

Ambulante Basisdokumentation Bayern

Psychiatrische Institutsambulanzen
Erwachsenenpsychiatrie
2019

Gesamtauswertung
mit gemeinsamer Bewertung
der Vertragspartner

27.Juli 2021

**PIA-Fachbeirat zur
Qualitätssicherung (Erwachsene)**

Inhaltsverzeichnis

A - EINLEITUNG	3
Datengrundlage	3
Der „AmBADO-Fall“ vs. „Patient*innen“	4
Unterschiedliche Erhebungsinstrumente (AmBADO-Bögen)	4
Datenprüfung und Datenaufbereitung	5
Boxplot	5
B - BEWERTUNGSERGEBNISSE	6
Teil I - Ambulanzstruktur	6
1. Gesamtzahl der Patienten*innen	6
2. AmBADO-Fälle nach Bogenart	7
3. Behandlungssetting	9
Teil II - Soziodemographische Daten	10
1. Geschlecht	10
2. Alter zum Dokumentationszeitpunkt	10
3. Familienstand	12
4. Wohnsituation / Lebensform	14
5. Heimsetting	15
6. Lebensunterhalt	16
Teil III - Sonstige behandlungsrelevante Daten	18
1. Betreuung nach BGB	18
Teil IV - Krankheitsbezogene Daten	19
1. Erste psychiatrische Diagnose (klinisch führend) - (ICD-2-stellig)	19
2. Clinical Global Impression (CGI) - Teil 1 (Schweregrad)	21
3. Global Assessment of Functioning (GAF)-Wert - gruppiert gemäß GAF-Legende	23
4. Selbst- und Fremdgefährdung - jemals	26
5. Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlungen bisher	28
6. Erkrankungsdauer in Jahren	30
7. Behandlungsdauer in Jahren	31
C - VERNETZUNG	32
1. Veranlassung der PIA-Behandlung nach Versorgungsbereichen	32
2. Fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung nach Versorgungsbereichen	33
3. Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung nach Versorgungsbereichen	34
D - ZUSAMMENFASSUNG	35
E - ANHANG	37
1. Veranlassung der PIA-Behandlung	37
2. Fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung	38
3. Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung	39

A - Einleitung

Die Vertragspartner der Vereinbarung gemäß §§ 113, 118 und 120 SGB V über die Erbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in Bayern haben sich darauf verständigt, die Leistungen der PIA nachvollziehbar zu dokumentieren und mit Hilfe der ambulanten Basisdokumentation (AmBADO) qualitätssichernde Maßnahmen zu ergreifen. Seit 2009 legt dazu die Auswertungsstelle BIDAQ den Vertragspartnern jährlich den Gesamtbericht der AmBADO-Daten aller bayerischen PIA vor. Die Vertragspartner der Vereinbarung sind der Bayerische Bezirktetag (BayBT), die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG) und die Krankenkassenverbände in Bayern.

Der Gesamtbericht fasst ausgewählte, vertraglich festgelegte Items aus den Bereichen Ambulanzstruktur, Patientencharakteristika (soziodemographische Daten, krankheitsbezogene Daten) und Vernetzung zusammen und soll somit einen Überblick über die Versorgungsleistung der bayerischen PIA sowie das behandelte Klientel geben.

Der Gesamtbericht des Dokumentationsjahres 2019 enthält erstmals auch die **gemeinsame Bewertung der Vertragspartner**, die bisher als separates Dokument veröffentlicht wurde. Neben der zusammenfassenden Bewertung der Ergebnisse in Kapitel D wurde der Gesamtbericht um eine detaillierte Erläuterung der sieben Variablen des Kapitels B – IV (Krankheitsbezogene Daten) ergänzt. Pro Item werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und in Bezug zum Versorgungsauftrag der PIA bewertet.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass die PIA in Bayern durch die systematische Erhebung und Auswertung dieser Informationen in einem gesamten Bundesland ein Alleinstellungsmerkmal im Rahmen der Qualitätssicherung von Versorgungsangeboten aufweisen. Somit können die Ergebnisse leider nicht mit Daten aus anderen Behandlungssektoren verglichen werden, da hierzu weder aus der vertragsärztlichen Versorgung noch aus der stationären Versorgung in psychiatrischen Kliniken öffentlich zugängliche Informationen vorliegen.

Datengrundlage

Laut § 10 (Qualitätssicherung) der oben genannten Vereinbarung sind alle bayerischen PIA verpflichtet, auf Grundlage der standardisierten ambulanten Basisdokumentation ihre Leistungen zu dokumentieren und an die Auswertungsstelle zu übermitteln.

Die Grundlage für die dargestellten Auswertungsergebnisse bilden die Daten für das **Jahr 2019**. Sie stammen aus **77 bayerischen PIA** der Erwachsenenpsychiatrie und umfassen **112.662** dokumentierte **AmBADO-Fälle**. Insgesamt 3.136 Datensätze waren aufgrund verschiedener Fehler nicht auswertbar und sind hier unberücksichtigt.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Anzahl der PIA in Bayern um 6,9 % erhöht, die Anzahl der auswertbaren AmBADO-Fälle um 3,2 %.

Der „AmBADO-Fall“ vs. „Patient*innen“

Für alle gesetzlich versicherten PIA-Patient*innen muss ein AmBADO-Fall zu Beginn der Behandlung angelegt werden. Bei längeren Behandlungsdauern muss die Dokumentation jährlich aktualisiert, am Ende der Behandlung durch Ausfüllen des Beendigungsteils abgeschlossen werden. Alle AmBADO-Fälle, die im jeweiligen Dokumentationsjahr begonnen, aktualisiert und/oder beendet wurden, müssen bis Ende September des Folgejahres an die Auswertungsstelle übermittelt werden.

In der Regel wird also für jedes Dokumentationsjahr pro Patient*in ein AmBADO-Datensatz übermittelt. Vereinzelt kann es aber vorkommen, dass durch fehlenden Patientenkontakt im vierten Quartal die Jahresaktualisierung ins Folgejahr verschoben werden muss und damit kein Datensatz übermittelt werden kann. Umgekehrt kann es auch dazu kommen, dass für Patient*innen mehr als ein Behandlungsfall dokumentiert wird. Dies tritt zum Beispiel dann auf, wenn auf eine abgeschlossene Behandlung eine neue Behandlung im selben Jahr erfolgt. Bezogen auf die der Auswertungsstelle vorliegenden Datensätze im Dokumentationsjahr 2019 wurden für 98,9 % der Patient*innen ein und für 1,1 % der Patient*innen zwei oder mehr AmBADO-Fälle übermittelt.

