

Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Sophie Sagerschnig
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Daniela Kern
Marlene Sator
Martin Zuba

Unter Mitarbeit von:

Dominik Mühlbacher

Fachliche Begleitung:

Caroline Gorfer (TGKK)
Johannes Gregoritsch (HVB)
Katharina Hintringer (TGKK)
Michael Kierein (BMASGK)
Berthold Reichardt (BGKK)
Maria Sagl (BMASGK)
Andreas Vranek (HVB)

Projektassistenz:

Menekşe Yilmaz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeber wieder.

Wien, im Februar 2018

Im Auftrag des Bundesministeriums Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

Zitiervorschlag: Sagerschnig, Sophie; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela; Sator, Marlene; Zuba, Martin (2018): Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/1/4764

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen stieg in den vergangenen 20 Jahren stark an, gleichzeitig wurden die Versorgungsangebote – unter anderem in den Bereichen Psychotherapie und psychiatrische Rehabilitation – erweitert. Analysen der Inanspruchnahme dieser Leistungen basieren hauptsächlich auf Routinedaten der Sozialversicherungsträger. Für die Qualitätssicherung und Angebotsoptimierung im psychosozialen Bereich fehlen aber – in Ergänzung dieser Routinedaten – bislang vertiefende Informationen zu individuellen Patientenpfaden und Fallverläufen. Ziel der vorliegenden Studie war es, mittels eines Mixed-Methods-Ansatzes, unterstützende und hindernde Faktoren für Therapieeinstieg, -verlauf und -erfolg oder -abbruch sowie für die Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation der Betroffenen zu identifizieren.

Methoden

Die in die Studie einbezogene Stichprobe beinhaltet alle bei der BGKK und TGKK versicherten Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2013 ambulante Psychotherapie und/oder stationäre PSY-Reha in Anspruch genommen haben und zum Stichtag 1. 7. 2013 mindestens 23 Jahre alt waren. In die Analysen wurden auch die Daten von deren Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychischer Leistungen im Jahr davor und in den beiden Jahren danach einbezogen, um etwaige typische Verläufe identifizieren zu können. Es wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, bei dem in einem ersten Schritt eine quantitative Analyse von Routinedaten der beiden Kassen in Hinblick auf die Inanspruchnahme von psychischen Leistungen vorgenommen wurde. Als exploratives statistisches Verfahren wurde hierbei eine Clusteranalyse angewandt. In weiterer Folge wurde anhand dieses Datensatzes eine qualitative Befragung von Patientinnen und Patienten durchgeführt.

Ergebnisse

Zwischen den Stichproben der beiden Kassen zeigen sich große Unterschiede. Beispielsweise sind die Personen der Stichprobe der BGKK im Schnitt (Median) 12 Jahre älter als jene der TGKK. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die Psychotherapie durch Versorgungsvereine oder Institutionen in Anspruch nehmen, ist bei der TGKK mit 31 Prozent deutlich höher als bei der BGKK mit acht Prozent. 70 Prozent aus der Stichprobe der BGKK, aber nur 38 Prozent aus jener der TGKK bekamen Antidepressiva verordnet. Bei der Clusteranalyse wurden für die BGKK drei Cluster, für die TGKK vier Cluster identifiziert. In Summe zeigen sich bei der getrennten Auswertung der Daten der beiden Kassen wenige Ähnlichkeiten. Anhand der Daten kann nicht gesagt werden, welchen Einfluss die Altersstruktur und die möglicherweise dadurch bedingte unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben haben bzw. inwieweit ein unterschiedlich ausgestaltetes Versorgungsangebot Erklärung für diese Unterschiede sein kann.

Während sich bei der quantitativen Analyse der Abrechnungsdaten durch eine unterschiedliche Altersverteilung und ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten für die beiden Kassen völlig unterschiedliche Bilder zeigen, sind diese Unterschiede bei den qualitativen Interviews nicht zu finden. Die Aussagen hinsichtlich des Einstiegs ins Hilffssystem sowie fördernder und hindernder Faktoren sowie die Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Inanspruchnahme psychischer Leistungen unterschieden sich bei Patientinnen und Patienten beider Kassen nicht. Bei grundsätzlich vorwiegend positiven Erfahrungen mit den in Anspruch genommenen medizinischen, psychotherapeutischen und/oder rehabilitativen Behandlungsangeboten führen die befragten Betroffenen insbesondere die Stigmatisierung, die Antragstellung auf Berufsunfähigkeitspension, Informations- und Kommunikationsdefizite und finanzielle Rahmenbedingungen als hinderliche Faktoren im Behandlungsverlauf an. Verbesserungsbedarf sehen sie in erster Linie in den Bereichen Information, Öffentlichkeitsarbeit, Entstigmatisierung und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten als Sachleistung.

Schlussfolgerungen

Eine wesentliche Erkenntnis der vorliegenden Studie ist, dass quantitative Analysen von Routinedaten regional zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen können und Ergebnisse von einer Gebietskrankenkasse nicht auf andere Kassen 1:1 übertragbar sein dürften. Schlussfolgerungen aufgrund der Daten einer einzigen Kasse sollten daher mit entsprechender Vorsicht gezogen werden. Die Ergebnisse der qualitativen Befragung liefern wertvolle Einblicke in die Situation „hinter den Daten“ und machen für die Patientinnen und Patienten bedeutsame Faktoren sichtbar, die aus den Routinedaten nicht herauszulesen sind und die für die Optimierung der Angebote von zentraler Bedeutung sein sollten. Die Kombination von qualitativen und quantitativen Daten ist daher in Zukunft einer einseitigen Auswertung vorzuziehen. Als Handlungsfelder für eine vertiefte Bearbeitung wurden identifiziert: Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; bedarfs- und chancengerechte Versorgung und eine geschlossene, vernetzte Versorgungskette; Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf psychische Gesundheit; Rehabilitation und Unterstützungsangebote zur Reintegration in den Arbeitsprozess. Fragen zur Rolle der Diagnostik, zur Rolle der ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen und zur teilweise sehr kurzen Inanspruchnahme von Psychotherapie sollten ebenfalls in weiteren Studien untersucht werden.

Schlüsselwörter

kassenfinanzierte Psychotherapie, psychiatrische Rehabilitation, Mixed-Method-Ansatz, fördernde und hindernde Faktoren, Clusteranalyse, qualitative Interviews

Summary

Background

The use of health care services due to mental illnesses has risen sharply over the past 20 years, while at the same time the provision of care – including psychotherapy and psychiatric rehabilitation – has been expanded. Analyses of the use of these services are mainly based on routine data from the social security system. In addition to these routine data, in-depth information on individual patient pathways and case histories would be important for quality assurance and offer optimization in the psychosocial field. The aim of the present study was to identify supporting and hindering factors for the onset, course and success or discontinuation of therapy as well as for the improvement of the general life situation of those affected by using a mixed-methods approach.

Methods

The sample covered by the study includes all patients insured by BGKK and TGKK who received outpatient psychotherapy and/or in-patient psychiatric rehabilitation in 2013 and were at least 23 years old as of 1 July 2013. The analyses also included data on the use of mental health services by the selected persons in the year before and in the two years after to identify possible typical pathways. A mixed-methods approach was chosen, in which a quantitative analysis of routine data on the use of mental health services from the two health insurance companies was carried out in a first step. A cluster analysis was used as an explorative statistical method. Subsequently, a qualitative survey of patients was conducted from this data set.

Results

There are large differences between the samples of the two insurance companies. For example, the BGKK sample is on average (median) 12 years older than the TGKK sample. With 31 percent, the proportion of patients who take up psychotherapy through care associations or institutions is significantly higher at TGKK than at BGKK with eight percent. 70 percent of the BGKK sample but only 38 percent of the TGKK sample were prescribed antidepressants. In the cluster analysis, three clusters were identified for the BGKK and four clusters for the TGKK. In sum, there are few similarities in the separate evaluation of the data of the two insurances. The data cannot be used to determine the influence of the age structure and hence the possible differences in the composition of the samples, and the extent to which different characteristics of the care offers can be an explanation for these differences, respectively.

While the quantitative analysis of the routine data showed completely different results due to different age distribution and different usage patterns for the two health insurance companies, these differences could not be found in the qualitative interviews. The statements on access to the care system as well as on factors that promoted or hindered the use of mental health services and suggestions for improvement did not differ between patients of both health insurance providers.

Respondents reported generally positive experiences with medical, psychotherapeutic and/or rehabilitative treatment. Stigmatisation, application for occupational invalidity pension, information and communication deficits and financial parameters are cited as hindering factors in the course of treatment. Respondents see a need for improvement primarily in the areas of information, public relations and de-stigmatisation and financing of psychotherapeutic treatment.

Conclusion

A key finding of the present study is that quantitative analyses of routine data can produce very different results regionally and that results from a regional health insurance company may not be transferable 1:1 to other health insurance companies. Conclusions based on the data of a single insurance company should therefore be drawn with caution. The results of the qualitative survey provide valuable insights into the situation "behind the data" and make significant factors visible which cannot be read out of the routine data and which should be of central importance for the optimization of the offers. The combination of qualitative and quantitative data is therefore preferable to a one-sided analysis in the future. The following fields of action were identified for more in-depth processing: Health promotion, prevention and early detection; demand-oriented and fair care and a closed and coordinated supply chain; improvement of health literacy in relation to mental health; and rehabilitation and support for reintegration into the work process. Questions concerning the role of diagnostics, the role of medical psychotherapeutic services and the sometimes very short use of psychotherapy should be investigated in further studies.

Keywords

health insurance company-financed psychotherapy, psychiatric rehabilitation, mixed-method approach, supporting and hindering factors, cluster analysis, qualitative interviews

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Abbildungen.....	VIII
Tabellen	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1 Einleitung	1
2 Design/Methoden	2
2.1 Routinedaten der Inanspruchnahme	2
2.2 Methodik der qualitativen Erhebung	7
2.3 Grenzen der Methodik	8
3 Ergebnisse der quantitativen Analyse	10
3.1 Beschreibung der Stichprobe	10
3.2 Ergebnisse der Clusteranalyse	13
3.2.1 Beschreibung der Patientengruppen der BGKK	13
3.2.2 Beschreibung der Patientengruppen der TGKK	16
3.2.3 Zusammenfassung	20
3.3 Identifikation von Fallverläufen anhand von Routinedaten	22
4 Ergebnisse der qualitativen Analyse	24
4.1 Beschreibung der Stichprobe	24
4.2 Ergebnisse	25
4.2.1 Einstieg ins Hilffsystem	25
4.2.2 Grund der Inanspruchnahme	25
4.2.3 Förderliche Faktoren im Behandlungsverlauf	26
4.2.4 Hinderliche Faktoren im Behandlungsverlauf	27
4.2.5 Verbesserungsbedarf	28
5 Übergreifende Betrachtung der quantitativen und qualitativen Analysen	30
6 Schlussfolgerungen	31
6.1 Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung	31
6.2 Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen	31
6.3 Gesundheitskompetenz: Information und Kommunikation	32
6.4 Rehabilitation	33
6.5 Resümee	33
7 Ausblick	34
8 Literatur	35
Anhang	37

Abbildungen

Abbildung 3.1:	BGKK – Cluster 1: „ausschließlich ärztlich-ambulant betreute Pensionistinnen und Pensionisten“	14
Abbildung 3.2:	BGKK – Cluster 2: „am meisten Leistungen in Anspruch nehmende Gruppe“...	15
Abbildung 3.3:	BGKK – Cluster 3: „Inanspruchnahme von Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten“	16
Abbildung 3.4:	TGKK – Cluster 1: „Inanspruchnahme aller drei ambulanten Leistungen“	17
Abbildung 3.5:	TGKK – Cluster 2: „in erster Linie Inanspruchnahme von Psychotherapie“	18
Abbildung 3.6:	TGKK – Cluster 3: „vorwiegend Frauen, alle mit Psychotherapie, nahezu alle mit Arbeitsunfähigkeitstagen“	19
Abbildung 3.7:	TGKK – Cluster 4: „Inanspruchnahme psychiatrischer Rehabilitation ohne niedergelassene Psychotherapie“	20

Tabellen

Tabelle 2.1:	Darstellung der miteinander bezogenen kassenfinanzierten psychischen Leistungen	4
Tabelle 2.2:	In die Clusteranalyse miteinbezogene Variablen.....	6
Tabelle 3.1:	Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychischer Leistungen im Jahr 2013 nach Krankenkasse	12
Tabelle 3.2:	Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychischer Versorgungsleistungen durch Personen, die im Jahr 2013 eine PSY-Reha in Anspruch genommen haben.....	23
Tabelle 4.1:	Merkmale der Stichprobe für die qualitative Analyse	24

Abkürzungsverzeichnis

AMS	Arbeitsmarktservice
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
AU	Arbeitsunfähigkeitstage
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
FÄ/FA	Fachärztin/Facharzt
FÄ/FA-PSY	Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie
Ges.f.P.V.T.	Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IPR	Institut für Psychotherapie im ländlichen Raum
KH	Krankenhaus
KA-BT	Krankenhausbelagstage
KIPKE	Projekt: Kinder psychisch erkrankter Eltern
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
PSY	Psychiatrie
PSY-Reha	psychiatrische Rehabilitation
PT	Psychotherapie
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SVT	Sozialversicherungsträger
TEWEB	telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse

1 Einleitung

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen stieg in den vergangenen 20 Jahren stark an, gleichzeitig wurden die Versorgungsangebote erweitert (unter anderem in den Bereichen Psychotherapie und psychiatrische Rehabilitation). Psychische Erkrankungen verursachen direkte und indirekte Kosten und haben somit eine große volkswirtschaftliche Bedeutung.

Im Jahr 2009 analysierte die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in Kooperation mit der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (BGKK) anhand der Daten aus dem Jahr 2007 sektorenübergreifend Routinedaten der psychosozialen Versorgung – Inanspruchnahme von Psychotherapie, Psychopharmakaverordnungen und Aufenthalte in Krankenanstalten aufgrund psychischer Erkrankungen (siehe dazu Eggerth et al., 2010). Zudem erfasst die GÖG seit 2001 wiederholt die Versorgung mit gänzlich oder teilweise von den Sozialversicherungsträgern (SVT) finanzierter Psychotherapie (Grabenhofer-Eggerth und Sator 2017 – in Vorbereitung). Die genannten Studien basieren auf den Auswertungen von Routinedaten der Sozialversicherungsträger. Für die Qualitätssicherung und Angebotsoptimierung im psychosozialen Bereich fehlen aber bislang diese Routinedaten ergänzende, vertiefende Informationen zu individuellen Patientenpfaden und Fallverläufen. Diese könnten wichtige Daten hinsichtlich unterstützender und hindernder Faktoren für Therapieeinstieg, -verlauf und -erfolg oder -abbrüche sowie in Bezug auf die allgemeine Lebenssituation der Betroffenen liefern.

