (F2), einer Intelligenzminderung (F7) oder einer Entwicklungsstörung (F8) sowie bei Patient*innen mit einer Kumulation von mehreren psychischen Störungen (psychiatrische Multimorbidität).

Schließlich hatten Patient*innen mit einer Substanzbezogenen Störung (F1), einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung (F2), einer Intelligenzminderung (F7) oder einer Entwicklungsstörung (F8) eine niedrigere Lebenserwartung im Vergleich zu Patient*innen ohne eine F-Diagnose und zu Patient*innen mit anderen F-Diagnosen.

4.2 Ergebnisse der Qualitativen Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 2)

Insgesamt wurden 45 Interviews mit somatisch und psychisch komorbid erkrankten Menschen geführt. Die Interviews umfassten zwischen 30 Minuten und 85 Minuten. Die Stichprobe setzte sich aus 28 Frauen und 17 Männern, hauptsächlich im Alter von 50 Jahren bis 69 Jahren (29 von 45 Patient*innen) zusammen. Die Patient*innen wiesen am häufigsten die somatischen Erkrankungen arterielle Hypertonie (28 Patient*innen), Schilddrüsenerkrankung (16), Diabetes mellitus Typ 2 (15) und Adipositas (14), sowie am häufigsten die psychischen Erkrankungen Depression (26) und Angststörung (10) auf. Als

Komorbidität lag häufig jeweils Hypertonie mit Depression, Angststörung und Schizophrenie vor. Eine Zusammenfassung der Studienpopulation findet sich in der Tabelle 24.

Tabelle 24: Darstellung Patient*innenpopulation aus AP 2 (Geschlecht, Alter, Erkrankungen; jeweils Angaben der Patient*innen); n: Anzahl

Geschlecht	n	somatische Erkrankungen (Mehrfachnennungen)	n	Psychische Erkrankung (Mehrfachnennungen)	n
männlich	17	Schilddrüsenerkrankung	16	Alkoholabhängigkeit	5
weiblich	28	Brustkrebs	3	Schizophrenie	2
		chron. Ischämische Herzkrankheit	8	Schizoaffektive Störung	5
Altersgruppe	n	Schlaganfall	3	Psychose	5
20-29	1	Diabetes mellitus Typ 2	15	Bipolare affektive Störung	6
30-39	5	Adipositas	14	Dysthymie	1
40-49	4	Arterielle Hypertonie	28	Depression	26
50-59	19			Phobien	3
60-69	10			Angststörung	10
70-79	4			PTBS	7
80-89	2			ADHS	1

Die Interviews waren sowohl explorativ als auch vertiefend angelegt. Das Kategoriensystem wurde in einem kombinierten deduktiv-induktiven Verfahren entwickelt und ist in Abbildung 11 dargestellt.

Es wurden strukturelle Schwierigkeiten auf mehreren Ebenen thematisiert, die als hinderlich für eine medizinisch angemessene Versorgung wahrgenommen werden. Ein zentraler Kritikpunkt betraf das Vergütungssystem, das aus Sicht der Patient*innen negative Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung hat, wie das folgende Zitat verdeutlicht: „Und ich weiß natürlich auch, [...] je öfter ich im Quartal aufschlage, desto dämlicher ist das für ihn, der kriegt das einfach nicht bezahlt. Und das find ich persönlich auch nicht richtig.“ (Interview 28). Dieses Zitat verdeutlicht, dass Patient*innen die negativen Auswirkungen des Vergütungssystems wahrnehmen. Dies könnte dazu führen, dass sie zögern, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. In der Folge suchen sie seltener Ärzt*innen auf oder verzichten im Extremfall vollständig darauf, selbst wenn ein medizinischer Bedarf besteht.

Ein damit verwandtes Thema, das in den Interviews mehrfach angesprochen wurde, war der Mangel an zeitlichen Ressourcen. So wurde bemängelt: „dass die Hausärzte relativ oft keine richtige Zeit haben für ihre Patienten, um auch wirklich Sachen durchzusprechen. Ich kann es auch verstehen, es wird ja nicht bezahlt.“ (Interview 4). Dieses Zitat verdeutlicht, wie finanzielle Strukturen sich auf andere Bereiche, wie hier die verfügbare Zeit, auswirken. Einige Patient*innen äußerten, dass privat Versicherte in diesem Zusammenhang besser versorgt seien (Interview 20), da Ärztinnen für sie offenbar mehr Zeit aufbringen könnten.

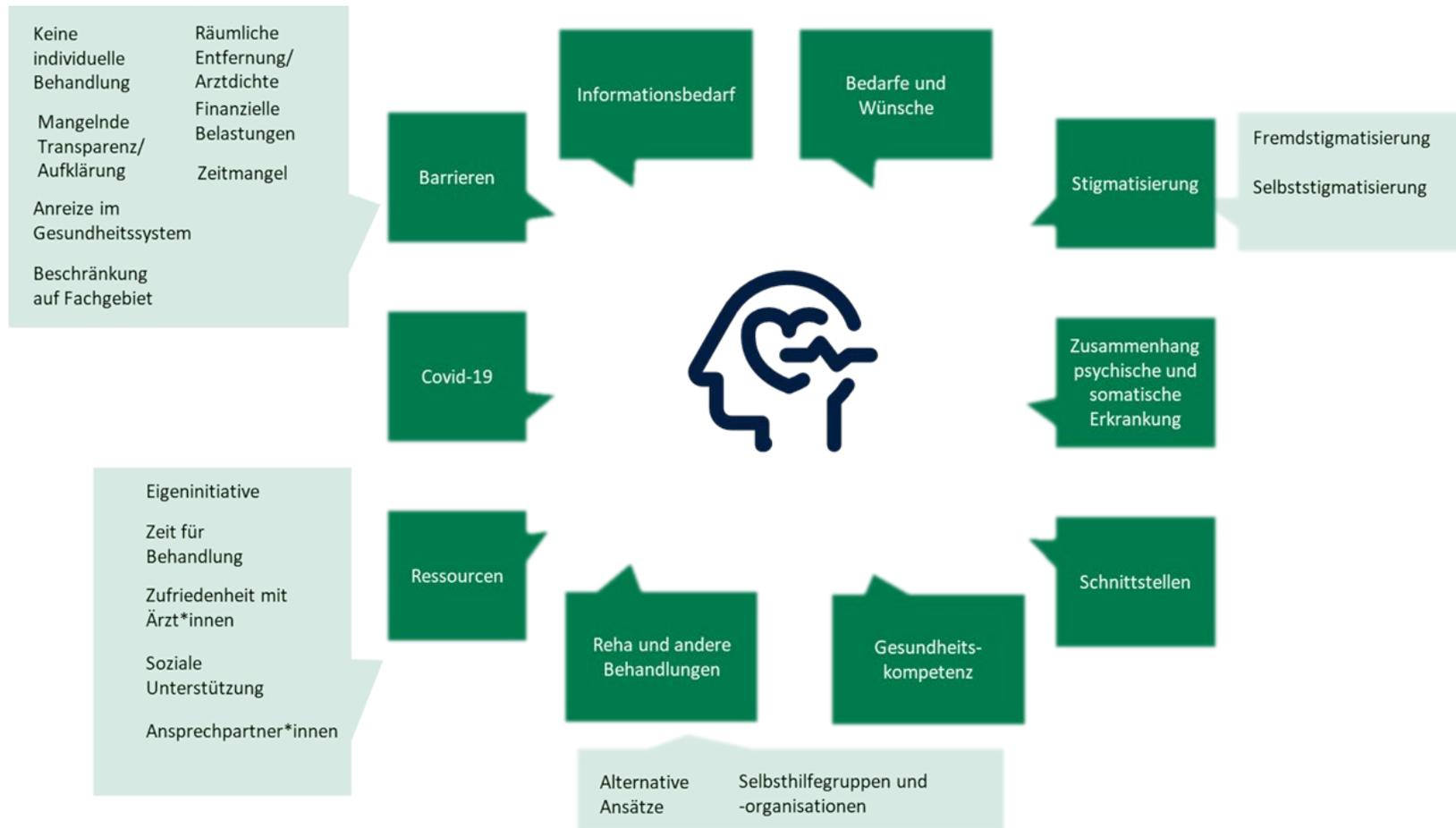


Abbildung 11: Kategoriensystem Patent*inneninterviews; AP

Zeit und soziale Faktoren wurden als essenziell für die Versorgung beschrieben. Soziale Unterstützung wird häufig als hilfreiche Ressource angesehen – sei es im Alltag, bei der Krankheitsbewältigung oder bei der Organisation medizinischer Behandlungen. Dabei wurde auch die Bedeutung der Familie als unterstützendes Element besonders hervorgehoben. Familienangehörige wurden häufig als verlässliche Stütze beschrieben, die emotionale, praktische und manchmal auch finanzielle Unterstützung bieten. Sie würden nicht nur dabei helfen, den Alltag trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu bewältigen, sondern auch maßgeblich dazu beitragen, dass Patient*innen Zugang zu medizinischen Leistungen erhalten und diese wahrnehmen können.

Es wurde deutlich, dass Unterstützung nicht nur im sozialen Bereich, sondern auch durch digitale Maßnahmen als sinnvoll erachtet wurde. Besonders die Digitalisierung von Patient*innenakten wurde als wichtiger Schritt hervorgehoben, um Schnittstellenprobleme und Herausforderungen wie die Multimedikation zu bewältigen. Eine bessere digitale Vernetzung zwischen Krankenkassen, Hausarzt*innen und Facharzt*innen könnte die Kommunikation erheblich erleichtern und den Patient*innen den Zugang zu relevanten Teilen ihrer Krankengeschichte ermöglichen, was aktuell oft mit großen Hürden verbunden sei.

Patient*innen gaben an, dass sie die medizinische Versorgung überwiegend fachspezifisch ausgerichtet erlebten. Aussagen in der Kategorie Schnittstellen Fachbereiche machen deutlich, dass ein enger Austausch zwischen den beteiligten Ärzt*innen selten wahrgenommen wurde. Stattdessen berichteten viele Betroffene, dass die Kommunikation zwischen den Ärzt*innen/Sektoren hauptsächlich über Überweisungen und gelegentlich über Ärzt*innenbriefe erfolge. Dieser Mangel an interdisziplinärer Zusammenarbeit führe bei den Patient*innen oft zu dem Eindruck, dass ihre Behandlung fragmentiert sei und die verschiedenen Aspekte ihrer Gesundheit nicht ganzheitlich berücksichtigt würden. Der Wunsch nach einem besseren Austausch zwischen den Ärzt*innen/Sektoren wurde wiederholt geäußert, insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern, die eine koordinierte Betreuung erfordern.

In der Kategorie Scham/Stigmatisierung wurde zwischen Eigen- und Fremdstigmatisierung sowie zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen unterschieden. In Zusammenhang mit der Eigenstigmatisierung beschrieben Patient*innen, dass sie ihre psychischen Beschwerden oft als weniger bedeutsam oder gleichwertig empfänden im Vergleich zu somatischen Erkrankungen. Diese Sichtweise beeinflusse nicht nur das Selbstbild, sondern auch das Verhalten: So verzichteten Betroffene beispielsweise darauf, bestimmte Hilfsmittel wie einen Rollator zu nutzen, oder vermieden es, psychische Beschwerden überhaupt anzusprechen aus Angst, von anderen stigmatisiert zu werden. Viele Patient*innen schilderten, dass sie ihre psychischen Erkrankungen im Rahmen der Behandlung von somatischen Erkrankungen bewusst nicht erwähnen, denn sie befürchteten, nicht ernst genommen zu werden oder dass ihre Beschwerden pauschal auf psychische Ursachen zurückgeführt würden. Diese Angst führe nicht selten dazu, dass wichtige Aspekte ihrer Gesundheit unerwähnt bleiben und somit nicht in die Behandlung einfließen. Zudem äußerten viele Betroffene die Wahrnehmung, dass somatische Erkrankungen gesellschaftlich und auch im medizinischen System als schwerwiegender und bedeutsamer eingestuft würden als psychische Erkrankungen. Diese Hierarchisierung könnte dazu beitragen, dass psychische Beschwerden weniger Aufmerksamkeit erhalten und die Betroffenen sich in ihrem Leid nicht

ausreichend wahrgenommen fühlen. Die Berichte verdeutlichen, wie stark Stigmatisierung ob von außen oder auch „nur“ von innen die Bereitschaft beeinflussen kann, Hilfe zu suchen und die Versorgung in Anspruch zu nehmen, die eigentlich notwendig wäre.

Das Thema der getrennten Betrachtung von psychischen und somatischen Erkrankungen bei der Versorgung wurde von mehreren Patient*innen kritisch angesprochen (Interviews 11 und 20). Eine Patientin beschrieb ihre Wahrnehmung folgendermaßen: „dass das ein bisschen zu wenig beachtet wird, dass das doch viel miteinander zu tun hat, dieses ganze körperliche und eben auch psychisch“. Aus Sicht der Patientin würde die erforderliche ganzheitliche Betrachtung von psychischen und somatischen Erkrankungen im medizinischen Alltag oft vernachlässigt. Zusätzlich berichteten Patient*innen von Äußerungen seitens der Hausärzt*innen, wie etwa: „Wir können hier nur das Körperliche machen“. Solche Aussagen lassen vermuten bzw. befürchten, dass die Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen zu wenig berücksichtigt würden. Dadurch entsteht bei den Betroffenen das Gefühl, dass ihre komplexen Gesundheitsbedürfnisse nur unzureichend adressiert würden. Die Äußerungen der Patient*innen legt nahe, dass sie sich häufig eine ganzheitlichere Betrachtung ihrer Beschwerden wünschten.

Die oben skizzierten, wesentlichen Erkenntnisse aus den Interviews mit den Patient*innen und einige weitere Aspekte werden tabellarisch in der Anlage 22.

4.3 Ergebnisse der Qualitativen Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzte*innen (AP 3)

Bis zum Ende des 1. Quartal 2022 konnten zwei Fokusgruppen mit insgesamt n = 8 Teilnehmenden durchgeführt werden. Im 2. Quartal 2022 wurde ein Einzelinterview ergänzt, so dass die Ergebnisse des AP 3 sich auf eine Population von insgesamt neun Ärzt*innen stützen. Eine Zusammenfassung der Studienpopulation findet sich in der Tabelle 25.

Tabelle 25: Ärzt*innen Studienpopulation AP 3, Angaben der Ärzt*innen; n: Anzahl

Geschlecht	n	Genannte Fachgebiete (Mehrfachnennungen)	n
männlich	3	Innere Medizin	1
weiblich	6	Allgemeinmedizin	1
Gebiet	n	Innere Medizin - Onkologie	3
städtisch	6	Palliativmedizin	1
ländlich	3	Neurologie	1
Alter	n	Schmerztherapie	1
40-49	1	Orthopädische Psychosomatik	1
50-59	4	Psychosomatik und Psychotherapie	3
60-69	3	Psychiatrie und Psychotherapie	1
70-79	1		

Die Fokusgruppen und das Interview waren sowohl explorativ als auch vertiefend angelegt. Das Kategoriensystem wurde in einem kombinierten deduktiv-induktiven Verfahren analog zum AP 2 angelegt. Es ist in Abbildung 12 dargestellt.

Die Ärzt*innen nannten zahlreiche Aspekte bzw. Faktoren, die die somatische Versorgung von Patent*innen mit psychischer Erkrankung beeinflussen können. Diese wurden in der Ergebnisaufbereitung in förderliche, hinderliche und neutrale Faktoren eingeteilt. Die wesentlichen Erkenntnisse werden in Folgenden zusammengefasst.

Die Kategorie Behandlung veranschaulichte das Verständnis befragter Ärzt*innen im Hinblick auf den Bedarf vulnerabler Patent*innen nach mehr Zeit und Unterstützung in der Behandlung. In Zuge dessen sei ein „Fingerspitzengefühl“ und Einfühlungsvermögen für das Vertrauen der Patent*innen in die versorgende Person förderlich.

Ein förderlicher Faktor wurde in der Kategorie Schulung/Förderung benannt: Die Stärkung der Autonomie und Selbstwirksamkeit wurde als hilfreiche Ressource in der Krankheitsbewältigung und in der Behandlung gesehen. Konträr dazu wurde ein hinderlicher Faktor darin ausgemacht, dass bestimmte psychische Erkrankungen dazu führen würden, dass die Patient*innen nicht in der Lage seien ihre Versorgung selbst in die Hand zu nehmen.

Mit Strategien in der Behandlung wurden weitere förderliche Faktoren für die Behandlung aufgezählt. Darunter zählte beispielsweise keinen Druck auf die Patent*innen auszuüben und eine Gesprächsatmosphäre zu schaffen, die dem Gefühl des Zeitdrucks entgegenwirkt. „[...] ich tue so, als ob wir alle Zeit der Welt haben. Das hilft, finde ich, doch sehr, dass sich Menschen öffnen können, wenn sie sich nicht unter Zeitdruck fühlen. Also Zeitdruck ist echt Gift für so ein Gespräch.“

Als weiter hilfreich habe sich die Strategie erwiesen den Medikationsplan, soweit wie möglich, zu vereinfachen.

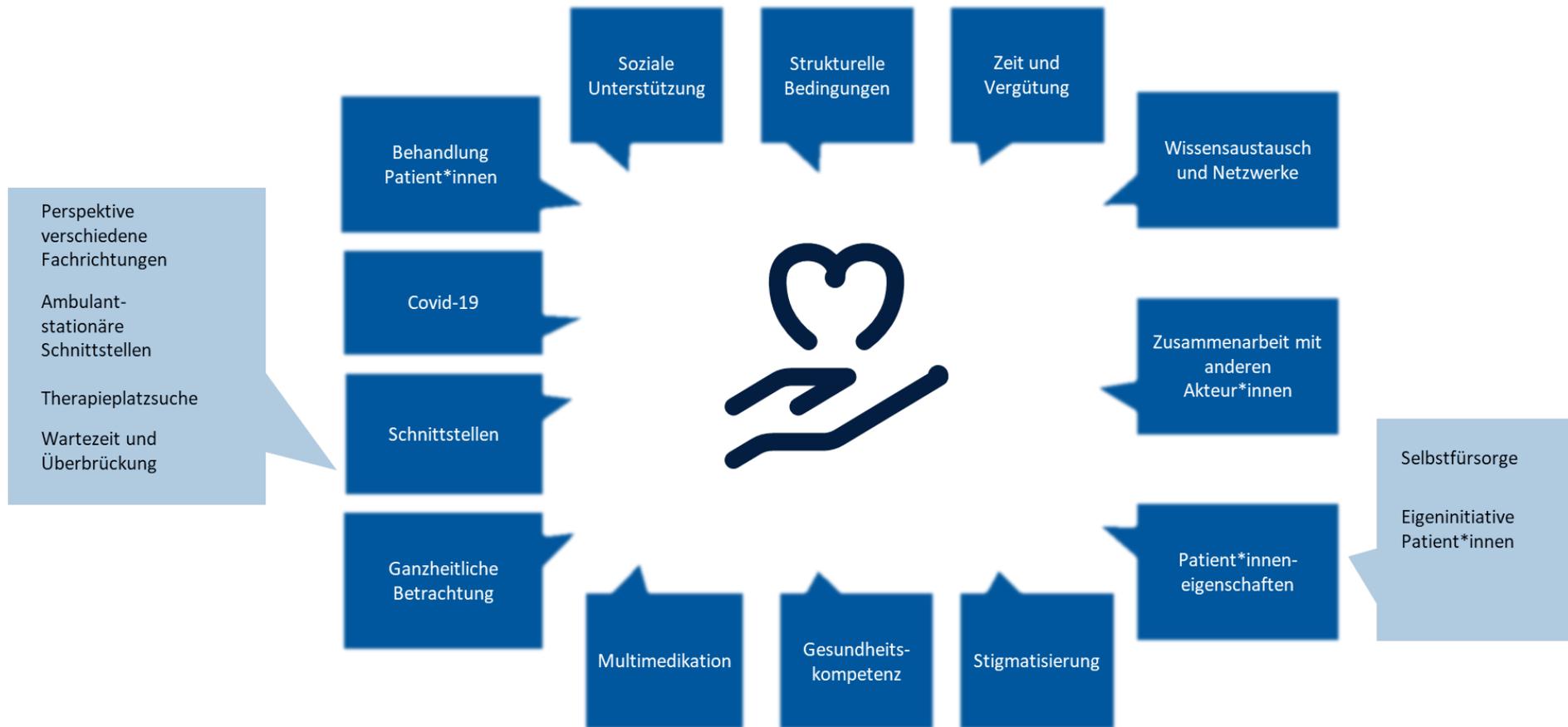


Abbildung 12: Kategoriensystem Fokusgruppen mit Ärzt*innen; AP 3

Eine weitere Kategorie war die soziale Unterstützung der Patientinnen. Diese basierte auf der Beobachtung, dass Patientinnen einen erhöhten Bedarf an Unterstützung, beispielsweise bei organisatorischen Angelegenheiten, aufweisen. Problematisch für die Versorgung sei in diesem Zusammenhang, dass Ärzt*innen eine umfassende Unterstützung sowie die „Lotsenfunktion“ durch die Behandlung nicht vollständig gewährleisten können. In diesem Zusammenhang wurde die Bedeutung familiärer und sozialer Unterstützung sowie die Begleitung durch Hilfspersonen zu Sprechstunden besonders hervorgehoben. Diese Form der Unterstützung wurde als wertvolle Ressource im Alltag, bei der Krankheitsbewältigung und in organisatorischen Belangen der Versorgung wahrgenommen. „Es sei denn, jemand im Umfeld des Patienten übernimmt irgendeine Organisationsfunktion. Deswegen haben wir ja viele Patienten, die kommen mit jemandem [...] Man redet dann ja auch mit der Hilfsperson. Aber es gibt eine Reihe von Patienten, wo es eben keinen gibt – dann wird es schwierig.“

Unter die Kategorie Strukturelle Bedingungen fielen vorherrschend hinderliche Faktoren, wie der bürokratische Aufwand, Ärzt*innenmangel sowie Mangel an psychotherapeutischer Behandlung in ländlichen Regionen, Vergütungsstrukturen oder zum Teil lange Wartezeiten. Die Ärzt*innen schilderten selbst, dass sie wenig Zeit hätten, Probleme ausführlich zu besprechen. Insbesondere bei komplexen Zusammenhängen von verschiedenen Erkrankungen sei dies problematisch. Parallel zu der zeitlichen Komponente fehle die Vergütung einer umfänglichen Anamnese, des gemeinsamen Wissensaustausches, des Zuhörens und eines erhöhten Behandlungsaufwands. Dieser Umstand könne dazu führen, dass Patient*innen mit psychischen und somatischen Komorbiditäten nicht ausreichend aufgeklärt, behandelt und versorgt würden. „Es sind dann zwei Gesichtspunkte, der eine ist, der Patient sich selbst eigentlich nicht richtig verstanden fühlt, weil man versucht ihn natürlich dann so schnell wie möglich wieder rauszukriegen. Das andere ist, dass der Arzt auch selbst unbefriedigt ist, weil er merkt, er kann diesen Patienten eigentlich nicht adäquat behandeln, nicht adäquat versorgen und ihm nicht gerecht werden. Und daraus folgt dann Frust auf allen Seiten“

Der Wissensaustausch sowie die Nutzung von Netzwerken seien nach den Äußerungen der Ärzt*innen zentrale förderliche Aspekte in der Patient*innenversorgung. Ärzt*innen würden insbesondere von Qualitätszirkeln profitieren, die den strukturierten Austausch unter Kolleg*innen ermöglichen. Noch bedeutsamer seien jedoch informelle Netzwerke, die bei der Weitervermittlung von Patient*innen auf Empfehlung von Kolleg*innen eine unterstützende Rolle spielen können.

Die Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen im Gesundheitswesen wurde positiv hervorgehoben. Darunter fiel beispielsweise die Zusammenarbeit mit Apotheker*innen, vor allem im Hinblick auf Multimedikation und Arzneimittelwechselwirkungen. Zudem berichteten einzelne Ärzt*innen über eine gute Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen. Darunter wurden auch Selbsthilfegruppen als hilfreiche Organisationen angesehen.

Als förderlicher Faktor unter den Patient*inneneigenschaften wurde insbesondere eine hohe Gesundheitskompetenz genannt. Den Ärzt*innen war es dabei vor allem wichtig, dass die Patient*innen gut über ihre Erkrankungen informiert sind. Eine hohe Gesundheitskompetenz wurde im Hinblick auf den Therapieerfolg und die Therapietreue vorausgesetzt und stets bevorzugt. Als hinderlich wurde es von Ärzt*innen hingegen erlebt, wenn Patient*innen keine

Vorsorge- oder Präventionsangeboten wahrnehmen oder wichtige Dokumente in der Krankheitsakte fehlen, die erst noch bei anderen Behandler*innen eingeholt werden müssen. Zusammenfassend fehle es aus Sicht der Ärzt*innen oft auch an Eigeninitiative in diesem Bereich: „Ich versuch, die Leute in Yogagruppen zu kriegen, aber das gibt eingeschränkten Erfolg, muss ich sagen, weil das wieder ist seine Eigeninitiative, da müssen die Patienten was tun. Und das hatten wir ja schon besprochen, das ist relativ schwierig.“ Diesem Mangel an Eigeninitiative stehe die Voraussetzung von Eigenmotivation und Eigeninitiative für den Therapieerfolg und die Therapietreue gegenüber. Hinzu komme, dass eine fehlende Eigeninitiative nicht vom Personal oder Ärzt*innen ausgeglichen werden könne und, dass bestimmte psychische Erkrankungen zwangsläufig dazu führen würden, dass Patient*innen nicht in der Lage seien, sich um ihre Versorgung, Behandlung und Krankheitsbewältigung kümmern zu können.

Des Weiteren wurde in der Kategorie der Multimedikation das Schnittstellenproblem als Folge der interdisziplinären Behandlung erwähnt. Die möglichen Interaktionen zwischen den Medikamenten wurden insbesondere bei multimorbiden Patient*innen als Problem genannt. „... wir haben zwar auch ein Interaktionsprogramm oder / wo der Medikamentenplan erstellt wird, kann man auch einen Interaktionscheck machen. Die sind alle nicht besonders gut, muss ich sagen. [...] Ich finde es sehr, sehr schwierig, [...] die psychiatrischen Medikamente, die machen ja einhundert Interaktionen. Und das hat man nicht immer auf dem Schirm.“

In der Kategorie der getrennten Betrachtung somatischer und psychischer Erkrankungen hieß es, es sei hinderlich, wenn verschiedene Facharztgruppen lediglich den Blick auf das eigene Fachgebiet beschränken. Außerdem wurde das Problem beschrieben, dass gerade psychiatrische Patient*innen bezüglich ihrer körperlichen Leiden nicht ausreichend ernstgenommen würden: „Wenn die was Körperliches kriegen, sind sie wirklich arm dran, weil sie ein ganz großes Problem haben, dass es überhaupt als was Körperliches gesehen wird, dass sie ernst genommen und dann auch entsprechend behandelt werden.“

Die oben skizzierten sowie weitere Erkenntnisse aus den Gruppendiskussionen und dem Interview mit den Ärzt*innen werden tabellarisch in der Anlage 23.

4.4 Ergebnisse der Quantitativen Primärdatenerhebung bei Patient*innen (AP 4)

4.4.1 Stichprobenbeschreibung und deskriptive Ergebnisse

Im Rahmen der Untersuchung wurden insgesamt 40.000 TK-Versicherte kontaktiert, von denen n = 2.590 Personen im Zeitraum vom 05.10.2022 bis zum 31.12.2022 an der Umfrage teilnahmen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 6,5%. Von diesen beantworteten n = 2.353 Teilnehmende mindestens 70% der Fragen, sodass diese Fälle in die Analysen einbezogen werden konnten.

Die Mehrheit der Befragten war zwischen 50 und 69 Jahren alt (60%) und überwiegend weiblich (65,5%). Hinsichtlich des allgemeinbildenden Schulabschlusses gaben 56% an, ein (Fach-)Abitur zu besitzen, während 32% über die mittlere Reife verfügten. Ein Haupt- oder Volksschulabschluss wurde von 11,6% angegeben, und 0,5% berichteten, keinen

Schulabschluss zu haben. Die Hälfte der Befragten (50%) hatte eine anerkannte Berufsausbildung abgeschlossen. Darüber hinaus hatten 23% einen Diplomabschluss, 15,6% einen Fachschulabschluss, 5,5% einen Bachelorabschluss und 1,9% eine Promotion. In Bezug auf den Wohnort gab etwas mehr als die Hälfte (52,8%) an, in einem städtischen Gebiet zu leben. Zudem lebten 71% der Befragten in einer partnerschaftlichen Beziehung.

Die am häufigsten berichteten somatischen Erkrankungen waren arterielle Hypertonie (43%) und Schilddrüsenerkrankungen (37,9%). Unter den psychischen Erkrankungen dominierten Depressionen (46%) und Angststörungen (23,5%). Im Durchschnitt berichteten die Teilnehmenden etwa 2,6 somatische und psychische Erkrankungen.

Eine detaillierte Charakterisierung der Studienpopulation hinsichtlich Geschlechtsverteilung, Altersstruktur und Krankheitsbildern ist der Tabelle 26 zu entnehmen.