Um die Interpretation der Auswertungen zu vereinfachen, wird bei der Beschreibung der Ergebnisse jeweils von Patient*innen statt AmBADO-Fällen gesprochen, auch wenn damit die Datengrundlage nicht ganz korrekt benannt ist.

Das Konstrukt des AmBADO - Falls ist auch nicht vergleichbar mit den abgerechneten Quartalsfällen. Quartalsfälle beziehen sich auf alle in dem jeweiligen Quartal behandelten Patient*innen, ein AmBADO-Fall umfasst hingegen pro Jahr ein bis vier Quartalsfälle. Auf Basis von exemplarischen Auswertungen kann davon ausgegangen werden, dass sich jährlich pro Patient*in etwa 2,5 Quartalsfälle ergeben.

Unterschiedliche Erhebungsinstrumente (AmBADO-Bögen)

Für die Dokumentation ambulanter Behandlungsfälle wird zwischen der AmBADO-Vollversion und der AmBADO-Kurzversion unterschieden. Die AmBADO-Kurzversion bildet einen reduzierten Fragenkatalog ab und ist nur zulässig bei Behandlungen mit bis zu drei Kontakten.

Die AmBADO-Vollversion besteht aus zwei Teilen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsverlauf bearbeitet werden:

- (1) Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung: mit dem Beginn der Behandlung werden soziodemographische Angaben zu den Patient*innen sowie zur Erkrankung und Behandlung erfasst. Bei Behandlungen, die länger als ein Jahr andauern, muss nach einem Jahr eine Aktualisierung der Dokumentation durchgeführt werden. Dazu müssen ausgewählte Angaben, die bereits zu Beginn der Behandlung erfasst wurden, aktualisiert werden.
- (2) Beendigung: bei Abschluss der Behandlung ist die Dokumentation um den Beendigungsteil zu ergänzen. In diesem Fragebogenabschnitt wird u. a. die Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung erfasst.

Datenprüfung und Datenaufbereitung

Bevor die Daten von BIDAQ ausgewertet werden, erfolgt die Prüfung der technischen Auswertbarkeit nach festgelegten und abgestimmten Kriterien (vgl. Vertragsdokument: Bewertung technische Auswertbarkeit). Um eine möglichst hohe Datenqualität zu erreichen, werden verschiedene Plausibilitätsprüfungen durchgeführt, deren Ergebnisse den PIA mit der Möglichkeit zur Korrektur mitgeteilt werden.

Ein wichtiger Aspekt bei der Beurteilung der Datenqualität ist die Feststellung der Vollständigkeit der Daten. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Items hinsichtlich ihrer Erhebbarkeit unterschiedlich charakterisieren lassen:

- Items, die sich direkt auf die Behandlung beziehen und direkt von den Behandler*innen beantwortet werden
- Items, die sich auf die aktuelle Situation der Patient*innen beziehen und im Zuge der Anamnese/Behandlung von den Patient*innen erfragt werden
- Items, die sich auf die gesamte Biografie der Patient*innen beziehen und im Zuge der Anamnese/Behandlung von den Patient*innen erfragt werden

Vor allem Fragen der letzten Gruppe sind deutlich schwerer zu erfassen und können durch die Erinnerungsfähigkeit der Patient*innen beeinflusst werden. Daher sind gerade hier höhere Raten fehlender Werte erklärbar.

Boxplot

In der Regel werden alle Variablen im vorliegenden Bericht für alle Ambulanzen gemeinsam (aggregiert) ausgewertet. Um potenzielle Unterschiede zwischen den PIA darzustellen, wurden bei einigen Auswertungen Boxplots (auch Box-Whisker-Plot oder deutsch Kastengrafik) verwendet, die im Folgenden genauer erläutert werden:

Für die Darstellung der Boxplots werden die entsprechenden Variablen für die einzelnen Ambulanzen getrennt ausgewertet. Es werden nur Ambulanzen mit mindestens 100 Fällen berücksichtigt, sodass sich die Fallzahl auf 71 PIA reduziert. Für jede Kategorie einer Frage ergeben sich demnach 71 Werte, die in Form von Boxplots dargestellt werden.

Die **Box** entspricht dabei dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen (Interquartilsabstand, IQR), beginnend beim 25 %-Quartil und endend beim 75 %-Quartil. Je größer eine Box ist, umso größer sind die Unterschiede zwischen den PIA des jeweiligen Anteils einer Merkmalsausprägung.

Des Weiteren wird der **Median** als durchgehender Strich in der Box eingezeichnet. Dieser Strich teilt das gesamte Diagramm in zwei Bereiche, in denen jeweils 50 % der Daten liegen. Bei 50 % der Ambulanzen ist der Anteil größer als der durch den Strich markierte Anteil, bei den restlichen 50 % der Ambulanzen kleiner.

Durch die **Antennen** (Whisker) werden die außerhalb der Box (IQR) liegenden Werte dargestellt. Die Antennen reichen in der Regel bis zum Minimal- bzw. Maximalwert der Verteilung – außer es gibt Werte, die weiter als das 1,5-fache der Boxausdehnung ($1,5 \times \text{IQR}$) von dieser entfernt liegen.

In diesem Falle werden die Werte außerhalb der Antennen separat als **Punkte** in das Diagramm eingetragen. Diese Werte können dann als ausreißerverdächtig behandelt werden.