Auch zum Thema psychiatrische Rehabilitation (PSY-Reha) gibt es mittlerweile zahlreiche Studien (vgl. Piso und Reinsperger 2014), aber auch hier fehlen bislang Studien über Patientenpfade und Fallverläufe.

In der vorliegenden Arbeit wurden, einem Mixed-Methods-Ansatz folgend, nach einer Analyse von Routinedaten für die Bereiche Psychotherapie und PSY-Reha der beiden Krankenkassen, Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) und BGKK, jeweils mittels einer qualitativen Patientenbefragung Hinweise zu unterstützenden und hindernden Faktoren für Therapieerfolg und Verbesserung der Lebenssituation ermittelt. Die Ergebnisse der quantitativen Analysen waren dabei teilweise Basis für die Konzeption der qualitativen Fragestellungen. Im Fokus standen dabei nicht die Darstellung des Leistungsgeschehens oder die Messung der Ergebnisqualität der jeweiligen Angebote, sondern mittels einer explorativen Herangehensweise das Entwickeln eines Verständnisses, wie Verläufe in der psychosozialen Versorgung aussehen können, wo in diesem Bereich Hürden liegen und welche Faktoren dort als unterstützend wahrgenommen werden.

2 Design/Methoden

Es wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, bei dem in einem ersten Schritt eine quantitative Analyse von Routinedaten der TGKK und BGKK betreffend die Inanspruchnahme von psychischen Leistungen vorgenommen wurde. Als exploratives statistisches Verfahren wurde hierbei eine Clusteranalyse angewandt. In weiterer Folge wurde aus diesem Datensatz eine qualitative Befragung von Patientinnen und Patienten mit Psychotherapieleistungen, von Patientinnen und Patienten mit in Anspruch genommener PSY-Reha und von Patientinnen und Patienten mit Psychotherapie und PSY-Reha durchgeführt. Im Sinne des gewählten Mixed-Methods-Designs sollten sich aus der quantitativen Auswertung teilweise auch Fragestellungen für die qualitative Erhebung ergeben.

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die qualitativen Interviews erfolgte über schriftliche Einladung der Sozialversicherungsträger BGKK bzw. TGKK. Die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte nach festgelegten Kriterien hinsichtlich Geschlecht, Alter und – soweit möglich – Region (vgl. Kapitel 4.1).

Im Sinne des qualitativen Ansatzes war dabei statistische Repräsentativität kein entscheidendes Auswahlkriterium, sondern Gegenstandsangemessenheit. Ziel ist die Rekonstruktion von Patientenpfaden und die Identifikation den Therapieerfolg und die Verbesserung der Lebenssituation fördernder und hindernder Faktoren, nicht jedoch die Ermittlung von deren quantitativen Ausprägungen. Insgesamt stellen die in diesem Vorgehen zum Tragen kommende Offenheit im Zugang und der Prozesscharakter zentrale methodologische Prinzipien qualitativer Sozialforschung dar und unterscheiden sich von Methoden der quantitativ-standardisierenden Sozialforschung: Im Vordergrund stehen die Explorationsfunktion und die Hypothesengenerierung (anstelle der Hypothesenüberprüfung). Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden bietet u. a. die Chance einer Exploration als Grundlage für (weitere) quantitative Untersuchungen und jene der Absicherung und Erweiterung quantitativer Ergebnisse (Lamnek 2010, 264).

Das Datenmaterial besteht aus Tonbandaufzeichnungen aller geführten Interviews. Aufgrund der eingeschränkten Projektressourcen wurde nicht das gesamte Interviewmaterial transkribiert und ausgewertet, sondern der Fokus der Auswertung auf ausgewählte zentrale Aspekte gelegt (vgl. Kap. 2.2). Grundsätzlich bietet das reichhaltige Interviewmaterial noch eine Fülle an Auswertungsmöglichkeiten für weitere Fragestellungen. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Form einer verkürzten strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Kap. 2.2).

2.1 Routinedaten der Inanspruchnahme

Zu Projektbeginn wurden gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der BGKK und der TGKK die zur Verfügung stehenden Routinedaten gesichtet und die für die Darstellung der psychosozialen Versorgung (mit Fokus auf Psychotherapie und PSY-Reha) relevanten Daten ausgewählt, deren Vergleichbarkeit überprüft wurde.

Die in die Auswertungen einbezogene Stichprobe beinhaltet alle bei der BGKK und TGKK versicherten Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2013 ambulante Psychotherapie und/oder stationäre PSY-Reha in Anspruch genommen haben und zum Stichtag 1. 7. 2013 mindestens 23 Jahre alt waren. In die Analysen wurden auch die Daten von deren Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychischer Leistungen im Jahr davor und in den beiden Jahren danach einbezogen, um möglicherweise bereits in den Routinedaten typische Verläufe identifizieren zu können.

Ziel der Altersbegrenzung war es, kinder- und jugendpsychiatrisch versorgte Patientinnen und Patienten auszuschließen, da davon ausgegangen wird, dass bei der Versorgung dieser Gruppe spezifische Problemstellungen zu berücksichtigen sind (z. B. die geringe Zahl von Kinder- und Jugend-Psychiaterinnen/-Psychiatern), die in einer gesonderten Studie zu untersuchen wären.

Die Auswertungen erfolgten für die in Tabelle 2.1 beschriebenen in Anspruch genommenen kassenfinanzierten psychischen Leistungen der Jahre 2012 bis 2015.

Tabelle 2.1:

Darstellung der miteinbezogenen kassenfinanzierten psychischen Leistungen

Leistung allgemein	Leistung spezifisch	Indikator 1	Indikator 2	Indikator 3
ambulante Psychotherapie	Versorgungsverein/Institution ¹	Anzahl Therapieeinheiten nach Jahr		
	Kostenzuschuss ²	Anzahl Therapieeinheiten nach Jahr		
ambulante ärztliche Leistungen	ambulante ärztliche psychotherapeutische Leistungen (PSY III)	Anzahl Minuten nach Jahr		
	Behandlung bei FÄ/FA Psychiatrie	Anzahl Arztkontakte nach Jahr		
Psychopharmaka-Verordnungen	Antidepressiva (ATC: N06A)	Anzahl Verordnungen nach Jahr		
	Antipsychotika (ATC: N05A)	Anzahl Verordnungen nach Jahr		
	Opiat-Substitutionsmittel (ATC: N07BS)	Anzahl Verordnungen nach Jahr		
Krankenhausaufenthalte mit F-Hauptentlassungsdiagnose		Anzahl Aufenthalte nach Jahr ³	Anzahl Belagstage	Diagnosen
PSY-Reha	stationär	Anzahl Aufenthalte nach Jahr	Dauer	Diagnosen
Arbeitsunfähigkeit ⁴		Anzahl Tage nach Jahr		
Arbeitsunfähigkeit wg. F-Diagnose		Anzahl Tage nach Jahr		

¹ über einen Versorgungsverein oder eine Institution organisierte Psychotherapie als Sachleistung bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin / einem niedergelassenen Psychotherapeuten

² Die Zuschussregelung im Bereich der Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/-therapeuten wurde in Ermangelung eines Gesamtvertrags eingeführt, die Zuschüsse sind seit 1992 nur bei einzelnen Kassen (VAEB, BVA, SVB) erhöht worden.

³ Im Datensatz der BGKK wurden Aufenthalte, die sich über zwei Kalenderjahre erstreckten, jenem Jahr zugerechnet, in dem der Aufenthalt geendet hat. Ebenso wurde mit den Belagstagen verfahren. Im Datensatz der TGKK hingegen wurden der Aufenthalt und die Belagstage in solchen Fällen jenem Jahr hinzugezählt, in dem der Aufenthalt begonnen hat.

⁴ Im Datensatz der BGKK wurden in Fällen, in denen eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung Tage aus mehreren Jahren beinhaltet, alle Tage (auch von Vorjahren) jenem Jahr zugerechnet, in dem die Arbeitsunfähigkeit geendet hat. Im Datensatz der TGKK hingegen wurde für jedes betroffene Jahr die genaue Zahl an Tagen berechnet und dem jeweiligen Jahr zugeordnet.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusätzlich zu den in Anspruch genommenen Leistungen wurden von den Patientinnen und Patienten die soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht erhoben.

Angewandte Techniken:

Neben einfachen deskriptiven Statistiken wurde als multivariate explorative Technik die Clusteranalyse angewandt. Die Clusteranalyse ist ein exploratives Verfahren, bei dem, ausgehend von der Datenstruktur, durch systematische Verarbeitung von Datensätzen anhand der Ähnlichkeiten zwischen Einzeldaten in Hinblick auf Merkmalsausprägungen Gruppen gebildet werden. Die identifizierten Cluster zeichnen sich dadurch aus, dass innerhalb eines Clusters das Leistungsspektrum

möglichst ähnlich und zwischen Clustern möglichst unterschiedlich ist (Kaufman/Rousseeuw 2009). In der vorliegenden Untersuchung wurde mittels Clusteranalyse versucht, anhand des Inanspruchnahmeverhaltens bei kassenfinanzierten psychischen Leistungen und anhand der erfassten soziodemografischen Variablen mögliche Patiententypen zu identifizieren.

Datenaufbereitung für die Clusteranalyse

In Vorbereitung des Datensatzes für die Clusteranalyse wurden in einem ersten Schritt die relevanten Indikatoren aus den Routinedatensätzen der Krankenkassen jeweils über die vier interessierenden Jahre (2012–2015) summiert, d. h. aus vier Variablen, die sich jeweils auf ein Jahr bezogen, wurde eine Variable, die die Information aller vier Jahre enthält, berechnet. Aus diesen neu gebildeten Variablen wurden in einem zweiten Schritt jeweils noch weitere, dichotome Variablen kreiert, die zwischen Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme der jeweiligen Leistung in den vier Jahren unterscheiden. Dies deshalb, da die Inanspruchnahme bzw. die Nichtinanspruchnahme einer Leistung inhaltlich wesentlich aussagekräftiger ist als z. B. die Information, ob eine Person in diesem Zeitraum 18 oder 22 Psychotherapieeinheiten in Anspruch genommen hat.

In weiterer Folge wurden die zwei Indikatoren „Psychotherapie bei einem Versorgungsverein“ und „bezuschusste Psychotherapie“ zu einer Variable zusammengefasst, da beide Variablen dieselbe Leistung – nämlich Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten – abfragen. Der Unterschied liegt lediglich in der Finanzierung der Leistung, was für die Fragestellung an dieser Stelle nicht relevant ist. Die Informationen zu den Diagnosen wurden aus methodischen Gründen nicht in die Clusteranalyse mitaufgenommen. Diese Informationen sind nur für jene Personen ($n = 1.802$, 15 %), die einen stationären Krankenhausaufenthalt in den interessierenden Jahren hatten, bekannt und hätten das Clustering unverhältnismäßig beeinflusst.

Folgende in Tabelle 2.2 dargestellten Variablen gingen in die Clusteranalyse ein:

Tabelle 2.2:
In die Clusteranalyse miteinbezogene Variablen

Bezeichnung Variable	Beschreibung Variable
Alter	Alter der Patientin / des Patienten
Geschlecht	Geschlecht der Patientin / des Patienten
ärztliche PT	Wurde mindestens einmal eine ärztliche psychotherapeutische Leistung in den Jahren 2012 bis 2015 in Anspruch genommen?
niedergelassene PT	Wurde mindestens eine Einheit bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin / einem niedergelassenen Psychotherapeuten in den Jahren 2012-2015 in Anspruch genommen?
FÄ/FA-PSY	Wurde mindestens ein Termin bei einer Fachärztin / einem Facharzt für Psychiatrie in den Jahren 2012-2015 wahrgenommen?
Antidepressiva	Wurden mindestens einmal Antidepressiva in den Jahren 2012-2015 verordnet?
Antipsychotika	Wurden mindestens einmal Antipsychotika in den Jahren 2012-2015 verordnet?
KH (F-Diagnose)	Gab es mindestens einen Krankenhausaufenthalt wegen einer F-Diagnose in den Jahren 2012-2015?
Psy-Reha	Gab es mindestens einen Psy-Reha-Aufenthalt in den Jahren 2012-2015?
AU	Gab es mindestens einen Arbeitsunfähigkeitstag in den Jahren 2012-2015?
AU (F-Diagnose)	Gab es mindestens einen Arbeitsunfähigkeitstag wegen F-Diagnosen in den Jahren 2012-2015?

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Um Abweichungen in verschieden verteilten und skalierten Variablen vergleichbar zu machen, wurden **standardisierte z-Scores** gebildet. Dabei wird der Mittelwert von den individuellen Merkmalsausprägungen abgezogen und das Resultat durch die Standardabweichung dividiert:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma}$$

Die daraus resultierenden z-Scores weisen einen Mittelwert von 0 und eine Standardabweichung von 1 auf und lassen sich wie folgt interpretieren: Ein Wert kleiner als 0 bezeichnet einen unterdurchschnittlichen, ein Wert größer als 0 einen überdurchschnittlichen Wert. Je höher der Absolutwert des z-Scores ist, desto auffälliger ist die Abweichung vom Mittelwert. Beispielsweise würden bei einer binären Variablen, bei der fast alle Individuen die Merkmalsausprägung 0 haben, seltene als 1 kodierte Individuen einen relativ hohen z-Score zugewiesen bekommen.

Einteilung in Cluster

Die Einteilung in Cluster basiert auf der Berechnung der Distanz zwischen den Datenpunkten im elfdimensionalen Raum. Mehrere Methoden können angewandt werden, um aus den Distanzen eine Einteilung in Cluster zu errechnen. Alle diese Methoden zielen prinzipiell darauf ab, die Varianz der Merkmalsausprägungen innerhalb der Cluster zu minimieren und zwischen den Clustern zu maximieren. Für diese Analyse wurde Wards hierarchischer Algorithmus angewandt (Murtagh/Legendre 2014).

Dabei ergibt sich folgender Trade-off: Je mehr Cluster es gibt, desto homogener können diese Cluster gestaltet werden. Eine zu große Anzahl an Clustern ist jedoch für den Zweck der Zusammenfassung der Individuen in wenige Gruppen ungeeignet. In der Praxis wird dieses Problem gelöst, indem die Anzahl der Cluster so gewählt wird, dass diese einen relativ hohen Anteil an Unterschieden erklärt (Thorndike 1953).