Tabelle 26: Darstellung Patient*innenpopulation aus AP 4 (Geschlecht, Alter, Erkrankungen; jeweils Angaben der Patient*innen); n: Anzahl

Geschlecht	n (%)	somatische Erkrankungen (Mehrfachnennungen)	n (%)	Psychische Erkrankung (Mehrfachnennungen)	n (%)
männlich	742 (34,1)	Schilddrüsenerkrankung	892 (37,9)	Demenz	20 (0,8)
weiblich	1428 (65,5)	Brustkrebs	11 (0,5)	Alkoholabhängigkeit	65 (2,8)
divers	9 (0,4)	Koronare Herzkrankheit	76 (3,2)	Manische Episode	21 (0,9)
		Schlaganfall	44 (1,9)	Schizophrenie	20 (0,8)
Altersgruppe	n (%)	Diabetes mellitus Typ 2	21 (0,9)	Zwangsstörung	69 (2,9)
< 20	4 (0,2)	Adipositas	341 (14,5)	Dissoziative Störung	26 (1,1)
20-29	79 (3,6)	Arterielle Hypertonie	1011 (43)	Bipolare affektive Störung	38 (1,6)
30-39	236 (10,9)	Andere	1112 (47,3)	Somatoforme Störung	83 (3,5)
40-49	329 (15,1)			Depression	1083 (46)
50-59	754 (34,7)			Essstörung	146 (6,2)
60-69	551 (25,3)			Angststörung	552 (23,5)
70-79	170 (7,8)			Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	241 (9,9)
80-89	48 (2,2)			Persönlichkeitsstörung	88 (3,7)
≥ 90	4 (0,2)			Andere	258 (11)

Nur 1% der Befragten war in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben, 19% lehnten eine Teilnahme ab, und 80% gaben an, nicht zu wissen, was ein DMP ist. Ähnliche Unklarheiten zeigten sich bei der hausarztzentrierten Versorgung (HZV): 16% der Teilnehmenden nahmen daran teil, 19% lehnten dies ab, und 64,9% hatten keine Kenntnisse über die HZV.

Die Mehrheit der in AP 4 befragten TK Versicherten (61,1%) berichteten von Schwierigkeiten im Umgang mit dem Gesundheitssystem, insbesondere an den Schnittstellen. Insgesamt

hatten n = 565 Personen (24,5%) einen stationären Aufenthalt aufgrund einer somatischen Erkrankung. 65% berichteten von Problemen hinsichtlich des Übergangs vom stationären in den ambulanten Sektor. Personen mit stationärem Aufenthalt aufgrund somatischer Erkrankungen erlebten beim Übergang in den ambulanten Versorgungssektor am häufigsten eine lange Wartezeit auf einen Facharzt*intermin/keinen erhältlichen Termin (24,8%), gefolgt von einem verspäteten/fehlerhaften Entlassungsbericht (19,9%) und zu früher Entlassung (14,4%). (s. Abbildung 13).

Einen stationären Aufenthalt auf Grund einer psychischen Erkrankung gaben n = 169 Befragte an (7,2%). Von diesen berichteten 74% von Problemen beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungssektor. Personen mit stationärem Aufenthalt aufgrund psychischer Erkrankungen erlebten beim Übergang in den ambulanten Sektor am häufigsten eine lange Wartezeit auf eine Psychotherapie/Tagesklinik (20%), gefolgt von keinem erhältlichen Platz für Psychotherapie/Tagesklinik (15%) und keine*m Psychotherapeut*in in erreichbarer Nähe (15%) (s. Abbildung 14).

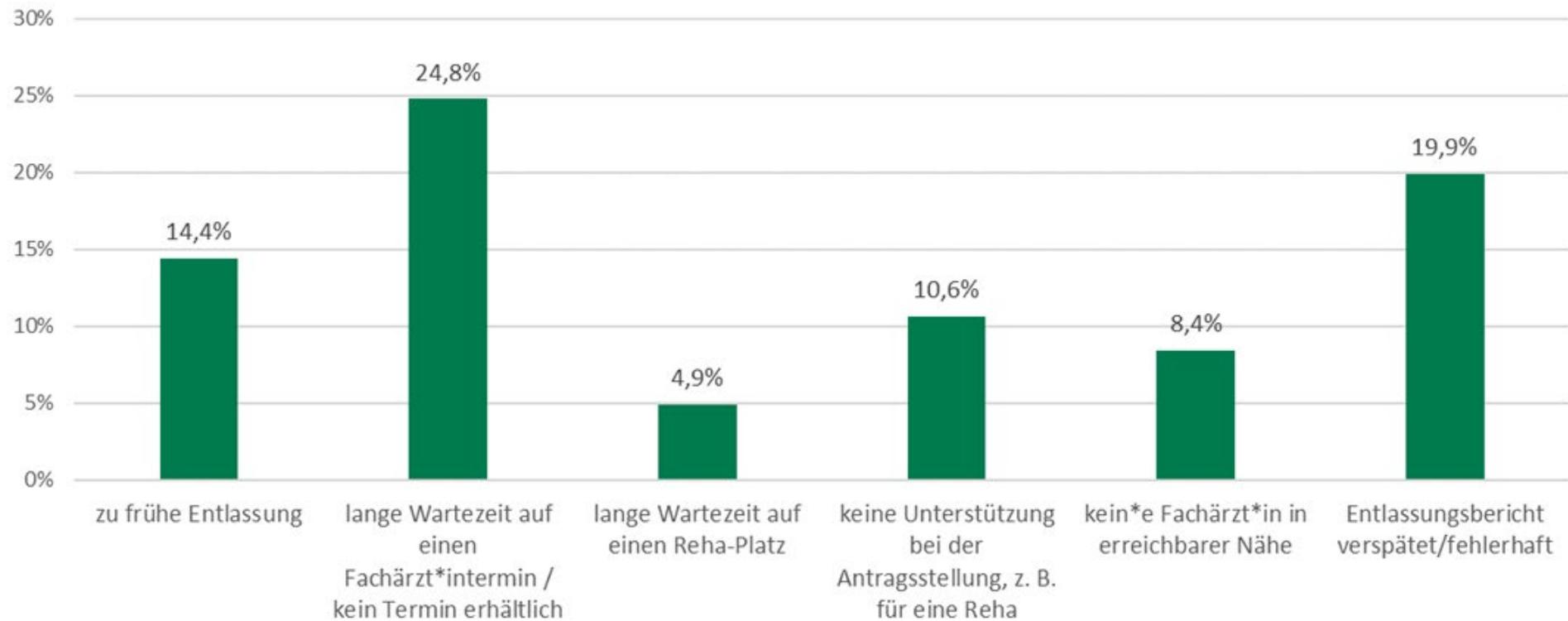


Abbildung 13: Erlebte Probleme beim Übergang vom somatisch stationären zum ambulanten Sektor; Angaben der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4)

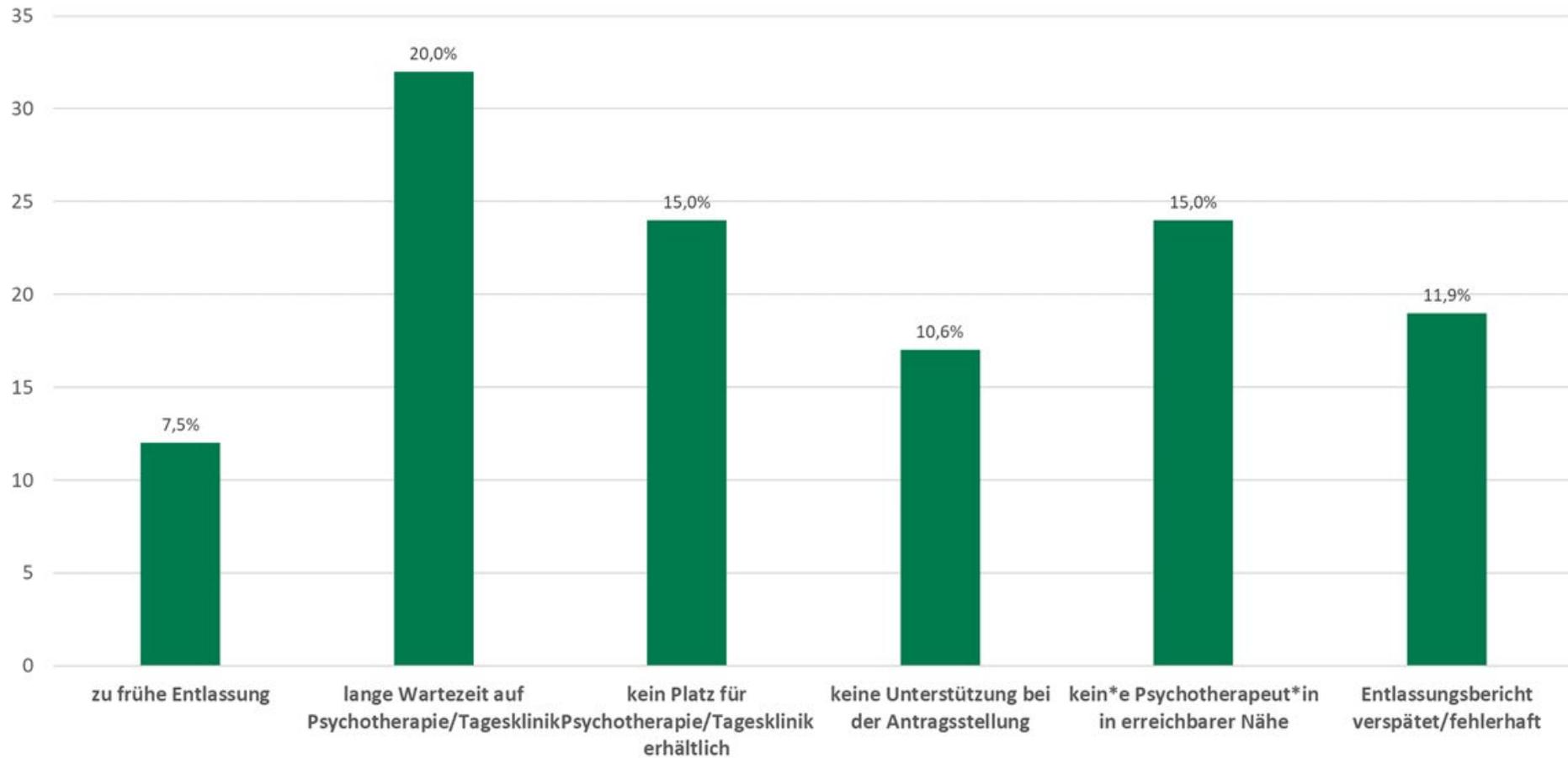


Abbildung 14: Erlebte Probleme beim Übergang vom psychiatrisch-psychotherapeutisch stationären zum ambulanten Sektor; Angaben der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4)

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit dem SF-8, wurde getrennt für die physische und mentale Gesundheit analysiert. Die Skalen reichen von 1 bis 100, wobei ein niedriger Skalenwert eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität anzeigt. Insgesamt beantworteten $n = 2118$ Personen die Fragen vollständig. Der Mittelwert für die physische Gesundheit lag bei 51,8 (SD: 11,4) und der Median bei 51,7. Die Werte bewegten sich in einem Bereich von 21,7 (Minimum) bis 78,3 (Maximum). Für die mentale Gesundheit lag der Mittelwert bei 51,4 (SD: 10,4) und der Median bei 51,0. Die Werte reichten von 26,4 (Minimum) bis 76,5 (Maximum) (s. Abbildung 15).

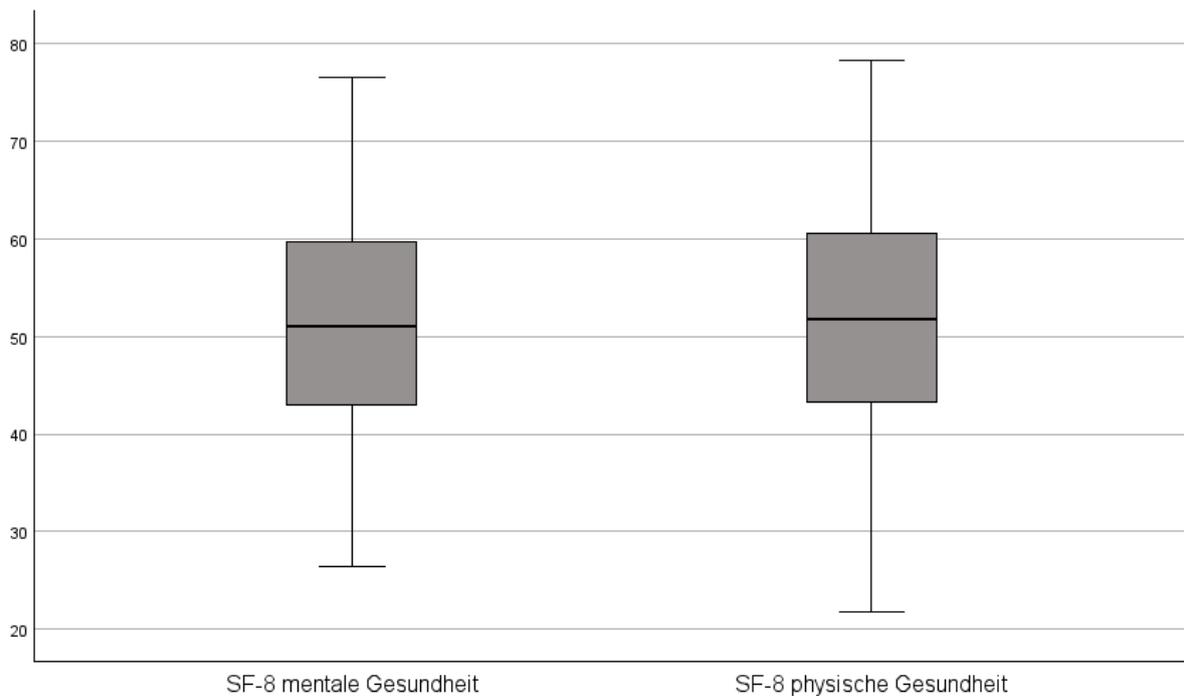


Abbildung 15: Boxplots gesundheitsbezogene Lebensqualität (mental und physisch); Antworten der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4)

Die Frage zur Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung (ZAPA) durch Hausärzt*innen wurden von $n = 2290$ Personen vollständig beantwortet. Der Wertebereich erstreckt sich von 0 bis 100, wobei ein hoher Wert für eine hohe Zufriedenheit steht. Der Mittelwert lag bei 75,5 (SD: 21,19) und der Median bei 75,0. Im Vergleich dazu bewerteten nur $n = 772$ Personen die ambulante Versorgung durch Psychiater*innen und andere Fachärzt*innen. Hier lag der Mittelwert bei 85,9 (SD: 17,2) und der Median bei 91,0 (s. Abbildung 16).

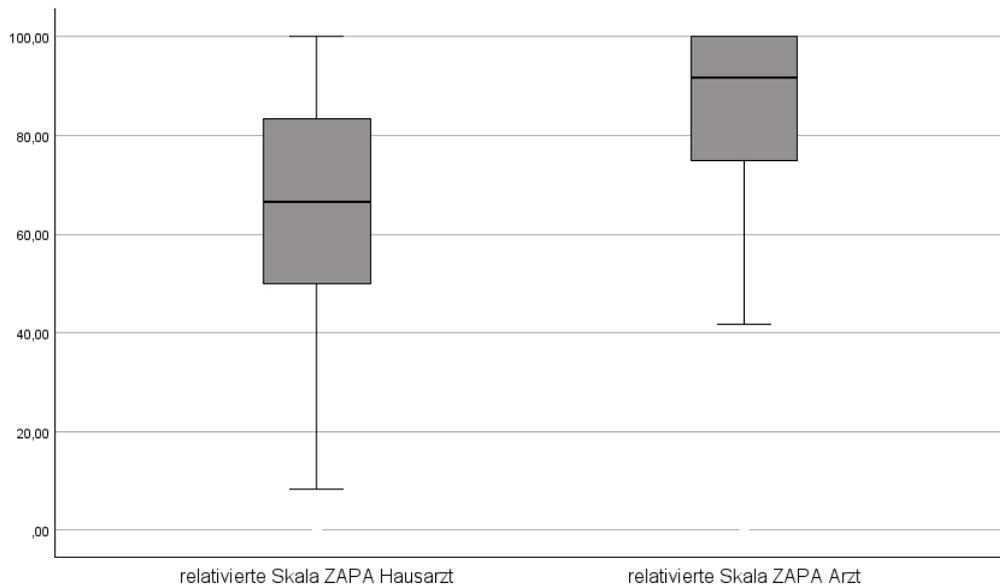


Abbildung 16: Boxplots ZAPA (Hausärzt*in und Ärzt*in); Antworten der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4)

Die Antwortverteilungen bei den Parametern Gesundheitskompetenz (FCCHL), allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU), soziale Unterstützung sowie Selbst- und Fremdstigmatisierung finden sich in der Abbildung 17.

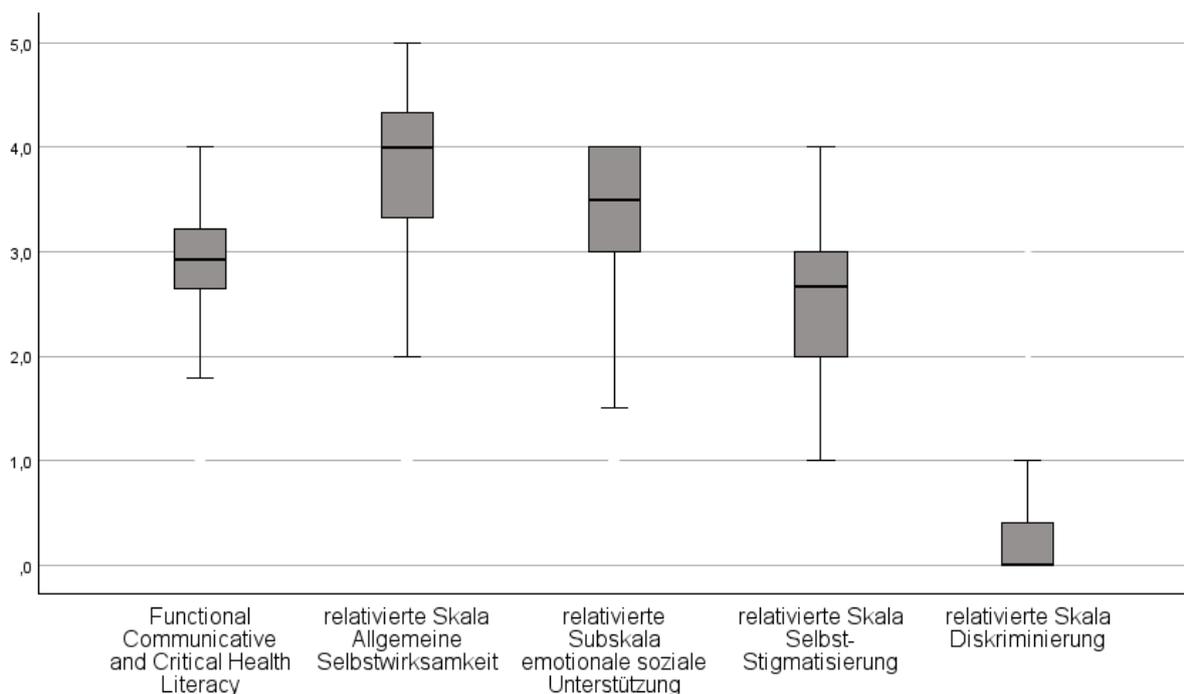


Abbildung 17: Boxplots der Gesundheitskompetenz (FCCHL), allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU), soziale Unterstützung, Selbststigmatisierung, Diskriminierung; Antworten der Versicherten in der Fragebogenerhebung (AP 4)

Die Fragen zur Gesundheitskompetenz (FCCHL) wurden von $n = 2205$ Personen vollständig beantwortet. Die Werte liegen auf einer Skala von 1 bis 4, wobei höhere Werte eine bessere Gesundheitskompetenz anzeigen. Die Ergebnisse zeigen einen Mittelwert von 2,87 (SD: 0,48) und einen Median von 2,93.

Zur allgemeinen Selbstwirksamkeit (ASKU) gaben $n = 2193$ Personen vollständige Antworten. Die Werte wurden auf einer Skala von 1 bis 5 erfasst, wobei ein höherer Wert auf eine stärkere Selbstwirksamkeit hinweist (Spannweite 1-5; Referenzwerte: gering: 3,85; mittel: 4,01; hoch: 4,21). Der Mittelwert betrug 3,78 (SD: 0,7), der Median lag bei 4,0.

Die Fragen zur sozialen Unterstützung wurden von $n = 2186$ Personen vollständig beantwortet. Die Werte bewegten sich zwischen 1 und 4, wobei höhere Werte auf ein stärker wahrgenommenes Maß an sozialer Unterstützung hindeuten. Der Mittelwert lag bei 3,3 (SD: 0,63), der Median ebenfalls bei 3,3. Im Durchschnitt erfuhren die befragten Personen ein hohes Maß an sozialer Unterstützung.

Darüber hinaus gaben 63,1% der Versicherten an, dass sie keinen Bedarf an Unterstützung durch Selbsthilfegruppen hätten. 10,2% äußerten zwar Bedarf, waren jedoch in keiner Selbsthilfegruppe aktiv, und 5,1% nahmen bereits an einer Selbsthilfegruppe teil.

Die Fragen zur Auswertung der Selbststigmatisierung wurden von $n = 2207$ Personen vollständig beantwortet. Die Werte wurden auf einer Skala von 1 bis 4 erfasst, wobei ein höherer Wert eine stärkere Selbststigmatisierung anzeigt. Der Mittelwert lag bei 2,47 (SD: 0,59) und der Median bei 2,6.

Für die Fremdstigmatisierung bzw. Diskriminierung lagen vollständige Antworten von $n = 2215$ Personen vor. Der Wertebereich erstreckte sich von 0 bis 3, wobei ein niedriger Wert für geringe Diskriminierung steht. Der Mittelwert betrug 0,28 (SD: 0,5), der Median lag bei 0,0. Demnach berichtete die Mehrheit der Befragten über nur sehr geringe Diskriminierungserfahrungen durch medizinisches Personal.

4.4.2 Ergebnisse der bivariaten Analysen

Die Spearman-Rang-Korrelation zeigte einen positiven Zusammenhang zwischen der körperlichen Lebensqualität (SF-8 physisch) und der Gesundheitskompetenz ($r_s(2104) = .097$, $p < .001$), der allgemeinen Selbstwirksamkeit ($r_s(2092) = .259$, $p < .001$) sowie der sozialen Unterstützung ($r_s(2086) = .149$, $p < .001$). Schwach negative Zusammenhänge zeigten sich hingegen mit der Selbststigmatisierung ($r_s(1778) = -.049$, $p = .039$), und Fremdstigmatisierung/Diskriminierung ($r_s(1731) = -.201$, $p < .001$).

Auch bei der mentalen Lebensqualität (SF-8 mental) wurden ähnliche Zusammenhänge gesehen. Es bestand ein schwach positiver Zusammenhang zwischen der mentalen Lebensqualität (SF-8 mental) und der Gesundheitskompetenz ($r_s(2104) = .053$, $p = .016$), ein stärkerer positiver Zusammenhang mit der allgemeinen Selbstwirksamkeit ($r_s(2092) = .264$, $p < .001$) und der sozialen Unterstützung ($r_s(2086) = .181$, $p < .001$). Negative Zusammenhänge fanden sich mit der Fremdstigmatisierung/Diskriminierung ($r_s(1731) = -.151$, $p < .001$). Kein Zusammenhang zeigte sich zwischen SF-8 mental und Selbststigmatisierung ($r_s(1778) = -.043$, $p = .071$).

Für die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung durch Hausärzt*innen (ZAPA Hausarzt) ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zur Gesundheitskompetenz ($r_s(2149) = -.039$, $p = .073$). Positive Zusammenhänge wurden jedoch mit der allgemeinen Selbstwirksamkeit ($r_s(2135) = .115$, $p < .001$) und der sozialen Unterstützung ($r_s(2129) = .192$, $p < .001$) festgestellt. Im Gegensatz dazu bestanden negative Zusammenhänge mit der Selbststigmatisierung ($r_s(1823) = -.161$, $p < .001$) sowie der Fremdstigmatisierung ($r_s(1808) = -.165$, $p < .001$).

Für die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung durch Psychiater*in und andere Fachärzt*innen (ZAPA Arzt), zeigte sich ein schwach positiver Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz ($r_s(730) = .079$, $p = .032$), sowie ein stärkerer positiver Zusammenhang mit der allgemeinen Selbstwirksamkeit ($r_s(726) = .167$, $p < .001$) und der sozialen Unterstützung ($r_s(723) = .243$, $p < .001$). Ein schwach negativer Zusammenhang bestand zur Selbststigmatisierung ($r_s(634) = -.083$, $p = .038$), während kein signifikanter Zusammenhang mit der Fremdstigmatisierung ($r_s(607) = -.075$, $p = .067$) gezeigt werden konnte.

In der Zusammenschau sprechen die Ergebnisse dafür, dass sowohl die körperliche als auch die mentale Lebensqualität sowie die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung in vielfacher Weise mit Faktoren wie Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung und Stigmatisierungserleben korrelieren. Die Zusammenhänge mit der Gesundheitskompetenz waren eher schwach bis moderat.

4.4.3 Ergebnisse der multivariaten Analysen

Zur Prüfung der Hypothesen 3-5 wurden vier lineare Regressionsmodelle gerechnet, bei denen die gesundheitsbezogene Lebensqualität (mental und körperlich) sowie die Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung (durch Hausärzt*innen und andere Fachärzt*innen; ZAPA) die abhängigen Variablen darstellten. Gesundheitskompetenz, allgemeine Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Selbststigmatisierung und Diskriminierung/Fremdstigmatisierung wurden neben den somatischen und psychischen Erkrankungen als unabhängige Variablen eingeschlossen. Zusätzlich wurden soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung) als Kontrollvariablen einbezogen.

Abhängige Variable gesundheitsbezogene Lebensqualität, körperlich (SF-8): Mehrere Variablen waren signifikant mit der abhängigen Variable assoziiert ($F(30,924) = 10,961$, $p < .001$). Diese wurde zu 23,9 % durch die einbezogenen Prädiktoren erklärt. Die detaillierten Ergebnisse finden sich in der Anlage 24, Tabelle 1.

Das Alter zeigte einen signifikant negativen Einfluss ($\beta = -.187$; Std.-Fehler = 0,289; $p < .001$; KI [-2,13; -,996]), ebenso wie die Anzahl somatischer Erkrankungen ($\beta = -.380$; Std.-Fehler = 0,689; $p < .001$; KI [-6,79; -4,09]), die Anzahl psychischer Erkrankungen ($\beta = -.166$; Std.-Fehler $p = .044$) und die Wahrnehmung von Diskriminierung ($\beta = -.123$, $p < .001$). Eine höhere körperliche Lebensqualität war mit einer jüngeren Altersgruppe, einer geringeren Anzahl an somatischen Erkrankungen (Multimorbidität) sowie weniger Diskriminierungserfahrungen assoziiert. Demgegenüber hatte die allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU) einen positiven Effekt ($\beta = .127$; Std.-Fehler = 0,461; $p < .001$; KI [.939; 2,74]). Die Gesundheitskompetenz, soziale Unterstützung sowie Selbststigmatisierung hatten keinen signifikanten Effekt auf die körperliche Lebensqualität.

Die somatischen Erkrankungen Schilddrüsenerkrankungen ($\beta = .160$; Std.-Fehler = 0,835 $p < .001$; KI [1,87; 5,15]) Bluthochdruck ($\beta = .157$; Std.-Fehler = 0,860 $p < .001$; KI [1,74; 5,11]) und Diabetes Typ 2 ($\beta = .065$; Std.-Fehler = 3,33 $p = .029$; KI [1,729; 13,80]) korrelierten signifikant positiv mit der abhängigen Variable. Die psychischen Erkrankungen Schizophrenie ($\beta = .066$, Std.-Fehler = 3,21; $p = .028$; KI [1,754; 13,37]) und bipolare Störungen ($\beta = .085$; Std.-Fehler = 2,04 $p = .008$; KI [1,44; 9,46]) korrelierten ebenfalls signifikant positiv mit der körperlichen Lebensqualität (SF-8 körperlich). Die Anzahl an somatischen Erkrankungen hatte in diesem Modell den größten Effekt ($\beta = -.380$).

Abhängige Variable gesundheitsbezogene Lebensqualität, mental (SF-8): Die abhängige Variable wurde durch die einbezogenen unabhängigen Variablen signifikant vorhergesagt ($F(30,924) = 8,055$, $p < .001$). Insgesamt erklären die Prädiktoren 18,2 % der Varianz der mentalen Lebensqualität. Die detaillierten Ergebnisse finden sich in der Anlage 24, Tabelle 2.

Die allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU) erwies sich als der stärkste Prädiktor für die gesundheitsbezogene mentale Lebensqualität und zeigte einen signifikanten positiven Effekt ($\beta = .195$; Std.-Fehler = 0,44 $p < .001$; KI [1,74; 3,46]). Auch die wahrgenommene soziale Unterstützung hatte einen signifikant positiven Effekt ($\beta = .187$; Std.-Fehler = 0,522 $p < .001$; KI [1,98; 4,03]). Das Alter hatte ebenfalls einen schwachen, aber signifikanten positiven Einfluss ($\beta = .073$, Std.-Fehler = 0,276; $p = .042$; KI [0,021; 1,10]), dahingehend, dass ein höheres Alter mit einer hohen mentalen Lebensqualität assoziiert war. Die somatische Erkrankung des Schlaganfalls hingegen hatte einen signifikant negativen Effekt auf die mentale Lebensqualität ($\beta = -.061$; Std.-Fehler = 2,22 $p = .049$; KI [-8,74; -0,11]). Andere untersuchte Variablen, wie das Geschlecht, die Anzahl somatischer und psychischer Erkrankungen, Gesundheitskompetenz, Fremd- und Selbststigmatisierung sowie verschiedene Erkrankungen zeigten keine signifikanten Zusammenhänge mit der abhängigen Variable.