B - Bewertungsergebnisse

Teil I - Ambulanzstruktur

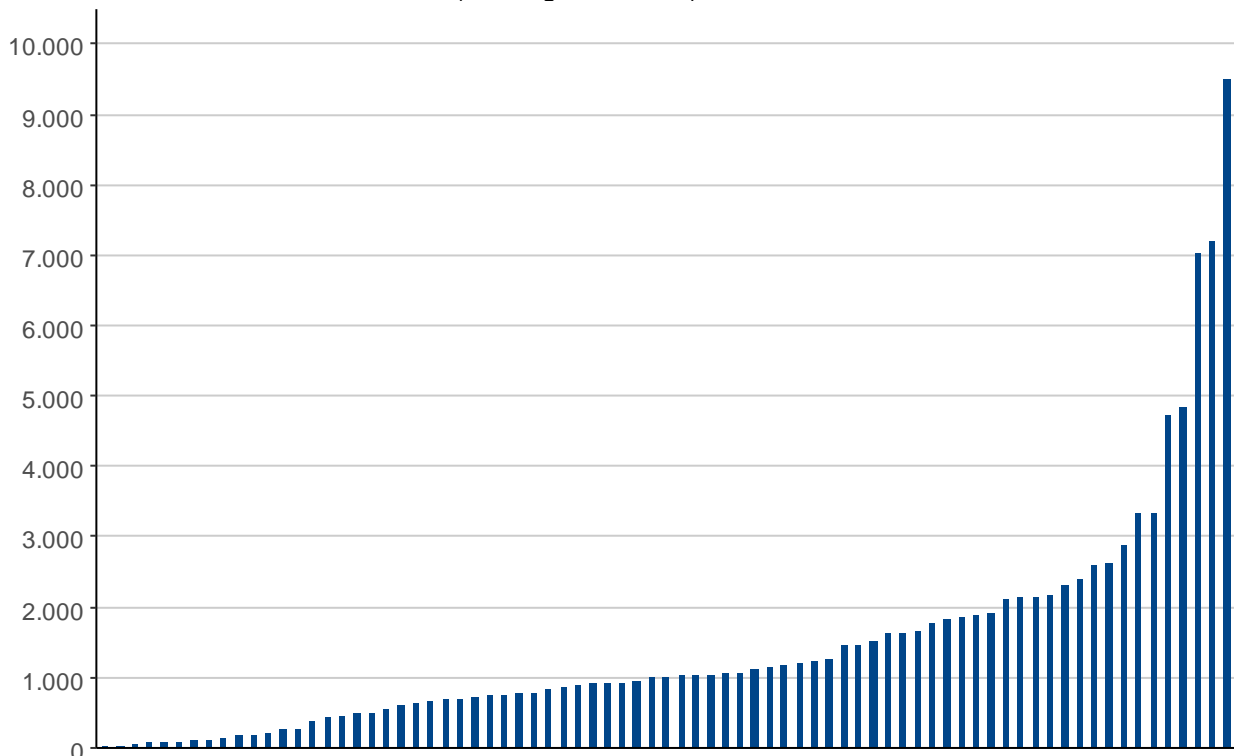
1. Gesamtzahl der Patienten*innen

	Anzahl	Prozent
Patient*in mit einem AmbBADO-Fall	110.048	98,9
Patient*in mit zwei und mehr AmbBADO-Fällen	1.258	1,1
Gesamt	111.306	100,0

Aus 77* bayerischen PIA wurden im Dokumentationsjahr 2019 die Daten von 112.662 AmbBADO-Fällen ausgewertet, die Behandlungen von 111.306 Patienten abbilden. In der Regel wurde für jeden Patient/ jede Patientin eine AmbBADO erstellt. Für 1,1 % der Patient*innen wurde mehr als eine Dokumentation im Jahr 2019 erstellt.

* 2019 sind 5 PIA hinzugekommen, von denen einige unterjährig eröffnet wurden, so dass zum Teil nur wenige AmbBADO-Fälle für diese PIA vorliegen. (siehe Tabelle Statistiken - Minimum)

Gesamtzahl der Patient*innen nach PIA (aufsteigend sortiert)



N=77 (PIA)

Zusätzliche Statistiken

Mittelwert	1.445,53
Median	987
Spannweite	9.473
Minimum	17
Maximum	9.490

2. AmBADO-Fälle nach Bogenart

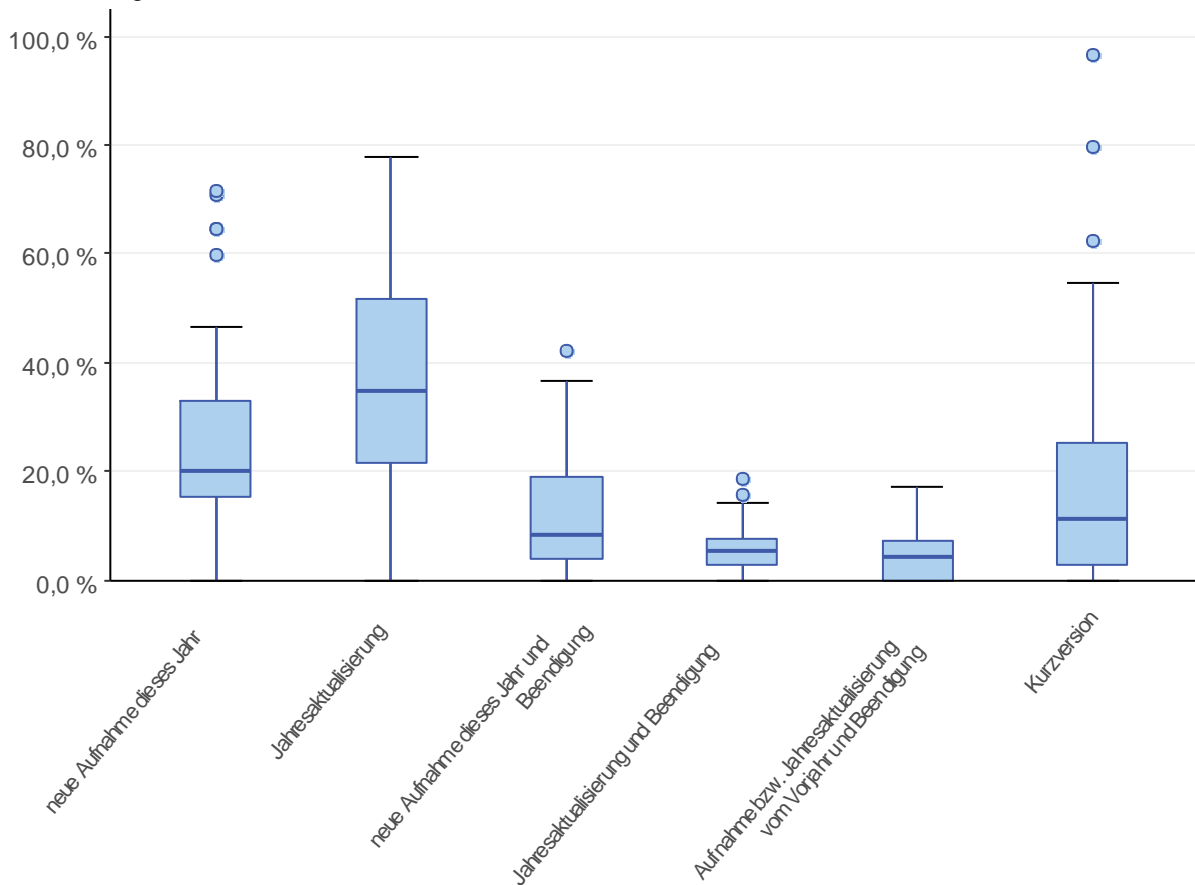
	Anzahl	Prozent
10 = neue Aufnahme dieses Jahr	23.413	20,8
20 = Jahresaktualisierung	44.044	39,1
30 = neue Aufnahme dieses Jahr und Beendigung	14.126	12,5
40 = Jahresaktualisierung und Beendigung	6.954	6,2
45 = Aufnahme bzw. Jahresaktualisierung vom Vorjahr und Beendigung	5.484	4,9
50 = Kurzversion	18.641	16,5
Gesamt gültig	112.662	100,0
missing	0	0,0
Gesamt	112.662	100,0