Sensitivitätsanalyse

Um die Clusteranalyse gegenüber zufälligen Ausreißern robuster zu gestalten, wurde folgendes Bootstrap-Verfahren angewandt: Aus dem Sample der Individuen wurden 100 Zufallsstichproben von jeweils 80 Prozent (ohne Zurücklegen) gezogen. Für diese Stichproben wurde die Clustereinteilung separat berechnet. Anschließend wurde jedem Individuum jener Cluster zugewiesen, in den es in der Mehrzahl der Durchläufe eingeteilt wurde (vgl. Eggerth et al. 2005).

Die statistischen Analysen erfolgten mittels der Statistikprogramme SPSS und R (R Core Team 2017).

Fallverläufe

Um zu prüfen, ob anhand der Routinedaten grobe Hinweise auf Fallverläufe zu finden sind, wurde mittels der (sehr kleinen) Substichprobe von Personen, die im Jahr 2013 eine psychiatrische Rehabilitation in Anspruch genommen hatten, analysiert, welcher Prozentsatz dieser Personen im Jahr davor und in den beiden Jahren danach unterschiedliche psychische Leistungen in Anspruch genommen hat.

2.2 Methodik der qualitativen Erhebung

Die qualitative Erhebung erfolgte mittels jeweils einstündiger Leitfadeninterviews. Gemäß Auftrag war es das Ziel der qualitativen Patientenbefragung, Hinweise zu unterstützenden und hindernden Faktoren für Therapieerfolg und Verbesserung der Lebenssituation zu liefern. Es geht dabei um das Entwickeln eines Verständnisses, wie Verläufe in der psychosozialen Versorgung aussehen können, wo in diesem Bereich Hürden liegen und welche Faktoren dort als unterstützend wahrgenommen werden. Dementsprechend waren die Leitfragen für die Interviews darauf gerichtet, den Blick der Interviewten auf das System einzunehmen, ein Verständnis für hindernde und fördernde Faktoren in der Behandlung zu bekommen und so auch mögliche unbeachtete Probleme im Behandlungssystem sichtbar zu machen, die in weiteren Analysen vertiefend bearbeitet werden können. Außerdem wurde darauf geachtet, durch die Interviews Antworten auf offene Fragen zu erhalten, die sich aus der quantitativen Erhebung ergaben (z. B. die Nichterklärbarkeit der Reihenfolge der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in der quantitativen Erhebung oder der Zugang zu den jeweiligen Behandlungen).

Der Leitfaden enthielt folgende Hauptfragen (vgl. Leitfaden im Anhang):

- » Sie haben im Jahr 2013 Psychotherapie bzw. eine psychiatrische Rehabilitation in Anspruch genommen – wie ist es dazu gekommen?
- » Wie war Ihre berufliche und soziale Situation im Jahr 2013 und in den Jahren davor?
- » Wie ist es nach Ihrem Rehabilitationsaufenthalt bzw. nach Ihrer Psychotherapie weitergegangen? Haben Sie danach noch medizinische/psychotherapeutische/berufliche Unterstützung in Anspruch genommen?
- » Wie waren Ihre Erfahrungen mit den medizinischen/psychotherapeutischen/beruflichen/sozialen Unterstützungsangeboten? Was war hilfreich für Sie? Was war hinderlich/schwierig?
- » Was sind Ihre zentralen Anliegen auf Basis dieser Erfahrungen? Was würden Sie am besten System verändern?

Die Interviews wurden in Form von Tonbandprotokollen aufgezeichnet, nachdem die Zustimmung der befragten Personen eingeholt worden war. Die Auswertung erfolgte anhand einer verkürzten strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (in Flick et. al 1991). Sie hat das Ziel, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern und unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen, das dann in einzelne Kategorien untergliedert wird (theoriegeleitete Zusammenstellung eines Kategoriensystems). In einem ersten Schritt wurden daher entsprechend der gewählten Auswertungsmethode die Auswahlkriterien festgelegt, um nur die für die gegenständliche Analyse interessierenden Aspekte herauszufiltern (in Flick et. al 1991). Dabei wurden seitens des Projektteams jene Aspekte gewählt, die für eine erste explorative Analyse sowie im Konnex mit der quantitativen Analyse und dem Fokus des Auftrags am ehesten zusätzliche Antworten bezüglich unterstützender und hindernder Faktoren für Therapieerfolg und Verbesserung der Lebenssituation liefern konnten. Diese Aspekte waren: (a) Einstieg ins Hilffsystem, (b) förderliche und hinderliche Faktoren und (c) Verbesserungsbedarf. In der Folge wurden für die Interviews anhand der festgelegten Kategorien selektive Protokolle erstellt und die relevanten Passagen schlagwortartig transkribiert. Weiters wurden für die einzelnen Kategorien typische Textpassagen („Ankerbeispiele“) identifiziert. Durch diese Kategorisierung erfolgte eine erste Reduzierung des Interviewmaterials. Im zweiten Schritt wurde das Kategoriensystem anhand des bestehenden Materials überarbeitet, bei Bedarf wurden Subkategorien zur Ergebnisaufbereitung gebildet.

2.3 Grenzen der Methodik

Zu den quantitativen Auswertungen der Kassendaten ist einschränkend anzumerken, dass es sich bei den dargestellten Ergebnissen um Auswertungen aus Routinedokumentations- bzw. Verrechnungssystemen handelt. Diese Daten wurden also nicht für wissenschaftliche Zwecke erhoben. Es kann aber dennoch davon ausgegangen werden, dass die Datenqualität für die Zwecke dieser Studie ausreichend ist.

Limitationen der qualitativen Leitfadenterviews liegen darin, dass bei der Gruppe der Befragten ein Extremgruppeneffekt möglicherweise nicht auszuschließen ist: Es ist möglich, dass sich aus der Stichprobe jener Personen, die zu Interviews eingeladen wurden, v. a. Personen, die mit ihrer Versorgung besonders zufrieden sind und Personen, die mit ihrer Versorgung besonders unzufrieden sind, rückgemeldet haben. Darüber hinaus hatten sich möglicherweise insbesondere Personen, die einen besonders hohen Redebedarf bezüglich ihrer Erkrankung und Versorgung gehabt hatten, gemeldet, weil sie sich einen Entlastungseffekt durch das einstündige Interview erhofft hatten, den sie teilweise auch rückgemeldet haben. In Hinblick auf das Antwortverhalten der Befragten ist des Weiteren auch ein Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit nicht auszuschließen.

3 Ergebnisse der quantitativen Analyse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Einschlusskriterien für die Stichprobe waren die Inanspruchnahme von Psychotherapie und/oder PSY-Reha im Jahr 2013 und ein Mindestalter von 23 Jahren zum Stichtag 1. 7. 2013. Insgesamt wurden 5.439 Patientinnen und Patienten der BGKK (rund 2,6 % aller Anspruchsberechtigten) und 5.949 Patientinnen und Patienten der TGKK (rund 1 % aller Anspruchsberechtigten) in die Analyse miteinbezogen. Für die Darstellung der Mittelwerte wird in der Analyse durchgehend der Median herangezogen, da dieser im Vergleich zum arithmetischen Mittel robuster gegenüber Ausreißerwerten ist.

Bei beiden Krankenkassen ist der Anteil der Frauen, die mindestens eine der interessierenden Leistungen in Anspruch genommen haben, höher als jener der Männer (BGKK: 66,5 % Frauen, TGKK: 72,5 % Frauen). Die Patientinnen und Patienten aus der Stichprobe der BGKK sind mit 55 Jahren durchschnittlich (Median) deutlich älter als jene der TGKK mit 43 Jahren (s. Tabelle 3.1). Dies deckt sich mit den Angaben der Kassen, wonach die Altersstruktur aller Anspruchsberechtigten der TGKK in den jüngeren Altersgruppen höher ist als jene der BGKK und umgekehrt der Anteil der älteren Altersgruppen an allen Anspruchsberechtigten bei der BGKK höher ist als bei der TGKK. Ein möglicher Grund hierfür ist, dass für die Zugehörigkeit zu einem Versicherungsträger der Arbeitsplatz entscheidend ist, für Pensionistinnen und Pensionisten hingegen der Wohnort. Burgenländerinnen und Burgenländer, die nach Wien oder Niederösterreich pendeln, sind daher eher bei der WGKK oder NÖGKK versichert, genauso ihre mitversicherten Angehörigen. Sobald sie in Pension sind, sind sie bei der BGKK krankenversichert.

Auch in Bezug auf die Inanspruchnahme der unterschiedlichen kassenfinanzierten psychischen Leistungen zeigen sich in dieser Stichprobe zwischen den Patientinnen und Patienten der BGKK und jenen der TGKK Unterschiede (s. Tabelle 3.1):

- » Der Anteil der Patientinnen/Patienten, die Psychotherapie durch Versorgungsvereine oder Institutionen in Anspruch nehmen, ist bei der TGKK mit 31 Prozent (dies entspricht 0,33 % aller Anspruchsberechtigten) deutlich höher als bei der BGKK mit acht Prozent (dies entspricht 0,2 % aller Anspruchsberechtigten). Ähnlich verhält es sich bei Psychotherapie mit Kostenzuschuss (TGKK: 67 % / 0,7 % aller Anspruchsberechtigten; BGKK: 13 % / 0,35 % aller Anspruchsberechtigten).
- » Ärztliche psychotherapeutische Leistungen werden von 84 Prozent der Patientinnen/Patienten der BGKK in Anspruch genommen (2,3 % der Anspruchsberechtigten), aber nur von 6,4 Prozent (0,07 % der Anspruchsberechtigten) der Patientinnen/Patienten der TGKK.
- » Mindestens einen Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie nahmen im Jahr 2013 94 Prozent der Patientinnen/Patienten der

BGKK (2,5 % der Anspruchsberechtigten) wahr, aber nur 40 Prozent der Patientinnen/Patienten der TGKK (0,42 % der Anspruchsberechtigten)¹.

- » Der Anteil an Patientinnen/Patienten, denen Antidepressiva verordnet wurden, ist bei Versicherten der BGKK mit 70 Prozent deutlich höher als bei solchen der TGKK mit 38 Prozent. Der Anteil an Patientinnen/Patienten, die Antipsychotika verordnet bekamen, ist bei Versicherten beider Krankenkassen ähnlich hoch (BGKK: 27 %, TGKK: 22 %). Opiat-Substitutionsmittel wurden in der Gesamtstichprobe nur sehr wenigen Personen verordnet (51 Personen bzw. 0,4 %), weshalb diese Leistung nicht in die weiteren Berechnungen einbezogen wird.
- » In psychiatrischer Rehabilitation waren im Jahr 2013 drei Prozent der Patientinnen/Patienten der BGKK (dies entspricht 0,08 % der Anspruchsberechtigten) und sieben Prozent der Patientinnen/Patienten der TGKK (dies entspricht ebenfalls 0,08 % der Anspruchsberechtigten).
- » Einen stationären Krankenhausaufenthalt wegen einer F-Hauptdiagnose hatten 5,7 Prozent der Patientinnen/Patienten der BGKK (0,15 % der Anspruchsberechtigten) und 8,8 Prozent der Patientinnen/Patienten der TGKK (0,09 % der Anspruchsberechtigten).

Im Zusammenhang mit den Unterschieden in der Inanspruchnahme der verschiedenen psychotherapeutischen Leistungen ist darauf zu verweisen, dass sich die Modelle des Zugangs zu Psychotherapie als Sachleistung in Tirol und im Burgenland unterscheiden.

Im Burgenland besteht eine Verpflichtung zu einem Erstgespräch mit einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten des Versorgungsvereins (IPR), das zu festen Sprechstunden entweder in den Bezirksstellen der BGKK oder in der Praxis einer/eines im Versorgungsverein organisierten Psychotherapeutin/Psychotherapeuten geführt wird. Nach diesem Assessment erfolgt eine Priorisierung durch eine unabhängige Interventionsgruppe (6–8 Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten) vor allem nach Dringlichkeit und Schwere der Erkrankung.

Im Tiroler Modell gibt es einen niederschweligen Zugang über psychosoziale Beratungsstellen bzw. eine Hotline zu einer ersten Beratung und Feststellung des Behandlungsbedarfs. Die Patientinnen und Patienten erhalten dann eine Liste von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit freien Modellplätzen aus den von ihnen vorher angegebenen Wunschbezirken von der Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung Tirols (P.V.T.)², zu denen sie zwecks Terminvereinbarung selbst Kontakt aufnehmen. Bei den Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten erfolgt eine fundierte Diagnostik und eine genaue Therapieplanung. Anschließend müssen die Anträge anonymisiert von der Begutachtungskommission der Gesellschaft (3–5 PT mit einer FÄ / einem FA für Psychiatrie mit PT-Qualifikation, der oder die auch den Vorsitz übernimmt) überprüft werden. Die Kommission erfüllt hierbei folgende Aufgaben: Feststellung einer schweren bzw. schwersten

1

Laut Auswertungen der TGKK ist jedoch die fachärztlich psychiatrische Versorgung durch Spitalsambulanzen (inkl. Uniklinikambulanzen) in Tirol höher als im Burgenland, diesbezügliche Kontaktdaten in den Spitalsambulanzen sind im Datensatz jedoch nicht enthalten.

2

Die Ges.f.P.V.T. führt in Tirol die Koordination, Begutachtung sowie die finanzielle Abwicklung der psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung durch.

Krankheitswertigkeit psychischer und psychosomatischer Leidenszustände, Feststellung von Prognosen, Therapiedauer und Therapiefrequenz sowie Beurteilung, ob die Therapiemethode prinzipiell sinnvoll ist. Über das Tiroler Modell wird ausschließlich Psychotherapie für Versicherte mit schweren und schwersten psychischen bzw. psychosomatischen Störungen im Rahmen der Sachleistungsversorgung finanziert.