Abhängige Variable Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung durch Hausärzt*innen (ZAPA): Die abhängige Variable wurde durch die einbezogenen unabhängigen Variablen signifikant vorhergesagt ($F(30,941) = 4,15$, $p < .001$). Die unabhängigen Variablen erklären jedoch lediglich 8,9 % der Varianz der ZAPA-Werte. Die detaillierten Ergebnisse finden sich in der Anlage 24, Tabelle 3.

Die soziale Unterstützung zeigte einen signifikanten positiven Effekt auf die abhängige Variable ($\beta = .231$; Std.-Fehler = 1,11; $p < .001$; KI [5,40; 9,76]) und stellte damit die bedeutsamste Einflussgröße dar. Ebenfalls signifikant waren die Effekte von Fremdstigmatisierung ($\beta = -.105$; Std.-Fehler = 1,26 $p = .002$; KI [-6,40; -1,45]) und Selbststigmatisierung ($\beta = -.085$; Std.-Fehler = 1,27 $p = .008$; KI [-5,91; -0,911]), die beide negativ mit der ZAPA-Werten assoziiert waren. Nicht signifikant waren dagegen Variablen wie Geschlecht, Alter, Gesundheitskompetenz, allgemeine Selbstwirksamkeit sowie die somatischen und psychischen Erkrankungen.

Die stärkste Einflussgröße in diesem Modell war die soziale Unterstützung. Dies und die negativen Effekte von Fremd- und Selbststigmatisierungserleben sprechen dafür, dass soziale Barrieren und befürchtete oder wahrgenommene Vorurteile die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung durch Hausärzt*innen negativ beeinflussen können.

Abhängige Variable Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung durch Fachärzt*innen (ZAPA Arzt): Die abhängige Variable wurde durch die einbezogenen unabhängigen Variablen signifikant vorhergesagt ($F(30,377) = 2,288, p < .001$). Die unabhängigen Variablen erklären 16,5 % der Varianz der ZAPA-Werte. Die detaillierten Ergebnisse finden sich in der Anlage 24, Tabelle 4.

Die soziale Unterstützung zeigte einen signifikant positiven Einfluss auf die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung durch andere Fachärzt*innen ($\beta = .262$; Std.-Fehler = 1,48; $p < .001$; KI [4,00; 9,83]) und stellte die stärkste Einflussgröße dar. Ebenso wies die Gesundheitskompetenz einen signifikanten positiven Effekt auf ($\beta = .113$; Std.-Fehler = 2,12 $p = .050$; KI [0,08; 8,35]). Die weiteren Prädiktoren zeigten keine signifikanten Zusammenhänge mit der abhängigen Variable.

Eine graphische Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der multivariaten Analysen findet sich in der Abbildung 18.

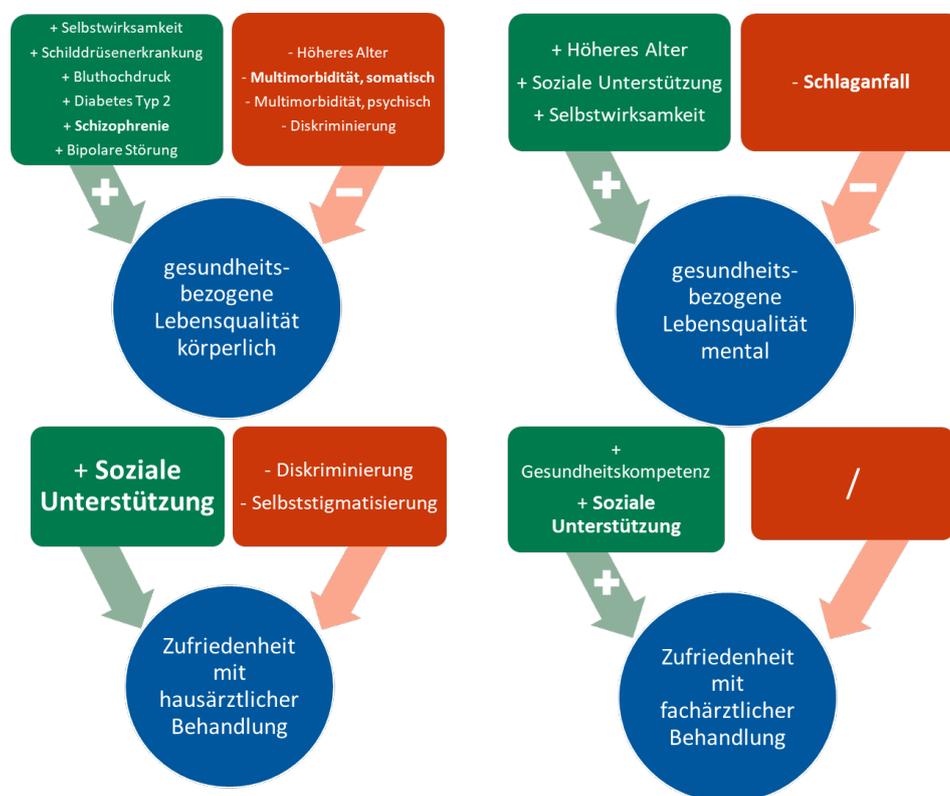


Abbildung 18: Synopsis der Einflüsse auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-8) und die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung (ZAPA); Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalysen; AP 4 (grün und +: positive Einflüsse; rot und -: negative Einflüsse; die jeweils stärksten Prädiktoren sind mit fetter Schrift markiert)

4.5 Ergebnisse der Quantitativen Primärdatenerhebung bei Haus- und Fachärzt*innen (AP 5)

4.5.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen n = 563 Ärzt*innen an der Befragung teil (n = 354 Papier, n = 209 Online). Die Mehrheit der teilnehmenden Ärzt*innen stammte aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen (74 %), während der Rest sich über andere Bundesländer verteilte, am häufigsten Bayern (6,4 %), Baden-Württemberg (4,2 %) und Berlin (2,4 %) (s. Abbildung 19).

Von den Teilnehmenden waren 54,7 % Frauen und 45,3 % Männer. Im Hinblick auf die Fachgebiete gaben 5,5 % an sowohl somatisch als auch psychiatrisch-psychotherapeutisch tätig zu sein. 65,5 % waren ausschließlich in der somatischen Versorgung und 34,1 % in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Psychosomatik tätig. 79,4 % der Ärzt*innen waren selbstständig und 17,5 % angestellt. 76,1 % arbeiteten in Vollzeit und 22,4 % in Teilzeit. Bezüglich des Praxisstandorts waren 62,6 % im städtischen und 36,1 % im ländlichen Raum niedergelassen. Die Altersstruktur der Stichprobe hatte ihren Schwerpunkt bei den Altersgruppen zwischen 50 und 69 Jahren (70,8 %). Die Dauer der Niederlassung war relativ gleichmäßig verteilt, wobei die meisten Teilnehmenden seit über 10 Jahren niedergelassen waren. Die Charakteristika der befragten Ärzt*innen finden sich in der Tabelle 27.

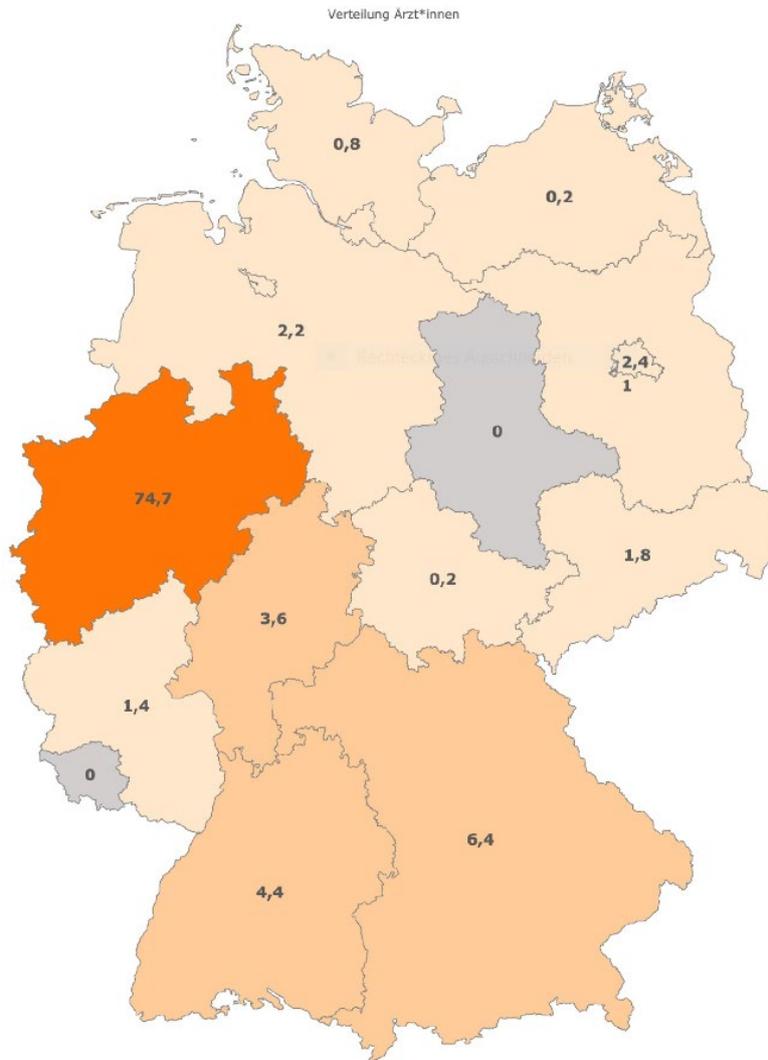


Abbildung 19: Verteilung der Teilnehmenden pro Bundesland in % Prozent

Tabelle 27: Ärzt*innen Studienpopulation AP 5, Angaben der Ärzt*innen; n: Anzahl

Geschlecht	n (%)	Dauer der Niederlassung	n (%)
männlich	248 (45,3)	Weniger als 5 Jahre	47 (8,6)
weiblich	300 (54,7)	5 –10 Jahre	95 (17,3)
Gebiet	n (%)	11 – 20 Jahre	173 (31,6)
städtisch	343 (62,6)	21 – 30 Jahre	141 (25,7)
ländlich	198 (36,1)	Mehr als 30 Jahre	89 (16,2)
Alter	n (%)	Fachgebiet	n (%)
30-39	13 (2,4)	Hausärzt*in/ Internist*in	359 (65,5)
40-49	103 (18,8)	Psychiatrie, Nervenheilkunden, Psychosomatik	187 (34,1)
50-59	199 (36,3)	Somatisch und psychiatrisch	30 (5,5)
60-69	189 (34,5)		
70-79	43 (7,8)		

4.5.2 Angaben über die behandelten Patient*innengruppen

Am häufigsten wurde ein Anteil an Patient*innen mit somatisch-psychischer Komorbidität von 20 bis 39 Prozent angegeben (38,1%). Als häufigste Komorbiditäten dieser Patient*innengruppe wurden unter den somatischen Erkrankungen Adipositas (67,9%), arterielle Hypertonie (61,7%) und Diabetes mellitus Typ 2 (47,4%) gewählt, und unter den psychischen Erkrankungen Depression (93%), gefolgt von Angststörung (70,4%) und somatoformer Störung (55,1%). Es wurde mehrheitlich angegeben, dass somatisch-psychisch komorbide Patient*innen die Ärzt*in-Praxis 1 Mal pro Monat aufsuchen (53,9%).

4.5.3 Charakteristika der Ärzt*innen

Neben den soziodemografischen Faktoren wurden ebenfalls Fragen zu stigmatisierenden Tendenzen sowie zur Empathie erhoben (s. Abbildung 20). Die Spannweite für die Skala zu den stigmatisierenden Tendenzen betrug 0 bis 3, wobei ein hoher Wert für eine hohe Stigmatisierung spricht. Der Mittelwert (M) betrug 0,64 mit einer Standardabweichung von (SD) = 0,44. Der Median lag bei 0,75, wobei die Werte zwischen einem Minimum von 0 und einem Maximum von 2 variierten. Für die Empathie betrug die Spannweite 1 bis 4, wobei ein hoher Wert einem hohen Grad an Empathie entspricht. Der Mittelwert (M) betrug 3,73 (SD = 0,34) und der Median betrug 3,75, mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 4. Hausärzt*innen wiesen signifikant stärkere stigmatisierende Tendenzen auf (M = 0,72, SD = 0,446) als Fachärzt*innen für Psychiatrie (M = 0,48, SD = 0,379), $t(392,71) = 6,471$, $p < 0,001$.

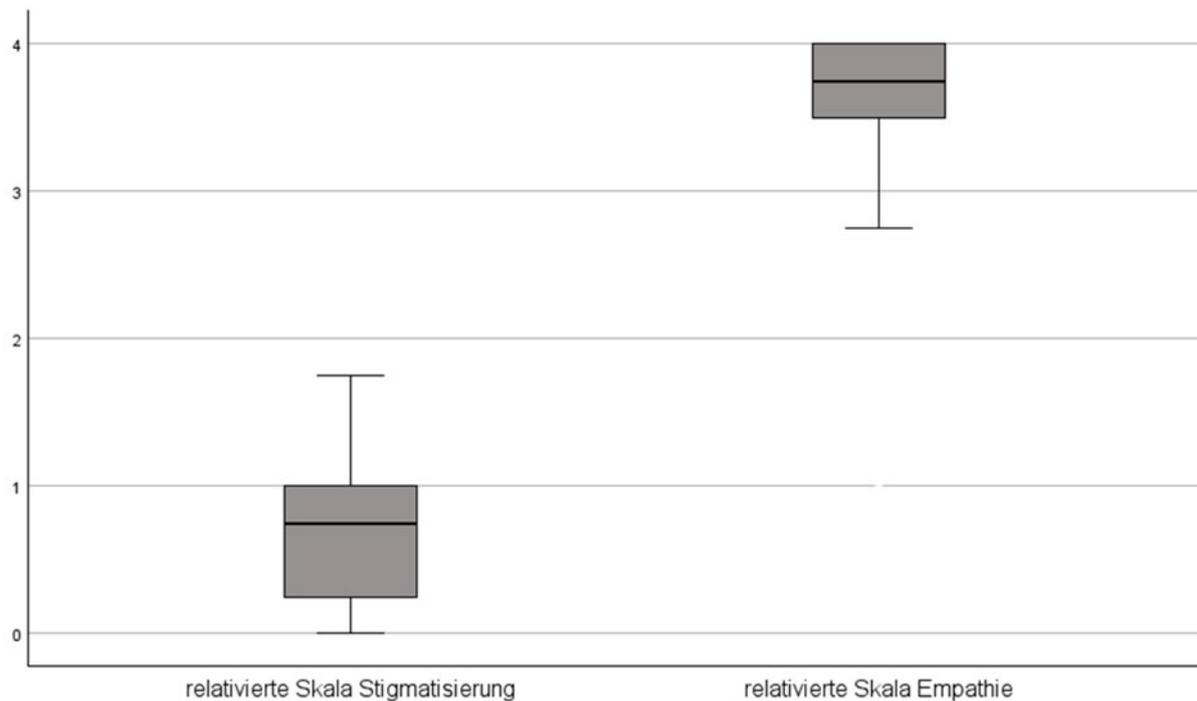


Abbildung 20: Boxplots Stigmatisierende Tendenzen (Spannweite 0-3) und Empathie (Spannweite 1-4); Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)

4.5.4 Wahrgenommene Herausforderungen/Hindernisse bei der Behandlung

Es wurden verschiedene Versorgungsaspekte hinsichtlich des Ausmaßes und der Häufigkeit des Auftretens von Herausforderungen bei der Behandlung von Patient*innen mit und ohne psychische Störungen bewertet. Allgemein wurden die folgenden Aspekte als besonders herausfordernd beschrieben: Keine Vergütung für den Austausch mit anderen Behandelnden, keine Vergütung für die Koordination der Behandlung, unzureichende Vergütung für Gespräche, zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden, und zu wenig Zeit für Gespräche (Aspekte Nr. 6-10). Die Herausforderungen bei diesen Versorgungsaspekten wurden bei Patient*innen mit komorbiden psychischen Störungen vergleichsweise häufiger bzw. schwerwiegender erlebt. Die Unterschiede zwischen den beiden Patient*innengruppen waren bei anderen Versorgungsaspekten weniger ausgeprägt (s. Abbildungen 21 und 22).

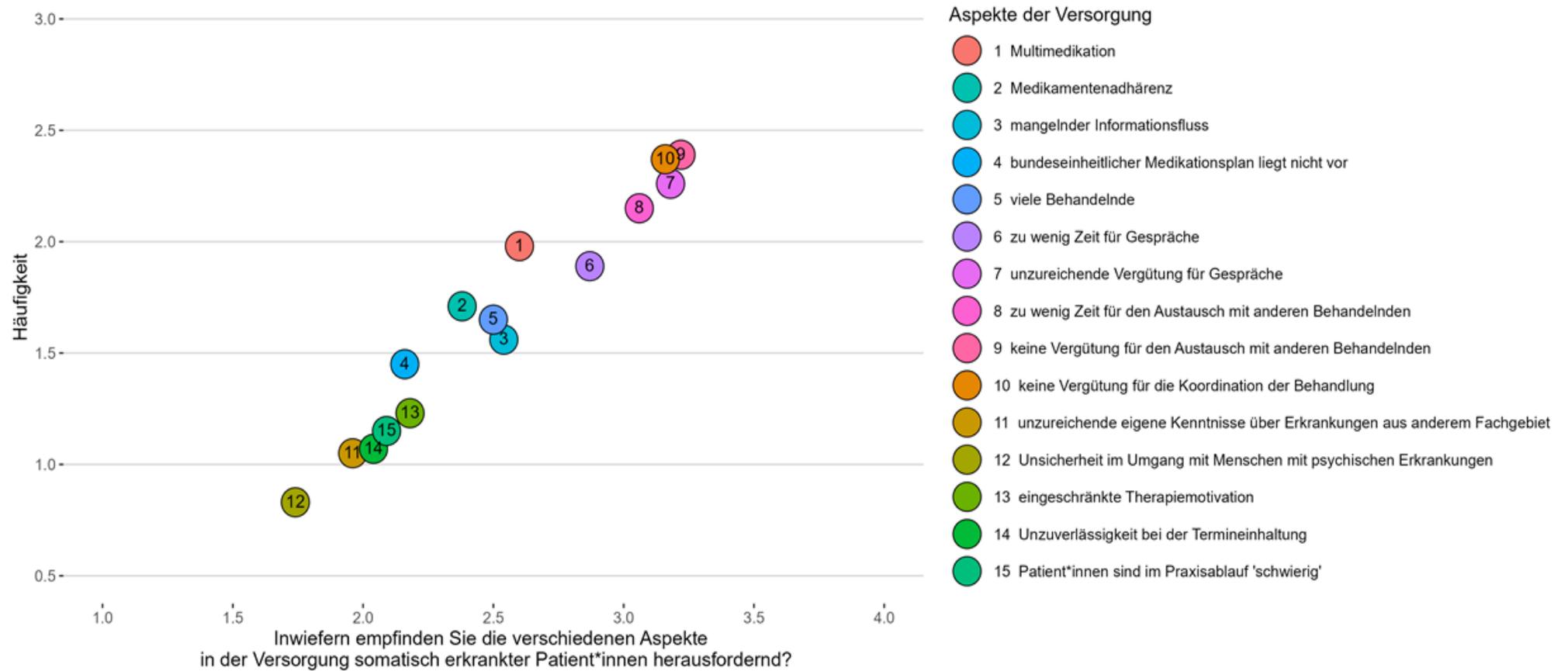


Abbildung 21: Ausmaß und Häufigkeit des Auftretens von Herausforderungen in der Versorgung somatisch erkrankter Patient*innen; Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)

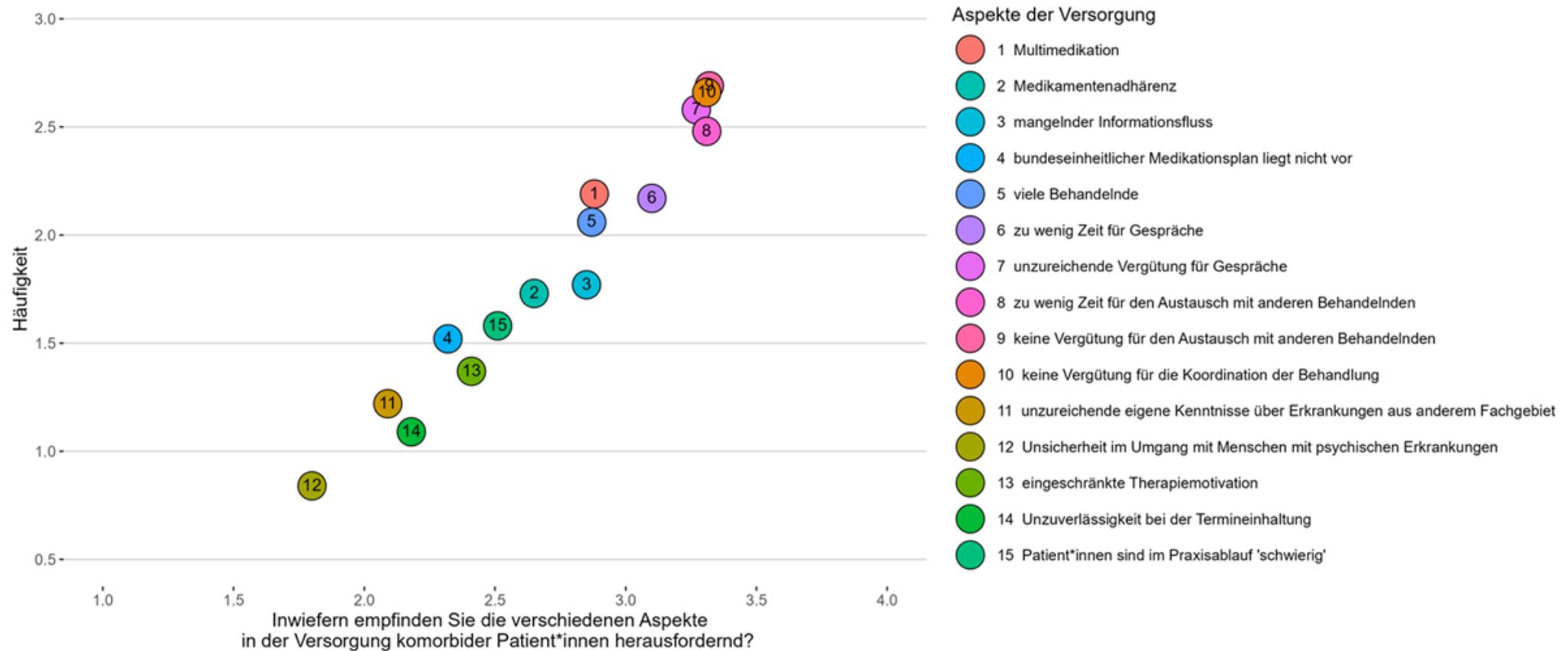


Abbildung 22: Ausmaß und Häufigkeit des Auftretens von Herausforderungen in der Versorgung somatisch und komorbid psychiatrisch erkrankter Patient*innen; Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)

Die Wahrnehmung der Häufigkeit des Auftretens von Problemen in der Versorgung von somatisch und komorbid erkrankten Patient*innen unterschied sich in den meisten abgefragten Versorgungsbereichen signifikant von der Wahrnehmung bei Patient*innen ohne psychische Störungen. Bei komorbid erkrankten Patient*innen wurden Schwierigkeiten signifikant häufiger wahrgenommen. Die größten Effekte zeigten sich bei den Häufigkeitsunterschieden Patient*innen sind im Praxisablauf 'schwierig' ($z = -9,662$, $p < ,001$, $r = .56$), unzureichende Vergütung für Gespräche ($z = -8,619$, $p < ,001$, $r = .50$) und dem Aspekt Schwierigkeiten durch viele Behandelnde ($z = -8,144$, $p < ,001$, $r = .47$). Bei den Aspekten Medikamentenadhärenz, Unsicherheit im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. (s. Tabelle 28)

*Tabelle 28: Erlebte Häufigkeit des Auftretens von Problemen bei verschiedenen Versorgungsaspekten bei Patient*innen ohne vs. Patient*innen mit komorbiden psychischen Störungen (Gruppenunterschied: Wilcoxon-Rang-Test); basierend auf Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)*

Häufigkeit des Auftretens von Problemen bei verschiedenen Versorgungsaspekten	z-Werte	p-Werte	Effektgröße*
Multimedikation	$z = -4,848$	$p < ,001$	$r = .28$
Medikamentenadhärenz	$z = -,609$	$p = ,543$	n.a.
mangelnder Informationsfluss	$z = -4,465$	$p < ,001$	$r = .26$
bundeseinheitlicher Medikationsplan liegt nicht vor	$z = -,506$	$p = ,613$	n.a.
viele Behandelnde	$z = -8,144$	$p < ,001$	$r = .47$
zu wenig Zeit für Gespräche	$z = -6,981$	$p < ,001$	$r = .40$
unzureichende Vergütung für Gespräche	$z = -8,619$	$p < ,001$	$r = .50$
zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden	$z = -7,467$	$p < ,001$	$r = .43$
keine Vergütung für den Austausch mit anderen Behandelnden	$z = -7,518$	$p < ,001$	$r = .44$
keine Vergütung für die Koordination der Behandlung	$z = -7,437$	$p < ,001$	$r = .43$
unzureichende eigene Kenntnisse über Erkrankungen aus anderem Fachgebiet	$z = -4,243$	$p < ,001$	$r = .24$
Unsicherheit im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen	$z = -1,825$	$p = ,068$	n.a.
eingeschränkte Therapiemotivation	$z = -5,085$	$p < ,001$	$r = .29$
Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung	$z = -1,931$	$p = .053$	n.a.
Patient*innen sind im Praxisablauf 'schwierig'	$z = -9,662$	$p < ,001$	$r = .56$

*Anmerkung: Referenzgrößen: r (klein: $|r|=0.1$, mittel: $|r|=0.3$, groß: $|r|=0.5$).

Die Wahrnehmung des Ausmaßes von Problemen in der Versorgung von somatisch und somatisch sowie komorbid psychisch erkrankten Patient*innen unterschied sich signifikant in

allen abgefragten Versorgungsbereichen (s. Tabelle 5.5.4). Bei komorbid somatisch und psychisch Erkrankten wurden alle Aspekte signifikant schwerer eingeschätzt. Die größten Effekte zeigen sich bei den Gruppenunterschieden Patient*innen sind im Praxisablauf 'schwierig' ($z = -8,970$, $p < ,001$, $r = .52$), unzureichende Vergütung für Gespräche ($z = -4,198$, $p < ,001$, $r = .50$), viele Behandelnde ($z = -7,451$, $p < ,001$, $r = .43$) und zu wenig Zeit für Gespräche ($z = -7,254$, $p < ,001$, $r = .42$). (s. Tabelle 29).

*Tabelle 29: Erlebtes Ausmaß der Herausforderungen bei verschiedenen Versorgungsaspekten bei Patient*innen ohne vs. Patient*innen mit komorbiden psychischen Störungen (Gruppenunterschied: Wilcoxon-Rang-Test); basierend auf Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)*

Ausmaß der erlebten Herausforderungen bei verschiedenen Versorgungsaspekten	z-Werte	p-Werte	Effektgröße*
Multimedikation	$z = -5,862$	$p < ,001$	$r = .34$
Medikamentenadhärenz	$z = -6,410$	$p < ,001$	$r = .37$
mangelnder Informationsfluss	$z = -6,743$	$p < ,001$	$r = .40$
bundeseinheitlicher Medikationsplan liegt nicht vor	$z = -2,258$	$p = ,024$	$r = .13$
viele Behandelnde	$z = -7,451$	$p < ,001$	$r = .43$
zu wenig Zeit für Gespräche	$z = -7,254$	$p < ,001$	$r = .42$
unzureichende Vergütung für Gespräche	$z = -4,198$	$p < ,001$	$r = .50$
zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden	$z = -5,390$	$p < ,001$	$r = .31$
keine Vergütung für den Austausch mit anderen Behandelnden	$z = -2,619$	$p = ,009$	$r = .15$
keine Vergütung für die Koordination der Behandlung	$z = -3,670$	$p < ,001$	$r = .21$
unzureichende eigene Kenntnisse über Erkrankungen aus anderem Fachgebiet	$z = -3,040$	$p = ,002$	$r = .17$
Unsicherheit im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen	$z = -4,026$	$p < ,001$	$r = .24$
eingeschränkte Therapiemotivation	$z = -6,680$	$p < ,001$	$r = .39$
Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung	$z = -3,477$	$p < ,001$	$r = .20$
Patient*innen sind im Praxisablauf 'schwierig'	$z = -8,970$	$p < ,001$	$r = .52$

*Anmerkung: Referenzgrößen: r (klein: $|r|=0.1$, mittel: $|r|=0.3$, groß: $|r|=0.5$).