Da sich die Berichte immer auf ein Kalenderjahr beziehen, sind AmBADO-Fälle abgebildet, die sich auf verschiedene Zeitfenster einer Behandlung beziehen. So liegen zum Beispiel für Behandlungen, die erst kurz vor Ende des Berichtsjahrs begonnen wurden, nur die Daten des Behandlungsbeginns vor, Behandlungen, die im Berichtsjahr auch schon abgeschlossen wurden, sind komplett. Die möglichen Kombinationen, die sich aus den 3 Teilen einer Vollversion ergeben, werden durch die Variable Bogenart (BOA) abgebildet. Die Kurzversion wird durch eine separate Kodierung ausgewiesen

Die Verteilung der Bogenart zeigt, dass im Jahr 2019 37.539 (33,3 %) neue AmBADO-Vollversionen angelegt wurden (BOA = 10, 30), von denen 37,6 % im selben Jahr wieder beendet wurden (BOA = 30). 50,2 % der AmBADO-Fälle beziehen sich auf Behandlungen, die bereits vor dem Dokumentationsjahr begonnen wurden und hier als Jahresaktualisierung und/oder Beendigung berücksichtigt werden (BOA = 20, 40, 45). Für 16,5 % der AmBADO-Fälle wurden Kurzversionen angelegt, die Behandlungen mit bis zu drei Behandlungskontakten umfassen.

Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der als beendet dokumentierten Fälle die Zahl der tatsächlich beendeten Behandlungsfälle unterschätzt.

Anteil der Bogenart nach PIA



N=71 (nur PIA mit mindestens 100 Fällen)

Die Tabelle "AmBADO-Fälle nach Bogenart" zeigt die Verteilung dieser Variable **über alle PIA** aggregiert. Die Abbildung "Anteil der Bogenart nach PIA" hingegen zeigt Unterschiede **zwischen den PIA**. Je höher eine Box ist, desto größer ist die Streuung des jeweiligen Anteils einer Bogenartkategorie.

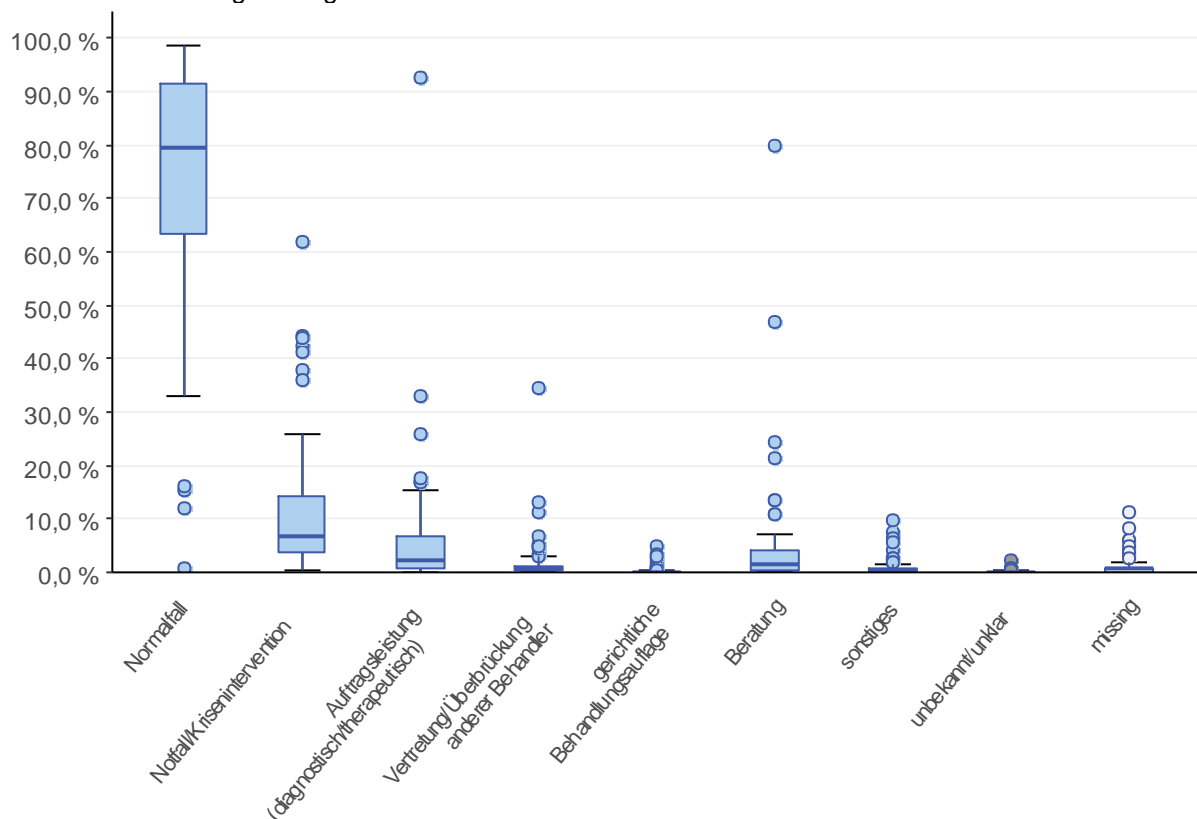
Lesebeispiel: der Anteil von "Jahresaktualisierungen" für alle 71 PIA beträgt im Median 35 %, bei der Hälfte der PIA liegt dieser Anteil zwischen 21,6 % und 51,5 %.