Tabelle 3.1:
Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychischer Leistungen im Jahr 2013 nach Krankenkasse

		BGKK	TGKK
Stichprobengröße		5.439	5.949
Prozentsatz der Anspruchsberechtigten		2,6 %	1 %
Geschlecht	männlich	33,5 %	27,5 %
	weiblich	66,5 %	72,5 %
Alter	Median	55	43
Psychotherapie bei Versorgungsverein/Institution	Anteil Inanspruchnahme	8 %	31 %
	Median Einheiten/Jahr	8	21
Kostenzuschuss für Psychotherapie	Anteil Inanspruchnahme	13 %	67 %
	Median Einheiten/Jahr	3	6
ärztl. psychotherapeutische Leistungen	Anteil Inanspruchnahme	84 %	6,4 %
	Median Minuten/Jahr	30	90
FÄ/FA für Psychiatrie	Anteil Inanspruchnahme	94 %	40 %
	Median Besuche	2	5
Antidepressiva	Anteil Inanspruchnahme	70 %	38 %
Antipsychotika	Anteil Inanspruchnahme	27	22
PSY-Reha	Anteil Inanspruchnahme	3 %	7 %
stat. Krankenhausaufenthalt wegen F-Diagnose	Anteil Inanspruchnahme	5,7	8,8
Arbeitsunfähigkeitstage	Anteil Inanspruchnahme	35	51,1
Arbeitsunfähigkeitstage wegen F-Diagnose	Anteil Inanspruchnahme	12,0	19,0

Besonders auffällige Unterschiede zwischen den beiden Stichproben sind **rot** hervorgehoben.

Quelle: BGKK, TGKK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

3.2 Ergebnisse der Clusteranalyse

Die Clusteranalyse wurde aufgrund der Unterschiede im Alter der Anspruchsberechtigten und in deren Inanspruchnahme psychischer Leistungen zwischen Versicherten der BGKK und solchen der TGKK getrennt durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten der BGKK (n = 5.439) lassen sich drei Clustern zuordnen. Für die jene der TGKK (n = 5.949) wurden vier Cluster identifiziert. Zur besseren Übersicht wurde versucht, den jeweiligen Clustern aus mehreren Worten bestehende „Namen“ zu geben, die die auffälligsten Charakteristika der Gruppen beinhalten. Es ist zu beachten, dass diese „Namen“ natürlich sehr vereinfachend sind und nur als Orientierungshilfe dienen sollen.

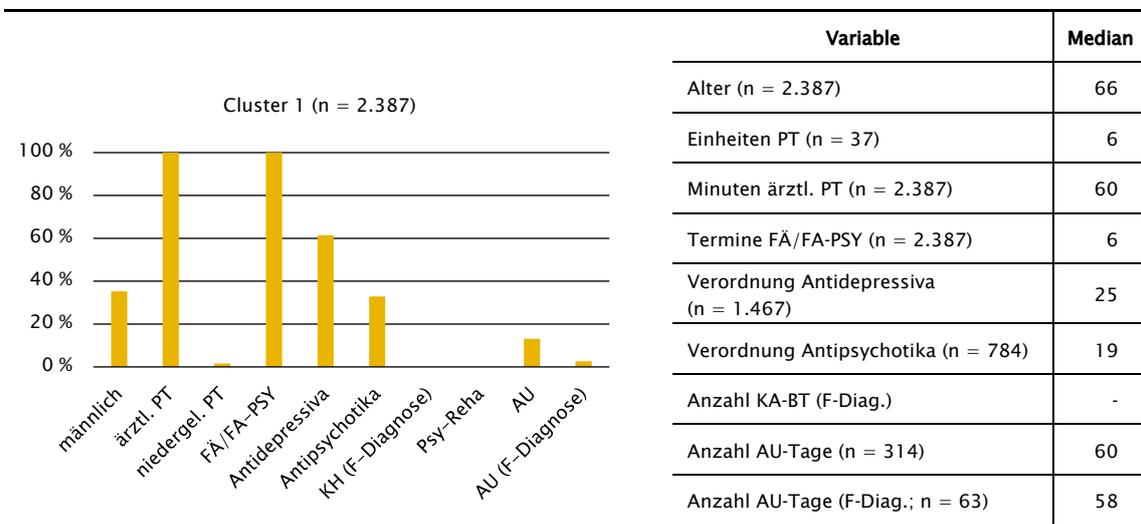
3.2.1 Beschreibung der Patientengruppen der BGKK

Cluster 1: „ausschließlich ärztlich-ambulant betreute Pensionistinnen und Pensionisten“ (s. Abbildung 3.1)

Diese Gruppe umfasst 2.387 Personen (44 % der Stichprobe der BGKK). Das Durchschnittsalter (Median) beträgt 66 Jahre und liegt somit 17 Jahre über jenem der beiden anderen Gruppen der BGKK. Dieses hohe Alter und der geringe Anteil an Personen, die Arbeitsunfähigkeitstage aufweisen, sprechen dafür, dass in dieser Gruppe ein hoher Prozentsatz an Pensionistinnen und Pensionisten enthalten ist. Personen dieser Gruppe sind nur in ambulanter Behandlung, d. h. sie hatten in den Jahren 2012–2015 keinen Krankenhausaufenthalt wegen einer F-Diagnose und nahmen keine psychiatrische Rehabilitation in Anspruch. Alle Personen dieser Gruppe haben ärztliche psychotherapeutische Leistungen sowie zumindest einen Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie in den Jahren 2012–2015 wahrgenommen (Median: 6 Termine). Nur ein sehr geringer Anteil (rund 2 %) hat Psychotherapie bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin / einem niedergelassenen Psychotherapeuten in Anspruch genommen (Median: 6 Einheiten). Der Anteil an Personen, denen zumindest einmal Antidepressiva verschrieben wurden, liegt bei 62 Prozent. Rund einem Drittel wurden zumindest einmal Antipsychotika verschrieben. Im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen ist diese Gruppe diejenige mit dem geringsten Anteil an medikamentöser Behandlung.

Abbildung 3.1:

BGKK – Cluster 1: „ausschließlich ärztlich-ambulant betreute Pensionistinnen und Pensionisten“



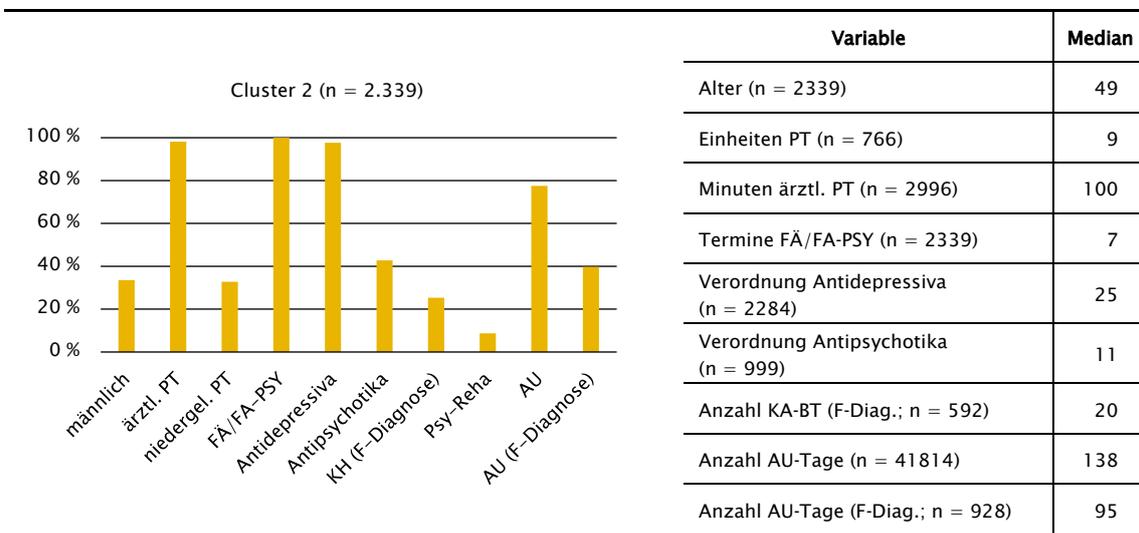
Quelle: BGKK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Cluster 2: „am meisten Leistungen in Anspruch nehmende Gruppe“ (s. Abbildung 3.2)

Diese Gruppe umfasst 2.339 Personen, das sind 43 Prozent der Stichprobe der BGKK. Das Durchschnittsalter (Median) liegt bei 49 Jahren. Nahezu allen Personen dieser Gruppe wurden zumindest einmal Antidepressiva verschrieben und ein Viertel davon hatte zumindest einen stationären Aufenthalt wegen einer F-Diagnose in den Jahren 2012–2015 zu verzeichnen. Der Anteil der Personen, die Arbeitsunfähigkeitstage aufwiesen, ist in dieser Gruppe am höchsten, ebenso die durchschnittliche Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen. Zudem nahmen alle Personen dieser Gruppe zumindest einen Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie und nahezu alle Personen (98 %) ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Mit durchschnittlich sieben Terminen bei einer Fachärztin / einem Facharzt für Psychiatrie und 100 Minuten ärztlicher Psychotherapie (Median) weist diese Gruppe hier die höchsten Werte auf. Das Ausmaß der Inanspruchnahme dieser beiden Leistungen war im Vergleich der drei Gruppen in dieser Gruppe am höchsten. Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten wurde von einem Drittel besucht (Median: 9 Einheiten).

Abbildung 3.2:

BGKK – Cluster 2: „am meisten Leistungen in Anspruch nehmende Gruppe“



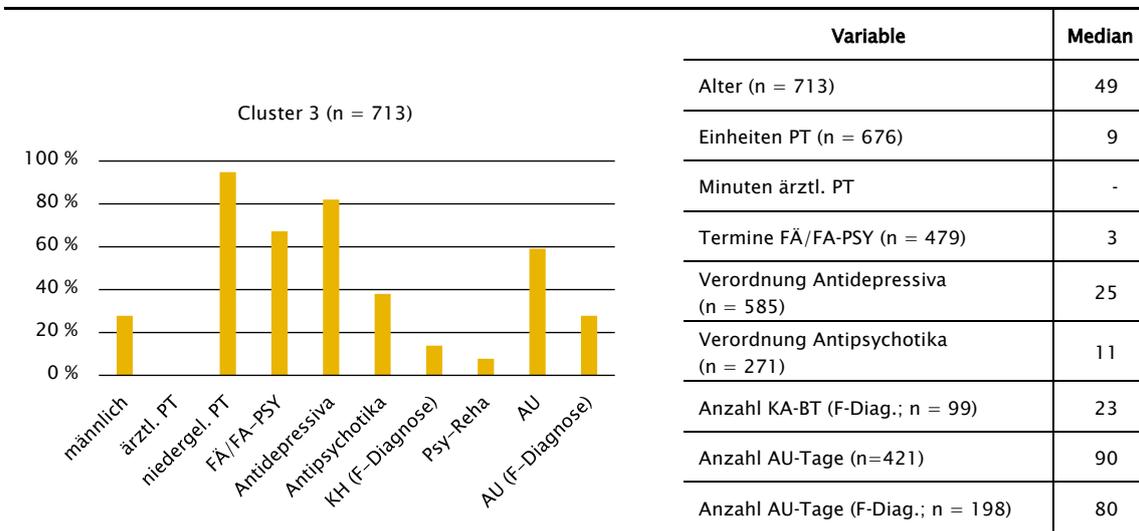
Quelle: BGKK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Cluster 3: „Inanspruchnahme von Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten“ (s. Abbildung 3.3)

Diese Gruppe ist mit 713 Personen (13 % der Stichprobe der BGKK) die kleinste der drei Gruppen. Das Durchschnittsalter (Median) beträgt 49 Jahre, der Anteil der Männer ist in dieser Gruppe von allen drei Gruppen am geringsten. Nahezu alle Personen dieser Gruppe (95 %) haben eine Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Anspruch genommen (Median: 9 Einheiten), zwei Drittel nahmen zumindest einen Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie wahr, keine Person jedoch nahm ambulante ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Die durchschnittliche Anzahl von Facharztterminen (Median: 3) war bei jenen Personen, die eine Inanspruchnahme aufwiesen, im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen am niedrigsten. Stationäre Krankenhausaufenthalte wegen F-Diagnosen (rund 14 %) sowie stationäre psychiatrische Rehabilitationsaufenthalte (rund 8 %) kamen vor, jedoch nur bei einem relativ geringen Anteil der Personen. Arbeitsunfähigkeitstage wiesen 60 Prozent der Personen in dieser Gruppe auf (28 % wegen einer F-Diagnose).

Abbildung 3.3:

BGKK – Cluster 3: „Inanspruchnahme von Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten“



Quelle: BGKK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

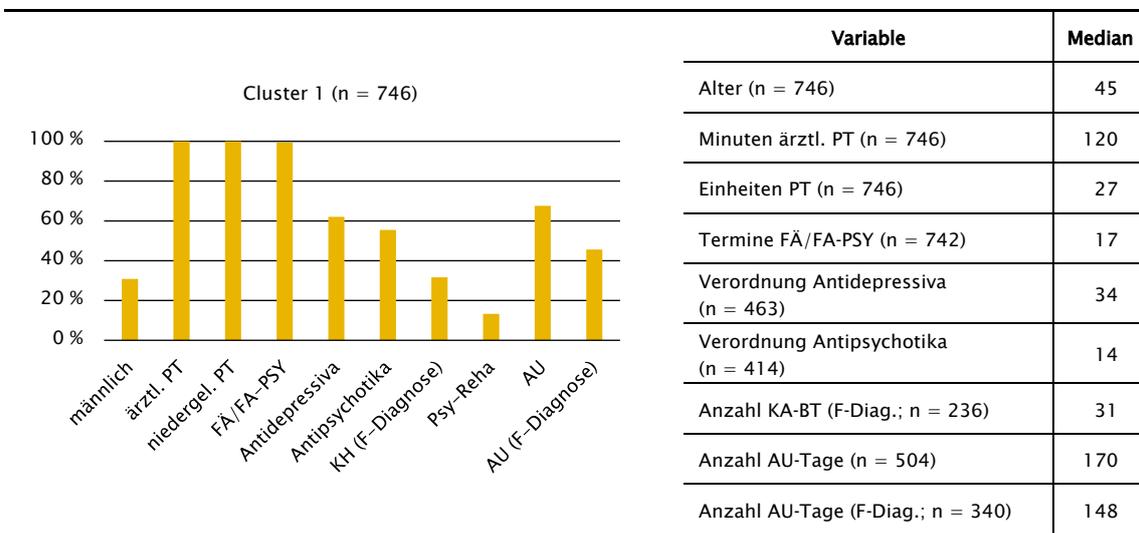
3.2.2 Beschreibung der Patientengruppen der TGKK

Cluster 1: „Inanspruchnahme aller drei ambulanten Leistungen“ (s. Abbildung 3.4)

Diese Gruppe umfasst 746 Personen (13 % der Stichprobe der TGKK) und stellt die zweitkleinste Gruppe dar. Das Durchschnittsalter (Median) liegt bei 45 Jahren. Alle Personen dieser Gruppe nahmen sowohl Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten als auch ärztliche psychotherapeutische Leistungen und (zumindest einen) Behandlungstermin bei einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie in Anspruch. Im Vergleich der vier Cluster der TGKK weisen die Personen dieser Gruppe die höchste Inanspruchnahme von Fachärztinnen/Fachärzten für Psychiatrie auf. Mit durchschnittlich (Median) 27 Einheiten bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten weist diese Gruppe den zweithöchsten Wert auf. Rund 62 Prozent wurden zumindest einmal Antidepressiva, rund 56 Prozent zumindest einmal Antipsychotika verschrieben. Bei den Antidepressiva-Verschreibungen nimmt diese Gruppe mit durchschnittlich 34 Verschreibungen (Median) den Spitzenplatz ein. Nicht ganz ein Drittel der Personen (32 %) hatte in den Jahren 2012 bis 2015 zumindest einen stationären Krankenhausaufenthalt wegen F-Diagnosen, rund 13 Prozent erhielten eine psychiatrische Rehabilitation. Rund zwei Drittel der Personen (68 %) weisen Arbeitsunfähigkeitstage in diesem Zeitraum auf, 46 Prozent wegen F-Diagnosen. Bezüglich der Anzahl von AU-Tagen (Median: 170 Tage) und AU-Tagen wegen F-Diagnose (Median: 148 Tage) weist diese Gruppe den zweithöchsten Wert auf.