4.5.5 Ergebnisse der Kovarianzanalyse

Mittels einer ANCOVA wurde der Einfluss verschiedener unabhängiger Variablen und Kovariaten auf die abhängige Variable analysiert. Es wurde zunächst betrachtet, wie herausfordernd verschiedene Aspekte bei der Patient*innenbehandlung wahrgenommen wurden. Dazu wurden aus den 15 verschiedenen Items (s. Abschnitt 4.5.4) Summenscores für die Belastung bei der Behandlung von Patient*innen der zwei Gruppen (mit und ohne

psychische Komorbidität) gebildet (s. Abbildung 23). Diese Summenscores bildeten die abhängige Variable. Die unabhängigen Variablen umfassten neben soziodemografischen Merkmalen und der Niederlassungsregion die Berufserfahrung (Dauer der Niederlassung), die Facharztgruppe sowie die Stigmatisierungstendenzen und Empathie der Ärzt*innen.

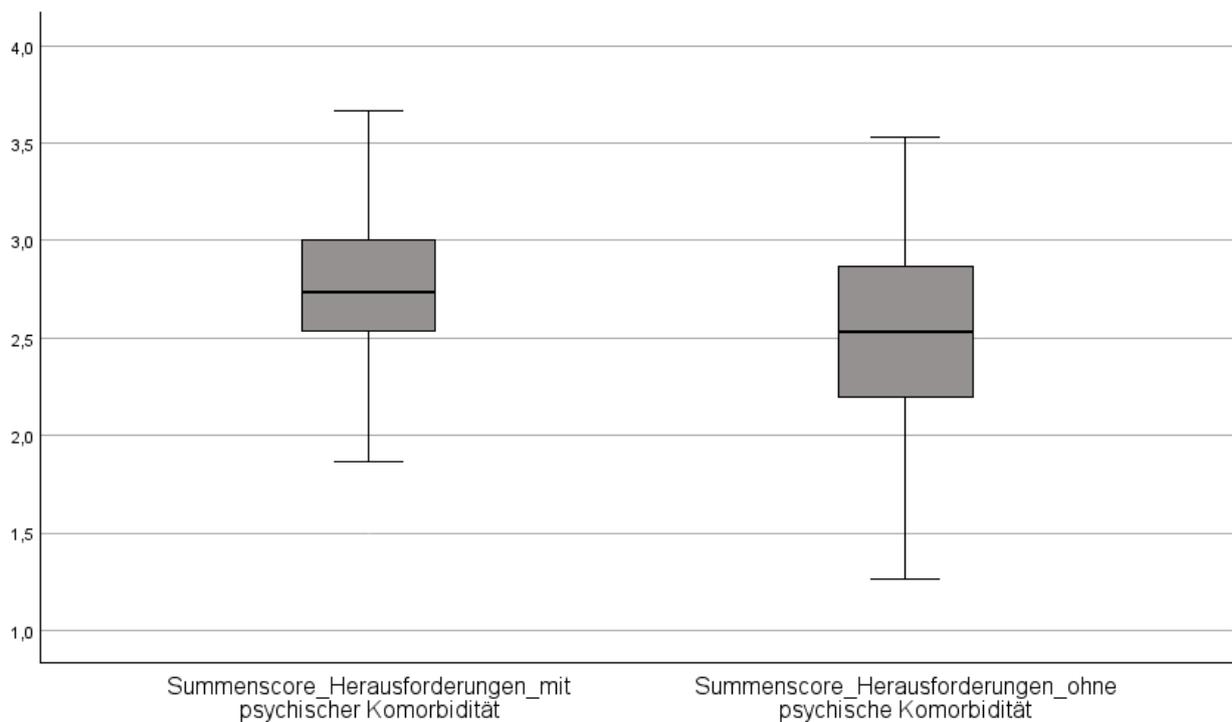


Abbildung 23: Boxplots Ausmaß der erlebten Herausforderungen mit und ohne psychische Komorbidität, Antworten der Ärzt*innen in der Fragebogenerhebung (AP 5)

Die Analyse ergab, dass lediglich das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf die wahrgenommenen Schwierigkeiten hatte. Ärzte hatten einen höheren Gesamtscore an wahrgenommenen Schwierigkeiten im Vergleich zu Ärztinnen ($F(1,178) = 16,141$, $p < .001$). Hingegen konnten für andere Variablen wie die Facharztgruppe, die Region (städtisch vs. ländlich), die Dauer der Niederlassung sowie die Kovariaten Empathie und stigmatisierende Tendenzen keine signifikanten Effekte auf die abhängige Variable nachgewiesen werden. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 30 zusammengefasst.

Tabelle 30: Kovarianzanalyse mit Einflussgrößen

Variablen	F (df1, df2)	p-Wert
Geschlecht (Männer = 1, Frauen = 0)	$F(1,178) = 16,14$	$p < ,001$
Facharztgruppe: Hausarzt*in	$F(1,178) = ,55$	$p = ,458$
Facharztgruppe: Psychiater*in	$F(1,178) = ,70$	$p = ,403$
Region (städtisch = 1, ländlich = 0)	$F(1,178) = 3,83$	$p = ,052$
Empathie	$F(1,178) = ,01$	$p = ,937$
Stigmatisierende Tendenzen	$F(1,178) = 1,98$	$p = ,161$
Niederlassung (Dauer)	$F(1,178) = 1,61$	$p = ,206$

5 Diskussion der Projektergebnisse

Hintergrund für das Projekt SoKo waren Befunde wonach Menschen mit psychischen Störungen, insbesondere mit schweren psychischen Störungen, eine schlechtere somatische Gesundheit haben und durchschnittlich früher versterben. Dieser Zusammenhang ist in der wissenschaftlichen Literatur gut beschrieben [3, 5, 7-14, 17, 35]. Häufig wird angenommen, dass psychisch kranke Menschen einen ungesunden Lebensstil haben, schlechter somatisch versorgt sind und daraus ein schlechterer somatischer Gesundheitszustand resultiert [36]. In der Literatur wird eine geringere Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Behandlungsangeboten seitens der Patient*innen mit psychischer Komorbidität diskutiert [10, 17, 18, 35]. Als Gründe für eine geringere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen kommen beispielsweise eine geringere Gesundheitskompetenz und/oder soziale Unterstützung der Patient*innen in Frage. Andererseits werden auch Einflussfaktoren auf Seiten des medizinischen Personals und des Versorgungssystems diskutiert, im Sinne eines geringeren Angebots von Versorgungsleistungen auf Grund von Stigmatisierung, weil diese Patient*innen vielleicht „unbequem“ oder „unangenehm“ sind [10]. Die Gründe für die verkürzte Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere Psychosen, werden ebenfalls intensiv und kontrovers diskutiert. So wird teilweise vermutet, dass Langzeitkomplikationen durch Psychopharmaka, insbesondere Antipsychotika, für das erhöhte Mortalitätsrisiko verantwortlich sein könnten. Neuere große Studien sprechen allerdings dafür, dass die Behandlung mit Antipsychotika eher mit einer besseren Medikamentenadhärenz, einer engermaschigeren medizinischen Versorgung und einer längeren Lebensdauer assoziiert ist [37].

Die beschriebenen Zusammenhänge dürften insbesondere für Patient*innen mit schweren psychischen Störungen relevant sein. Darunter fallen vor allem - aber nicht ausschließlich - Menschen mit Psychosen und bipolaren Störungen, wie auch Menschen mit schweren Abhängigkeitserkrankungen. Auch Menschen mit mehreren psychiatrischen Diagnosen, d.h. mit einer Kumulation einer psychischen Ko- und Multimorbidität, sind hier betroffen, weil diese Multimorbidität regelhaft mit schweren Verläufen und persistierenden Symptomen und psychosozialen Beeinträchtigungen assoziiert ist [38, 39]. Bei anderen häufigen psychischen Störungen wie beispielsweise Angststörungen oder somatoforme Störungen könnten die Zusammenhänge mit der somatischen Versorgung grundsätzlich anders sein und es wäre vorstellbar, dass diese Patient*innen ähnlich viele oder sogar mehr Gesundheitsleistungen bekommen im Vergleich zu Menschen ohne psychische Störungen.

Vor diesem Hintergrund hatte die SoKo-Studie zum Ziel zunächst mittels einer Sekundärdatenanalyse die somatische Versorgung von Menschen mit und ohne psychische Komorbidität zu beschreiben und mögliche Unterschiede zwischen Betroffenen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen zu analysieren. Hierfür wurden Daten von Versicherten des KP TK-NRW mit häufigen somatischen Erkrankungen herangezogen, welche regelhaft einer langfristigen medizinischen Behandlung bedürfen. Es handelt sich dabei um die Krankheiten der Schilddrüse, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas, Hypertonie, Ischämische Herzkrankheiten, zerebrovaskuläre Krankheiten und Brustkrebs. Darüber hinaus wurden Primärdaten bei Betroffenen mit den gleichen häufigen somatischen Erkrankungen sowie bei niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen erhoben, um mögliche Förderfaktoren und

Barrieren in der somatischen Versorgung von psychisch und zugleich somatisch erkrankten Menschen zu identifizieren.

Die im SoKo-Projekt untersuchten Hypothesen beziehen sich auf alle psychischen Erkrankungen, setzen aber einen Fokus auf die schweren psychischen Störungen. Angenommen wurde, dass Menschen mit einer Multimorbidität psychischer Störungen und insbesondere Menschen mit schweren psychischen Störungen wie bspw. eine Schizophrenie Barrieren in der somatischen Versorgung wahrnehmen, mit dem Ergebnis, dass ihre somatischen Erkrankungen weniger gut versorgt werden. Dies kann wiederum einen schlechteren somatischen Gesundheitszustand und eine erhöhte Mortalität zur Folge haben. Hierfür wurden sowohl patient*innenseitige Faktoren, wie geringe Gesundheitskompetenz und soziale Unterstützung, als auch Faktoren seitens des Versorgungssystems und der Versorgenden wie bspw. Vorurteile bzw. Stigmatisierung angenommen und analysiert. Aus den Ergebnissen der Sekundär- und Primärdatenanalysen wurden schließlich Praxisimplikationen für eine Verbesserung des Gesundheitssystems abgeleitet.

Im Folgenden diskutieren wir die Ergebnisse entlang der Hypothesen und ergänzen Aspekte, die wir bei der Planung des Projekts noch nicht als Hypothesen formuliert hatten, die aber insbesondere im Rahmen der qualitativen Datenerhebungen aufgekommen sind und die wir - einem Mixed-Methods-Ansatz folgend - systematisch in den quantitativen Datenerhebungen analysiert haben.

5.1 Ist die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität quantitativ und qualitativ schlechter als die somatische Versorgung von Patient*innen ohne psychische Komorbidität? (Primäre Hypothese)

Zur Klärung dieser Frage wurden verschiedene Versorgungsaspekte in den Sekundärdaten des KP TK-NRW analysiert und für Versicherte ohne und mit psychischen Störungen (verschiedene F-Diagnosen) vergleichend analysiert. Als Indikatoren für die quantitative Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wurden die Kontaktdichte und die Behandlungskontinuität im vertragsärztlichen Sektor (Kontakthäufigkeit innerhalb eines Quartals und Anzahl der Quartale mit Kontakten zu Haus- und anderen Fachärzt*innen), die Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) und der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sowie die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen untersucht. Als Indikatoren für die Qualität der Versorgung wurden die Verordnung einer leitliniengerechten Medikation (ATCs) für die somatischen Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bei verschiedenen Fachärzt*innen untersucht. Ergänzend wurden als Indikatoren für die Krankheitslast die Pflegegrade, die Fallschwere und Verweildauer stationärer Aufenthalte wegen somatischer Erkrankungen sowie die Todesfälle und Sterbealter analysiert. Schließlich trugen die Primärdatenerhebungen bei den Ärzt*innen (Fokusgruppen und Fragebogen Survey) zur Bearbeitung der primären Hypothese bei.

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen sprechen dafür, dass die somatische Versorgung der Gesamtgruppe der Versicherten unseres KP TK-NRW mit den oben genannten häufigen somatischen Erkrankungen und einer psychischen Komorbidität weder quantitativ noch qualitativ schlechter war im Vergleich zur somatischen Versorgung der Versicherten ohne

psychische Komorbidität. Im Gegenteil: Die Patient*innen mit psychischer Komorbidität hatten im gesamten Betrachtungszeitraum durchschnittlich eine höhere Kontaktdichte und eine größere Behandlungskontinuität bei der vertragsärztlichen Versorgung, sie nahmen häufiger an DMPs und der HZV teil und sie nahmen auch häufiger Rehabilitationsleistungen in Anspruch. Die höhere durchschnittliche Kontaktdichte bei Patient*innen mit mindestens einer F-Diagnose zeigte sich sowohl bei der hausärztlichen Versorgung als auch bei der Versorgung durch weitere Fachärzt*innen. Schließlich zeigten sich hinsichtlich der leitliniengerechten medikamentösen Behandlung keine konsistenten Unterschiede zwischen Versicherten mit und ohne psychische Komorbidität.

Obwohl die Analyse der Sekundärdaten insgesamt keine Hinweise auf eine Unterversorgung ergab, deuten die Primärdatenerhebungen bei den niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen (Fokusgruppen und Fragebogensurvey) auf qualitative Probleme bzw. Herausforderungen in der somatischen Versorgung von Menschen mit komorbiden psychischen Störungen. Die Ärzt*innen beschrieben insgesamt mehr Schwierigkeiten in der Versorgung dieser Patient*innengruppe, insbesondere durch unzureichende Ressourcen für die notwendigen Gespräche mit den Patient*innen selbst, den Austausch mit Kolleg*innen und die Koordination der Behandlung, aber auch dadurch, dass die Patient*innen „schwieriger“ seien als Patient*innen ohne psychische Störungen.

Eine mögliche Erklärung für die eher intensivere Versorgung der Gesamtgruppe der Versicherten mit psychischer Komorbidität in der Sekundärdatenanalyse wäre, dass diese Gruppe auch eine höhere somatische Krankheitslast zu tragen hatte. Und in der Tat wiesen die Versicherten mit einer psychischen Komorbidität häufiger einen Pflegegrad und tendenziell häufiger einen höheren Pflegegrad auf, sie hatten mehr stationäre Krankenhausaufenthalte auf Grund einer somatischen Erkrankung, sie wurden dabei häufiger als Notfall aufgenommen und sie hatten durchschnittlich eine höhere Fallschwere und eine längere stationäre Verweildauer. Die Letztere ist bereits aus der internationalen Literatur bekannt [36, 40]. Schließlich war das Mortalitätsrisiko für Versicherte mit einer psychischen Komorbidität erhöht, was ebenfalls auf eine erhöhte Krankheitslast hindeutet und von internationalen Studienergebnissen gestützt wird [41, 42].

Dennoch war das Hauptergebnis einer eher höheren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen auf der Ebene der Gesamtgruppe der Versicherten mit psychischer Komorbidität zunächst überraschend. Denkbar wäre, dass dieses Ergebnis durch das Inanspruchnahmeverhalten bestimmter zahlenmäßig im Studienkollektiv dominierender Störungen wie bspw. Angst- und somatoforme Störungen resultiert, während Menschen mit anderen schweren und komplexen psychischen Erkrankungen weniger Leistungen in Anspruch nehmen. Diese Frage wurde im Folgenden mittels Analysen der Versorgung auf der Ebene der verschiedenen psychiatrischen Diagnosen und der psychischen Ko- und Multimorbidität untersucht.

5.2 Sind die psychische und somatische Multimorbidität und/oder bestimmte Diagnosen wie bspw. eine Schizophrenie Barrieren in der somatischen Versorgung von psychisch Erkrankten? (Sekundäre Hypothesen 1 und 2)

Zur Klärung dieser Fragen wurden die gleichen Versorgungsaspekte wie oben in den Sekundärdaten des KP TK-NRW analysiert und für Versicherte mit mehreren und mit bestimmten psychischen Störungen vergleichend analysiert. Zusätzlich trugen die Primärdatenerhebungen (Interviews und Fragebogen Survey) zur Beantwortung der Fragen bei.

5.2.1 Multimorbidität

Nach den Sekundärdatenanalysen hatten die Versicherten des KP TK-NRW, die mehr als eine psychische Störung aufwiesen, keine schlechtere Versorgung im Vergleich zu Versicherten mit keiner oder nur einer psychischen Störung. Im Gegenteil: Die durchschnittliche Kontaktdichte innerhalb eines Quartals stieg mit steigender Anzahl an F-Diagnosen und dieser Effekt zeigte sich sowohl bei der hausärztlichen als auch bei der fachärztlichen Versorgung. Ebenso stieg die Wahrscheinlichkeit für eine Teilnahme an DMPs und der HZV und für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen sowohl mit steigender Anzahl somatischer, als auch mit steigender Anzahl psychischer Erkrankungen an, wenn auch diese Effekte gering waren. Hinsichtlich der leitliniengerechten medikamentösen Behandlung zeigten sich keine konsistenten Zusammenhänge mit einer Multimorbidität: Es fanden sich teils positive und teils negative statistische Assoziationen, die aber insgesamt schwach waren.

Insgesamt zeigte sich in der Sekundärdatenanalyse eine eher intensivere Versorgung der Gruppe der Versicherten mit mehreren psychischen Erkrankungen. In Einklang damit war bei den Primärdatenerhebungen bei den Patient*innen (Fragebogensurvey) kein Einfluss der Anzahl psychischer Erkrankungen auf die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung zu sehen. Allerdings zeigte sich ein Zusammenhang mit der körperlichen Lebensqualität dahingehend, dass psychisch multimorbid erkrankte Patient*innen eine schlechtere körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität angaben.

Eine mögliche Erklärung für diese Befunde wäre, dass diese Gruppe nicht nur eine hohe psychische, sondern auch eine besonders hohe somatische Krankheitslast zu tragen hatte. Und in der Tat verlängerte sich mit steigender Anzahl an F-Diagnosen die stationäre Verweildauer bei somatischen Krankenhausaufenthalten und die stationäre Fallschwere erhöhte sich. Ebenfalls stieg das Mortalitätsrisiko mit der Anzahl sowohl der somatischen als auch der psychischen Störungen.

5.2.2 Schwere psychische Störungen

Im Weiteren wird die Frage der Versorgungssituation bei bestimmten schweren psychischen Störungen beleuchtet. Dabei werden neben Psychosen (F2-Diagnose: Schizophrenie und andere Psychosen) auch Bipolare Störungen (F30/31), Abhängigkeitserkrankungen (F1), Intelligenzstörungen (F7) und Entwicklungsstörungen (F8) betrachtet, weil diese psychischen Erkrankungen häufig mit einem schweren und chronischen Verlauf mit persistierenden psychosozialen Beeinträchtigungen einhergehen.

Patient*innen mit einer Psychose (F2) gehörten mit zu den Gruppen mit besonders hoher Kontaktdichte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Noch höher war die Kontaktdichte bei Patient*innen mit einer Intelligenzstörung (F7), einer Entwicklungsstörung (F8) und einer organisch-psychischen Störung (F0). Diese hohe Kontaktdichte zeigte sich allerdings bei Patient*innen mit einer Psychose nur in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, und nicht in der vertragsärztlichen Versorgung durch Fachärzt*innen. Bei der Behandlungskontinuität zeigte sich ein anderes Bild: Patient*innen mit Psychosen (F2) wie auch Patient*innen mit organisch-psychischen Störungen (F0), Abhängigkeitserkrankungen (F1) und Bipolare Störungen (F30/31) wiesen eine geringere Behandlungskontinuität auf, während die Behandlungskontinuität bei fast allen anderen F-Diagnosegruppen erhöht war.

Hinsichtlich der Teilnahme an DMPs und der HZV und hinsichtlich der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen war das Bild uneinheitlich für die verschiedenen psychischen Störungen, die häufig einen schweren Verlauf haben: Versicherte mit einer Psychose (F2) nahmen seltener an der HZV teil, Versicherte mit einer Entwicklungsstörung (F8) seltener an DMPs, und Versicherte mit einer organisch-psychischen Störung (F0) seltener an DMPs und der HZV. Versicherte mit einer Abhängigkeitserkrankung (F1) nahmen hingegen häufiger an DMPs teil. Versicherte mit einer Entwicklungsstörung (F8), einer Abhängigkeitserkrankung (F1) und einer organisch-psychischen Störung (F0) nahmen häufiger Rehabilitationsleistungen in Anspruch.

Hinsichtlich der leitliniengerechten medikamentösen Behandlung der somatischen Erkrankungen zeigte sich ebenfalls ein inkonsistentes Bild mit insgesamt geringen Effekten. In der Gesamtschau ergab sich kein Hinweis, dass Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen medikamentös weniger leitliniengerecht behandelt würden im Vergleich zu anderen Patient*innen.

Schließlich lieferten die Primärdatenerhebungen bei den Patient*innen (Interviews und Fragebogen Survey) keine wesentlichen zusätzlichen Aspekte. Erstaunlicherweise waren die Diagnosen einer Schizophrenie (F2) und einer Bipolaren Störung (F30/31) mit einer höheren körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert.

In Bezug auf die somatische Krankheitslast zeigte sich die höhere Fallschwere bei stationären Krankenhausaufenthalten wegen somatischer Erkrankungen am deutlichsten bei Patient*innen mit einer Psychose (F2) und einer organisch-psychischen Störung (F0). Die stationäre Verweildauer war am längsten bei Patient*innen mit einer organisch-psychischen Störung (F0) und einer Entwicklungsstörung (F8). Schließlich war das Mortalitätsrisiko im Beobachtungszeitraum am höchsten bei Patient*innen mit organisch-psychischen Störungen (F0), gefolgt von Intelligenzstörungen (F7), Abhängigkeitserkrankungen (F1) und Psychosen (F2). Das Durchschnittsalter beim Ableben war am jüngsten bei Patient*innen mit Intelligenzstörungen (F7; -14 Jahre im Vergleich zur Gesamtstichprobe der verstorbenen Versicherten), gefolgt von Entwicklungsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen (F8, F1; -8 Jahre) sowie Psychosen (F2; -6 Jahre). Die verkürzte Lebenserwartung steht im Einklang mit der internationalen Literatur, wobei bei Menschen mit Psychosen in der Literatur eine noch stärkere Lebenszeitverkürzung um durchschnittlich 10 bis 15 oder noch mehr Jahre berichtet wird [37, 42].

In der Zusammenschau sprechen unsere Ergebnisse dafür, dass eine hohe psychische Krankheitslast im Sinne einer psychischen Ko- und Multimorbidität (zwei und mehr psychische Störungen unabhängig von der Art der Diagnosen) auch mit einer hohen somatischen Krankheitslast einhergeht, aber nicht zwangsläufig mit relevanten Barrieren in der somatischen Versorgung der Patient*innen. Es sind eher bestimmte schwere psychische Störungen wie die Psychosen, die nicht nur mit einer hohen somatischen Krankheitslast und einer verkürzten Lebenserwartung einhergehen, sondern auch mit gewissen Versorgungsproblemen bzw. Barrieren, insbesondere im Sinne einer diskontinuierlichen ambulanten Behandlung. In diesem Zusammenhang ist die höhere somatische gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patient*innen mit Psychosen und Bipolaren Störungen auf dem ersten Blick überraschend. Möglicherweise könnte dieser Befund mit einer falschen, bzw. zu optimistischen Einschätzung der eigenen somatischen Gesundheit zusammenhängen, die wiederum zu der diskontinuierlichen Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und letztlich auch zu den schlechten Gesundheitsergebnissen beiträgt. Unabhängig davon ist es aber aufgrund der relativ günstigeren Ergebnisse bzgl. der Lebenserwartung der Psychosepatient*innen im Vergleich zur Literatur („nur“ sechs Jahre Lebensverkürzung im Vergleich zu 10-20 Jahren [37, 42]) denkbar, dass die Versorgungsbarrieren bei der untersuchten Stichprobe der TK-Versicherten möglicherweise geringer ausgeprägt sind im Vergleich zu anderen Stichproben mit den gleichen Erkrankungen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Versicherten des TK einen eher überdurchschnittlichen sozioökonomischen und Bildungshintergrund haben und möglicherweise daraus resultierend auch über eine höhere Gesundheitskompetenz und mehr soziale Unterstützung verfügen könnten. Es darf an dieser Stelle spekuliert werden, dass die Ergebnisse möglicherweise anders und kritischer ausgefallen wären, wenn wir Stichproben von Versicherten anderer Krankenkassen untersucht hätten. Selbst bei dieser Stichprobe fallen aber die diskontinuierliche Behandlung im vertragsärztlichen Bereich als Hinweis auf Versorgungsbarrieren sowie die hohe somatische Krankheitslast und insbesondere die verkürzte Lebenserwartung auf.

Diese Ergebnisse leiten über zu den weiterführenden sekundären Hypothesen über die Art der Barrieren in der Versorgung von Menschen mit somatischen und komorbiden psychischen Störungen.

5.3 Welche Rolle spielen Übergangshindernisse an den Schnittstellen zwischen den stationären und ambulanten Versorgungssektoren? (Sekundäre Hypothese 3) Welche weiteren systemseitigen Faktoren sind relevant für die somatische Versorgung von psychisch Erkrankten?

Zur Klärung dieser Fragen wurden die Primärdatenerhebungen herangezogen.

Im Fragebogen Survey berichteten über 60% der komorbid erkrankten Patient*innen mit einem stationären Aufenthalt auf Grund einer somatischen Erkrankung über Probleme hinsichtlich des Übergangs vom stationären in den ambulanten Sektor. Am häufigsten wurden in diesem Zusammenhang eine lange Wartezeit auf einen Facharzt*intermin, ein verspäteter oder fehlerhafter Entlassungsbericht und eine zu frühe Entlassung genannt. Mindestens genauso häufig und tendenziell eher häufiger (74%) berichteten die Patient*innen auch über

Übergangsprobleme nach einem stationären Aufenthalt auf Grund einer psychischen Erkrankung. Hier stand die unzureichende Verfügbarkeit einer zeitnahen Anschlusstherapie (Psychotherapie oder Tagesklinik) eindeutig im Vordergrund, während Probleme mit einer zu frühen Entlassung und einem verspäteten oder fehlerhaften Entlassungsbericht deutlich seltener genannt wurden. Insgesamt bestätigt sich hier eine Schwachstelle, die ubiquitär für ein fragmentiertes Gesundheitssystem ist und insbesondere relevant bei der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein dürfte. So kommt auch eine schwedische Studie zu dem Schluss, dass die Versorgung von Patient*innen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen vorrangig an den Schnittstellen des Versorgungssystems neu organisiert werden müsste [43].

In den qualitativen Datenerhebungen wurden sowohl von den Patient*innen als auch von den Ärzt*innen zahlreiche weitere und überwiegend ubiquitäre systemseitige Probleme bzw. Versorgungsbarrieren genannt. Diese wurden in der Folge von den niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen im Fragebogen Survey systematisch bezüglich ihrer Relevanz für die Behandlung von Patient*innen mit komorbiden psychischen Störungen im Vergleich zu Patient*innen mit „nur“ somatischen Erkrankungen bewertet. Die Aspekte der fehlenden Zeitressourcen und der unzureichenden finanziellen Kompensation für die Gespräche mit den Patient*innen, den Austausch mit anderen Behandelnden und die Koordination der Behandlung sowie das Nebenwirkungs- und Interaktionsmanagement bei Polypharmazie wurden insgesamt am häufigsten genannt und als besonders schwerwiegend bewertet. Ausnahmslos alle Probleme wurden bei der Behandlung von Patient*innen mit komorbiden psychischen Störungen schwerwiegender beschrieben und die meisten Probleme traten auch häufiger im Praxisalltag auf verglichen zu der Situation bei der Behandlung von Patient*innen mit „nur“ somatischen Erkrankungen. Am größten waren die Unterschiede bei dem Zeitbedarf für Gespräche mit den Patient*innen und bei der Komplexität der Behandlung durch die Beteiligung mehrerer Ärzt*innen unterschiedlicher Disziplinen.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass die systemseitigen Probleme und Barrieren überwiegend nicht spezifisch für die Behandlung von somatisch erkrankter Menschen mit komorbiden psychischen Störungen sind. Jedoch wiegen die unspezifischen und ubiquitären Probleme und Versorgungsbarrieren schwerer, wenn die Betroffenen neben ihrer körperlichen Erkrankung auch psychisch beeinträchtigt sind.

Im Folgenden widmen wir uns den patient*innenseitigen Faktoren, die über die soziodemographischen und krankheitsbezogenen Faktoren hinausgehen und ihrerseits einen Einfluss auf die somatische Versorgung haben könnten, und potentiell modifizierbar wären.

5.4 Welche Rolle spielen patient*innenseitige Faktoren wie die Gesundheitskompetenz und die soziale Einbindung für die somatische Versorgung von psychisch Erkrankten? (Sekundäre Hypothesen 4 und 5) Welche weiteren patient*innenseitigen Faktoren können relevant sein?

Zur Klärung dieser Fragen wurden die Primärdatenerhebungen herangezogen.