3. Behandlungssetting

	Anzahl	Prozent
Normalfall	81.342	72,2
Notfall/Krisenintervention	15.830	14,1
Auftragsleistung (diagnostisch/therapeutisch)	6.342	5,6
Vertretung/Überbrückung anderer Behandler	1.366	1,2
gerichtliche Behandlungsauflage	763	0,7
Beratung	4.362	3,9
sonstiges	1.261	1,1
unbekannt/unklar	101	0,1
Gesamt gültig	111.367	98,9
missing	1.295	1,1
Gesamt	112.662	100,0

Mit 72,2 % (81.342 Patient*innen) dominiert insgesamt der Normalfall. An zweiter Stelle folgen Notfälle bzw. Kriseninterventionen mit einem Anteil von 14,1 % (15.830 Patient*innen).

Anteil des Behandlungssettings nach PIA



N=71 (nur PIA mit mindestens 100 Fällen)

Die Tabelle "Behandlungssetting" zeigt die Verteilung dieser Variable **über alle PIA** aggregiert. Die Abbildung "Anteil des Behandlungssettings nach PIA" hingegen zeigt Unterschiede **zwischen den PIA**. Je höher eine Box ist, desto größer ist die Streuung des jeweiligen Anteils einer Kategorie.

Lesebeispiel: der Anteil von "Normalfall" für alle 71 PIA beträgt im Median 79,3 %, bei der Hälfte der PIA liegt dieser Anteil zwischen 63,5 % und 91,4 %.

Teil II - Soziodemographische Daten

1. Geschlecht

	Anzahl	Prozent
männlich	49.359	43,8
weiblich	62.561	55,5
divers	13	0,0
unbekannt/unklar	0	0,0
Gesamt gültig	111.933	99,4
missing	729	0,6
Gesamt	112.662	100,0

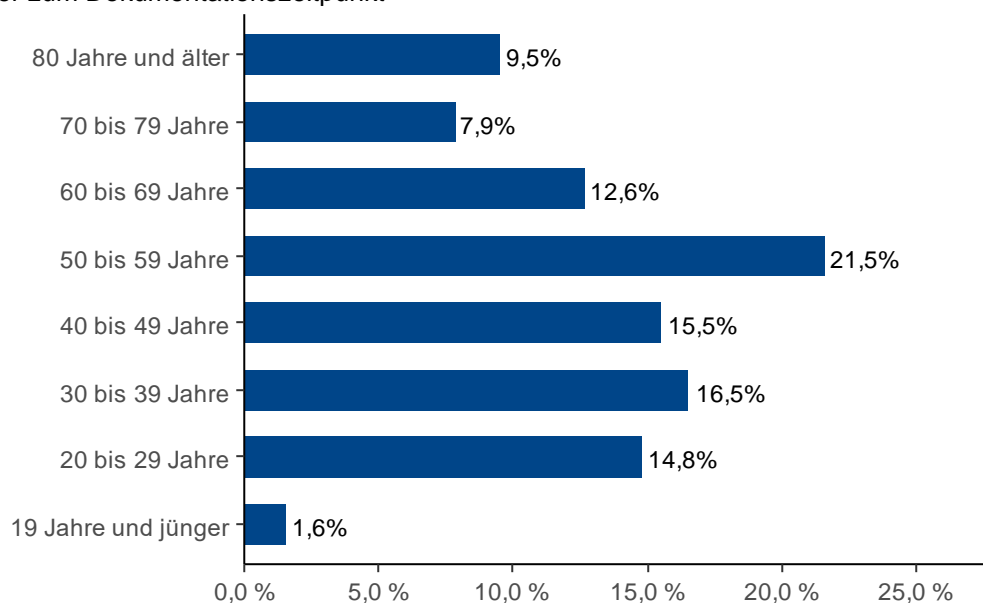
55,5 % des Patientenlientels ist weiblich. Zusätzlich ausgewiesen ist die Angabe "divers", welche im AMBADO-Bogen als "intersexuell" erhoben wird.

2. Alter zum Dokumentationszeitpunkt

	Anzahl	Prozent
80 Jahre und älter	10.749	9,5
70 bis 79 Jahre	8.859	7,9
60 bis 69 Jahre	14.232	12,6
50 bis 59 Jahre	24.259	21,5
40 bis 49 Jahre	17.434	15,5
30 bis 39 Jahre	18.612	16,5
20 bis 29 Jahre	16.671	14,8
19 Jahre und jünger	1.820	1,6
Gesamt gültig	112.636	100,0
missing	26	0,0
Gesamt	112.662	100,0

Berechnung: Dokumentationsjahr minus Geburtsjahr

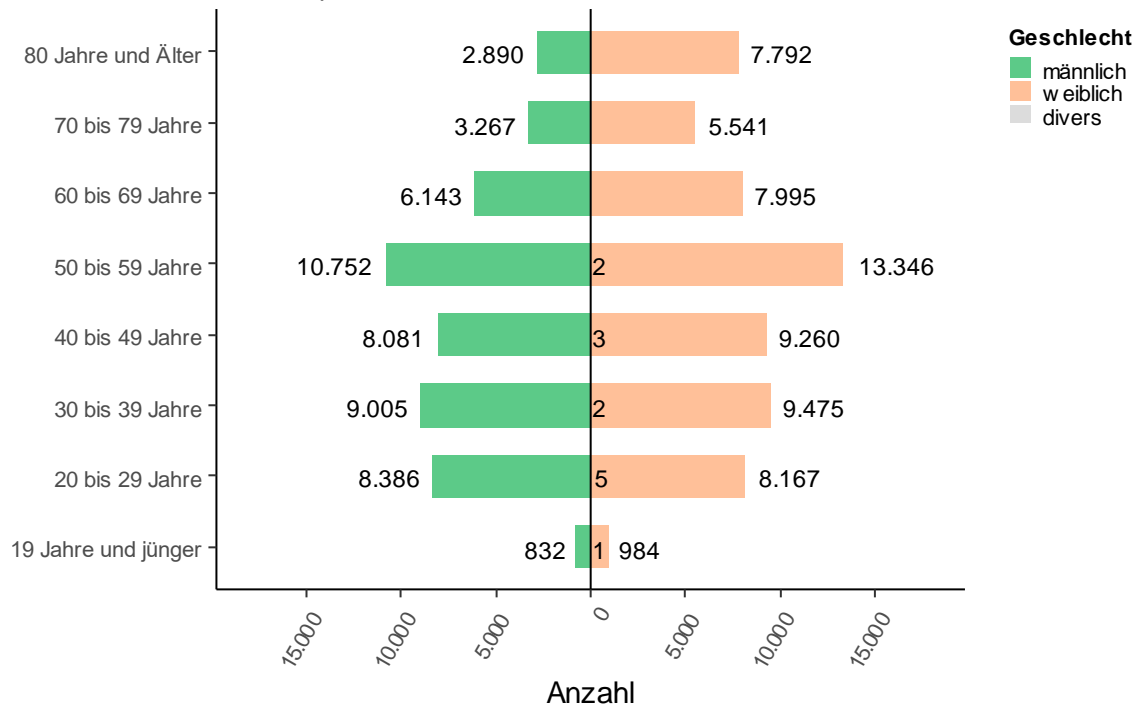
Alter zum Dokumentationszeitpunkt



N=112.662

Bei 30 % handelt es sich um Patient*innen, die 60 Jahre und älter waren, bei 9,5 % um Patient*innen, die 80 Jahre und älter waren.