Abbildung 3.4:

TGKK – Cluster 1: „Inanspruchnahme aller drei ambulanten Leistungen“



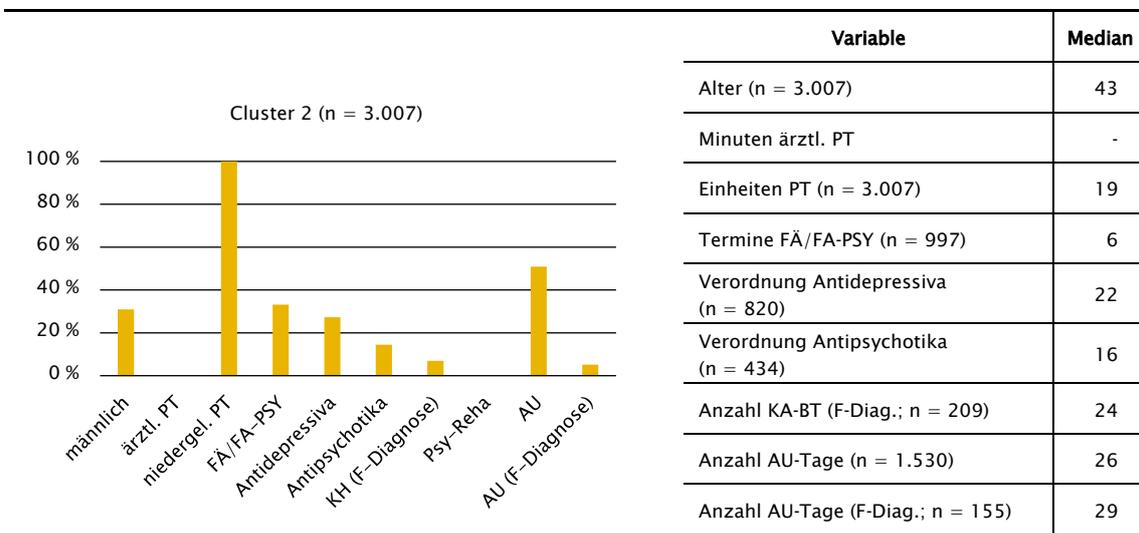
Quelle: TGKK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Cluster 2: „in erster Linie Inanspruchnahme von Psychotherapie“ (s. Abbildung 3.5)

Diese Gruppe ist mit 3.007 Personen (51 % der Stichprobe der TGKK) die größte der vier Gruppen. Das Durchschnittsalter (Median) liegt bei 43 Jahren. Alle Personen dieser Gruppe waren in Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen (Cluster 1, Cluster 3), in denen Psychotherapie in Anspruch genommen wurde, war hier jedoch das durchschnittliche Ausmaß an Psychotherapieeinheiten am geringsten (Median: 19 Einheiten). Auch ist im Vergleich zu den anderen Gruppen die Inanspruchnahme anderer Leistungen relativ niedrig. Nur ein Drittel der Personen dieser Gruppe hatte (zumindest) einen Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie, wobei auch der Median mit durchschnittlich sechs Einheiten pro Person sehr niedrig ist. Keine Person aus diesem Cluster nahm ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Nur einem im Vergleich mit den anderen Gruppen geringen Anteil der Personen wurden (zumindest einmal) Antidepressiva (27 %) und/oder Antipsychotika (14 %) verschrieben. Zumindest einen stationären Krankenhausaufenthalt in den Jahren 2012 bis 2015 hatten lediglich sieben Prozent der Personen, in psychiatrischer Rehabilitation war im selben Zeitraum keine Person aus dieser Gruppe. Auch weist diese Gruppe den geringsten Prozentsatz an Personen mit Arbeitsunfähigkeitstagen auf: Solche weist rund die Hälfte der Personen (51 %) auf, nur fünf Prozent wegen einer F-Diagnose. Die durchschnittliche Anzahl von AU-Tagen (Median) ist im Vergleich mit den anderen Gruppen ebenfalls sehr gering.

Abbildung 3.5:

TGKK – Cluster 2: „in erster Linie Inanspruchnahme von Psychotherapie“



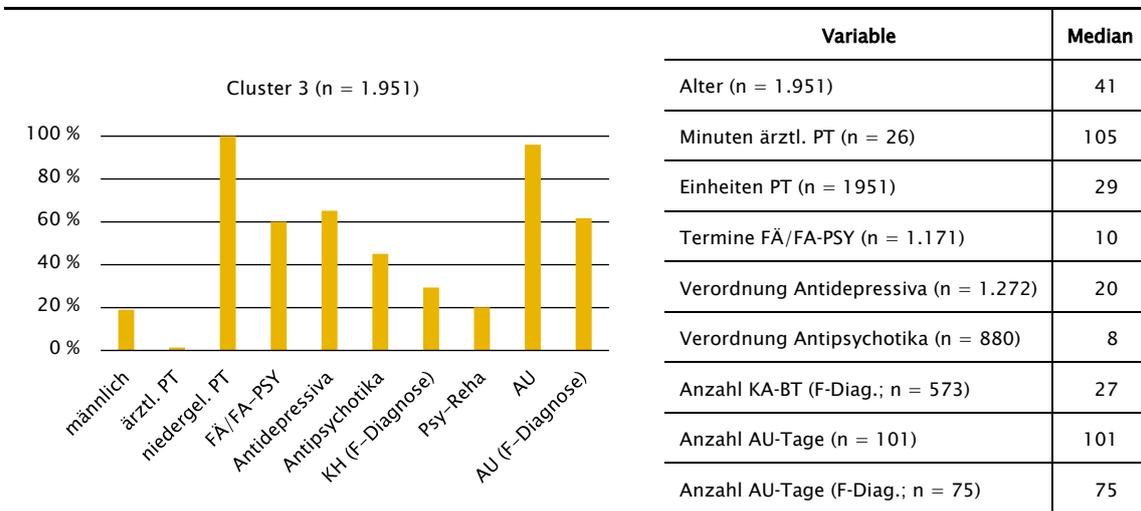
Quelle: TGKK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Cluster 3: „vorwiegend Frauen, alle mit Psychotherapie, nahezu alle mit Arbeitsunfähigkeitstagen“ (s. Abbildung 3.6)

Diese Gruppe besteht aus 1.951 Personen, dies entspricht 33 Prozent der Stichprobe der TGKK. Das Durchschnittsalter (Median) ist 41 Jahre und liegt somit unter jenem der anderen drei Gruppen. Ein Großteil der Personen in dieser Gruppe ist weiblich (80 %). Alle Personen dieser Gruppe haben Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (Median: 29 Einheiten), aber keine ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen in Anspruch genommen. Zumindest einen Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie hatten 60 Prozent der Personen in dieser Gruppe. Nahezu alle Personen (96 %) weisen Arbeitsunfähigkeitstage auf, rund 62 Prozent wegen F-Diagnosen. Fast zwei Drittel der Personen wurden zumindest einmal Antidepressiva, 45 Prozent von ihnen Antipsychotika verschrieben. 29 Prozent der Personen dieser Gruppe waren in den Jahren 2012 bis 2015 wegen F-Diagnosen stationär im Krankenhaus, ein Fünftel erhielt psychiatrische Rehabilitation.

Abbildung 3.6:

TGKK – Cluster 3: „vorwiegend Frauen, alle mit Psychotherapie, nahezu alle mit Arbeitsunfähigkeitstagen“



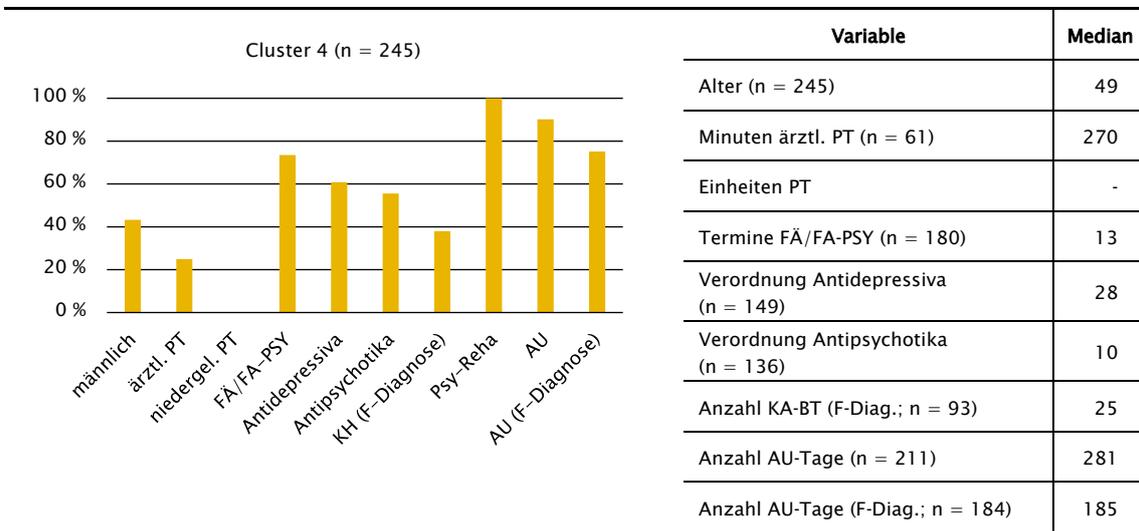
Quelle: TGKK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Cluster 4: „Inanspruchnahme psychiatrischer Rehabilitation ohne niedergelassene Psychotherapie“ (s. Abbildung 3.7)

Diese Gruppe umfasst 245 Personen (4 % der Stichprobe) und stellt somit die kleinste der vier Gruppen dar. Das Durchschnittsalter (Median) ist 49 Jahre und somit im Vergleich der vier Gruppen das höchste. Der Anteil der Männer ist mit 43 Prozent ebenfalls vergleichsweise hoch. Alle Personen dieser Gruppe weisen in den Jahren 2012 bis 2015 zumindest einen stationären psychiatrischen Rehabilitationsaufenthalt auf, niemand nahm Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Anspruch. Zumindest einen Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie nahmen 74 Prozent der Personen wahr, ärztliche psychotherapeutische Leistungen nahm rund ein Viertel in Anspruch. Rund 61 Prozent wurden zumindest einmal Antidepressiva, rund 56 Prozent Antipsychotika verschrieben. Diese Werte sind nahezu identisch mit Cluster 1. Zumindest einen stationären Krankenhausaufenthalt in den Jahren 2012 bis 2015 hatten 38 Prozent der Personen dieser Gruppe, dies ist auch der höchste Wert im Vergleich der vier Gruppen. Wie auch in Cluster 3 weist ein Großteil der Personen (90 %) Arbeitsunfähigkeitstage auf, rund 75 Prozent wegen F-Diagnosen. In dieser Gruppe ist das durchschnittliche Ausmaß (Median) an Arbeitsunfähigkeitstagen insgesamt sowie auch wegen F-Diagnosen am höchsten und hebt sich deutlich von Cluster 3 ab.

Abbildung 3.7:

TGKK – Cluster 4: „Inanspruchnahme psychiatrischer Rehabilitation ohne niedergelassene Psychotherapie“



Quelle: TGKK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

3.2.3 Zusammenfassung

Die bei beiden Kassen unterschiedlichen Cluster verfestigen das Bild, wonach sich die Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychischer Leistungen in beiden Unterstichproben deutlich unterscheidet. Bei der BGKK konnten drei Gruppen und bei der TGKK vier Gruppen festgestellt werden.

Der augenscheinlichste Unterschied dabei ist, dass es bei der BGKK eine Gruppe gibt, die sich durch ihr Alter definiert. Diese Gruppe (Cluster 1) liegt mit durchschnittlich 66 Jahren 17 Jahre über dem Durchschnittsalter der beiden anderen Gruppen der BGKK. Bei der Stichprobe der TGKK kann man einen derartigen Unterschied nicht feststellen, die Cluster liegen altersmäßig näher beieinander (zwischen 41 und 49 Jahren). Es zeigen sich bei der BGKK also altersbedingte Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen, nicht aber bei der TGKK.

Neben dem hohen Durchschnittsalter kennzeichnet den Cluster 1 der BGKK, dass die betreffenden Patientinnen/Patienten keine stationären Leistungen und nahezu keine Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Anspruch nahmen, aber zu 100 Prozent bei Fachärztinnen/Fachärzten für Psychiatrie in Behandlung waren. Diesem Cluster stehen die beiden anderen „jüngeren“ Cluster, die vorwiegend aus Personen im „arbeitsfähigen Alter“ bestehen, gegenüber: In beiden Clustern zeigt sich eine höhere Inanspruchnahme stationärer Angebote, ein höherer Anteil an Personen mit Arbeitsunfähigkeitstagen (was auch durch die Inanspruchnahme stationärer Angebote erklärbar ist), an Patientinnen/Patienten, die Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten erhalten, sowie ein höherer Prozentsatz der

Personen, denen Antidepressiva verschrieben wurden. Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen Cluster 2 und 3 in der Inanspruchnahme der ambulanten Angebote: In Cluster 3 erhielten nahezu alle Personen Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, keine Person nahm hingegen ambulante ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Während in Cluster 2 nahezu alle Personen ambulante ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, war nur ein Drittel bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Behandlung. Auch bei allen anderen Indikatoren zeigen die Personen von Cluster 2 die höchste Inanspruchnahme, was dafür spricht, dass diese Personen eine hochbelastete Gruppe im arbeitsfähigen Alter darstellen.