In den qualitativen Datenerhebungen wurde die große Bedeutung einer guten sozialen Einbindung und Unterstützung durch Familie und Freunde für die Krankheits- und

Alltagsbewältigung sowie für die Organisation, den Zugang und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowohl seitens der Patient*innen als auch seitens der Ärzt*innen hervorgehoben. Darüber hinaus thematisierten die Patient*innen häufig spontan das Thema der Stigmatisierung durch das medizinische Personal bzw. der Angst vor einer Stigmatisierung wegen der psychischen Erkrankung. Geschildert wurde die Sorge, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen und auf psychische Faktoren „geschoben“ werden könnten, oder aber dass die Beschwerden tatsächlich psychisch bedingt und damit „nicht so ernst“ seien, mit dem Ergebnis, dass die Patient*innen manche Beschwerden gar nicht erst erwähnten (Selbststigmatisierung). Interessanterweise nannten die Ärzt*innen auch selbst die Problematik der Fremdstigmatisierung bzw. einer vorschnellen und falschen diagnostischen Einschätzung durch Kolleg*innen. Darüber hinaus ergänzten die Ärzt*innen die Aspekte der Gesundheitskompetenz, des Engagements für die eigene Gesundheit und der Selbstwirksamkeit.

Die Ergebnisse der quantitativen Primärdatenerhebungen bei den Patient*innen (Fragebogen Survey) sprechen dafür, dass die Tendenz zur Selbststigmatisierung eher bedeutsamer sein dürfte im Vergleich zu tatsächlichen Stigmatisierungs- bzw. Diskriminierungserfahrungen durch Ärzt*innen und medizinisches Personal wegen der psychischen Erkrankung. Sowohl Diskriminierungserfahrungen als auch Selbststigmatisierungstendenzen waren aber mit einer schlechteren gesundheitsbezogenen Lebensqualität und einer geringeren Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung als Indikatoren für Behandlungserfolg und Behandlungsqualität (Proxy) assoziiert. Der stärkste Prädiktor für die Zufriedenheit mit der vertragsärztlichen Versorgung und die mentale gesundheitsbezogene Lebensqualität war eine gute soziale Einbindung und Unterstützung durch Familie und Freunde. Eine hohe Selbstwirksamkeit war auch ein Prädiktor für eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität, und zwar sowohl körperlich als auch mental, und schließlich war eine gute Gesundheitskompetenz mit einer höheren Zufriedenheit mit der fachärztlichen Versorgung assoziiert. Der letztere Befund ist in Einklang mit Erkenntnissen aus der Literatur, wonach die psychische Gesundheitskompetenz ein wichtiger Faktor für die psychische Gesundheit ist und das Potenzial hat, sowohl die Gesundheit des Einzelnen als auch der Bevölkerung zu verbessern [44, 45]. Studien zeigen, dass ein besseres Wissen (Gesundheitskompetenz) über psychische Störungen und ihre Behandlung einer Selbststigmatisierung auf individueller Ebene entgegenwirken kann und dadurch auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene die Früherkennung von psychischen Störungen fördern und schließlich zu einer Verbesserung der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen beitragen kann [46, 47, 48].

In der Zusammenschau bestätigten sich die Hypothesen, dass eine gute soziale Einbindung und eine gute Gesundheitskompetenz förderlich für die Behandlung somatisch erkrankter Menschen mit komorbiden psychischen Störungen sein können. Zusätzlich zeigten sich positive Effekte von Selbstwirksamkeit und negative Effekte von Diskriminierungserfahrungen und - noch mehr - von Selbststigmatisierungstendenzen. Diese Erkenntnisse werden weiter unten bei der Ableitung von Handlungsempfehlungen aufgegriffen.

Schließlich widmen wir uns im Folgenden den möglichen ärzt*innenseitigen Faktoren, die einen Einfluss auf die somatische Versorgung von Menschen mit komorbiden psychischen Störungen haben könnten.

5.5 Welche Rolle spielen ärzt*innenseitige Faktoren wie die Berufserfahrung und Vorurteile bzw. Stigmatisierungstendenzen für die somatische Versorgung von psychisch Erkrankten? (Sekundäre Hypothese 6) Welche weiteren ärzt*innenseitige Faktoren könnten relevant sein?

Zur Klärung dieser Fragen wurden ebenfalls die Primärdatenerhebungen herangezogen.

Wie bereits oben erwähnt, wurde das Thema Vorurteile bzw. Stigmatisierungstendenzen wegen psychischer Erkrankungen sowohl von den Patient*innen als auch von den Ärzt*innen selbst in den Interviews und Fokusgruppen aufgeworfen. Darüber hinaus kam in den Interviews mit den Patient*innen das Thema Empathie der Ärzt*innen als Basis für eine gute Arzt/Patient-Beziehung und damit für eine erfolgreiche Behandlung auf.

In den quantitativen Primärdatenerhebungen bei den Patient*innen (Fragebogen Survey) waren die Stigmatisierungs- oder Diskriminierungserfahrungen eher selten, sie hatten aber durchaus einen negativen Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patient*innen und die Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung. Auf das Problem der Stigmatisierung psychiatrischer Patient*innen durch Ärzt*innen und medizinisches Personal wird auch in internationalen Studien hingewiesen [49, 50] und es ist bemerkenswert, dass bereits Medizinstudierende solche Stigmatisierungstendenzen aufweisen [50, 51].

Im Gegensatz dazu ergaben die Analysen der quantitativen Primärdaten der Ärzt*innen (Fragebogen Survey) zwar etwas stärkere Hinweise auf stigmatisierende Tendenzen bei den somatisch tätigen Ärzt*innen, aber insgesamt keinerlei Hinweise für eine Bedeutung ärzt*innenseitiger Faktoren für die somatische Versorgung von Patient*innen mit komorbiden psychischen Erkrankungen. Erhoben wurden die Facharztgruppe, die Region der Niederlassung (städtisch vs. ländlich), die Berufserfahrung (Dauer der Niederlassung), die empathische oder nicht-empathische Grundhaltung und schließlich die Tendenzen zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen; keiner dieser Faktoren war mit dem Maß der erlebten Herausforderungen in der Behandlung der Patient*innen mit psychischer Komorbidität als Proxy für eine gute Versorgung assoziiert.

Wir halten es für eher unwahrscheinlich, dass Stigmatisierungstendenzen und Empathie der Ärzt*innen tatsächlich keinerlei Einfluss auf die Versorgungsqualität und die Versorgungsergebnisse in dieser Patient*innengruppe haben sollten. Hier vermuten wir eher methodische Aspekte, die zu diesem Ergebnis führten. So ist es z.B. denkbar, dass die Ärzt*innen, die sich für unsere Untersuchung interessierten und bereit waren am Survey teilzunehmen, relativ homogen in Richtung eher geringer Stigmatisierungstendenzen und hoher Empathie-Werte waren, so dass keine ausreichende Varianz für die Erfassung eines Effektes bestand. Dieser Gedanke zu der möglichen methodischen Limitation sollte bei der Bewertung der Handlungsempfehlungen im folgenden Kapitel Berücksichtigung finden.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Abgeleitet aus den Ergebnissen der SoKo-Studie werden an dieser Stelle Handlungsempfehlungen für die Versorgung von Menschen mit somatischen und komorbiden psychischen Störungen präsentiert. Die Handlungsempfehlungen gehen aus einem auf

Grundlage der Ergebnisse geführten Diskussionsprozess mit den Kooperationspartnern und dem wissenschaftlichen Beirat des Projektes hervor (s. Abschnitt 2.1, Projektbeteiligte). Sie repräsentieren somit ein interdisziplinäres Abbild verschiedener Fachgruppen und Akteure im Gesundheitswesen (Versorgungsforschung, Krankenkasse, niedergelassene Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Betroffene, Angehörige). Die hier formulierten Handlungsempfehlungen geben mögliche Antworten auf Probleme, die z.T. spezifisch für die Behandlungssituation psychisch erkrankte Menschen sind, wie die Maßnahmen gegen das Stigma psychischer Erkrankungen. Es werden aber auch mögliche Ansätze zur Begegnung von Problemen formuliert, die ubiquitär im Gesundheitswesen sind und grundsätzlich die Versorgung aller Patient*innen betreffen, aber bei Patient*innen mit somatischen und komorbiden psychischen Störungen häufig besonders schwer wiegen. Hierzu gehören die unzureichenden Ressourcen für den Austausch zwischen behandelnden Ärzt*innen unterschiedlicher Fachdisziplinen und die Behandlungscoordination. Diese Ansätze werden unter Berücksichtigung weitere ubiquitärer Versorgungsprobleme formuliert, wofür eine wesentliche Entspannung kurz und mittelfristig nicht zu erwarten ist, wie bspw. der allgemeine Fachkräftemangel und insbes. der Mangel an qualifizierten Ärzt*innen. Die Empfehlungen orientieren sich an drei Kernbereichen, die als zentral für eine mögliche Verbesserung der Versorgungssituation identifiziert wurden: a) systemseitige, b) patient*innenseitige und c) ärzt*innenseitige/personalseitige Faktoren.

a) Zu den systemseitigen Faktoren

Bedarf: Verbesserung des Schnittstellenmanagements

Ableitung aus den Projektergebnissen:

Herausforderungen an den Schnittstellen, insbesondere an den stationär-ambulanten Übergängen der Versorgung, sind ein im deutschen Gesundheitswesen bekanntes Problem für jede*n Patient*in. Die Analysen im Projekt SoKo haben die Bedeutung dieser Übergangshindernisse bei somatisch und komorbid psychisch erkrankten Menschen eindrucksvoll bestätigt. Darüber hinaus wurden die Herausforderungen an der Schnittstelle des somatischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Systems gezeigt. Als besonders herausfordernd in der Versorgung von somatisch-psychiatrisch komorbid erkrankten Patient*innen wurden von den befragten Haus- und Fachärzt*innen ein mangelnder Informationsfluss (72%), viele Behandelnde (75%) und zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden (95%) angegeben.

Empfehlungen:

(1) So erscheinen Maßnahmen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements sinnvoll.

Erfolgsversprechend erscheint die Etablierung von Case Manager*innen / Gesundheitslots*innen für multimorbid erkrankte und insbesondere für somatisch-psychiatrisch komorbid erkrankte Patient*innen. Die Einführung einer neuen Struktur, um betroffene Patient*innen durch das Gesundheitssystem zu lotsen, sollte aber nicht zur Einführung einer neuen Schnittstelle führen. Ein möglicher Ansatzpunkt wäre, Case Manager*innen / Gesundheitslots*innen direkt in den Hausärzt*innenpraxen einzusetzen. Eine Möglichkeit wäre geeignete Personen aus dem bestehenden Praxispersonal fortzubilden und mit dieser Aufgabe mit einem ganzheitlichen somatischen und psychiatrischen Fokus zu betrauen.

(2) Gleichzeitig sollten bestehende innovative Konzepte, die eine interprofessionelle Patient*innenversorgung und eine Verbesserung der interdisziplinären Teamarbeit stärken, gefördert werden. Dazu könnte bspw. die weitere Förderung und Evaluation des Versorgungskonzeptes des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes in Kooperation mit der Universität Heidelberg „Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell (HÄPPI)“ zählen (<https://www.haev.de/themen/haeppi>). Insbesondere die ganzheitliche Betreuung und die Steuerung durch Gatekeeping sowie die Vernetzung und die gezielte Ansprache vulnerabler Gruppen könnten dazu beitragen, dass somatisch-psychiatrisch komorbid erkrankte Patient*innen gezielt durch das Gesundheitssystem gelotst werden und ganzheitlich betreut werden.

(3) Kürzlich wurde im Rahmen der Vorhaben zur gesundheitspolitischen Neuausrichtung die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung beschlossen. Wie dieses Vorhaben weiterverfolgt wird, muss zum jetzigen Zeitpunkt offenbleiben. Eine Entbudgetierung hätte jedoch grundsätzlich das Potential für eine Verbesserung der Versorgung an den Schnittstellen.

Bedarf: Digitalisierung

Ableitung aus den Projektergebnissen:

Bei den Erhebungen der qualitativen Primärdaten äußerten sowohl Patient*innen, als auch Haus- und Fachärzt*innen einen Wunsch nach verlässlichen digitalen Unterstützungstools, um den Schnittstellenproblemen und insbes. den Problemen bei Multimedikation zu begegnen und den Informationsfluss zwischen den verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen zu verbessern.

Empfehlung:

Die Krankenkassen haben mit der Einführung der seit 2025 geltenden Opt-Out Regeln im Rahmen der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) diesen Schritt bereits forciert. Eine Empfehlung für die Nutzung der ePA durch die Krankenkassen, insbesondere für die Gruppe der Patient*innen mit einer komorbiden F-Diagnose wäre ein möglicher Ansatzpunkt. Dies könnte über die Homepage der Krankenkassen erfolgen, indem auf die Vorteile der ePA bspw. bei Multimedikation von somatisch-psychiatrisch erkrankten Patient*innen hingewiesen wird. Zusätzlich könnten Flyer mit diesen Vorteilen der ePA zum Auslegen in Hausarztpraxen und in psychiatrischen Praxen erstellt werden.

b) Zu den patient*innenseitigen Faktoren:

Bedarf: Verbesserung der Gesundheitskompetenz

Ableitung aus den Projektergebnissen:

Aus den Primärdatenanalysen geht hervor, dass eine gute Gesundheitskompetenz bei Menschen mit somatischen und komorbiden psychischen Erkrankungen mit einer höheren Behandlungszufriedenheit einhergeht. Eine niedrige Gesundheitskompetenz kann dazu führen, dass Personen mit psychischen Erkrankungen weniger Versorgungsangebote in Anspruch nehmen und sich dadurch Krankheiten manifestieren und/oder verschlimmern.

Empfehlung:

Eine mögliche Maßnahme wäre, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz besonders bei der psychiatrisch erkrankten Patient*innengruppe ansetzt, indem diese gezielt über mögliche somatische Beschwerden, Begleiterkrankungen und präventive, (früh)diagnostische und therapeutische Angebote informiert werden.

(1) Ein Weg könnte die Weiterentwicklung von Online Info- und Hilfestrukturen, wie Patient*innen-portale sein. Diese bieten die Möglichkeit, niederschwellig sichere und professionell zusammengestellte Informationen für Betroffene und Angehörige aber auch für Professionelle verschiedener Berufsgruppen direkt verfügbar zu machen. Daneben können auch eine Vernetzung von Betroffenen und Angehörigen z.B. über gesicherte Online-Foren sinnvoll sein sowie Such-, Informations-, und Selbsttest-Funktion genutzt werden.

(2) Eine weitere Möglichkeit wäre die Entwicklung von Flyern mit entsprechenden Inhalten zu häufigen somatischen Erkrankungen einschl. Frühsymptomen, Prävention und Früherkennung zum Auslegen in den Praxen niedergelassener Psychiater*innen, psychiatrischen Klinikambulanzen und sozial-psychiatrischen Einrichtungen. Denkbar wären hier auch spezifische Inhalte/ Teaser mit Bezug zur Komorbidität mit psychischen Erkrankungen (z.B. Überschrift: Depression hilft nicht vor Krebs, und dann Info Text und/oder Verweis auf Internetseiten). Diese Flyer könnten zusätzlich in geeigneten Medien der Krankenkassen (z.B. TK-Aktuell) veröffentlicht werden.

Bedarf: Antiselbststigma-Maßnahmen

Ableitung aus den Projektergebnissen:

Stigmatisierungserfahrungen und Selbststigmatisierungstendenzen von psychisch erkrankten Personen kamen in den Patient*inneninterviews und Fokusgruppen als eine relevante Barriere bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf. Die quantitativen Primärdaten zeigten, dass Selbststigmatisierung insgesamt deutlich häufiger als Fremdstigmatisierung wahrgenommen wird. Fremdstigmatisierung wurde häufiger von Frauen, jüngeren Menschen sowie Personen mit mehreren psychischen Erkrankungen wahrgenommen.

Empfehlung:

Antiselbststigma-Maßnahmen erscheinen sinnvoll und sie könnten auf die oben erwähnten Gruppen besonders fokussiert werden.

(1) Eine Möglichkeit wäre die Erstellung entsprechender Fact-Sheets und Flyer mit Aufforderung zur Offenlegung psychischer Probleme bei behandelnden Ärzt*innen (z.B. Bild einer jungen Frau und dazu Überschrift: Du bist nicht allein - Etwa ein Drittel aller Menschen leidet an psychischen Problemen – Sprich uns an, und weitere Infotexte und/oder Verweis auf Internetseite). Diese Flyer könnten wieder in Hausarztpraxen ausgelegt werden.

(2) Darüber hinaus könnten öffentlichkeitswirksame Workshops/ Fachtagungen zum Thema Stigma und Selbststigma bei psychischen Erkrankungen durchgeführt werden.

c) Zu den ärzt*innen- und gesundheitspersonalseitigen Faktoren:

Bedarf: Antidiskriminierungsmaßnahmen

Ableitung aus den Projektergebnissen:

Aus den Primärdatenanalysen geht hervor, dass Fremdstigmatisierung von Patient*innen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen in der Gesundheitsversorgung durchaus auch ein Handlungsfeld darstellt. Hausärzt*innen und internistisch/somatisch tätige Fachärzt*innen zeigten etwas stärkere stigmatisierende Tendenzen als psychiatrisch-psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen.

Empfehlung:

Ein mögliches Mittel, um Stigmatisierungstendenzen bei Hausärzt*innen abzubauen, wären Fortbildungen und Informationsveranstaltungen für Hausärzt*innen und Praxispersonal. Diese könnten im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen durch die Kassenärztliche Vereinigung auch als verpflichtende Module mit Fortbildungspunkten ausgelegt werden.

7 Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Vorträge

Büscher, H., Schellartz, I. (2021). Die somatische Versorgung psychisch Erkrankter: Relevante Erkenntnisse und Fragen aus den Projekten CANDY und SoKo, LVR-IVF-Fortbildungstag 2021 (online), Vortrag.

Klee, I. (2021). Die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität (SoKo), Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN-Kongress) 2021 – Berlin, Vortrag.

Schlomann, L. (2022). Die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität – Die SoKo Studie, 19. Hausärzterttag 2022 – Köln, Vortrag.

Schellartz, I., Schlomann, L. (2022). „Wir können hier nur das Körperliche machen“ – die Versorgung von Patient*innen mit psychischen und komorbiden somatischen Erkrankungen aus Behandelnden- und Betroffenenperspektive, Fortbildungstag des LVR-IVF 2022 – Köln, Vortrag.

Schlomann, L. (2022). Komorbiditäten psychischer und somatischer Erkrankungen - Herausforderungen in der Behandlung von Patient*innen mit somatischen Erkrankungen und psychischen Komorbiditäten, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN-Kongress)2022 -- Berlin, Vortrag.

Ritschel, C. (2023). Versorgungsprobleme an der Schnittstelle zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungssektor bei Patient*innen mit Komorbidität somatischer und psychischer Erkrankungen – Ergebnisse der SoKo-Studie, Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der DEGAM 2023– Berlin, Vortrag.

Schlomann, L. (2023). Gesundheitskompetenz bei Patient*innen mit somatischen Erkrankungen und psychischer Komorbidität: Ergebnisse aus der Innovationsfonds-Studie „SoKo“, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2023 – Berlin, Kurzvortrag.

Groß, S.E. (2023). Diskriminierungserlebnisse von Patient*innen mit komorbiden psychischen Erkrankungen in der somatischen Versorgung, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2023 – Berlin, Kurzvortrag.

Groß, S.E. (2023). Die Bedeutung einer guten sozialen Einbindung in der somatischen Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN-Kongress) 2023 – Berlin, Vortrag.

Groß, S.E. (2024). Die Brustkrebbsversorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität. Ergebnisse aus der Innovationsfonds-Studie SoKo, Deutscher Krebskongress, 2024 – Berlin, Vortrag.

Groß, S.E. (2024). „Wir können hier nur das Körperliche machen“. Ergebnisse aus der Innovationsfonds-Studie SoKo: Die somatische Versorgung von Patient*inne mit psychischer Komorbidität, Deutscher Kongress Versorgungsforschung (DKVF), 2024 – Berlin, Vortrag.

Schlomann, L., Groß, S.E. (2024). Komorbidität somatischer und psychischer Erkrankungen – Hauptergebnisse des SoKo-Projektes, 8. Wissenschaftlicher Fortbildungstag des LVR-IFuB, 2024 – Köln, Vortrag.

Schlomann, L. (2024). Stigmatisierung in der somatischen Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität: Ergebnisse der SoKo-Studie, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) 2024 – Berlin, Vortrag. Posterbeiträge auf Kongressen

Schlomann, L. (2023). Gesundheitskompetenz bei Patient*innen mit somatischen Erkrankungen und psychischer Komorbidität: Ergebnisse aus der Innovationsfonds-Studie „SoKo“, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) – Berlin, Poster.

Groß, S.E. (2023). Diskriminierungserlebnisse von Patient*innen mit komorbiden psychischen Erkrankungen in der somatischen Versorgung, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) – Berlin, Poster.

Veröffentlichung in Zeitschriften

Groß, S.E., Schellartz, I., Zielasek, J., Schlomann, L., Klee, I., Ritschel, C., Engemann, S., Steffens, B., Jänner, M., Funken, O., Juckel, G., Gouzoulis-Mayfrank, E.: The somatic care of patients with comorbid mental disorders: protocol of a mixed-methods study aiming to identify barriers to and enablers of utilization of somatic healthcare (SoKo). BMC Health Services Research 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09525-1.

Geplante Veröffentlichungen

1. Die somatische Versorgung von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen
Barrieren und Förderfaktoren.

Groß, S.E., Schlomann, L., Jänner, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.: Barriers and Facilitators in the Somatic Healthcare of Individuals with Severe Mental Illness: Results of a Mixed Methods Study for Patients with Somatic-mental comorbidity

2. Die somatische Gesundheitsversorgung bei Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse von Abrechnungsdaten einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse.

Groß, S.E., Schlomann, L., Jänner, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.: Somatic health care for people with (severe) mental illness: Results of a secondary data analysis of claims data from a German statutory health insurance company

3. Gesundheitskompetenz, soziale Einbindung und Selbstwirksamkeit als psychosoziale Ressourcen im medizinischen Versorgungsalltag von somatisch-psychiatrisch komorbid erkrankten Menschen.

Schlomann, L., Groß, S.E., Jänner, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.: Health Literacy, Social Integration/ Support and Self-Efficacy as Psychosocial Resources in the Medical Care of Patients with Somatic-mental comorbidity

4. Die Bedeutung von Selbststigmatisierung und Fremdstigmatisierung in der somatischen Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität.

Schlomann, L., Groß, S.E., Jänner, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.: The Impact of Self-Stigma and Public Stigma on Access to Somatic Healthcare for Patients with mental comorbidity.

5. Die Bedeutung von Stigmatisierungstendenzen der behandelnden Ärzt*innen in der somatischen Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität.

Groß, S.E., Schlomann, L., Jänner, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.: The role of stigmatisation tendencies of treating physicians in the somatic care of patients with mental comorbidity

6. Die somatische Versorgung von Patient*innen mit (schweren) psychischen Erkrankungen an den Schnittstellen des Versorgungssystems.

Groß, S.E., Schlomann, L., Jänner, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.: Somatic Healthcare for Patients with Severe Mental Illness at System Interfaces: Challenges and Opportunities for Integrated Care

IV Literaturverzeichnis

1. Jacobi, F., et al., Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res, 2014. 23(3): p. 304-19.

2. Scott, K.M., et al., Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*, 2016. 73(2): p. 150-8.
3. Härter, M., et al., Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom*, 2007. 76(6): p. 354-60.
4. Schneider, F., et al., Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Dtsch Arztebl Int*, 2019. 116(23-24): p. 405-411.
5. Doherty, A.M. and Gaughran, F., The interface of physical and mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2014. 49(5): p. 673-82.
6. De Hert M, Vancampfort D, et al., Severe mental illness and diabetes mellitus Type 2. *Psychiatrie*, 2012(3): p. 15-154.
7. Hasan, A., Wobrock, T., Falkai, P., Somatische Komorbidität bei Schizophrenie. *Die Psychiatrie* 2012(3): p. 152-158.
8. Friedrich, F., Litvan, Z., Freidl, M., Somatische Komorbidität im stationär psychiatrischen Bereich - eine Analyse administrativer Daten. *Neuropsychiatr*, 2015: p. 71-79.
9. Šprah, L., et al., Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 2017. 17(1): p. 2.
10. Reichard, A., Stolze, H., and Fox, M.H., Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. *Disabil Health J*, 2011. 4(2): p. 59-67.
11. Nefs, G., et al., Depressive Symptom Clusters Differentially Predict Cardiovascular Hospitalization in People With Type 2 Diabetes. *Psychosomatics*, 2015. 56(6): p. 662-73.
12. Gasse, C., Laursen, T.M., and Baune, B.T., Major depression and first-time hospitalization with ischemic heart disease, cardiac procedures and mortality in the general population: a retrospective Danish population-based cohort study. *Eur J Prev Cardiol*, 2014. 21(5): p. 532-40.
13. Gaebel, W., et al., Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. *Dtsch Arztebl Int*, 2013. 110(47): p. 799-808.
14. Blanner Kristiansen, C., et al., Promoting physical health in severe mental illness: patient and staff perspective. *Acta Psychiatr Scand*, 2015. 132(6): p. 470-8.
15. Baumeister H., Härter, M., Auswirkungen komorbider psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Z Med Psychol* 2005(14): p. 175-789.
16. Oakley, P., et al., Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 2018. 102: p. 245-253.
17. Muirhead, L., Cancer risk factors among adults with serious mental illness. *Am J Prev Med*, 2014. 46(3 Suppl 1): p. S98-103.
18. Weinstein, L.C., et al., Cancer screening, prevention, and treatment in people with mental illness. *CA Cancer J Clin*, 2016. 66(2): p. 134-51.
19. Dieset, I., Andreassen, O.A., and Haukvik, U.K., Somatic Comorbidity in Schizophrenia: Some Possible Biological Mechanisms Across the Life Span. *Schizophr Bull*, 2016. 42(6): p. 1316-1319.

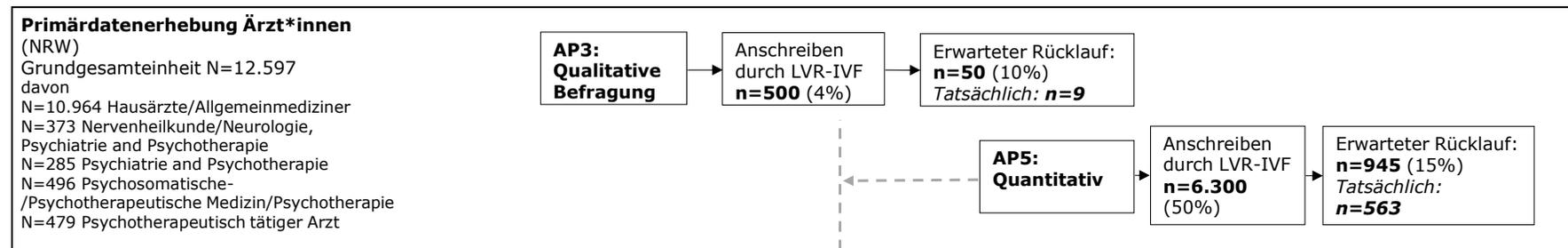
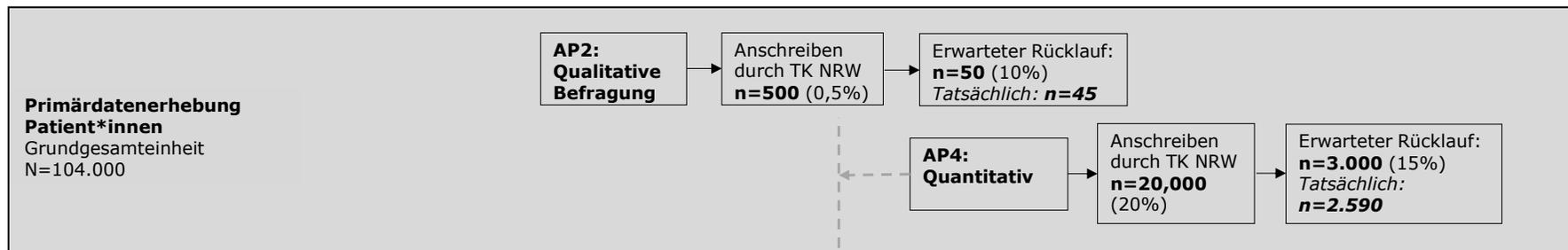
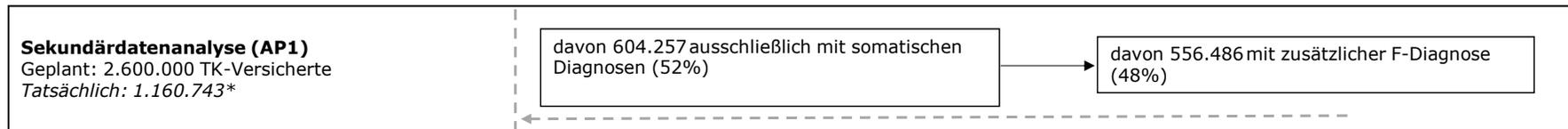
20. Chen, D., et al., Socioeconomic inequalities in mortality associated with mental disorders: a population-based cohort study. *World Psychiatry*, 2025. 24(1): p. 92-102.
21. Robert Koch Institut (RKI), Krebs in Deutschland 2019/2020, in *Krebs in Deutschland* 07.12.2023.
22. Kuckartz, U., *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 2018, Weinheim: Beltz, Juventa, .
23. Tsao, C.W., et al., Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 2023. 147(8): p. e93-e621.
24. Hamann G.F., Sander, D., Röther J, Grau A., et al., Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft und Deutsche Gesellschaft für and Neurologie., Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke: Teil 1, S2Leitlinie, 2022, in *Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. 2022.
25. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie – Kurzfassung, Version 1.0. 2023.
26. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Leitlinienreport. Version 3.0. 2023.
27. Statista Research Department, *Impfquote gegen das Coronavirus (COVID-19) in Deutschland 2022*. 2024.
28. Dwinger, S., et al., Translation and validation of a multidimensional instrument to assess health literacy. *Health Expect*, 2015. 18(6): p. 2776-86.
29. Suurmeijer, T.P., et al., The measurement of social support in the 'European Research on Incapacitating Diseases and Social Support': the development of the Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT). *Soc Sci Med*, 1995. 40(9): p. 1221-9.
30. King, M., et al., The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry*, 2007. 190: p. 248-54.
31. Jimènez, N., Strunz, M., Jacobi, F., *Stigmatisierungserfahrungen im (somatischen) Gesundheitssystem: Eine Befragung von Menschen mit SMI. in Vorbereitung*.
32. Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C.J., & Rammstedt, B., *Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. 2014.
33. Ware, J.E., Kosinski, M., Dewey, J. E. & Gandek, B. (2001b). *How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 Health Survey*. Vol. 3. Auflage. 2001b, Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
34. Scholl, I., Hölzel, L., Härter, M., Dierks, M-L., Blitzer, E-M., & Kriston, L., *Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA)*. *Klin. Diagnostik u. Evaluation*, 2011(4): p. 50-62.
35. Mitchell, A.J., et al., Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. *Br J Psychiatry*, 2014. 205(6): p. 428-35.
36. Berk, M., et al., Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. *World Psychiatry*, 2023. 22(3): p. 366-387.