Alter zum Dokumentationszeitpunkt nach Geschlecht



N=111.929 (ohne Missing): männlich=49.356; weiblich=62.560; divers=13

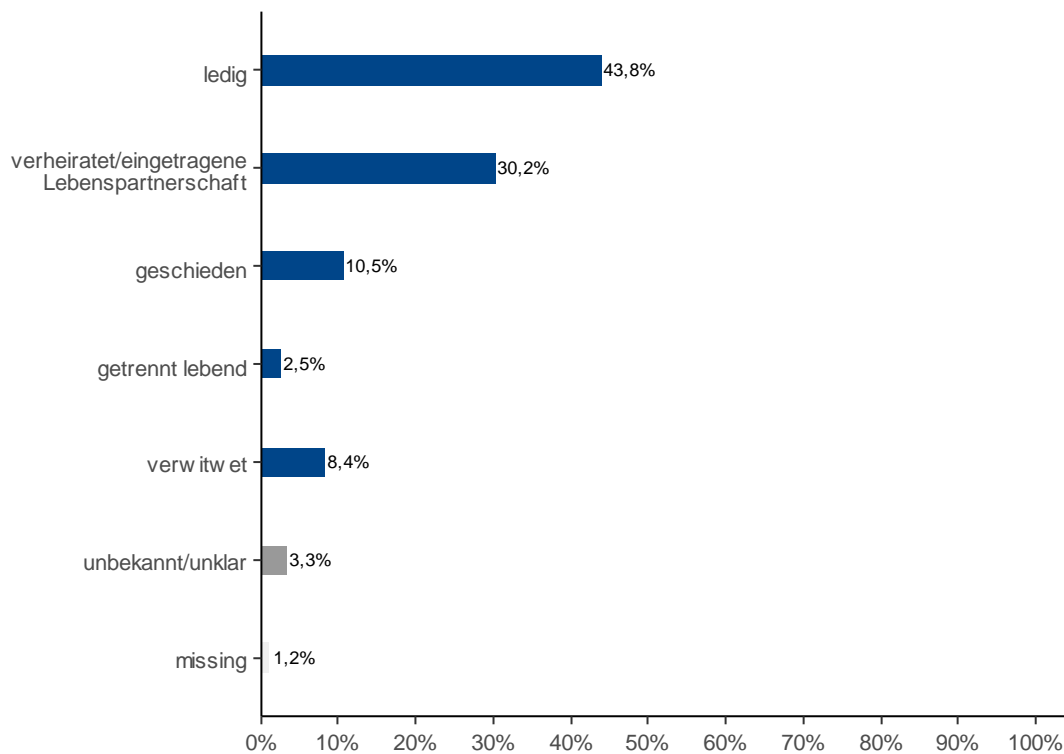
Bemerkung

Im obigen Diagramm sind nur Patient*innen einbezogen, die weder beim Alter noch beim Geschlecht fehlende Werte (missing) aufweisen.

3. Familienstand

	Anzahl	Prozent
ledig	49.397	43,8
verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft	33.981	30,2
geschieden	11.870	10,5
getrennt lebend	2.843	2,5
verwitwet	9.415	8,4
unbekannt/unklar	3.771	3,3
Gesamt gültig	111.277	98,8
missing	1.385	1,2
Gesamt	112.662	100,0

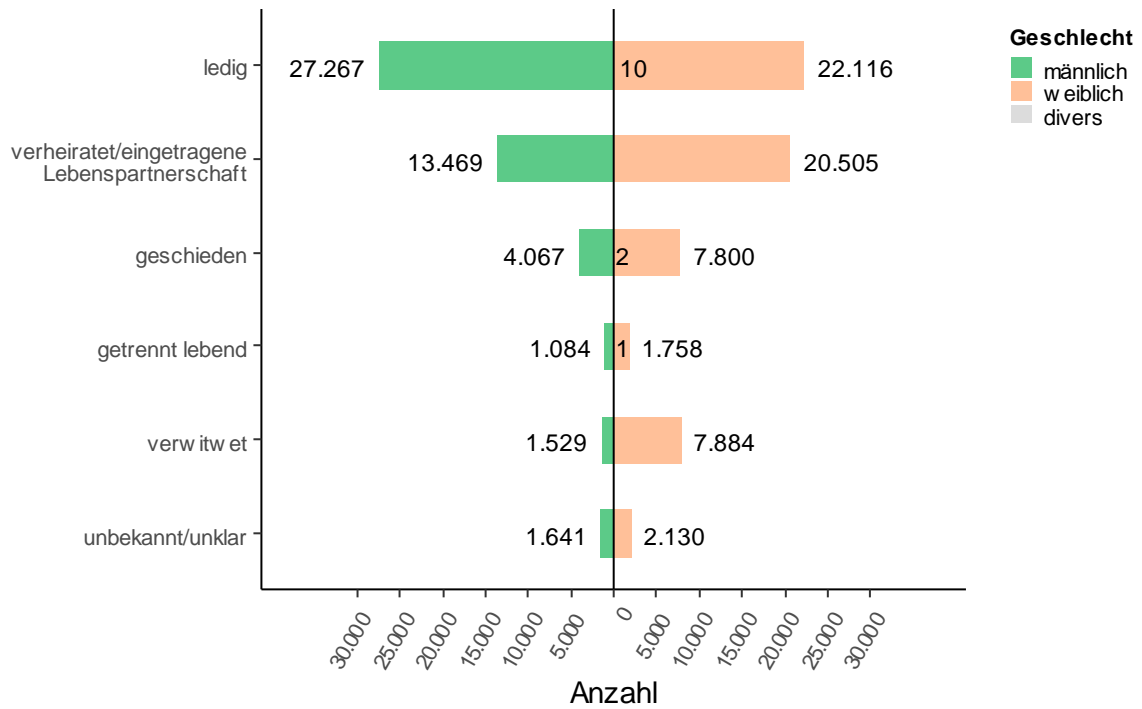
Familienstand



N=112.662

Der Anteil lediger Patient*innen lag bei 43,8 %, der Anteil verheirateter Patient*innen bei 30,2 %.