Bei der BGKK teilt sich die Inanspruchnahme psychiatrischer Rehabilitation auf Cluster 2 und Cluster 3 auf. Diese beiden Cluster zeigen einen verhältnismäßig hohen Anteil an Personen mit Arbeitsunfähigkeitstagen sowie eine verhältnismäßig hohe Inanspruchnahme von Antidepressiva. Pensionisten scheinen im Burgenland keinen Zugang zum Reha-System zu haben (Cluster 1).

Bei der Stichprobe der TGKK ist das prägnanteste Charakteristikum von Cluster 1, dass alle Personen ambulant mehrfach angebunden waren – nicht nur bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten, sondern auch bei Fachärztinnen/Fachärzten für Psychiatrie – und dort auch ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen.

Die Personen aus Cluster 2 der Stichprobe der TGKK zeigen mit Ausnahme von einer hundertprozentigen Inanspruchnahme von Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten bei allen Leistungen die geringste Inanspruchnahmehäufigkeit.

Cluster 4 der Stichprobe der TGKK sticht dadurch hervor, dass dies die einzige der vier Gruppen ist, in der die Patientinnen/Patienten keine Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Anspruch genommen haben. Gleichzeitig kennzeichnet diesen Cluster, dass alle Personen mindestens einmal in den Jahren 2012 bis 2015 in psychiatrischer Rehabilitation waren. Der Anteil der Personen mit mindestens einem stationären Krankenhausaufenthalt wegen einer F-Diagnose ist in dieser Gruppe am höchsten.

Cluster 3 der TGKK beinhaltet ebenfalls einen großen Anteil aller Patientinnen/Patienten mit mindestens einer psychiatrischen Rehabilitation (53 %). Im Unterschied zu Cluster 4 sind die Personen dieses Clusters vorwiegend weiblich und waren zudem alle bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Behandlung.

Vergleicht man einzelne ausgewählte Aspekte der Inanspruchnahme bei beiden Kassen, so fällt beispielsweise auf, dass bei keinem der drei Cluster der BGKK durchschnittlich (Median) mehr als neun Einheiten Psychotherapie bzw. 60 Minuten ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen wurden. Bei den Clustern der TGKK wurden je nach Cluster bis zu 29 Einheiten Psychotherapie bzw. bis zu 270 Minuten ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen.

In Summe zeigen sich bei der getrennten Auswertung der Daten der beiden Kassen wenige Ähnlichkeiten. Anhand der Daten kann nicht gesagt werden, welchen Einfluss die Altersstruktur und

die möglicherweise dadurch bedingte unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben hat bzw. inwieweit ein unterschiedlich ausgestaltetes Versorgungsangebot Erklärung für diese Unterschiede sein kann.

Auch wenn sich in der Clusteranalyse keine einheitlichen Inanspruchnahmegruppen bei der TGKK und der BGKK zeigen, bedeutet dies nicht zwingend, dass es nicht ähnliche und möglicherweise typische Fallverläufe in den beiden Bundesländern geben kann, sondern nur, dass für die Clusterbildung unterschiedliche Parameter einen größeren Einfluss hatten. Im Folgenden wird nun versucht, in den Daten der Kassen anhand des Beispiels der psychiatrischen Rehabilitation Hinweise auf solche typischen Fallverläufe zu finden.

3.3 Identifikation von Fallverläufen anhand von Routinedaten

Das Beispiel der psychiatrischen Rehabilitation wurde ausgewählt, da es für diese Leistung am ehesten eine Vorstellung eines idealtypischen Behandlungsverlaufs gibt. Der „Idealfall“ eines solchen Verlaufs würde vermutlich so aussehen, dass nach einer Behandlung durch eine niedergelassene Fachärztin / einen niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie oder in einer entsprechenden Spitalsambulanz oder im Rahmen eines stationären Aufenthalts – gegebenenfalls auch nach Inanspruchnahme einer Psychotherapie – die Aufnahme in eine (stationäre) psychiatrische Rehabilitation folgt. Im Anschluss daran würde man eine weitere psychosoziale Nachversorgung vermuten.

Wie bereits in Kapitel 3.1 erwähnt, wurde für die vorliegende Studie das Jahr 2013 als „Ankerjahr“ gewählt, wobei das Jahr davor bzw. die beiden Jahre danach für die Analyse der „Vorgeschichte“ bzw. des „weiteren Verlaufs“ herangezogen wurden. Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf die relativ kleinen Unterstichproben der beiden Kassen von Personen, die im Jahr 2013 eine stationäre psychiatrische Rehabilitation in Anspruch genommen haben (3 % bzw. 7 % der Stichproben der BGKK bzw. TGKK), und auf die Leistungen, die diese Personen im Jahr davor und in den beiden Folgejahren in Anspruch genommen haben.

Tabelle 3.2:

Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychischer Versorgungsleistungen durch Personen, die im Jahr 2013 eine PSY-Reha in Anspruch genommen haben

Leistung	Jahr	Gesamt	BGKK (n = 156)	TGKK (n = 434)
Fachärztin/-arzt für Psychiatrie	2012	47,80 %	43,60 %	49,30 %
	2013	63,20 %	56,40 %	65,70 %
	2014	48,30 %	38,50 %	51,80 %
	2015	43,40 %	30,10 %	48,20 %
Krankenhausaufenthalt wegen F-Diagnose	2012	17,50 %	14,10 %	18,70 %
	2013	17,30 %	11,40 %	19,40 %
	2014	8,60 %	4,50 %	10,10 %
	2015	8,00 %	5,80 %	8,80 %
Psychotherapie über Verein/Institution	2012	7,60 %	9,60 %	6,90 %
	2013	15,30 %	17,90 %	14,30 %
	2014	16,90 %	21,20 %	15,40 %
	2015	12,40 %	14,10 %	11,80 %
Kostenzuschuss für Psychotherapie	2012	9,70 %	7,10 %	10,60 %
	2013	19,30 %	11,50 %	22,10 %
	2014	13,70 %	7,70 %	15,90 %
	2015	9,20 %	5,10 %	10,60 %
ärztliche psychotherapeutische Leistungen	2012	20,20 %	36,60 %	14,30 %
	2013	23,90 %	37,80 %	18,90 %
	2014	16,90 %	23,10 %	14,70 %
	2015	14,40 %	13,50 %	14,70 %

Quelle: BGKK, TGKK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Erwartungsgemäß zeigt sich bei beiden Kassen der Peak bei den Krankenhausaufenthalten im Jahr vor oder im selben Jahr der psychiatrischen Rehabilitation. Ebenso erwartungsgemäß liegt der Peak der Inanspruchnahme einer Behandlung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Psychiatrie im Jahr der psychiatrischen Rehabilitation. Und ebenfalls erwartungsgemäß liegt der Peak der Inanspruchnahme der diversen psychotherapeutischen Leistungen im Jahr der psychiatrischen Reha bzw. im Jahr danach (s. Tabelle 3.2).

In Summe zeigt diese einfache Auswertung das erwartete Bild, allerdings lässt sich aus diesen Ergebnissen weder der Cluster 4 der TGKK („Inanspruchnahme psychiatrischer Rehabilitation ohne niedergelassene Psychotherapie“) auf den ersten Blick erkennen, noch ist es dadurch möglich, wirklich tiefere Rückschlüsse auf Verläufe ziehen. Im Folgenden soll daher im Rahmen qualitativer Patienteninterviews möglichen fördernden und hindernden Faktoren der Inanspruchnahme (kassenfinanzierter) psychischer Leistungen nachgegangen werden.

4 Ergebnisse der qualitativen Analyse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe für die qualitativen Interviews wurde aus der Gruppe von Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2013 Psychotherapie und/oder PSY-Reha in Anspruch genommen hatten und zum Stichtag 1. 7. 2013 mindestens 23 Jahre alt waren, nach folgenden Kriterien zusammengesetzt: ausgewogenes Verhältnis hinsichtlich Geschlecht, Alter und – soweit möglich – Region.

Für die TGKK wurden zur Stichprobenziehung folgende Kriterien angewandt: Je ein Drittel aus den Gruppen, die entweder „ausschließlich Psychotherapie“, „ausschließlich PSY-Reha“ oder „sowohl Psychotherapie als auch PSY-Reha“ im Jahr 2013 in Anspruch genommen hatten; Geschlechterverteilung 50:50. Zwei Drittel \leq 50 Jahre vs. ein Drittel $>$ 50 Jahre, da angenommen wurde, dass sich aus der Gruppe älterer, nicht mehr im Berufsleben stehender Personen mehr Personen für ein Interview Zeit nehmen würden; Altersobergrenze von 71 Jahren (im Jahr 2013) um Hochbetagte auszuschließen; Ausschluss von Personen in Pflegeheimen, keine regionale Einschränkung.

Die Stichprobenziehung der BGKK setzte sich folgendermaßen zusammen: Versicherte mit Inanspruchnahme einerseits von Psychotherapie im Rahmen des psychotherapeutischen Versorgungsvereins IPR oder andererseits einer psychiatrischen Rehabilitation im Jahr 2013 mit Hauptwohnsitz in den Bezirken Eisenstadt (Eisenstadt, Eisenstadt-Umgebung und Rust) sowie Mattersburg und einer Altersgrenze von 65 Jahren.

Tabelle 4.1:
Merkmale der Stichprobe für die qualitative Analyse

		BGKK	TGKK
Stichprobengröße	Anzahl angeschriebener Personen	56	300
	Anzahl Interviews	9	12
Alter	Median	50	47
Geschlecht	männlich	4	6
	weiblich	5	6
Inanspruchnahme	ausschließlich Psychotherapie	0	6
	ausschließlich PSY-Reha	1	0
	sowohl PT als auch PSY Reha	8	6

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Insgesamt wurden von der BGKK 56 Personen und von der TGKK 300 Personen angeschrieben (s. Tabelle 4.1). Das Interesse bzw. die Bereitschaft in Bezug auf die Teilnahme war deutlich höher als erwartet bzw. als im Projektrahmen durchführbar, sodass in Tirol 63 Personen nicht mehr teilnehmen konnten.

Mit insgesamt 21 Personen wurden Interviews durchgeführt – neun Personen kamen aus dem Burgenland, 12 Personen aus Tirol. Das Geschlechterverhältnis war ausgewogen (11 Frauen, 10 Männer). Das Alter der Interviewpartnerinnen und -partner lag zwischen 28 und 60 Jahren, nur eine Person war älter als 60 Jahre.

14 Personen hatten sowohl Erfahrungen mit dem Angebot der stationären psychiatrischen Rehabilitation als auch mit jenem an Psychotherapie als Sachleistung. Sechs Personen haben nur Psychotherapie als Sachleistung in Anspruch genommen, eine Person nur stationäre psychiatrische Rehabilitation. Die Mehrheit der befragten Personen nimmt Psychopharmaka ein.

4.2 Ergebnisse

4.2.1 Einstieg ins Hilffssystem

Bei einem Drittel der Befragten waren es Personen aus dem Familien- und Freundeskreis, die den Betroffenen eine erste Behandlung bzw. Therapie empfahlen und eine unterstützende Rolle einnahmen, um die Hürde für den Einstieg ins Hilffssystem zu überwinden (n = 7). Der Einstieg ins Hilffssystem stellt für viele Personen tatsächlich eine Hürde dar, weil sie nicht wissen, an wen sie sich mit ihren psychischen Problemen am besten wenden sollen. Manche vermissen in diesem Zusammenhang einschlägige Informationsbroschüren, die beispielsweise beim Hausarzt oder bei der Gebietskrankenkasse aufliegen oder Hotlines bzw. Informationsstellen, an die man sich für gezielte Informationen wenden könnte.

Eine weitere wichtige Rolle als erste Ansprechpartnerin / als erster Ansprechpartner, aber auch für den weiteren Verlauf der Betreuung und Behandlung nahm die Hausärztin / der Hausarzt ein (n = 6), wobei die betroffenen Personen in den meisten Fällen nicht von diesen selbst behandelt wurden, sondern zu speziellen fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen überwiesen wurden.

Bei Personen, die bereits vor dem Jahr 2013 in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung waren, erfolgte der Einstieg in die Psychotherapie bzw. psychiatrische Rehabilitation häufig direkt über spezialisierte Einrichtungen wie psychiatrische Ambulanzen, psychosoziale Dienste oder über spezialisierte Berufsgruppen wie niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (n = 8).

4.2.2 Grund der Inanspruchnahme

Als Gründe für die Inanspruchnahme von Psychotherapie bzw. psychiatrischer Rehabilitation nannten die Interviewpartnerinnen/-partner vor allem psychische Symptome bzw. Probleme wie Schlafprobleme, Angstzustände, Panikattacken oder Depression (n = 9). Drei Personen führten als Grund psychosomatische Aspekte bei Herzproblemen oder Gastritis an.

Rund ein Viertel der befragten Personen berichtete von Kindheitstraumata bzw. schwierigen Verhältnissen in der Kindheit mit teils massiven Vernachlässigungen und Gewalterfahrungen bzw. psychisch kranken Elternteilen (n = 5). Vier Personen nannten schwierige berufliche Rahmenbedingungen (Burnout, Mobbing, Jobverlust) als Grund für die bestehenden psychischen Probleme.

„In einer immer verrückter werdenden Arbeitswelt ist es schwer, gesund zu bleiben.“

4.2.3 Förderliche Faktoren im Behandlungsverlauf

Nahezu alle Interviewpartnerinnen und -partner berichteten über positive Erfahrungen mit den in Anspruch genommenen medizinischen, psychotherapeutischen und/oder rehabilitativen Behandlungsangeboten (n = 20):

Das Angebot der **psychiatrischen Rehabilitation** wird von Befragten als hilfreich erlebt (n = 5), auch wenn die berufliche Wiedereingliederung häufig nicht im Vordergrund steht bzw. nicht unbedingt erzielt wird. Für die Betroffenen stellt es ein geschütztes Setting „außerhalb“ des Alltags dar und damit eine Möglichkeit der intensiven Auseinandersetzung mit den jeweiligen persönlichen Themen abseits des Alltags und der täglichen Verpflichtungen (n = 3). Ein weiterer positiver Aspekt besteht darin, dass man im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthalts andere Menschen trifft, die unter ähnlichen Problemen leiden, und diese Erfahrung eine Entlastung für die Betroffenen darstellt (n = 3). Personen mit wenig bzw. keiner Psychotherapieerfahrung bevorzugen in der Regel die Möglichkeit zu Einzeltherapien und fühlen sich in Gruppentherapien eher gehemmt, über ihre Probleme zu sprechen.