37. Correll, C.U., et al., Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*, 2022. 21(2): p. 248-271.
38. DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2018: 2. Auflage. Springer, Berlin.
39. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E.: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005. 62(6): 617-27. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617.
40. Tuch, A., Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Prävalenz und Inanspruchnahme. *Obsan (1) Bulletin*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018.
41. Mackenhauer, J., et al., Multi-morbid patients with co-existing mental and physical illness. *Ugeskr Laeger*, 2023. 185(42): V05230284.
42. Charlson, F.J., Baxter, A. J., Dua, T., Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Vos, T.: Excess Mortality from Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington (DC), 27 May 2016.
43. Björk Brämberg, E., et al., Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract*, 2018. 19(1): p. 12.
44. Kelly, C.M., Jorm, A.F., and Wright, A., Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust*, 2007. 187(S7): p. S26-30.
45. Kutcher, S., Bagnell, A., and Wei, Y., Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2015. 24(2): p. 233-44.
46. Rüschi, N., et al., Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatr Serv*, 2011. 62(6): p. 675-8.
47. Corrigan, P.W. and Watson, A.C., Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services. *Psychiatr Serv*, 2003. 54(4): p. 501-7.
48. Henderson, C., Evans-Lacko, S., and Thornicroft, G., Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*, 2013. 103(5): p. 777-80.
49. Gras, L.M., et al., Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: something to worry about? A pilot study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2015. 50(2): p. 299-306.
50. Babicki, M., et al., The Assessment of Attitudes of Students at Medical Schools towards Psychiatry and Psychiatric Patients-A Cross-Sectional Online Survey. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. 18(9).
51. Babicki, M., Małacka, M., Kowalski, K., Bogudzińska, B., Piotrowski, P.: Stigma Levels Toward Psychiatric Patients Among Medical Students-A Worldwide Online Survey Across 65 Countries. *Front Psychiatry*, 2021. 12: 798909. doi: 10.3389/fpsy.2021.798909.

V Anlagen

- Anlage 1: Ursprüngliche Planung und tatsächliche Realisation der Projektdurchführung
- Anlage 2: Übersicht über die eingeschlossenen ATC-Codes (Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation) Amtliche Fassung des ATC-Index für Deutschland im Jahr 2023
- Anlage 3: Anschreiben Patient*innen Interviews (AP 2)
- Anlage 4: Flyer Patient*innen Interviews (AP 2)
- Anlage 5: Interviewleitfaden Patient*innen Interviews (AP 2)
- Anlage 6: Flyer Ärzt*innen Fokusgruppen (AP 3)
- Anlage 7: Leitfaden Fokusgruppen Ärzt*innen (AP 3)
- Anlage 8: Einladungsschreiben TK Onlineumfrage (AP 4)
- Anlage 9: Flyer Patient*innen Onlineumfrage (AP 4)
- Anlage 10: Fragebogen Patient*innen (AP 4)
- Anlage 11: Einladungsschreiben Umfrage (AP 5)
- Anlage 12: Studieninformation (AP 5)
- Anlage 13: Fragebogen Ärzt*innen (AP 5)
- Anlage 14: Detailergebnisse: Kontaktdichte in der vertragsärztlichen Versorgung (AP1) (gesperrt bis 31.12.2025)
- Anlage 15: Behandlungskontinuität im ambulanten vertragsärztlichen Versorgungssektor (AP1)
- Anlage 16: Teilnahme an DMP und HZV (AP1) (gesperrt bis 31.12.2025)
- Anlage 17: Verordnungen ATC (AP1) (gesperrt bis 31.12.2025)
- Anlage 18: Rehabilitationsleistungen (AP 1) (gesperrt bis 31.12.2025)
- Anlage 19: Krankenhausbehandlung - Stationäre Verweildauer (AP1) (gesperrt bis 31.12.2025)
- Anlage 20: Krankenhausbehandlung - Fallschwere (AP1) (gesperrt bis 31.12.2025)
- Anlage 21: Mortalität (AP1) (gesperrt bis 31.12.2025)
- Anlage 22: Kategoriensystem Patient*innen Interviews (AP 2) (gesperrt bis 31.12.2025)
- Anlage 23: Kategoriensystem Fokusgruppen Ärzt*innen (AP 3) (gesperrt bis 31.12.2025)
- Anlage 24: Detailergebnisse (AP4) (gesperrt bis 31.12.2025)

Anlage 1: Ursprüngliche Planung und tatsächliche Realisation der Projektdurchführung



*493.507 = Fälle aus den Stammdaten von TK-Versicherten

Anlage 2: Übersicht über die eingeschlossenen ATC-Codes (Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation) Amtliche Fassung des ATC-Index für Deutschland im Jahr 2023

ATC-Code (5-stellig)	ATC-Bedeutung
A08A	Anitadiposita, exkl. Diätetika
A10A	Insuline und Analoga
A10AB	Insuline und Analoga zur Injektion, schnell wirkend
A10AC	Insuline und Analoga zur Injektion, intermediär wirkend
A10AD	Insuline und Analoga zur Injektion, intermediär oder lang wirkend kombiniert mit schnell wirkend
A10AE	Insuline und Analoga zur Injektion, lang wirkend
A10B	Blutzuckersenkende Mittel, exkl. Insuline
A10BA	Biguanide
A10BB	Sulfonylharnstoffe
A10BC	Sulfonamide (heterozyklisch)
A10BD	Kombinationen oraler blutzuckersenkender Mittel
A10BF	Alpha-Glukosidasehemmer
A10BG	Thiazolidindione (Glitazone)
A10BH	Dipeptidyl-Peptidase-4-(DPP-4)-Inhibitoren
A10BJ	Glucagon-like-Peptid-1-(GLP-1)-Rezeptoragonisten
A10BK	Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT2)-Inhibitoren
A10BX	Andere blutzuckersenkende Mittel, exkl. Insuline
B01A	Antithrombotische Mittel
B01AB	HeparinGruppe
B01AC	Thrombozytenaggregationshemmer, exkl. Heparin
B01AD	Enzyme
B01AE	Direkte Thrombin-Inhibitoren
B01AF	Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren
B01AX	Andere antithrombotische Mittel
C07A	BETA-ADRENOZEPTORANTAGONISTEN
C07AA	Beta-Adrenozeptorantagonisten, nichtselektiv
C07AB	Beta-Adrenozeptorantagonisten, selektiv
C07B	Beta-Adrenozeptorantagonisten und Thiazide
C07CB	Beta-Adrenozeptorantagonisten, selektiv, und andere Diuretika
C08CA	Dihydropyridin-Derivate
C09AA	ACE-Hemmer, rein
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen
C09BA	ACE-Hemmer und Diuretika
C09BB	ACE-Hemmer und Calciumkanalblocker
C09BX	ACE-Hemmer, andere Kombinationen
C09CA	Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), rein
C09D	Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), Kombinationen
C09DA	Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) und Diuretika
C09DB	Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) und Calciumkanalblocker
C09DX	Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), andere Kombinationen
C10A	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, rein
C10AA	HMG-CoA-Reduktasehemmer
C10AB	Fibrate
C10AC	Gallensäure bindende Mittel

C10AX	Andere Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
C10B	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, Kombinationen
C10BA	Kombinationen verschiedener Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
C10BX	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen in Kombination mit anderen Mitteln
H03AA	Schilddrüsenhormone
H03AA01	Levothyroxin-Natrium
H03AA03	Kombinationen von Levothyroxin und Liothyronin

Anlage 3: Anschreiben Patient*innen Interviews (AP 2)

Dies ist eine Information, die ausschließlich im DT01, DT02 und DT03 aufgedruckt wird!
Formulierungsart: RO - Formulierungsart-Variante: RO

Techniker Krankenkasse, Postfach 02 35 31, 10127 Berlin

Patienten-Service

Postfach 02 35 31
10127 Berlin

Geschäftszeichen
3113388642

23. Februar 2015

TEST - NICHT VERSENDEN

Uni-Cor GmbH Diabetesbedarf
20095 Hamburg

Sie sind gefragt: Machen Sie mit bei unserer SoKo-Studie

Guten Tag,

wir möchten die Behandlung von Patientinnen und Patienten verbessern, die gleichzeitig eine körperliche und eine psychische Erkrankung haben. Trifft dies auf Sie zu? Dann können Sie uns helfen.

Wir führen zusammen mit dem LVR-IVF und dem LVR-Klinikum Düsseldorf eine Studie durch. Haben Sie eine psychische Erkrankung **und** mindestens 1 der folgenden Krankheiten?

- Krankheiten der Schilddrüse
- Adipositas
- chronische ischämische Herzkrankheit
- arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Schlaganfall
- Brustkrebs

Dann sprechen Sie mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter vom LVR-IVF: Welche Erfahrungen haben Sie mit den Therapie-Angeboten gemacht? Was würden Sie verbessern? Mit Ihren Rückmeldungen können wir die Angebote für Sie und andere in Zukunft verändern. **Sie entscheiden**, ob Sie mitmachen möchten. **Wir sagen Danke:** Sie bekommen **30 EUR** für das Gespräch.

Sind Sie neugierig auf die Studie? Alles Wichtige zu ihr steht im Flyer.

Sie bleiben anonym. Wir geben Ihre Daten **nicht** ans LVR-IVF weiter. Melden Sie sich daher selbst beim LVR-IVF, auch wenn Sie Fragen zur Studie haben. Die Kontaktdaten finden Sie im Flyer. Falls Sie dem Forschungsinstitut schriftlich antworten möchten, benutzen Sie gern den mitgeschickten Freiumschlag.

KA102012

3000335848

Techniker Krankenkasse | tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

2 - Dr. Anna-Katharina Degenhart-Müller-Wohlfahrt, 23. Februar 2015
Geschäftszeichen: 3113388642

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Freundliche Grüße
Ihre Techniker Krankenkasse

KA102012

3000335848

Techniker Krankenkasse | tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

Anlage 4: Flyer Patient*innen Interviews (AP 2)

Rückmeldung

Ich bin damit einverstanden, dass mich das SoKo-Team für die Teilnahme an einem Gespräch kontaktiert.

Vorname: _____

Name: _____

Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Erkrankungen Sie haben:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-
erkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Brustkrebs |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Koronare
Herzerkrankung | |

Bitte senden Sie Ihre Rückmeldung innerhalb der nächsten zwei Wochen im beigefügten Umschlag oder per E-Mail zurück.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Fachliche Direktorin Forschung:
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Operative Projektleitung SoKo: Isabell Schellartz,
0221/8993-892, isabell.schellartz@lvr.de

Datenschutz

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Teilnahme an der Studie **freiwillig** ist. Sie können jederzeit Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie sowie zur Datenverarbeitung widerrufen. Im Rahmen der Studie werden personenbezogene Daten erhoben. Ihre persönlichen Daten wie Name und Anschrift verbleiben ausschließlich am LVR-IVF und sind für die Auswertung irrelevant. Sie werden lediglich zur Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung gespeichert. Die wissenschaftliche **Auswertung Ihrer Daten erfolgt in anonymisierter Form**. Die ausgewerteten Daten lassen so keine Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer*innen zu. Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen im Rahmen der Studie ist die Studienleitung Frau Professor Gouzoulis-Mayfrank verantwortlich. Alle Personen, die Einblick in die gespeicherten Daten haben, sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Ihr Name wird zu keinem Zeitpunkt öffentlich gemacht. Weder Ihre Ärzt*innen noch Ihre Krankenkasse werden erfahren, dass Sie an einem Interview teilnehmen.

LVR Landschaftsverband Rheinland
LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF)
am LVR-Institut für Forschung und Bildung (IFuB)
c/o LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln

Einladung zur Teilnahme an der SoKo-Studie

Gesundheitliche Versorgung
von Menschen mit
körperlicher Erkrankung und
psychischer Begleiterkrankung



Einladung zu einem Interview

Wir, das Institut für Versorgungsforschung des Landschaftsverbands Rheinland (LVR-IVF), führen zusammen mit der Techniker Krankenkasse die SoKo*-Studie durch. Wir möchten **die Bedürfnisse von Menschen mit einer körperlichen Erkrankung und einer psychischen Begleiterkrankung** erforschen.

Ihre Erfahrungen und Meinungen als Betroffene(r) sind für uns dabei sehr wichtig. Wir möchten Sie einladen uns in **einem vertraulichen Gespräch** zu erzählen, welche Erfahrungen Sie gemacht haben. **Sie können damit dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung von Menschen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen zu verbessern.** Für die Teilnahme zahlen wir Ihnen eine **Aufwandsentschädigung von 30,00 €.** Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und erfolgt unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

*SoKo: Somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität

Informationen zum Interview

Falls Sie sich für die Teilnahme an einem Gespräch interessieren, melden Sie sich bitte bei uns. Sie können uns Ihre Rückmeldung mit dem beiliegenden, vorfrankierten Briefumschlag, per E-Mail oder telefonisch zukommen lassen.

Nach Erhalt Ihrer Rückmeldung werden wir uns bei Ihnen melden und mit Ihnen einen **Termin für das Gespräch** vereinbaren. Sie bekommen von uns außerdem noch eine ausführliche Studieninformation mit Details zu Datenschutz sowie eine schriftliche Einverständniserklärung.

Das Gespräch wird voraussichtlich **eine Stunde** dauern und in unseren Räumen in Köln stattfinden. Fahrtkosten in Höhe von 30,00 € können wir übernehmen. Auch Gespräche bei Ihnen zu Hause, telefonisch oder per Videokonferenz sind denkbar.

Mit freundlichen Grüßen

Das SoKo-Team

Gefördert durch:



Ansprechpartnerinnen SoKo-Team LVR-IVF

Bei Interesse oder Fragen kontaktieren Sie uns gerne postalisch, per E-Mail oder telefonisch (Montag bis Freitag 9:00-15:00 Uhr). Weitere Informationen finden Sie hier: www.ivf.lvr.de/soko

Ansprechpartnerinnen

Hannah Gröber

Inna Klee

Isabell Schellartz

Telefon: 0221 8993 601

E-Mail: SoKo@lvr.de

Anschrift

LVR-Institut für Versorgungsforschung (IVF)
am LVR-Institut für Forschung und Bildung (IFuB)
SoKo-Studie
c/o LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Straße 23
51109 Köln

Interviewleitfaden AP 2 (Patient*innen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität; n=50) Version 9.8.2021

Anlage 5: Interviewleitfaden Patient*innen Interviews (AP 2)

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
1. Kategorie/ Thema: Gesprächseinstieg/ Kurze Erläuterung des Projektes/ eigene Person vorstellen		
Im Projekt SoKo geht es darum, die medizinische Versorgung von Patient*innen mit körperlicher Erkrankung und psychischer Begleiterkrankung zu untersuchen. Das Ziel ist die Versorgung bedarfsgerechter zu gestalten		Projektvorstellung Ablauf Interview

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
2. Kategorie/ Thema: Soziodemographische Variablen		
<ul style="list-style-type: none"> • Wie alt sind Sie? • Wie ist Ihre Wohnsituation? (Mit wem & ggf. prekäre Verhältnisse) • Sind Sie berufstätig? • Wenn ja: Sind Sie durch Ihre Erkrankung eingeschränkt? • Wenn nein: Inwiefern hat das mit Ihrem gesundheitlichem Zustand zu tun? 		<ul style="list-style-type: none"> • Informationen über die Person/ Von Lebensumständen erfahren

Interviewleitfaden AP 2 (Patient*innen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität; n=50) Version 9.8.2021

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
3. Kategorie/ Thema: Erkrankung Patient*in		
<ul style="list-style-type: none"> • Welche körperlichen Erkrankungen haben Sie? Welche psychischen Erkrankungen haben Sie? • Wie ist Ihre Erkrankung verlaufen? • Bezüglich welcher Erkrankungen sind Sie zurzeit in Behandlung? • Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer/ psychiatrischer Behandlung? • Welche Schwierigkeiten erfahren Sie im Alltag mit Ihrer körperlichen Erkrankung? 	<ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie Medikamente? Aufgrund der körperlichen und/ oder aufgrund der psychischen Erkrankung? 	<p>Stand der Erkrankungen: akut vs. chronisch/stabil</p> <p>Anamnese</p> <p>Langsame Entwicklung vs. plötzlicher Beginn</p> <p>Umgang mit körperlichen</p> <p>Behinderungen/Einschränkungen, die mehr im Vordergrund stehen als die relevanten körp. Erkrankungen</p>

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
4. Kategorie/ Thema: Fragen zur Nutzung von ärztlicher Behandlung		
<ul style="list-style-type: none"> • Wie oft gehen Sie aufgrund Ihrer körperlichen Erkrankung zum Arzt? • Welche Ärzt*innen suchen Sie am häufigsten auf? Hausärzt*in? Fachärzt*in? Warum? • Haben Sie Ihre/n Arzt/Ärztin in letzter Zeit wechseln müssen? Warum? 	<ul style="list-style-type: none"> • Gehen Sie zum niedergelassenen Arzt? Wenn ja, wie oft? Wie oft suchen Sie einen Arzt/eine Ärztin auf? • Nutzen Sie die Hausarztzentrierte Versorgung? • Aus akuten Gründen oder aufgrund Ihrer somatischen Erkrankung? Wenn es Ihnen bereits besonders 	<p>Inanspruchnahme der Versorgung zu somatischen Erkrankungen</p> <p>Allgemeines Gesundheitsverhalten</p> <p>Ich möchte erfragen, ob Sie bestimmte Angebote der Krankenkasse nutzen. Es ist für uns auch von Interesse, wieviel solche Angebote genutzt werden.</p>

Interviewleitfaden AP 2 (Patient*innen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität; n=50) Version 9.8.2021

<ul style="list-style-type: none"> • Warum gehen Sie zu Ihren Ärzt*innen? <i>Weiterführend:</i> • Gehen Sie in der Regel alleine zu Ihren Ärzt*innen oder begleitet Sie jemand bei der Behandlung? (Wenn ja, wer?) • Nutzen Sie Disease Management Programme? • Hatten Sie in den letzten Monaten Krankenhausaufenthalte? Wie liefen diese ab? • Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Ärzt*innen Ihre Beschwerden ernst nehmen? • Fällt es Ihnen leicht, Ärzt*innen aufzusuchen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn nein, warum nicht nicht? ○ Wenn ja, gibt es etwas, das es Ihnen leicht macht? 	<p style="text-align: center;">schlecht geht oder, wenn Sie kleine Veränderungen merken?</p> <ul style="list-style-type: none"> • In welchen Fachabteilungen wurden Sie auf Grund welcher Diagnosen behandelt? • Warum wurden Sie in dieser Fachabteilung behandelt? 	<p>HZV: Bei der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle für Patienten. Der Hausarzt übernimmt damit die Rolle eines Lotsen: Er bespricht die nächsten Behandlungsschritte mit dem Patienten und koordiniert diese, zum Beispiel Facharztbesuche.</p> <p>TK besitzt folgende DMP-Programme: Asthma, Brustkrebs, COPD, Diabetes I, Diabetes II -> nur wenn eine dieser Erkrankungen vorliegt, danach fragen</p> <p>DMP: Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Man kann sich bei der Krankenkasse in ein solches Behandlungsprogramm einschreiben lassen. Ein koordiniertes Vorgehen soll dazu beitragen, unnötigen Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden vorzubeugen.</p>
--	--	--

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
4.1 Kategorie/ Thema: Nutzung von ärztlicher Behandlung - Zugang		
<ul style="list-style-type: none"> • Wie gelangen Sie zu Ihren Ärzt*innen und wie empfinden Sie die Anfahrt? • Werden alle Behandlungen, die Sie benötigen oder die Ihnen helfen, von der Krankenkasse bezahlt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxi, eigenständig, Angehörig; stressig, entspannt... • Außermedizinische Behandlungen? • Gibt es Behandlungen, auf die Sie verzichten, um weitere Kosten zu vermeiden? 	<p>Mögl. Zugangsbarrieren, Erschwernisse aufgrund der Erkrankungen</p> <p>Finanzielle Belastung durch die Erkrankung</p>

Interviewleitfaden AP 2 (Patient*innen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität; n=50) Version 9.8.2021

<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es bauliche Barrieren, die sie daran hindern ihre Ärzt*innen aufzusuchen? • Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Ärzt*innen Ihre Beschwerden ernst nehmen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie im Rahmen Ihrer Erkrankung Eigenkosten? Zusatzversicherung? Selbstzahlerleistungen? • Falls ja, wie schwer ist die finanzielle Belastung, die diese Kosten verursachen? 	
---	--	--

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
4.2 Kategorie/ Thema: Nutzung von ärztlicher Behandlung – Barrieren/ Schwierigkeiten		
<ul style="list-style-type: none"> • Sie haben eben gesagt, Ihre körperliche Erkrankung bringt (keine) Schwierigkeiten in Ihrem Alltag. • Welche Schwierigkeiten oder Hindernisse haben Sie erfahren, wenn Sie medizinische Behandlung in Anspruch nehmen wollen? • Womit sind Sie bzgl. Ihrer Behandlung nicht zufrieden? Was funktioniert nicht gut? 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Gründe, die Sie daran hindern Ärzt*innen aufzusuchen? • Verhalten sich Ihre Ärzt*innen so, wie Sie es erwarten/brauchen? 	<p>Fokus: somatische Versorgung</p> <p>Barrieren und Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung</p>

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
4.3 Kategorie/ Thema: Nutzung von ärztlicher Behandlung – Ressourcen/ Positive Erfahrungen		
<ul style="list-style-type: none"> • Womit sind Sie zufrieden in Bezug auf Ihre ärztliche Versorgung? Was funktioniert gut? 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Alltag und in der medizinischen Behandlung 	<p>Ressourcen/ positive Erfahrungen</p>

Interviewleitfaden AP 2 (Patient*innen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität; n=50) Version 9.8.2021

<ul style="list-style-type: none"> • Wann gelingt es Ihnen gut zum Arzt zu gehen? Was macht es für Sie einfach, zum Arzt zu gehen? • Haben Sie Hilfe/ Unterstützung zu Hause? Professionelle Dienste/ Angehörige • Was hätte Ihnen sonst noch geholfen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wer oder was hilft Ihnen, die medizinischen Angebote wahrzunehmen? <p><i>Beispiele für Ressourcen: Familie, Freunde, Therapeuten, Sozialarbeiter...</i></p>	Positive Einflussfaktoren: individuelle personenbezogenen Ressourcen, organisationsbezogenen/ systemische
--	---	---

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
5. Kategorie/ Thema: Psychische Komorbidität		
<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern beeinflussen sich die Versorgung Ihrer Erkrankungen (psychische Erkrankung und körperliche Erkrankung)? • Inwiefern spielt die jeweils andere Erkrankung eine Rolle in der Versorgung? (psychische Erkrankung und körperliche Erkrankung) • Ist ihr Hausarzt über Ihre psychische Erkrankung informiert? • Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Ärzt*innen Ihre psychische Erkrankung bei Ihrer Behandlung berücksichtigen? • Fühlen Sie sich auch von Ihren [somatischen] Ärzten ernst genommen, wenn Sie psychische Themen/ Symptome ansprechen? • Hatten schon einmal das Gefühl, dass Sie aufgrund Ihrer psychischen Erkrankung anders behandelt wurden? (Stigmatisierung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Welchen Einfluss nimmt Ihre psychische Erkrankung auf Ihre körperliche Erkrankung? Welchen die körperliche auf die psychische? • Gibt es einen Austausch zwischen Ihrem [somatische Fachrichtung] und [Psychiater/Neurologe/Therapeut]? 	<p>Wahrnehmung der Patient*innen: Versorgung der Erkrankungen in Bezug auf die psychische Komorbidität</p> <p>Wahrnehmung des Arztes/ der Ärztin im Umgang mit der psychischen Komorbidität</p> <p>Fragen sollten patientenspezifisch (Erkrankungen benennen, aufgreifen) gestellt werden</p>

Interviewleitfaden AP 2 (Patient*innen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität; n=50) Version 9.8.2021

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
6. Kategorie/ Thema: Gesundheitskompetenz		
<ul style="list-style-type: none"> • Fühlen Sie sich ausreichend informiert über Ihre körperliche Erkrankung? • Wissen Sie, wie Sie sich im Alltag verhalten sollten, damit sich Ihr Gesundheitszustand verbessert? Oder um zumindest einer weiteren Verschlimmerung Ihrer Erkrankungen möglichst vorzubeugen? • Haben Sie den Eindruck, selbst über die Behandlungen entscheiden zu können oder sind Sie auf die Meinung von Ärzt*innen oder Ihnen nahestehenden Personen angewiesen/abhängig? • Sie hatten bereits gesagt, dass sie Medikamente nehmen: Kommen Sie mit den Medikamenten zurecht? 	<ul style="list-style-type: none"> • Woher stammt Ihr Wissen darüber? • Vertrauen Sie auf die Aussagen Ihrer Ärzt*innen? • Ernährung, Bewegung, Medikamente, Behandlungsalternativen • Organisieren Sie die Medikamentenbesorgung und -einnahme selbst oder bekommen Sie dabei Unterstützung von jemandem? 	<p>Kenntnis der Patient*innen über Medikamente erfragen;</p> <p>Krankheitsmanagement</p>

Interviewleitfaden AP 2 (Patient*innen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität; n=50) Version 9.8.2021

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
7. Kategorie/ Thema: Informationsbedarf		
<ul style="list-style-type: none"> • Beschaffen Sie sich selbst Informationen über Ihre Erkrankung oder körperliche Beschwerden? • Geben Ihnen Ihre Ärzt*innen genug und verständliche Informationen über den Behandlungsverlauf? Wie laufen diese Gespräche ab? • Sind Sie zufrieden mit den Informationen, die Sie auf unterschiedlichen Wegen erhalten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie einfach/ schwierig ist es, ausreichend Informationen zu erhalten? • Werden Nachfragen/Unklarheiten beantwortet? 	Erfahrungen der Patient*innen zum Informationsfluss/ Zufriedenheit und Wahrnehmung der Informationen

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
8. Kategorie/ Thema: Weitere Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen		
<ul style="list-style-type: none"> • Wie stehen Sie zu anderen Angeboten neben der Schulmedizin? Nehmen Sie andere Behandlungsansätze in Anspruch? • Haben Sie bisher Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen? Wenn ja: Wer hat Ihnen diese empfohlen und wie betrachten Sie diese rückblickend? 	Akupunktur, Meditation, Osteopathie, Selbsthilfegruppen, Sport	Rehabilitationsmaßnahmen: Maßnahmen zur medizinischen Wiederherstellung, beruflichen Wiederbefähigung und sozialen Wiedereingliederung. Rehabilitation = Sozialleistung zur Wiedereingliederung einer kranken, körperlich oder geistig behinderten oder von Behinderung bedrohten Person in das berufliche und gesellschaftliche Leben (Deutsches Sozialgesetzbuch)

Interviewleitfaden AP 2 (Patient*innen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität; n=50) Version 9.8.2021

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
9. Kategorie/ Thema: Bedarfe und Wünsche		
<ul style="list-style-type: none"> • Welche Informationen wünschen Sie sich? • Wie könnte die Versorgung Ihrer Erkrankungen (noch) besser sein? • Wie sieht für Sie eine verständnisvolle/gute Behandlung aus? Wodurch würden Sie sich besser verstanden fühlen? • Was würde Ihnen zusätzlich helfen? Was brauchen Sie? (vom System/ von Versorgerseite) • Was wünschen Sie sich von Ihren Ärzt*innen und dem Pflegepersonal? Mehr Informationen, mehr Unterstützung, anderen Umgang? 	<p>z.B. Hausbesuche? Aufsuchende Hilfen? Lotsen im Gesundheitssystem</p>	

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
10. Kategorie/ Thema: COVID-19		
<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern hat die Pandemie die Versorgung Ihrer Erkrankungen beeinflusst/verändert? 		