Familienstand nach Geschlecht



N=111.263 (ohne Missing); männlich=49.057; weiblich=62.193; divers=13

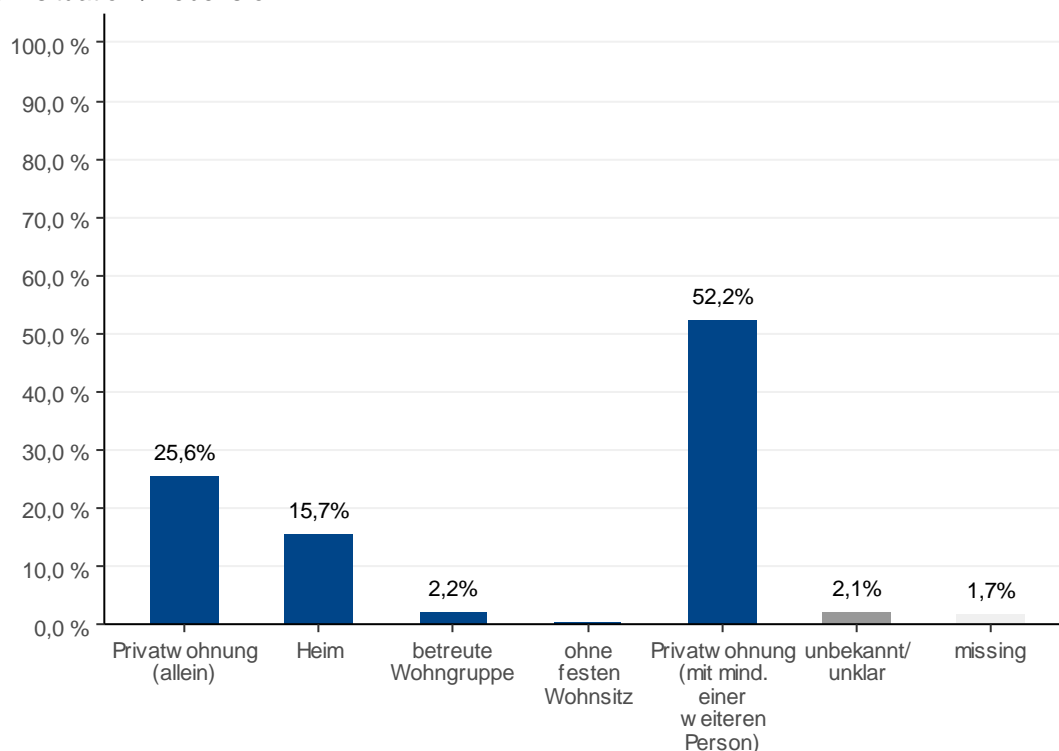
Bemerkung

Im obigen Diagramm sind nur Patient*innen einbezogen, die weder beim Familienstand noch beim Geschlecht fehlende Werte (missing) aufweisen.

4. Wohnsituation / Lebensform

	Anzahl	Prozent
Privatwohnung (allein)	28.801	25,6
Heim	17.655	15,7
betreute Wohngruppe	2.494	2,2
ohne festen Wohnsitz	576	0,5
Privatwohnung (mit mind. einer weiteren Person)	58.813	52,2
unbekannt/unklar	2.358	2,1
Gesamt gültig	110.697	98,3
missing	1.965	1,7
Gesamt	112.662	100,0

Wohnsituation / Lebensform



N=112.662

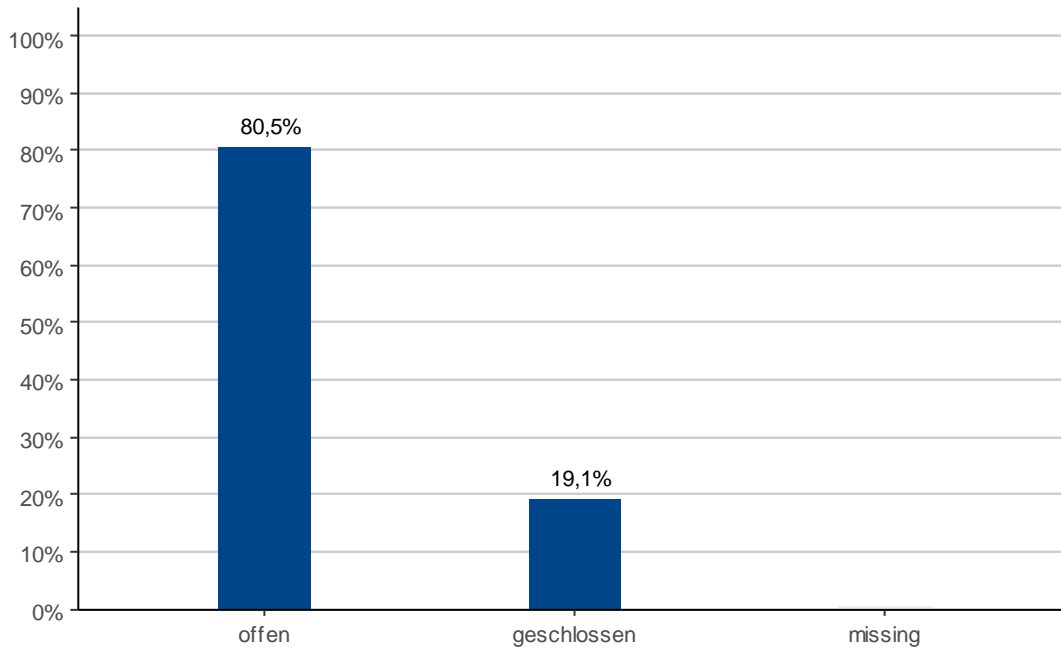
Die Wohnsituation und die Lebensform wurden kombiniert ausgewertet, d.h. Angaben aus beiden Fragen wurden zu neuen Kategorien zusammengefasst. Die Kategorie *Privatwohnung (allein)* bezieht sich auf Patient*innen, die allein in einer Privatwohnung lebten, die Kategorie "Heim" umfasst die Wohnsituationen "therapeutisches/psychiatrisches Heim, gerontopsychiatrisches Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim" und "Altenheim/Pflegeheim". Die Kategorie *Privatwohnung (mit mind. einer weiteren Person)* umfasst Patient*innen, die beispielsweise in einer Privatwohnung bzw. Wohngemeinschaft mit einem Partner / einer Partnerin oder einem Familienmitglied lebten.