Die Möglichkeit zur **ambulanten Psychotherapie** ist aus Sicht der interviewten Personen ebenfalls hilfreich bei der Krankheitsbewältigung, weil sie einen stabilisierenden Faktor darstellt. Dies gilt auch oder sogar insbesondere für Personen mit schwereren psychischen Erkrankungen. Hier geht es u. U. um eine langjährige Begleitung und Unterstützung, die sich nicht nur an großen sichtbaren „Erfolgen“ im Sinne einer Genesung messen sollte, sondern auch eine Maßnahme zur Tertiärprävention darstellt, die krisenhafte Entwicklungen bzw. akutstationäre Aufenthalte vermeiden soll.

„Am hilfreichsten war die Kontinuität, also dass man einfach regelmäßig in gewissen Abständen hingehen kann. Und wenn es mal dringlicher ist, dass man auch einen Termin bekommen hat.“

Die Möglichkeit der kostenlosen Inanspruchnahme von Psychotherapie wurde von einigen Befragten explizit als wichtiger Faktor genannt, weil sie sich keine privat finanzierte Psychotherapie leisten könnten (n = 5; vgl. auch Abschnitt 4.2.4).

Für ein Drittel der Befragten wirkten sich **Veränderungen im beruflichen Umfeld** positiv auf den Krankheitsverlauf aus (n = 7). Förderliche Faktoren sind in diesem Zusammenhang beispielsweise das Reduzieren bzw. die Flexibilisierung der Arbeitszeit, aber auch die Genehmigung eines gestellten Pensionsantrags.

4.2.4 Hinderliche Faktoren im Behandlungsverlauf

Den am häufigsten genannten hinderlichen bzw. schwierigen Aspekt im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung und dem Behandlungsverlauf bilden die **Stellung eines Antrags auf Berufsunfähigkeitspension** und die Kontakte mit den entsprechenden Institutionen PVA oder AMS (n = 9). Das Warten auf Pensionsbescheide, die damit verbundenen Untersuchungen, der Umgang mit befristeten oder abgelehnten Anträgen, das Einbringen von Klagen gegen abgelehnte Anträge etc. stellen aus Sicht der Befragten wegen der bestehenden Ungewissheit und Frustrationen einen zusätzlichen Stressfaktor dar. Die Betroffenen fühlen sich im Vergleich zu Personen mit somatischen Erkrankungen benachteiligt und unverstanden, weil die psychische Belastung bzw. die daraus resultierende „Berufsunfähigkeit“ schwieriger zu vermitteln ist. Die Folgen sind Arbeitslosigkeit oder vermehrte Krankenstände bzw. wiederholte stationäre Rehabilitationsaufenthalte.

„Ich hab das Gefühl, es ist ein Pingpongspiel zwischen längerem Krankenstand, bis einen die Krankenkasse wieder abschreibt, dann geht es in Richtung AMS, man versucht krampfhaft, einen Job zu finden, der einen nicht zu sehr auspowert, man muss sich aber dann doch wieder nach den Angeboten des Arbeitsmarktes richten, das sind dann die Vollgasjobs. Dann macht man das wieder zwischen einem halben Jahr und einem Jahr, und danach braucht man wieder eine Auszeit von einem halben Jahr, damit man sich wieder fängt.“

Weitere häufig genannte Schwierigkeiten betreffen die erlebte/erfahrene **Stigmatisierung** (n = 7). Die betroffenen Personen leiden darunter, dass man mit einer psychischen Erkrankung auf kein bzw. auf ein falsches Verständnis trifft, dass die bestehenden psychischen Symptome nicht so wie eine somatische Krankheit akzeptiert werden, dass man mit niemandem im persönlichen Umfeld darüber sprechen kann bzw. dass man als „verrückt“ oder „faul“ abgestempelt wird.

„Die Leute müssen verstehen, dass ein psychisch Kranker kein Verrückter ist.“

Eine weitere häufig genannte „Hürde“ besteht darin, die **richtige Hilfe im medizinischen System** zu finden, insbesondere wenn Personen erstmals von psychischen Erkrankungen betroffen sind (n = 6). Zum einen bestehen Informationsdefizite in Hinblick auf die bestehenden Hilfsangebote, zum anderen aber auch große Hemmungen, über die psychischen Probleme zu sprechen, weil sie für die betroffenen Personen mangels Informationen und Wissen nicht richtig „zuordenbar“ sind. Die Betroffenen hätten sich daher zu Beginn der Erkrankung beispielsweise anonyme Informationsangebote in Form von Foldern, telefonischen Hotlines oder Internetseiten gewünscht, um sich gezielt über ihre Symptome und die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren.

„Das Hinderlichste war für mich, wenn man die erste Panikattacke hat und mit Symptomen ins Krankenhaus eingeliefert wird, die eventuell „organischen“ Ursprungs sind, und wenn sich dann herausstellt, dass es nicht organischen Ursprungs ist, dass man dann nicht die Unterstützung

bekommt und einen Hinweis oder irgendetwas, dass man sich an die psychiatrische Ambulanz wenden kann.“

4.2.5 Verbesserungsbedarf

Im Zuge der Interviews wurden die befragten Personen explizit gebeten, die zentralen Anliegen zur Verbesserung der Versorgung aus ihrer Sicht bzw. auf Basis ihrer Erfahrungen zu nennen. Zusammengefasst ergeben sich demnach folgende **drei Bereiche** für eine Weiterentwicklung der Versorgung **aus Sicht der Betroffenen** (gereiht nach der Häufigkeit der Nennungen):

Der erste Bereich betrifft **Maßnahmen zur Information, Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierung** (18 Nennungen):

Darunter fallen beispielsweise Maßnahmen wie bessere Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten – bereits Kinder und Jugendliche sollten mit Informationen und Hilfsangeboten über psychische Probleme aufgeklärt werden –, bessere Schulungen der Hausärztinnen und -ärzte in Bezug auf psychische Erkrankungen, bessere Informationen über kassenfinanzierte Psychotherapieangebote. Gezielte Informationen über die psychischen Erkrankungen, die jeweils geeigneten Behandlungsmöglichkeiten und die Wirkung von Psychopharmaka sollten zum einen über das Gesundheitspersonal erfolgen, das aufgesucht wird. Aufgrund der bestehenden Hemmschwellen, über psychische Probleme zu sprechen, sind aus Sicht der Betroffenen zum anderen aber auch „anonyme“ bzw. niederschwellige Informationen wichtig, z. B. in Form von Broschüren über einzelne psychische Erkrankungen (Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen, Depressionen), die bei Hausärzten aufliegen oder über einschlägige Internetseiten. Weiters wurde mehrfach der Wunsch nach entsprechenden „Anlaufstellen“ genannt, die einen Überblick über sämtliche medizinischen, sozialen und beruflichen Unterstützungsangebote bieten.

„Eine Institution, eine Anlaufstelle, wo man sich hinwenden kann, welche einem dann diese Beratung gibt oder einen zu Stellen vermittelt und nicht ich immer alles zusammensuchen muss, da dies vor allem schwierig ist, wenn man krank ist.“

„Man sollte bereits den Kindern in der Schule ein Bewusstsein für psychische Erkrankungen beibringen.“

Der zweite Bereich bezieht sich auf die **Erhöhung der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten als Sachleistung** (12 Nennungen): Viele Interviewpartnerinnen und -partner hätten gerne eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen bzw. länger in Anspruch genommen, berichteten aber von abgelehnten Anträgen, langen Wartezeiten oder fehlenden finanziellen Mitteln für eine selbstfinanzierte psychotherapeutische Behandlung.

„Es gibt viel zu wenige Therapieplätze, es gibt viel zu viele Menschen, die monatelang auf einen Therapieplatz warten müssen, da sollte man was machen.“

„Ich bin froh, dass es zumindest etwas gibt, aber es könnte mehr angeboten werden, und zwar auch für Menschen, die ein kleines Portemonnaie haben, weil Psychotherapie für jeden leistbar sein und nicht nur vom gesellschaftlichen Bild her den Besserverdienenden gegönnt sein sollte.“

Die dritte Kategorie an Verbesserungsbedarf bezieht sich auf die **Optimierung des Systems** (6 Nennungen). Als Beispiele wurden eine verstärkte Rückkopplung zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten, die Vereinfachung der bürokratischen Wege oder die bessere Unterstützung bei der Suche nach einem passenden Job und bei erforderlichen Veränderungen am Arbeitsplatz (z. B. nach Burnout) genannt.

5 Übergreifende Betrachtung der quantitativen und qualitativen Analysen

Während sich bei der quantitativen Analyse der Abrechnungsdaten durch eine unterschiedliche Altersverteilung und ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten für die beiden Kassen völlig unterschiedliche Bilder zeigten, waren diese Unterschiede bei den qualitativen Interviews nicht zu finden. Die Aussagen bezüglich des Einstiegs ins Hilffssystem sowie fördernder und hindernder Faktoren für die Inanspruchnahme psychischer Leistungen unterscheiden sich bei Patientinnen und Patienten beider Kassen nicht. Zentraler Grund dafür dürfte die durch die klaren Auswahlkriterien homogenere Zusammensetzung der Stichproben gewesen sein.

Eine wesentliche Erkenntnis der vorliegenden Studie ist, dass quantitative Analysen von Routinedaten zu regional sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen können und Ergebnisse von einer Gebietskrankenkasse nicht auf andere Kassen 1:1 übertragbar sein dürften. Schlussfolgerungen aufgrund der Daten einer einzigen Kasse sollten daher mit entsprechender Vorsicht gezogen werden – auch da sich z. B. die Modelle des Zugangs zu Psychotherapie als Sachleistung bei den einzelnen Kassen unterscheiden (s. auch (Riedel 2015)). Die Ergebnisse der qualitativen Befragung liefern wertvolle Einblicke in die Situation „hinter den Daten“ und machen für die Patientinnen und Patienten bedeutsame Faktoren sichtbar, die aus den Routinedaten nicht herauszulesen sind und die für die Optimierung der Angebote von zentraler Bedeutung sein sollten. Insgesamt erscheint der gewählte Mixed-Methods-Ansatz also wesentlich mehr Information zu liefern als eine einfache Befragung oder eine rein quantitative Analyse.

Für mögliche Folgestudien wäre es interessant, noch eine weitere „Schleife“ einzuziehen, nämlich nach der qualitativen Erhebung noch einmal gezielt den quantitativen Datensatz nach in den Interviews genannten Teilaspekten zu untersuchen und so möglicherweise noch weitere Erkenntnisse zu generieren. In weiteren qualitativen Befragungen sollte auch der Frage nachgegangen werden, weshalb bestimmte Leistungen nur in einem geringen Ausmaß in Anspruch genommen werden (z. B. beträgt die durchschnittliche Zahl der PT-Einheiten bei BGKK nur 8). Auch die Frage, welche Rolle die ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen spielen (z. B. Clearingfunktion), die Arten der Diagnostik und die Bedeutung der Primärversorgung für den Zugang zu psychosozialen Leistungen sollten weiter untersucht werden.

Im folgenden Kapitel sollen nun Schlussfolgerungen für die weitere Praxis gezogen werden.

6 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, mittels einer explorativen Herangehensweise ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie Verläufe in der psychosozialen Versorgung aussehen können, wo in diesem Bereich Hürden liegen und welche Faktoren dort als unterstützend wahrgenommen werden.

Aus den Ergebnissen der durchgeführten Interviews mit betroffenen Personen sowie der quantitativen und der qualitativen Analyse leiten sich aus Sicht der Auftragnehmer folgende **Handlungsfelder für eine vertiefende Bearbeitung** ab:

6.1 Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung

Die Interviews haben verdeutlicht, dass auf Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung ein noch stärkeres Augenmerk als bisher gelegt werden sollte: Die berichteten Erfahrungen der Befragten weisen darauf hin, dass ein verstärktes frühzeitiges niederschwelliges Ansetzen bei Belastungssituationen (insbesondere am Arbeitsplatz und in der Familie) möglicherweise beträchtliche Auswirkungen auf eine spätere Manifestation der Erkrankung bzw. auf deren Schweregrad haben könnte. Maßnahmen, um **Belastungen am Arbeitsplatz** zu begegnen und die **psychische Gesundheit von Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern** zu fördern, erscheinen weiterhin von zentraler Bedeutung. Auch **Kinder und Jugendliche** als wichtige Zielgruppe für Maßnahmen für Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung wurden von den Betroffenen genannt. Bisherige diesbezügliche Initiativen gehen bereits in diese Richtung, etwa Programme für Kinder von Suchtkranken und Frühe-Hilfen-Netzwerke. Noch stärkeres Augenmerk könnte dabei jedoch auf Risikogruppen wie Kinder psychisch Erkrankter gelegt werden. Allerdings stellt sich die Frage, wie diese **Risikogruppen** am besten identifiziert werden können und ob diese durch bestehende Netzwerke wie Frühe Hilfen ausreichend erreichbar sind. Auch eine bessere Vernetzung zwischen dem Erwachsenen-PSY-Bereich und dem KJP-Bereich wäre diesbezüglich wünschenswert. So gibt es beispielsweise Empfehlungen, erwachsene PSY-Patienten routinemäßig danach zu fragen, ob sie Kinder haben, und wenn dies der Fall ist, entsprechende Maßnahmen einzuleiten, damit bestehende Netzwerke wie z. B. KIPKE (NÖ) greifen können.

6.2 Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen

Bezüglich der Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen machen die Interviews deutlich, dass aus Betroffenen-sicht oftmals **Anlauf-/Clearingstellen oder Vermittlungsstellen** fehlen oder zu wenig bekannt sind: Selbst sehr erfahrene Betroffene sind in psychischen Krisensituationen damit überfordert, sich im „Dschungel“ der psychosozialen Versorgungsangebote angemessene Hilfe zu suchen, und erleben zu wenig Unterstützung dabei. Neben dem Ausbau entsprechender Anlauf-/Clearingstellen oder Vermittlungsstellen könnte auch eine gestärkte und funktionierende Primärversorgung hier eine wichtige Rolle übernehmen. Viele Betroffene erleben darüber

hinaus eine **mangelhafte Koordination der unterschiedlichen Versorgungsangebote** (auch gesundheits- und sozialbereichübergreifend): „*Die linke Hand weiß nicht, was die rechte tut.*“ Die Erfahrungen der Betroffenen weisen auf ein nach wie vor zu wenig ausgebautes bzw. zu wenig bekanntes Case- und Schnittstellenmanagement hin: „*Wenn ein Angebot ausläuft, hängt man in der Luft.*“

Als hinderlich erleben viele Betroffene auch die mangelhafte **Finanzierung** von Hilfsangeboten, v. a. den eingeschränkten Zugang (Kontingentierung, Wartezeiten) zu Psychotherapie als Sachleistung. Im Sinne von **Chancengerechtigkeit** ist hier die kritische Frage zu stellen, wer es sich in der Gesellschaft finanziell leisten kann, sich in psychischen Krisen gut zu versorgen (ökonomisches Kapital) und wer die notwendigen Kompetenzen (kulturelles Kapital) dazu besitzt.