Interviewleitfaden AP 2 (Patient*innen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität; n=50) Version 9.8.2021

Frage	Formulierungsalternative/ Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses	Notizen/ Ziele
11. Kategorie/ Thema: Abschluss		
<ul style="list-style-type: none">• Gibt es noch Informationen, die Sie uns darüber hinaus gerne mitteilen möchte?• Gibt es Themen, die Ihnen am Herzen liegen und an die wir nicht gedacht haben?	Etwas das Ihre Behandlung, Ihre Betreuung, Ihren Alltag oder speziell Ihre Ärzt*innen betrifft?	

Anlage 6: Flyer Ärzt*innen Fokusgruppen (AP 3)

Datenschutz

Die Teilnahme an der Fokusgruppe ist **freiwillig**. Sie können jederzeit Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Fokusgruppe sowie zur Datenverarbeitung widerrufen.

Für die Fokusgruppe werden personenbezogene Daten erhoben. Ihre persönlichen Daten wie Name und Anschrift verbleiben ausschließlich am LVR-IVF. Sie werden lediglich zur Erstellung von Teilnahmebescheinigungen gespeichert.

Die Fokusgruppen werden mit einem Audiogerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die wissenschaftliche Auswertung der Aufzeichnungen erfolgt in anonymisierter Form. Die ausgewerteten Daten lassen so keine Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmende zu. Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen im Rahmen der Studie ist die Studienleitung Frau Professor Gouzoulis-Mayfrank verantwortlich. Alle Personen, die Einblick in die gespeicherten Daten haben, sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Ihr Name wird zu keinem Zeitpunkt öffentlich gemacht.

Kontakt und Ansprechpartnerinnen

Bei Interesse oder Fragen, kontaktieren Sie uns gerne telefonisch oder per E-Mail

E-Mail: soko@lvr.de

Telefon: 0221 8993 601 (Montag bis Freitag 9:00-15:00 Uhr)

Als Ansprechpartnerinnen stehen Ihnen die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen zur Verfügung (v.l.n.r.):

- Isabell Schellartz, M.Sc.
- Inna Klee, M.Sc.
- Lara Schlomann, M.Sc.

Anschrift

LVR-Institut für Versorgungsforschung
am LVR-Institut für Forschung und Bildung
Wilhelm-Griesinger-Straße 23
51109 Köln

**Einladung zur Fokusgruppe
zum Thema:**

**Die Somatische Versorgung
von Patient*innen mit
psychischer Komorbidität**

Ärztliche Fortbildung



Informationen zur Fokusgruppe

Sie haben Erfahrungen in der Versorgung von Patient*innen mit einer somatischen Erkrankung und einer psychischen Komorbidität? Dann können Sie diese im Rahmen der Fokusgruppe mit Kolleg*innen und ärztlicher Leitung diskutieren. Dabei können Sie gemeinsam reflektieren, welchen Herausforderungen Sie als Ärzt*innen in der somatischen Versorgung von psychisch erkrankten Patient*innen begegnen. Zu Beginn der Veranstaltung findet ein Impulsreferat zur Häufigkeit und klinischer Relevanz der Komorbiditäten, Verlauf und Besonderheiten für die Therapie und Versorgung statt. Hier wird der aktuelle Stand des Wissens anhand der Literatur dargestellt. Anschließend möchten wir mit Ihnen eine Diskussion zu der Thematik führen.

Die Fokusgruppen sind Teil eines Forschungsprojekts: Wir, das LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB), untersuchen im SoKo-Projekt u.a. die Perspektive der Versorgenden auf die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität. Ziel des Projektes ist es, zu einer bedarfsgerechten Versorgung dieser Patient*innengruppe beizutragen. Zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung wird die Diskussion auf einem Audiogerät

aufgezeichnet und später anonymisiert transkribiert.

Informationen zum Ablauf

- Dauer der Fortbildung: 2,5 Stunden
- Ort: digital
- Aufwandsentschädigung: 60,00 €

Sie finden weitere Informationen und unsere Kontaktdaten hier:
www.ivf.lvr.de/soko

Wenn Sie an einer Fokusgruppe teilnehmen möchten, melden Sie sich bitte formlos per E-Mail an soko@lvr.de. Wählen Sie dazu einen der Termine auf der Folgeseite aus und nennen Sie uns bei der Anmeldung Ihre Kontaktdaten. Falls keiner der Termine möglich ist, können wir nach individueller Absprache ggf. auch einen Termin für ein kurzes Einzelinterview anbieten. Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Das SoKo-Team

Termine

Wochentag	Datum	Uhrzeit
Mittwoch	27.04.2022	18:00-20:30
Dienstag	03.05.2022	18:30-21:00
Mittwoch	18.05.2022	18:00-20:30

Die Fokusgruppen stehen jeweils unter der wissenschaftlichen Leitung von



Prof. Dr. med.
E. Gouzoulis-Mayfrank



Dr. med.
D. Reske

Weitere Referentinnen sind I. Klee, I. Schellartz und L. Schlomann

Anlage 7: Leitfaden Fokusgruppen Ärzt*innen (AP 3)

Leitfaden

Abschnitt	Wer
<p>Organisatorisches:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herzlich Willkommen - Vorstellung der Moderation - Ablauf kurz vorstellen - Studienaufklärung (s. Zusammenfassung) - Einige Einverständniserklärungen & Kurzfragebogen fehlen noch -> bitte kurzfristig nachliefern - Hinweis auf Aufnahme der Diskussion - Fragen? 	Moderator*in
<p>Einstieg Vorstellungsrunde: Fachgebiet, mgl. Schwerpunkte der Praxis; Motivation zur Anmeldung; Wie haben Sie vom Angebot der Fokusgruppen erfahren?</p> <p>Teilnehmende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lina Katharina Schott, Innere Medizin (stationär am evangelischen KK Kalk) 	Moderator*in Teilnehmende
<p>Grundreiz: Projektvorstellung und Impulsvortrag ca. 10 Min.</p>	
<p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Erfahrungen haben Sie in der Versorgung von Menschen mit somatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität gemacht? - Wie gestaltet sich die Behandlung von somatischen Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Komorbiditäten? - Wo haben Sie positive Erfahrungen gemacht? Was funktioniert gut? Unter welchen Bedingungen funktioniert die Behandlung gut? Welche Voraussetzungen müssen dafür vorhanden sein? - Wo sehen Sie Schwierigkeiten in der Versorgung? Was sind die Herausforderungen mit der Personengruppe? Schnittstellenprobleme? - Was ist im Umgang mit dieser Patient*innengruppe zu beachten? 	<p>Input: Moderator*in</p> <p>Antwort/Diskussion: Teilnehmende</p> <p>** Bitte an PAUSE denken**</p>

<p>Weitere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zugang/Nutzungsmöglichkeiten - Weiterbildungsmöglichkeiten/Informationsbeschaffung - Barrieren - Ressourcen - Verbesserungsvorschläge - Soziales Umfeld/Angehörige - Gesundheitskompetenz 	<p>Input: Moderator*in</p> <p>Antwort/Diskussion: Teilnehmende</p>
<p>Abschluss/ Zusammenfassung</p> <p>Link zur Evaluation in den Chat schreiben</p> <p>Dank</p>	<p>Moderator*in</p>

Dies ist eine Information, die ausschließlich im DT01, DT02 und DT03 aufgedruckt wird!
Formulierungsart: RO - Formulierungsart-Variante: RO

Techniker Krankenkasse, Postfach 02 35 31, 10127 Berlin

Patienten-Service

Postfach 02 35 31
10127 Berlin

Geschäftszeichen
3113388642

23. Februar 2015

TEST - NICHT VERSENDEN

Uni-Cor GmbH Diabetesbedarf
20095 Hamburg

Sie sind gefragt: Machen Sie mit bei unserer Online-Umfrage zur Gesundheits-Versorgung

Guten Tag,

wie lässt sich die Gesundheits-Versorgung von Menschen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen verbessern? Darum geht es in der öffentlich geförderten Studie, an der wir gemeinsam mit dem LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) und dem LVR-Klinikum Düsseldorf arbeiten.

Dazu gehört auch eine **Online-Umfrage**. Sie richtet sich an Menschen, bei denen neben einer psychischen Erkrankung mindestens 1 körperliche Krankheit festgestellt wurde. Trifft dies auf Sie zu? Dann laden wir Sie herzlich ein, daran teilzunehmen.

Ihre Erfahrungen sind wertvoll. Denn diese können uns dabei helfen, die Gesundheitsversorgung von Betroffenen zu verbessern. Wir wollen wissen: Wie haben Sie die Behandlung erlebt? Was sollte aus Ihrer Sicht verbessert werden?



So nehmen Sie an der Umfrage teil: Scannen Sie einfach den QR-Code oder gehen Sie auf **tk.de/umfrage-soko**. Die Umfrage dauert **ca. 20 Minuten**. Alles Wichtige zur Studie finden Sie auch im Flyer. Dort stehen auch die Kontaktdaten des LVR-IFuB. Wenn Sie Fragen zum Ablauf der Studie haben, melden Sie sich einfach dort.

Wichtig: Wir geben Ihre Daten **nicht** an das LVR-IFuB weiter. Wenn Sie möchten, können Sie sich beim LVR-IFuB melden – umgekehrt ist das nicht möglich. Ihre Teilnahme an der Umfrage ist **freiwillig**. Nur Sie entscheiden, ob Sie die Fragen beantworten.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Freundliche Grüße
Ihre Techniker Krankenkasse

KA102022

3000335848

Techniker Krankenkasse | tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen

Einladung zur Online-Umfrage

Worum geht es?

Waren Sie in den vergangenen Jahren in Behandlung aufgrund körperlicher und psychischer Erkrankungen ?

Dann möchten wir Sie herzlich einladen, an einer **Online-Umfrage** im Rahmen unserer **SoKo**-Studie teilzunehmen (Die **somatische** Versorgung von Patient*innen mit psychischer **Komorbidität**).

Ihre Erfahrungen als Betroffene*r sind uns sehr wichtig. Durch Ihre Teilnahme an der Umfrage können Sie langfristig dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung von Menschen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen zu verbessern.

Unsere Studie wird öffentlich durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert.

Wie lange dauert die Umfrage?

Für die Teilnahme benötigen Sie ca. 20 min. Die Teilnahme ist **freiwillig** und **anonym**. Sie können sie jederzeit abbrechen.

Wie kann ich teilnehmen?

Scannen Sie mit Ihrem Tablet oder Smartphone den QR-Code. Alternativ können Sie den Link über Ihren Browser am Computer öffnen. Auf beiden Wegen gelangen Sie zu der gleichen Befragung.



www.tk.de/umfrage-soko

Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen

Einladung zur Online-Umfrage

Was passiert mit meinen Daten?

- Die Online-Umfrage ist anonym, Ihre Angaben ermöglichen keine Rückschlüsse auf Ihre Person.
- Wir verwenden Ihre Antworten nur für wissenschaftliche Auswertungen.
- Das SoKo-Studententeam ist zum Datenschutz verpflichtet.

An wen kann ich mich bei Fragen wenden?

Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an das SoKo-Team am LVR-Institut für Forschung und Bildung wenden. Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung:

- Tel: 0221 8993 601
- E-Mail: soko@lvr.de



SoKo

Wir freuen uns über Ihre Unterstützung!

Das SoKo-Team

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Erhebungsbogen Projekt SoKo

Anlage 10: Fragebogen Patient*innen (AP 4)

Sehr geehrte*r Teilnehmer*in,

in den folgenden Fragen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen und Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus sprachlichen oder gesundheitlichen Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen alleine auszufüllen, so können Sie sehr gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freund*innen in Anspruch nehmen.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung der Fragen zügig vor. Meist ist der erste Einfall der beste.
- Wenn nicht anders angegeben, können Sie pro Frage eine Antwortmöglichkeit auswählen.
- Der Zeitumfang beträgt circa 20 Minuten.

Wen kann ich bei Rückfragen kontaktieren?

Bei Rückfragen können Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Frau Professor Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Fachliche Direktorin Forschung
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
Tel.: 0221 8993-601
E-Mail: soko@lvr.de

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Erhebungsbogen Projekt SoKo

Erhebungsbogen Projekt SoKo

Allgemeines:

1. Haben Sie aktuell eine oder mehrere der folgenden körperlichen Erkrankungen?

Bitte wählen Sie alle körperlichen Erkrankungen aus, die bei Ihnen aktuell vorliegen.
(Mehrfachauswahl ist möglich)

- Brustkrebs
- Schilddrüsenerkrankung
- Krankhaftes Übergewicht
- Koronare Herzerkrankung
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit)
- Schlaganfall
- Andere und zwar: _____

2. Haben Sie aktuell eine oder mehrere der folgenden psychischen Erkrankungen?

Bitte wählen Sie alle psychischen Erkrankungen aus, die bei Ihnen aktuell vorliegen.
(Mehrfachauswahl ist möglich)

- Demenz
- Abhängigkeit von Alkohol oder einer anderen Substanz / Substanzen
- Schizophrenie
- Depression
- Manische Episode
- Bipolare Störung
- Angststörung
- Zwangsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Dissoziative Störung
- Somatoforme Störung
- Essstörung
- Persönlichkeitsstörung
- Andere und zwar: _____

3. Wie alt waren Sie, als Sie erstmalig an einer der genannten Erkrankungen erkrankt sind?

- jünger als 20 Jahre
- 21-30 Jahre
- 31-40 Jahre
- 41-50 Jahre
- 51-60 Jahre
- 61-70 Jahre
- älter als 70 Jahre

Erhebungsbogen Projekt SoKo

Ärztliche und therapeutische Versorgung:

Beziehen Sie die folgenden Fragen bitte ausschließlich auf **Ihre*n Hausärzt*in**.

4. Wie oft waren Sie in den letzten sechs Monaten bei Ihrer*Ihrem Hausärzt*in?

- gar nicht
- 1x
- 2-5x
- 6-12x
- mehr als 12x

5. Sprechen Sie mit Ihrer*Ihrem Hausärzt*in über psychische Beschwerden und private Probleme?

- nie
- sehr selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

6. Haben Sie Vertrauen zu Ihrer*Ihrem Hausärzt*in?

- ja, ich habe großes Vertrauen
- ja, ich habe eher großes Vertrauen
- ich habe eher wenig Vertrauen
- nein, ich habe kein Vertrauen

7. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer*Ihrem Hausärzt*in in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

8. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer*Ihrem Hausärzt*in in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

Erhebungsbogen Projekt SoKo

9. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin im Allgemeinen ein?

- sehr hoch
- eher hoch
- eher gering
- sehr gering

10. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer*Ihrem Hausarzt*in in Bezug...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
a) ... auf sein*ihr Verständnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... auf sein*ihr Einfühlungsvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... auf Menschlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... auf die Zeit, die er*sie Ihnen widmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... darauf, ernst genommen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... auf Zuspruch und Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... auf seine*ihre Geduld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Welche*r Ärzt*in steht Ihnen am nächsten?

- Hausarzt*in
- Psychiater*in
- Kardiolog*in
- Diabetolog*in
- Endokrinolog*in
- andere*r Facharzt*in, und zwar: _____

Erhebungsbogen Projekt SoKo

Beziehen Sie die Fragen 12-18 bitte auf diese*n Ärzt*in.

12. Wie oft waren Sie in den letzten sechs Monaten bei diesem*dieser Ärzt*in?

- gar nicht
- 1x
- 2-5x
- 6-12x
- mehr als 12x

13. Sprechen Sie mit diesem*dieser Ärzt*in über psychische Beschwerden und private Probleme?

- nie
- sehr selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

14. Haben Sie Vertrauen zu diesem*dieser Ärzt*in?

- ja, ich habe großes Vertrauen
- ja, ich habe eher großes Vertrauen
- ich habe eher wenig Vertrauen
- nein, ich habe kein Vertrauen

15. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem*dieser Ärzt*in in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

16. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem*dieser Ärzt*in in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

Erhebungsbogen Projekt SoKo

17. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung dieses Arztes/dieser Ärztin im Allgemeinen ein?

- sehr hoch
- eher hoch
- eher gering
- sehr gering

18. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem*dieser Ärzt*in in Bezug...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
a) ... auf sein*ihr Verständnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... auf sein*ihr Einfühlungsvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... auf Menschlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... auf die Zeit, die er*sie Ihnen widmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... darauf, ernst genommen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... auf Zuspruch und Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... auf seine*ihre Geduld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versorgung und Gesundheitssystem

Im folgenden Abschnitt geht es nun um Ihre allgemeinen Erfahrungen im Gesundheitssystem.

19. Erleben Sie im Gesundheitssystem Schwierigkeiten in Bezug auf Ihre körperlichen Erkrankungen?

- ja
- nein
- weiß nicht

19a. Wenn ja, welche?

20. Sind Sie aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

- ja
- nein, ich wünsche/benötige aktuell keine

Erhebungsbogen Projekt SoKo

- nein, ich warte auf einen Therapieplatz
- nein, ich habe keinen Therapieplatz bekommen

20a. Wie lange haben Sie auf Ihren Therapieplatz gewartet?

- weniger als 1 Monat
- länger als 1 bis 3 Monate
- länger als 3 bis 6 Monate
- länger 6 Monate bis 1 Jahr
- länger als 1 Jahr

21. Haben Sie Gesundheitsleistungen (z.B. Ernährungsberatung, Physiotherapie o.ä.) in Anspruch genommen, die Sie selbst bezahlt haben?

- ja
- nein, ich habe keine benötigt
- nein, ich konnte es mir nicht leisten

21a. Wenn ja, welche?

(Mehrfachauswahl ist möglich)

- Psychotherapie
- Physiotherapie
- Ernährungsberatung
- Osteopathie
- Reha-Sport
- sonstige, und zwar: _____

22. Sind Ihnen durch Ihre Erkrankung andere finanzielle Aufwendungen entstanden? (z.B. Rollator, Umbaumaßnahmen)

- ja
- nein

23. Wie sehr belasten Sie diese Leistungen finanziell?

- gar nicht
- wenig
- mäßig
- sehr

Unterstützung

24. Wie hilfreich erleben Sie die Unterstützung von folgenden Personen/Institutionen?	sehr hilfreich	hilfreich	teils/teils	kaum hilfreich	nicht hilfreich	ich brauche keine Unterstützung	ich habe keine Unterstützung erhalten
a) Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
b) Andere*r Fachärzt*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
c) Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
d) Medizinische*r Fachangestellte*r/Arzthelfer*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
e) Sozialarbeiter*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
f) Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
g) Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
h) Andere, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

25. Haben Sie Bedarf an Unterstützung durch Selbsthilfegruppen?

- ja und ich bin bereits in einer Selbsthilfegruppe
- ja, aber ich bin in keiner Selbsthilfegruppe
- nein, kein Bedarf
- ich bin unsicher

26. Nehmen Sie an einem Disease-Management-Program (DMP) teil?

- ja
- nein, ich möchte nicht
- ich weiß nicht, was das ist

27. Nehmen Sie an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teil?

- ja
- nein, ich möchte nicht
- ich weiß nicht, was das ist

Erhebungsbogen Projekt SoKo

Im Folgenden interessiert uns, wie der **Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung** funktioniert hat.

28. Hatten Sie im letzten Jahr mindestens einen stationären Aufenthalt aufgrund von körperlichen Erkrankungen?

- ja
- nein

28a. Wenn ja: Wie war der Ablauf nach Entlassung in die ambulante Behandlung? (Mehrfachauswahl - Bei mehreren Krankenhausaufenthalten beziehen Sie Ihre Antworten bitte auf alle Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr, die mit körperlichen Erkrankungen zusammenhängen.)

- keine besonderen Vorkommnisse
- reibungsloser Übergang in die ambulante Behandlung
- zu frühe Entlassung
- lange Wartezeit auf einen Facharzt*intermin/kein Termin erhältlich
- lange Wartezeit auf einen Reha-Platz
- keine Unterstützung bei der Antragsstellung, z.B. für eine Reha
- kein*e Facharzt*in in erreichbarer Nähe
- Entlassungsbericht verspätet/fehlerhaft
- Andere: _____

29. Hatten Sie im letzten Jahr mindestens einen stationären Aufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen?

- ja
- nein

29a. Wenn ja: Wie war der Ablauf nach Entlassung in die ambulante Behandlung? (Mehrfachauswahl - Bei mehreren Krankenhausaufenthalten beziehen Sie Ihre Antworten bitte auf alle Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr, die mit psychischen Erkrankungen zusammenhängen.)

- keine besonderen Vorkommnisse
- reibungsloser Übergang in die ambulante Behandlung
- zu frühe Entlassung
- lange Wartezeit auf Psychotherapie/Tagesklinik
- kein Platz für Psychotherapie/Tagesklinik erhältlich
- lange Wartezeit auf einen Reha-Platz
- keine Unterstützung bei der Antragstellung
- kein*e Psychotherapeut*in in erreichbarer Nähe
- Entlassungsbericht verspätet/fehlerhaft
- Andere: _____

Zweitmeinung/Arztwechsel:

30. Wenn Sie unsicher sind, ob Sie von einer*einem Ärzt*in gut beraten werden, suchen Sie dann eine*n andere*n Ärzt*in auf?

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

30a. Wenn nein/eher nein, warum nicht?

(Mehrfachauswahl ist möglich)

- keine Ärzt*innen in erreichbarer Nähe
- keine Aufnahme von Neupatient*innen
- zu lange Wartezeiten auf einen Termin
- zu großer Aufwand
- Ich erwarte nicht, dass ich woanders besser behandelt werde.
- andere Gründe: _____

31. Es gibt Bewertungsportale über Ärzt*innen im Internet. Nutzen Sie diese Angebote, wenn Sie eine*n neue*n Ärzt*in suchen?

- ja
- nein

Erhebungsbogen Projekt SoKo

Stigmatisierung:

32. Denken Sie bei den folgenden Aussagen bitte daran zurück, wie häufig Ihnen beschriebene Situationen passiert sind. Wählen Sie bitte jeweils die Antwort aus, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	noch nie	selten	häufig	sehr oft	ich weiß es nicht
a) Wie häufig ist es Ihnen passiert, dass medizinisches Personal Sie benachteiligt hat, weil Sie eine psychische Störung haben (z.B. Benachteiligung bei Terminvergabe)?	<input type="checkbox"/>				
b) Wie häufig ist es Ihnen passiert, dass Ihnen das medizinische Personal zu verstehen gegeben hat, dass Sie nicht viel im Leben erreichen können, weil Sie eine psychische Störung haben?	<input type="checkbox"/>				
c) Wie häufig ist es Ihnen passiert, dass medizinisches Personal Sie weniger ernst nimmt, weil Sie eine psychische Störung haben?	<input type="checkbox"/>				
d) Wie häufig ist es Ihnen passiert, dass medizinisches Personal Sie bevormundet oder wie ein Kind behandelt, weil Sie eine psychische Störung haben?	<input type="checkbox"/>				
e) Wie häufig haben Sie die Erfahrung gemacht, dass medizinisches Personal nicht daran interessiert ist, mit Ihnen zusammenzuarbeiten, weil Sie eine psychische Störung haben?	<input type="checkbox"/>				

Erhebungsbogen Projekt SoKo

33. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	ich weiß es nicht
a) Ich bin selbst schuld an meinen psychischen Problemen.	<input type="checkbox"/>				
b) Ich vermeide es, anderen von meinen psychischen Problemen zu erzählen.	<input type="checkbox"/>				
c) Ich bin genauso gut wie andere Menschen, auch wenn ich psychische Probleme habe.	<input type="checkbox"/>				

Lebensqualität:

34. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht
- sehr schlecht

35. Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in den letzten 4 Wochen bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- mäßig
- ziemlich
- war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage

36. Inwieweit hatten Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause oder außer Haus?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- mäßig
- ziemlich
- war zu alltäglicher Arbeit nicht in der Lage

Erhebungsbogen Projekt SoKo

37. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen?

- ich hatte keine Schmerzen
- sehr leicht
- leicht
- mäßig
- stark
- sehr stark

38. Wie viel Energie hatten Sie in den letzten 4 Wochen?

- sehr viel
- ziemlich viel
- mäßig viel
- ein wenig
- gar keine

39. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den letzten 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- mäßig
- ziemlich
- war zu diesen Kontakten nicht in der Lage

40. Wie sehr haben Ihnen in den letzten 4 Wochen seelische Probleme, z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit, zu schaffen gemacht?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- mäßig
- ziemlich
- sehr

41. Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- mäßig
- ziemlich
- war dazu nicht in der Lage

Ihr Gesundheitsverhalten im Allgemeinen

42. Im folgenden Abschnitt geht es darum, welche Erfahrungen Sie bei der Suche nach Informationen zu Ihrer Erkrankung gemacht haben und wie Sie mit diesen Informationen umgegangen sind. Haben Sie eine der folgenden Erfahrungen im Zusammenhang mit der Suche nach Informationen zu Ihrer Erkrankung (z.B. zu Diagnose, Behandlung) gemacht?

	nie	selten	manchmal	oft
a) Ich habe Informationen gesucht, um Entscheidungen bezüglich meiner Gesundheit zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe verschiedene Quellen genutzt, um Informationen zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich habe die Informationen bekommen, nach denen ich auch gesucht hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich habe die gefundenen Informationen verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich habe mich mit jemandem (Freunde, Bekannte) über meine Erkrankung ausgetauscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich konnte die gefundenen Informationen auf meinen Alltag übertragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich habe mir überlegt, ob sich die Informationen auf meine individuelle Situation übertragen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ich habe mir überlegt, ob die Informationen glaubwürdig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ich habe geprüft, ob die Informationen richtig und verlässlich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Haben Sie beim Lesen von Beipackzetteln oder Informationsbroschüren von Ärzt*innen, Krankenhäusern, Krankenkassen oder Apotheken im letzten Jahr die folgenden Erfahrungen gemacht?

	nie	selten	manchmal	oft
a) Die Schrift war zu klein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Der Text enthielt Bezeichnungen und Begriffe, die ich nicht kannte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Der Text war schwer zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich habe lange gebraucht, um den Text zu lesen und zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhebungsbogen Projekt SoKo

e) Jemand musste mir beim Lesen des Textes helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Persönliches

Die folgenden drei Aussagen sind allgemein formuliert. Bitte beziehen Sie diese auf Ihr gesamtes Leben und nicht ausschließlich auf Ihre Krankheit(en).

44. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft voll und ganz zu
a) In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="checkbox"/>				
b) Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="checkbox"/>				
c) Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	<input type="checkbox"/>				

45. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
a) In meinem Umfeld gibt es Menschen, bei denen ich mich wohlfühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) In meinem Umfeld gibt es Menschen, die mir schon mal einen Schubs in die richtige Richtung geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) In meinem Umfeld gibt es Menschen, die mich aufmuntern oder aufheitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) In meinem Umfeld gibt es Menschen, die mich bestärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) In meinem Umfeld gibt es Menschen, die mir sagen, ich solle nicht den Mut verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) In meinem Umfeld gibt es Menschen, auf die ich mich verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhebungsbogen Projekt SoKo

Zu Ihrer Person

46. Wie alt sind Sie?

- jünger als 20 Jahre
- 20-29 Jahre
- 30-39 Jahre
- 40-49 Jahre
- 50-59 Jahre
- 60-69 Jahre
- 70-79 Jahre
- 80-89 Jahre
- 90 Jahre oder älter

47. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- männlich
- weiblich
- divers

48. Sind Sie aktuell in einer partnerschaftlichen Beziehung?

- ja
- nein

49. Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?

(Mehrfachauswahl ist möglich)

- alleine
- mit (Ehe)Partner*in
- mit Kind(ern)
- mit Eltern(teil)
- Wohngemeinschaft
- betreutes Wohnen
- anders, und zwar: _____

49a. Leben Sie eher städtisch oder ländlich?

- städtisch
- ländlich

Erhebungsbogen Projekt SoKo

50. Wie ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?

(Mehrfachauswahl ist möglich)

- Vollzeit
- Teilzeit
- berufliche Wiedereingliederung
- Altersrente
- Erwerbsminderungsrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Arbeitslos
- Schule/Ausbildung/Studium
- Hausmann*Hausfrau
- Selbstständig
- (Dauerhaft) krankgeschrieben

51. Ist Ihre Arbeitsfähigkeit zurzeit aufgrund von körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen eingeschränkt?