Bedarfsgerechte Versorgung: Die Interviews weisen darauf hin, wie wichtig es ist, für die Planung und Versorgung die unterschiedlichen Bedarfe verschiedener Patientengruppen zu beachten. Je nach Schweregrad der Beeinträchtigung brauchen Patientinnen/Patienten jeweils unterschiedliche Formen bzw. Ausmaße der Unterstützung. Schwere Fälle mit massiver Vernachlässigung oder Gewalterfahrungen in der Kindheit brauchen z. B. evtl. eine lebenslange Begleitung und Unterstützung, wobei das Ziel nicht unbedingt vollständige Genesung, sondern eine Verbesserung der Lebenssituation, Stabilität und Prävention gegen krisenhafte Episoden ist. Betroffene erleben es teilweise als schwierig, dass **Psychopharmaka** aus o. g. Mängeln heraus zum Teil die einzige Behandlung darstellen, die nach Erstverordnung oft jahre- oder jahrzehntelang von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt weiterverschrieben wird.

6.3 Gesundheitskompetenz: Information und Kommunikation

Betroffene berichten häufig von der Erfahrung einer nach wie vor mangelhaften Aufklärung über psychische Erkrankungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote in diesem Bereich. Transparente **Information und Kommunikation** durch Gesundheitsversorger, das Einrichten von Hotlines zur Informationsvermittlung (bzw. möglicherweise ein verstärktes Nutzbarmachen, Bewerben und Evaluieren bestehender Angebote wie TEWEB spezifisch für Menschen mit psychischen Problemen), die Verbesserung der Qualität von Gesprächen mit Gesundheitsfachkräften, aber auch Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen scheinen hier wichtige Ansatzpunkte zu sein. Die von der TGKK gesetzten Maßnahmen im Rahmen des Ausbaus der psychotherapeutischen Versorgung in Tirol wie etwa die von der Gesellschaft für die psychotherapeutische Versorgung Tirols (PVT) betreute Hotline weisen bereits in diese Richtung. Insgesamt erscheinen also Maßnahmen zur **Verbesserung der Gesundheitskompetenz** in Bezug auf psychische Gesundheit angezeigt: Es gilt sowohl individuelle Kompetenzen und Fähigkeiten von Betroffenen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden sowie kommunikative Kompetenzen von Versorgern zu verbessern als auch die Anforderungen und die Komplexität von Seiten des Systems zu reduzieren.

6.4 Rehabilitation

Auch wenn die berufliche Wiedereingliederung häufig nicht im Vordergrund steht bzw. nicht unbedingt erzielt wird, wird das Angebot **PSY-Reha** von den meisten Befragten als hilfreich erlebt, da es ein unterstützendes, geschütztes Setting abseits des Alltags und der täglichen Verpflichtungen und eine Möglichkeit der intensiven Auseinandersetzung mit den jeweiligen persönlichen Themen darstellt. Dennoch kritisieren manche Betroffene, dass PSY-Reha teilweise in erster Linie **mangels alternativer Angebote** verordnet wird (andere Angebote wie Psychotherapie sind weniger leicht zugänglich bzw. haben strengere Zugangsbeschränkungen); ebenso würden manche stationäre Angebote wie Entspannungsgruppen, Kreativgruppen (Ergo-, Musik-, Kunsttherapie) ambulant überhaupt nicht angeboten, jedoch als sehr hilfreich erlebt. Dies verweist möglicherweise auf eine **Lücke im Bereich der ambulanten Versorgung**. Was die **Reintegration in den Arbeitsprozess** betrifft, braucht es nach Ansicht der Betroffenen einen Ausbau von Unterstützungsangeboten. Projekte wie Fit2Work weisen hier bereits in die richtige Richtung. Die von der PVA im Masterplan Rehabilitation forcierte Kombination von medizinischer und beruflicher Rehabilitation scheint ebenfalls in die richtige Richtung zu gehen, ebenso die seit 2017 bestehende Möglichkeit zur Wiedereingliederungsteilzeit.

6.5 Resümee

Insgesamt zeigen die Interviews, dass die Betroffenen im Rahmen der Bewältigung ihrer Erkrankung und der (versuchten) Reintegration in den Arbeitsprozess teilweise sehr stark belastet sind. Die Betroffenen Darstellungen in Form narrativer Rekonstruktionen im lebensgeschichtlichen Kontext von Individuen weisen eine Eindringlichkeit auf, die die hier notwendige wissenschaftliche Form der Darstellung kaum abzubilden vermag.

Die Ergebnisse der qualitativen Analysen zeigen, dass sich die von Betroffenen identifizierten unterstützenden und hindernden Faktoren für Therapieerfolg und Verbesserung der Lebenssituation weitgehend mit den in der „Strategie Psychische Gesundheit“ des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB 2012) formulierten Handlungsbereichen und Zielen decken. Sie unterstreichen damit, dass der vom HVB bereits eingeschlagene Weg aus Betroffenenperspektive in die richtige Richtung führt und daher mit Nachdruck fortgesetzt werden sollte. Der vom HVB geplante Ausbau der Psychotherapieversorgung als Sachleistung um 25 Prozent in Bezug auf die Anzahl an versorgten Patientinnen und Patienten bis Ende 2019 stellt ebenfalls einen wichtigen Schritt zu einer Verbesserung der Versorgung dar (HVB 2017). Auch einige der von BMGF, HVB und/oder einzelnen Kassen eingemeldeten Maßnahmen im Zuge des österreichischen Gesundheitsziels 9 (BMGF 2017) setzen bei den oben genannten Handlungsfeldern an und sollten zu einer Optimierung der Angebote beitragen.

7 Ausblick

Die Kombination aus quantitativer Datenanalyse und qualitativer Patientenbefragung liefert interessante Einblicke in die Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen, aus denen auch Schlussfolgerungen für die weitere Praxis gezogen werden konnten. Wie zu erwarten, ergaben sich aber auch neue Fragestellungen, die in zukünftigen Studien bearbeitet werden sollten, z. B.:

- » Wieso ist das Inanspruchnahmeverhalten trotz eines weitgehend vergleichbaren Versorgungsangebots bei beiden Kassen so unterschiedlich?
- » Welche Rolle spielen die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner bzw. ärztliche psychotherapeutische Leistungen (z. B. Clearingfunktion)?
- » Wie helfen unterschiedliche Clearingansätze betroffenen Personen, die für sie „richtigen“ Angebote zu finden?
- » Wie kann eine Kontinuität der Behandlung und psychosozialen Versorgung sichergestellt werden (z. B. psychotherapeutische Nachsorge nach einer psychiatrischen Rehabilitation)?
- » Wieswegen werden psychotherapeutische Angebote teilweise nur sehr kurz in Anspruch genommen?

8 Literatur

- Eggerth, Alexander; Hagleitner, Joachim; Reichardt, Bertold (2010): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung 2007. (Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) Wien
- BMGF (2017): Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Eggerth, A.; Keller-Ressel, M.; Lachout, S.; Schmid, R. (2005): Konsumtypen bei Freizeitdrogenkonsumenten in Österreich. In: Sucht 51/2, 88–96
- HVB (2012): Psychische Gesundheit. Strategie der österreichischen Sozialversicherung. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- HVB (2017): Bericht zur Erweiterung des Sachleistungsprogramms Psychotherapie. Gemäß Arbeitsprogramm der Bundesregierung 2017. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien. Unveröffentlicht
- Kaufman, Leonard; Rousseeuw, Peter J (2009): Finding groups in data: an introduction to cluster analysis. Bd. 344. John Wiley & Sons,
- Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. Mit Online-Materialien. 5 Aufl., Beltz Verlag Weinheim, Basel
- Murtagh, Fionn; Legendre, Pierre (2014): Ward's hierarchical agglomerative clustering method: which algorithms implement Ward's criterion? In: Journal of Classification 31/3274–295
- R Core Team (2017): R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria,
- Riedel, Monika (2015): Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich. Institut für Höhere Studien (IHS), im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Thorndike, Robert L. (1953): Who belongs in the family? In: Psychometrika 18/4267–276

Anhang

Leitfaden für Interviews „Inanspruchnahme von Psychotherapie im Kontext der Angebote – Spezifische Verläufe und mögliche Einflussfaktoren“

Thema:

- » Erfahrungen im Rahmen der individuellen Behandlungsverläufe/Patientenpfade
 - » unterstützende und hindernde Faktoren für Therapieerfolg und Verbesserung der Lebenssituation
1. Sie haben im Jahr 2013 Psychotherapie bzw. eine psychiatrische Rehabilitation in Anspruch genommen? Wie ist es dazu gekommen?
 - » **Hintergrund:** Warum? Was war das Problem? (Erkrankung/Diagnose? Körperliche Symptome, die Sie mit psych. Befindlichkeit in Zusammenhang sehen?)
 - » **Grad der Beeinträchtigung:** Würden Sie sagen, Sie waren damals leicht/mäßig oder ernsthaft beeinträchtigt aufgrund Ihrer psych. Probleme?
 - » Welche Behandlungen davor: FÄ/FA für Psychiatrie? Hausarzt? Psychotherapeut? Stationärer Aufenthalt auf PSY? Psychologe? PSY-Reha? Andere Ärzte? Beratungsstellen?
 - » Psychopharmaka-Verschreibung?
 - » Wer hat überwiesen, bzw. wie sind Sie zur Psychotherapie bzw. PSY-Reha gekommen?
 - » Psychotherapie: Dauer/Frequenz
 - » PSY-Reha: wo? stationär? ambulant?
 2. Wie war Ihre berufliche und soziale Situation im Jahr 2013 und in den Jahren davor?
 - » In Beschäftigung? Arbeitslos? I-Pension? Reha-Geld? AMS-Maßnahmen? Krankenstände wegen PSY-Problemen? Umschulungsmaßnahmen? – Wenn nein, warum nicht?
 - » Wurde bereits einmal ein Pensionsantrag gestellt? Wenn ja, wie oft? Wurde er abgelehnt? Wurde dagegen eine Klage eingebracht? Was war das Ergebnis?
 - » Beratungsleistungen von div. Institutionen (z. B. Fonds Soziales Wien)
 - » Chronologie zwischen medizinischen Maßnahmen (siehe oben) und beruflichen (Reha-)Maßnahmen (Timeline med. und berufl. Reha/Entwicklung)
 3. Wie ist es nach Ihrer PSY-Reha bzw. Psychotherapie im Jahr 2013 weitergegangen? Haben Sie danach noch medizinische/psychotherapeutische/berufliche Unterstützung in Anspruch genommen? Welche Schritte haben Sie gesetzt?
 - » Wenn ja: welche? Dauer? Frequenz? Zeitpunkt (gleich anschließend; mit Pause/Wartezeit; ...)?
 - » Wer hat die Weiterbehandlung mit Ihnen besprochen?
 - » Wenn nein, warum nicht?
 - » Krankenstand wg. PSY-Problemen? Bzw. wegen körperlicher Symptome?
 - » ergänzende AMS-Kursmaßnahmen? Welche?
 - » Psychopharmaka-Verschreibung?

4. Wie waren Ihre Erfahrungen mit den medizinischen und den sozialen Angeboten? Was war hilfreich für Sie? Was war hinderlich/schwierig?
 - » Welche **Ressourcen** waren hilfreich: Freunde? Familie? Andere Vertrauenspersonen? Fachkräfte?
 - » Welche **Belastungsfaktoren**?
 - » **Berufliche Situation:** Ist der Wiedereinstieg in den Beruf gelungen? Möglichkeiten zu Teilzeitarbeit/ flexibler Beschäftigung? Konnten Sie während dieser Zeit irgendeiner Arbeit nachgehen? Wenn nein, warum nicht? Haben Sie „Druck“ wahrgenommen, rasch wieder ins Arbeitsleben integriert zu werden? Wenn ja, von wem? Hatte dieser Druck irgendwelche Auswirkungen auf Sie?
 - » **Koordination der Angebote / integrierte Versorgung:** Gab es jemanden, der darauf geschaut hat, dass die verschiedenen Angebote, die sie in Anspruch genommen haben, kontinuierlich abgestimmt waren und dass es eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen gab? (med. Versorgung / Psychotherapie / PSY-Reha / Sozialbereich / Arbeitsmarkt)
 - » Erfahrungen mit Case-Management der Sozialversicherung (PV)? Erfahrungen mit Begutachtungsstellen?
 - » Wie ist das Fachpersonal in diversen Einrichtungen mit Ihnen umgegangen?
 - » bürokratische Hürden: War das für Sie ein Thema?
 - » **Psy-Reha bzw. Psychotherapie:** Was war für Sie daran hilfreich? Was war weniger hilfreich?
 - » **Falls Bezug von Reha-Geld/I-Pension:** Warum haben Sie Reha-Geld in Anspruch genommen? Was war die Ursache? Hätte es Alternativen gegeben? Wie ist es zu der Entscheidung gekommen?

5. Abschluss / zentrale Anliegen: rückblickend ... / aus Ihrer heutigen Sicht ...
 - » Wenn Sie eine Politikerin / ein Politiker wären, was würden Sie am bestehenden System verändern?
 - » Haben Sie zum richtigen Zeitpunkt das bekommen, was Sie gebraucht haben? Hätte man in manchen Bereichen früher ansetzen können? Gab es lange Wartezeiten in Bezug auf bestimmte Angebote? Was waren die Konsequenzen?
 - » Angenommen, man hätte diese krisenhafte Entwicklung frühzeitig abfangen können, was hätten Sie dazu gebraucht?
 - » Was möchten Sie uns mitgeben? Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Anliegen, wo Sie Verbesserungsbedarf sehen?

6. Sozioökonomische Daten
 - » Geschlecht
 - » Alter
 - » Bildungsniveau: höchste abgeschlossene Schulbildung: Hauptschule, Matura, Studium, andere
 - » Familienstand: verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, ledig, allein lebend
 - » Kinder (Alter der Kinder?)
 - » zu pflegende Angehörige?
 - » zu versorgende Haustiere? (als Hinderungsgrund für stat. Therapie/Reha-Maßnahme)