(Mehrfachauswahl ist möglich)

- nein
- ja, aufgrund von körperlichen Erkrankungen, und zwar: _____
- ja, aufgrund von psychischen Erkrankungen, und zwar: _____

52. Was ist Ihr höchster allgemeinbildender Schulabschluss?

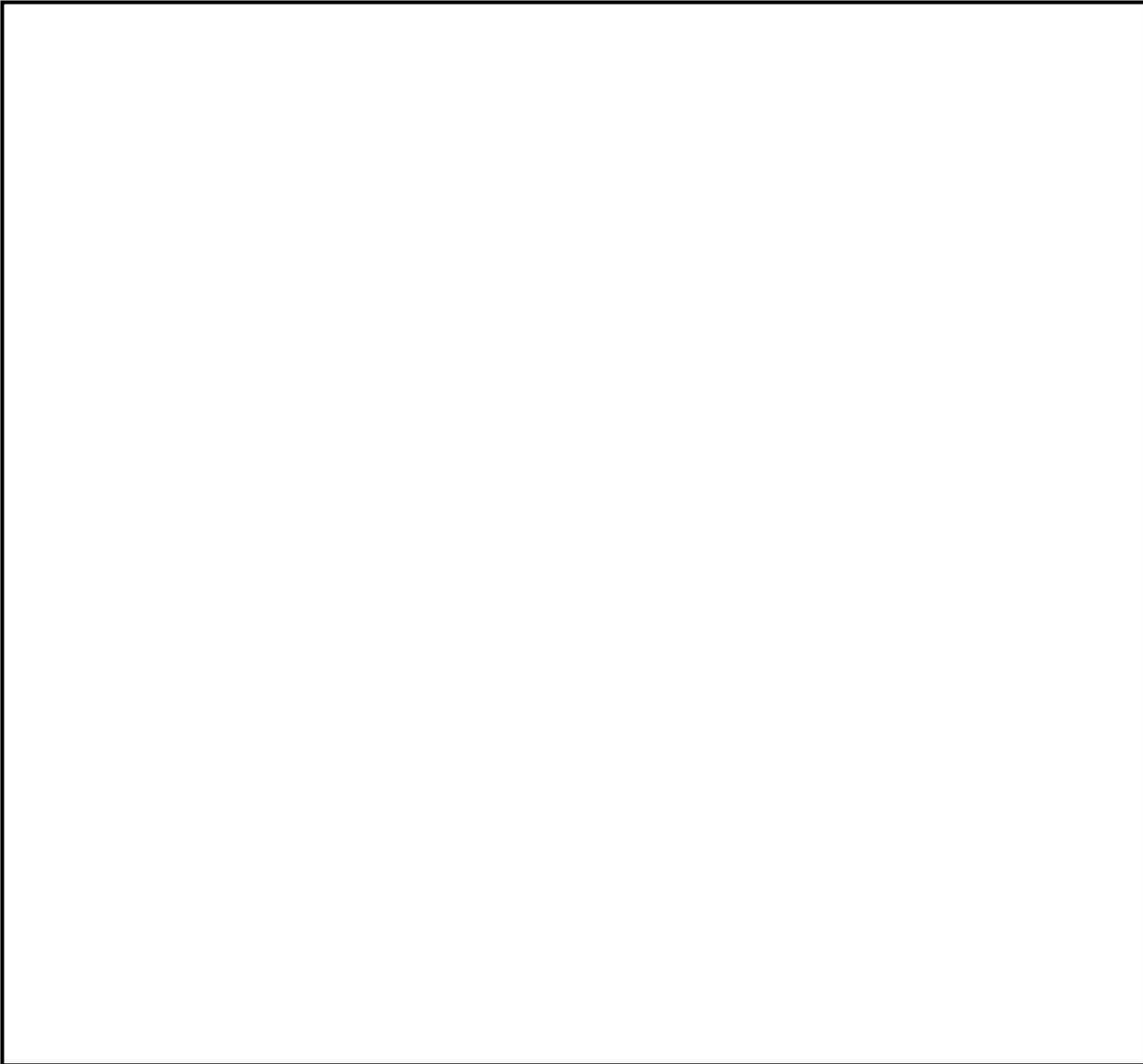
- ohne allgemeinen Schulabschluss
- Haupt-/Volksschulabschluss
- mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss
- Abitur/Fachabitur

53. Was ist Ihr höchster beruflicher Ausbildungsabschluss?

- ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
- anerkannte Berufsausbildung
- Meister*in-/Techniker*in- oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- Bachelor
- Diplom/Magister/Master/Staatsexamen
- Promotion

Erhebungsbogen Projekt SoKo

Wenn Sie uns darüber hinaus etwas mitteilen möchten, können Sie das hier tun:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide additional comments or information beyond the main survey questions.

Anlage 11: Einladungsschreiben Umfrage (AP 5)

LVR-IFuB · Wilhelm-Griesinger-Straße 23 · 51109 Köln

Datum und Zeichen bitte stets angeben

30.03.2023

Prof. Dr. med. Gouzoulis-Mayfrank
Fachliche Direktorin Forschung

Team SoKo
Tel 0221 8993-601
Fax 0221 8993-593
soko@lvr.de



Einladung zur Teilnahme an einer Befragung im Rahmen der Studie SoKo –
Die **s**omatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer **K**omorbidität

Sehr geehrte*r

das LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) führt in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen und dem LVR-Klinikum Düsseldorf eine durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss** geförderte wissenschaftliche **Studie zur medizinischen Versorgungssituation von Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität)** durch. Im Rahmen der **Studie SoKo** möchten wir Sie einladen, an unserer **anonymen Befragung** teilzunehmen.

Wie erleben Sie die Versorgung dieser Patient*innengruppe und wie bewerten Sie die strukturellen Bedingungen im Gesundheitssystem? **Ihre Meinung zählt**, um die Versorgungssituation dieser vulnerablen Patient*innen nachhaltig zu verbessern.

Sie haben die Wahl, einen **Papier-Fragebogen** oder einen **Online-Fragebogen** auszufüllen – die Inhalte sind identisch. Den ausgefüllten Papier-Fragebogen können Sie in dem beiliegenden vorfrankierten Rückumschlag an uns zurück senden. Zur Online-Umfrage gelangen Sie über folgenden Link: <https://umfragetool.lvr.de/evasys/online.php?p=6ZR78>. Informationen zum Datenschutz und zur Wahrung Ihrer Anonymität erhalten Sie in der beiliegenden Studieninformation. Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und kostenlos.

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Mithilfe. Bei Fragen kontaktieren Sie gern das Team SoKo.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Gouzoulis-Mayfrank

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Die LVR-Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden erreichen Sie hier:
E-Mail: anregungen@lvr.de oder beschwerden@lvr.de, Telefon: 0221 809-2255

Vorstand:
Stefan Thewes Vorstandsvorsitzender (Kaufmännischer Direktor)
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Fachliche Direktorin Forschung)
Prof. Dr. Carolin Schuster (Fachliche Direktorin Bildung)
Hauptanschrift: Horion-Haus, Hermann-Pünder-Straße 1, 50679 Köln
Hausanschrift: LVR-Klinik Köln, Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln
Besucherzufahrt über Köln-Ostheim: Rösrather Straße, Servatiusstraße

Bankverbindung:
Sparkasse KölnBonn
IBAN: DE79 3705 0198 1935 4473 65 mit BIC COLSDE33XXX
USt-IdNr.: DE 122 656 988, Steuer-Nr.: 214/5811/0027
LVR im Internet: www.lvr.de

Studieninformation



LVR-Institut für Forschung und Bildung (IFuB)

Wilhelm-Griesinger-Straße 23
51109 Köln

Gesamtprojektleitung: Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank

Operative Projektleitung: Dr. Sophie E. Groß
sophie.gross@lvr.de

Studie: Die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität (SoKo)

Sehr geehrte*r Ärzt*in,

das LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) führt in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen und dem LVR-Klinikum Düsseldorf eine wissenschaftliche Studie zur medizinischen Versorgungssituation von Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität) durch. Im Folgenden finden Sie wichtige Informationen zu der Studie.

1. Ziele der SoKo-Studie

In der Studie soll die somatische Versorgung von Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität) untersucht werden. Anhand der Ergebnisse sollen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Gesundheits- und Versorgungssituation entwickelt werden.

2. Aufbau der SoKo-Studie

Grundlage für die wissenschaftliche Untersuchung sind Befragungen sowie Analysen von anonymisierten Abrechnungsdaten der Techniker Krankenkasse. Es werden sowohl Patient*innen als auch Ärzt*innen befragt.

2.1. Befragungen von Ärzt*innen

Sie behandeln Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität)? Dann wenden wir uns heute an Sie. In einer schriftlichen Umfrage von Ärzt*innen wollen wir systematisch den aktuellen Versorgungsstand sowie Einflussfaktoren in der somatischen Versorgung dieser Patient*innen erfassen.

Ihre Erfahrungen und Ihre Meinung als Ärzt*in sind sehr wichtig. **Wir möchten Sie daher einladen, an unserer Befragung teilzunehmen** (siehe beigefügter Papier-Fragebogen **oder** Online-Umfrage). Damit können Sie uns helfen, die Versorgungssituation von Patient*innen mit körperlicher Erkrankung und psychischer Komorbidität zu erfassen, sodass wir in der Folge Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung entwickeln können.

Die Inhalte des Papier-Fragebogens und des Online-Fragebogens sind identisch.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 15 Min. Die Teilnahme an der Studie ist selbstverständlich freiwillig.

3. Datenschutz

Diese Umfrage ist anonym und es werden keine personenbezogenen Daten von Ihnen erhoben. Die erhobenen Daten lassen keine Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer*innen zu. Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen im Rahmen der Studie ist die Studienleitung verantwortlich.

Anlage 12: Studieninformation (AP 5)

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Nordrhein hat das Forschungsvorhaben gemäß §15 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte beraten und hat keine berufsethischen und berufsrechtlichen Bedenken gegen die Durchführung erhoben. Mit Ihrer Einwilligung erlauben Sie uns, die Fragebogendaten auszuwerten und zu wissenschaftlichen Zwecken in anonymer und aggregierter Form zu veröffentlichen.

Nach Abschluss der Studie werden die anonymen Daten zehn Jahre aufbewahrt. Danach werden alle Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Eine Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt ausschließlich in anonymer und stark zusammengefasster Form. Die veröffentlichten Ergebnisse lassen keinen Rückschluss auf einzelne Personen zu. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre freiwillige Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchst. c) DSGVO).

Die verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist: Frau Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank¹, fachliche Direktion Forschung des LVR-IFuB, LVR-Klinik Köln, Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln; Ansprechpartnerin: Dr. Sophie E. Groß, 0221-8993-606, sophie.gross@lvr.de.

Datenschutzbeauftragter des LVR-IFuB ist Herr Büder, Ottoplatz 2, 50679 Köln.

Soweit Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.demail.de.

4. Freiwillige Teilnahme

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können Ihre Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen abbrechen. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen möchten oder Ihre Teilnahme abbrechen.

5. Mögliche Risiken und Beschwerden

Die Belastung durch eine Teilnahme an Befragungen wird für die Teilnehmenden als gering eingeschätzt. Mit der Teilnahme an der Studie sind keine medizinischen Risiken verbunden.

6. So nehmen Sie teil

Wir möchten Sie einladen, den beiliegenden Fragebogen oder die Online-Umfrage auszufüllen. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens erklären Sie Ihre Einwilligung in den hier dargestellten Ablauf und die erläuterte Datenerhebung der Studie.

7. Kontakt und Ansprechpartner*innen für Fragen zur Studie

Falls Sie Fragen zu dieser Studie haben, wenden Sie sich bitte an das Studienteam:

Tel: 0221 8993-601 | E-Mail: soko@lvr.de

**Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Unterstützung.
Prof. Dr. med. Gouzoulis-Mayfrank und das SoKo-Projektteam**

¹ Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist diejenige, die über Zwecke und Mittel der Datenverarbeitung entscheidet (Art. 4 Nr. 7 DSGVO). Das ist jedenfalls die Initiatorin der Studie, so dass diese und die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten zu nennen sind. Daneben kommt – je nach Studiendesign – auch eine zusätzliche Verantwortlichkeit des lokalen Studienzentrums infrage.

Sehr geehrte Teilnehmende,

im Folgenden werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen und Aussagen gebeten.

Hinweise zur Beantwortung

Verwenden Sie bitte einen Kugelschreiber oder einen nicht zu starken Filzstift und beachten Sie den nachfolgenden Hinweis zum Ausfüllen, da dieser Fragebogen maschinell erfasst wird.

Markierung:

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Korrektur:

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Lesen Sie die Fragen und Aussagen sorgfältig durch.
Gehen Sie aber bei der Beantwortung der Fragen zügig vor, meist ist der erste Einfall der beste.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie die Fragen möglichst vollständig beantworten würden.

Der Zeitumfang hierfür beträgt ca. 15 Minuten.

Wenn nicht anders angegeben, können Sie pro Frage eine Antwortmöglichkeit auswählen.

Wir danken Ihnen für Ihre Zeit und Unterstützung.



Haben Sie Fragen?

Kontaktieren Sie uns gern.

Frau Professor Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Fachliche Direktorin Forschung
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
Tel.: 0221 8993-601
E-Mail-Adresse: soko@lvr.de

1 Allgemeines

1.1 Wie viele Patient*innen sehen Sie in Ihrer Praxis pro Quartal ca.?

Patient*innen

1.2 Wie hoch schätzen Sie den Anteil Ihrer Patient*innen, die mindestens eine somatische und mindestens eine psychische Erkrankung haben?

Kreuzen Sie bitte einen Wertebereich zwischen 0 und 100 Prozent an,
in Prozent (%)

0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-100
<input type="checkbox"/>									

1.3 Welche drei Kombinationen von somatischen und psychischen Erkrankungen sehen Sie bei Ihren Patient*innen schätzungsweise am häufigsten?

Kreuzen Sie bitte 3 somatische Erkrankungen und 3 psychische Erkrankungen an.

Somatische Erkrankung

- Schlaganfall
- Schilddrüsenerkrankung
- Adipositas
- Koronare Herzerkrankung
- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Andere, und zwar: _____

Psychische Erkrankung

- Demenz
- Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Substanzen
- Schizophrenie
- Depression
- Manische Episode
- Bipolare Störung
- Angststörung
- Zwangsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Dissoziative Störung
- Somatoforme Störung
- Essstörung
- Persönlichkeitsstörung
- Andere, und zwar: _____

Denken Sie bei folgender Frage bitte nur an Ihre Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität).

1.4 Wie häufig besuchen Patient*innen aus dieser Patient*innengruppe Ihre Praxis durchschnittlich?

- mehr als 1 Mal pro Woche
- 1 Mal pro Woche
- 1 Mal pro Monat
- 1 Mal pro Quartal
- weniger als 1 Mal pro Quartal

2 Versorgungsaspekte

Denken Sie im Folgenden bitte nur an Ihre Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität).

2.1 Ordnen Sie im Folgenden bitte ein, wie häufig Sie die verschiedenen Aspekte in der Versorgung dieser Patient*innen erleben.

	(fast) immer	(eher) häufig	(eher) selten	(fast) nie
Multimedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenadhärenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mangelnder Informationsfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bundeseinheitlicher Medikationsplan liegt nicht vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viele Behandelnde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu wenig Zeit für Gespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende Vergütung für Gespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Vergütung für den Austausch mit anderen Behandelnden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Vergütung für die Koordination der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende eigene Kenntnisse über Erkrankungen aus anderem Fachgebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsicherheit im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eingeschränkte Therapiemotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient*innen sind im Praxisablauf „schwierig“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken Sie im Folgenden bitte nur an Ihre Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität).

2.2 Ordnen Sie im Folgenden bitte ein, inwiefern Sie die verschiedenen Aspekte in der Versorgung dieser Patient*innen herausfordernd empfinden.

	sehr schwierig	eher schwierig	eher einfach	sehr einfach	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
Multimedikation	<input type="checkbox"/>				
Medikamentenadhärenz	<input type="checkbox"/>				
mangelnder Informationsfluss	<input type="checkbox"/>				
bundeseinheitlicher Medikationsplan liegt nicht vor	<input type="checkbox"/>				
viele Behandelnde	<input type="checkbox"/>				
zu wenig Zeit für Gespräche	<input type="checkbox"/>				
unzureichende Vergütung für Gespräche	<input type="checkbox"/>				
zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden	<input type="checkbox"/>				
keine Vergütung für den Austausch mit anderen Behandelnden	<input type="checkbox"/>				
keine Vergütung für die Koordination der Behandlung	<input type="checkbox"/>				
unzureichende eigene Kenntnisse über Erkrankungen aus anderem Fachgebiet	<input type="checkbox"/>				
Unsicherheit im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen	<input type="checkbox"/>				
eingeschränkte Therapiemotivation	<input type="checkbox"/>				
Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung	<input type="checkbox"/>				
Patient*innen sind im Praxisablauf „schwierig“	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>				

2.3 Behandeln Sie Patient*innen, die ausschließlich somatisch erkrankt sind?

ja Falls ja, fahren Sie bitte bei 2.4 fort.

nein Falls nein, fahren Sie bitte bei 2.6 fort.

Denken Sie im Folgenden bitte nur an Ihre Patient*innen mit somatischer/n Erkrankung(en) ohne psychische Erkrankung(en).

2.4 Ordnen Sie im Folgenden bitte ein, wie häufig Sie die verschiedenen Aspekte in der Versorgung dieser Patient*innen erleben.

	(fast) immer	(eher) häufig	(eher) selten	(fast) nie
Multimedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenadhärenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mangelnder Informationsfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bundeseinheitlicher Medikationsplan liegt nicht vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viele Behandelnde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu wenig Zeit für Gespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende Vergütung für Gespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Vergütung für den Austausch mit anderen Behandelnden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Vergütung für die Koordination der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende eigene Kenntnisse über Erkrankungen aus anderem Fachgebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsicherheit im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eingeschränkte Therapiemotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient*innen sind im Praxisablauf „schwierig“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken Sie im Folgenden bitte nur an Ihre Patient*innen mit somatischer/n Erkrankung(en) ohne psychische Erkrankung(en).

2.5 Ordnen Sie im Folgenden bitte ein, inwiefern Sie die verschiedenen Aspekte in der Versorgung dieser Patient*innen herausfordernd empfinden.

	sehr schwierig	eher schwierig	eher einfach	sehr einfach	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
Multimedikation	<input type="checkbox"/>				
Medikamentenadhärenz	<input type="checkbox"/>				
mangelnder Informationsfluss	<input type="checkbox"/>				
bundeseinheitlicher Medikationsplan liegt nicht vor	<input type="checkbox"/>				
viele Behandelnde	<input type="checkbox"/>				
zu wenig Zeit für Gespräche	<input type="checkbox"/>				
unzureichende Vergütung für Gespräche	<input type="checkbox"/>				
zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden	<input type="checkbox"/>				
keine Vergütung für den Austausch mit anderen Behandelnden	<input type="checkbox"/>				
keine Vergütung für die Koordination der Behandlung	<input type="checkbox"/>				
unzureichende eigene Kenntnisse über Erkrankungen aus anderem Fachgebiet	<input type="checkbox"/>				
Unsicherheit im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen	<input type="checkbox"/>				
eingeschränkte Therapiemotivation	<input type="checkbox"/>				
Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung	<input type="checkbox"/>				
Patient*innen sind im Praxisablauf „schwierig“	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>				

Denken Sie im Folgenden bitte nur an Ihre Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität).

2.6 Welche drei Aspekte würden Sie in der Versorgung dieser Patient*innen am ehesten verbessern?

Kreuzen Sie bitte 3 Aspekte an.
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Multimedikation | <input type="checkbox"/> eingeschränkte Therapiemotivation |
| <input type="checkbox"/> Medikamentenadhärenz | <input type="checkbox"/> Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung |
| <input type="checkbox"/> bundeseinheitlicher Medikationsplan liegt nicht vor | <input type="checkbox"/> Patient*innen sind im Praxisablauf „schwierig“ |
| <input type="checkbox"/> zu wenig Zeit für Gespräche | <input type="checkbox"/> mangelnder Informationsfluss |
| <input type="checkbox"/> unzureichende Vergütung für Gespräche | <input type="checkbox"/> keine Vergütung für die Koordination der Behandlung |
| <input type="checkbox"/> zu wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandelnden | <input type="checkbox"/> unzureichende eigene Kenntnisse über Erkrankungen aus anderem Fachgebiet |
| <input type="checkbox"/> keine Vergütung für den Austausch mit anderen Behandelnden | <input type="checkbox"/> Unsicherheit im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar | <input type="checkbox"/> viele Behandelnde |
-

3 Schnittstellen

Denken Sie im Folgenden bitte an alle Ihre Patient*innen aus Ihrem Praxisalltag.

3.1 Ordnen Sie im Folgenden bitte ein, wie Sie die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Praxis und anderen Versorgungseinrichtungen erleben.

Ich erlebe die Zusammenarbeit mit ...	sehr schlecht	eher schlecht	teils teils	eher gut	sehr gut	kann ich nicht beurteilen
... somatischen Fachabteilungen von Krankenhäusern als ...	<input type="checkbox"/>					
... psychiatrischen Fachabteilungen von Krankenhäusern als ...	<input type="checkbox"/>					
... psychiatrischen Fachkrankenhäuser als ...	<input type="checkbox"/>					
... Selbsthilfegruppen als ...	<input type="checkbox"/>					
... andere Fachärzt*innen als ...	<input type="checkbox"/>					
... Psychotherapeut*innen als ...	<input type="checkbox"/>					
... Lots*innen im Gesundheitswesen als ...	<input type="checkbox"/>					
... Sozialarbeiter*innen als ...	<input type="checkbox"/>					
... medizinischen Fachangestellte als ...	<input type="checkbox"/>					
... Krankenkassen als ...	<input type="checkbox"/>					
... sozialpsychiatrischen Zentren (SPZs) als ...	<input type="checkbox"/>					
... Pflegediensten als ...	<input type="checkbox"/>					
... folgender Einrichtung als ... und zwar: _____	<input type="checkbox"/>					

Denken Sie im Folgenden bitte nur an Ihre Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität).

3.2 Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Entlassprozess dieser Patient*innen aus somatischen Krankenhäusern in Ihre Praxis.

Wie häufig erleben Sie ...	(fast) immer	(eher) häufig	(eher) selten	(fast) nie	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
... keine besonderen Vorkommnisse und reibungslose Übergänge?	<input type="checkbox"/>				
... zu frühe Entlassungen?	<input type="checkbox"/>				
... unzureichende Vorbereitung der Patienten auf die Entlassung?	<input type="checkbox"/>				
... unzureichende Informationen für Sie als ambulant weiterbehandelnde*r Ärzt*in?	<input type="checkbox"/>				
... , dass Patient*innen (zu) spät in die ambulante Weiterbehandlung kommen?	<input type="checkbox"/>				
... lange Wartezeit auf einen Reha-Platz?	<input type="checkbox"/>				
... eine lange Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapie-Platz?	<input type="checkbox"/>				
... verspätete und/oder fehlerhafte Entlassberichte?	<input type="checkbox"/>				
... einen fehlenden bundeseinheitlichen Medikationsplan?	<input type="checkbox"/>				
... Anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/>				

Denken Sie im Folgenden bitte nur an Ihre Patient*innen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität).

3.3 Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Entlassprozess dieser Patient*innen aus der stationären psychiatrischen Versorgung in Ihre Praxis.

Wie häufig erleben Sie ...	(fast) immer	(eher) häufig	(eher) selten	(fast) nie	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
... keine besonderen Vorkommnisse und reibungslose Übergänge?	<input type="checkbox"/>				
... zu frühe Entlassungen?	<input type="checkbox"/>				
... unzureichende Vorbereitung der Patienten auf die Entlassung?	<input type="checkbox"/>				
... unzureichende Informationen für Sie als ambulant weiterbehandelnde*r Ärzt*in?	<input type="checkbox"/>				
... , dass Patient*innen (zu) spät in die ambulante Weiterbehandlung kommen?	<input type="checkbox"/>				
... lange Wartezeit auf einen Reha-Platz?	<input type="checkbox"/>				
... eine lange Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapie-Platz?	<input type="checkbox"/>				
... verspätete und/oder fehlerhafte Entlassberichte?	<input type="checkbox"/>				
... einen fehlenden bundeseinheitlichen Medikationsplan?	<input type="checkbox"/>				
... Anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/>				

4 Arbeitsbedingungen

4.1 Im Folgenden geht es darum, wie Sie Ihre Arbeitsbedingungen im Allgemeinen empfinden.

Unter hohem Zeitdruck arbeiten zu müssen, erlebe ich ...	sehr häufig	<input type="checkbox"/>	sehr selten					
Unterbrechungen meiner Arbeit durch Patient*innen, Telefon, Anfragen usw. sind ...	sehr selten	<input type="checkbox"/>	sehr häufig					
Den Anteil an Verwaltungsarbeiten in meiner Tätigkeit empfinde ich als ...	sehr gering	<input type="checkbox"/>	sehr hoch					
Es kommt vor, dass ein*e Patient*in nicht die zeitliche Aufwendung und Betreuung erhalten, die eigentlich gut für ihn*sie wäre. Diese Erfahrungen mache ich ...	sehr selten	<input type="checkbox"/>	sehr häufig					
Für den*die einzelne*n Patient*in nicht so viel Zeit zu haben, wie ich eigentlich möchte, erlebe ich ...	sehr selten	<input type="checkbox"/>	sehr häufig					
Fehlende Mittel (Material, Räumlichkeiten, Einrichtungen) behindern meine Arbeit ...	sehr gering	<input type="checkbox"/>	sehr stark					

5 Ärzt*in-Patient*in-Beziehung

5.1 Ordnen Sie im Folgenden bitte ein, inwiefern Sie den verschiedenen Aussagen zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich nehme alle meine Patient*innen so an, wie sie sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde körperliche und seelische Leiden als gleichwertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychisch erkrankte Patient*innen benötigen mehr soziale Unterstützung als somatisch erkrankte Patient*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychisch erkrankte Patient*innen haben eine geringere Gesundheitskompetenz als somatisch erkrankte Patient*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Versorgung von Menschen mit somatischer und psychischer Komorbidität kommt es vor, dass ich die somatischen Beschwerden nicht ernstnehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Versorgung von Menschen mit somatischer und psychischer Komorbidität kommt es vor, dass ich die psychischen Beschwerden nicht ernstnehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken Sie im Folgenden bitte an alle Ihre Patient*innen aus Ihrem Praxisalltag.

5.2 Ordnen Sie im Folgenden bitte ein, wie wichtig Ihnen die verschiedenen Aspekte in der Versorgung Ihrer Patient*innen sind.

Wie wichtig ist es Ihnen, ...	sehr unwichtig	eher unwichtig	eher wichtig	sehr wichtig
... verständnisvoll gegenüber Ihren Patient*innen zu reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das soziale und berufliche Umfeld Ihrer Patient*innen zu kennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein vertrauensvolles Verhältnis zu Ihren Patient*innen aufzubauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Gesprächszeiten einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die Gefühle Ihrer Patient*innen einzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Patient*innen leitliniengetreu zu behandeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3 Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen über das Erlernen von Gesprächsführung. Geben Sie Ihre Zustimmung oder Ablehnung zu den Aussagen an, indem Sie die passendste Antwort markieren.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme voll zu
Um ein*e gute*r Ärzt*in zu sein, brauche ich eine gute Gesprächsführung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Entwickeln von Gesprächsführungstechniken und das Erweitern meines medizinischen Wissens sind genauso wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Erlernen von Gesprächsführung hilft mir, Patient*innen zu respektieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Erlernen von Gesprächsführung fördert meine Teamfähigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Erlernen von Gesprächsführung hat meine Fähigkeit, Patient*innengespräche zu führen, verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Erlernen von Gesprächsführung hilft mir, Kolleg*innen zu respektieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Erlernen von Gesprächsführung hilft mir, Patient*innenrechte wie Ärztliche Schweigepflicht und „informed consent“ zu begreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche keine gute Gesprächsführung, um ein*e gute*r Ärzt*in zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es sinnvoll, während des Studiums Gesprächsführung zu erlernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Erlernen von Gesprächsführung ist relevant für das Lernen im Medizinstudium.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Erlernen von
Gesprächsführung ist
wichtig, da ich diese
Fähigkeit ein Leben lang
benötige.

6 Ihre Person

6.1 Wie alt sind Sie?

- 20-29 Jahre
- 30-39 Jahre
- 40-49 Jahre
- 50-59 Jahre
- 60-69 Jahre
- 70-79 Jahre

6.2 Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- weiblich
- männlich
- divers

6.3 In welchem Fachgebiet sind Sie tätig?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapie
- Nervenheilkunde
- psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- psychotherapeutisch tätige Ärzt*in
- Allgemeinmediziner*in/Hausärzt*in
- Internist*in
- Sonstiges, und zwar: _____

6.4 Wie lange sind Sie bereits als niedergelassene*r Ärzt*in tätig?

- weniger als 5 Jahre
- 5-10 Jahre
- 11-20 Jahre
- 21-30 Jahre
- mehr als 30 Jahre

6.5 Befindet sich Ihre Praxis in einer städtischen oder in einer ländlichen Region?

- städtisch
- ländlich

6.6 Sind Sie in Voll- oder Teilzeit tätig?

- Vollzeit
- Teilzeit

6.7 Sind Sie selbstständig oder angestellt tätig?

- selbstständig
- angestellt

7 Wünsche an das Gesundheitssystem

7.1 Welche Wünsche an das Gesundheitssystem, die Ihnen die Arbeit mit Menschen mit einer Kombination somatischer und psychischer Erkrankung(en) (Komorbidität) erleichterten, haben Sie?

(in Stichpunkten und gut lesbar)

Anlage 15: Behandlungskontinuität im ambulanten vertragsärztlichen Versorgungssektor (AP1)

*Tabelle 1 Anzahl der Patient*innen mit F-Diagnosen aus ausschließlich einer F-Diagnosegruppe*

	n
F-Diagnosegruppe 00-09	17.317
F-Diagnosegruppe 10-19	49.744
F-Diagnosegruppe 20-29	1.739
F-Diagnosegruppe 30/31	532
F-Diagnosegruppe 32-39	62.460
F-Diagnosegruppe 43/44	41.956
F-Diagnosegruppe F4 außer 43/44	93.362
F-Diagnosegruppe 50	2
F-Diagnosegruppe 51-59	17.641
F-Diagnosegruppe 60-69	1.874
F-Diagnosegruppe 70-79	608
F-Diagnosegruppe 80-89	844
F-Diagnosegruppe 90-99	3.504