25,6 % der Patient*innen lebten im Jahr 2019 allein. Bei 15,7 %, beziehungsweise in absoluten Zahlen 17.655 handelt es sich um Patient*innen, die in unterschiedlichen Formen von Heimen betreut wurden. Diese Fälle werden auf der nächsten Seite weiter differenziert.

5. Heimsetting

	Anzahl	Prozent
offen	14.209	80,5
geschlossen	3.365	19,1
Gesamt gültig	17.574	99,5
missing	81	0,5
Gesamt	17.655	100,0

Heimsetting



N=17.655 (nur Patient*innen mit Wohnsituation "therapeutisches/psychiatrisches Heim (...)" oder "Altenheim/Pflegeheim")

15,7 % der Patient*innen waren 2019 in einem Heim untergebracht. Der überwiegende Anteil (80,5 %) dieser Fälle wurde in offenen Heimen betreut, 19,1 % in geschlossenen Heimen.

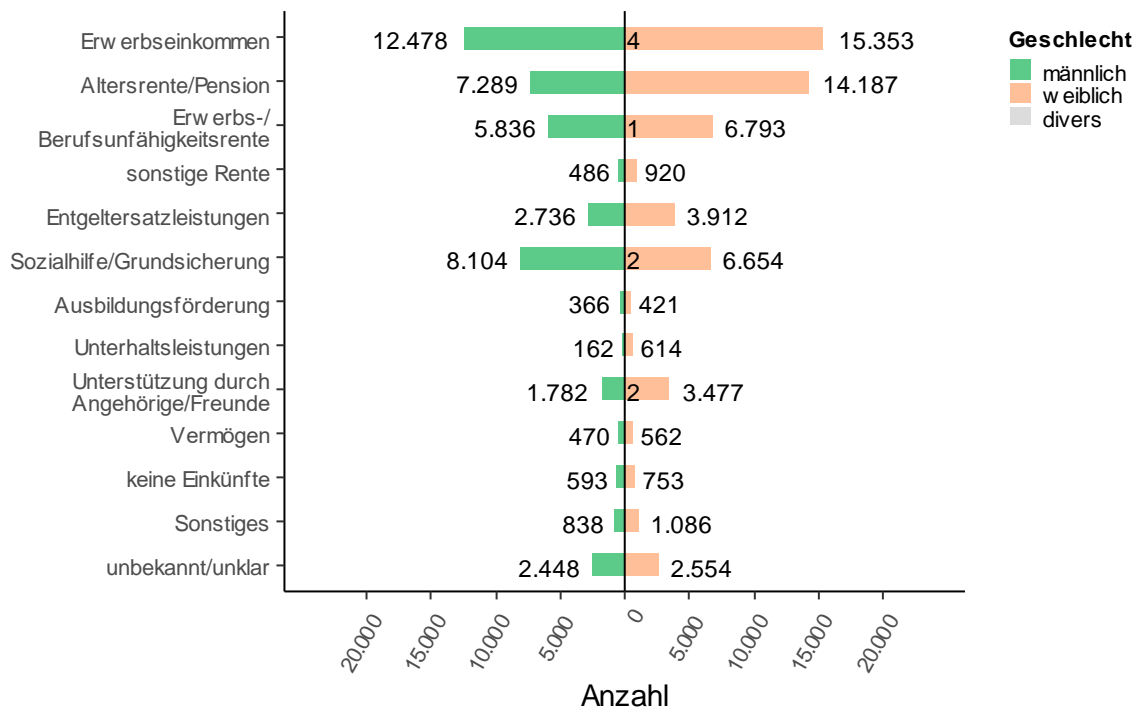
6. Lebensunterhalt

Bei dieser Frage können mehrere Antworten ausgewählt werden. Deshalb ist die Gesamtanzahl aller Antworten (Spalte 2) höher als die Anzahl der Fälle (siehe N).

	Antworten Anzahl	Antworten Prozent	Fälle Prozent	Fälle Anzahl
Erwerbseinkommen	27.836	27,0	29,6	
Altersrente/Pension	21.484	20,9	22,9	
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	12.631	12,3	13,4	
sonstige Rente	1.406	1,4	1,5	
Entgeltersatzleistungen	6.648	6,5	7,1	
Sozialhilfe/Grundsicherung	14.760	14,3	15,7	
Ausbildungsförderung	787	0,8	0,8	
Unterhaltsleistungen	776	0,8	0,8	
Unterstützung durch Angehörige/Freunde	5.261	5,1	5,6	
Vermögen	1.032	1,0	1,1	
keine Einkünfte	1.347	1,3	1,4	
Sonstiges	1.925	1,9	2,0	
unbekannt/unklar	5.002	4,9	5,3	
Gesamt gültig	100.895	98,0	107,3	91.970
missing	2.051	2,0	2,2	
Gesamt	102.946	100,0	109,5	94.021

N=94.021 (ohne Kurzversion)

Lebensunterhalt nach Geschlecht



N=91.960 (ohne Missing); männlich=40.079; weiblich=51.872; divers=9

Bemerkung

Im obigen Diagramm sind nur Patient*innen einbezogen, die weder beim Lebensunterhalt noch beim Geschlecht fehlende Werte (missing) aufweisen.

37,4 % der Patient*innen bezogen mindestens eine der genannten Renten (darunter 357 Patient*innen mit mehr als einer Rente). Bei etwas mehr als einem Drittel dieser Fälle handelte es sich dabei um den Bezug einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente.

36,3 % der Patient*innen lebten von Erwerbseinkommen oder von Entgeltersatzleistungen (darunter 400 Patient*innen, die ein Erwerbseinkommen und Entgeltersatzleistungen bezogen). 20,9 % der Patient*innen waren auf Sozialhilfe/Grundsicherung oder die Unterstützung von Angehörigen angewiesen (darunter 416 Patient*innen, die Sozialhilfe und die Unterstützung von Angehörigen erhielten). Es ist zu berücksichtigen, dass mehr als eine Einkommensquelle genannt werden konnte.

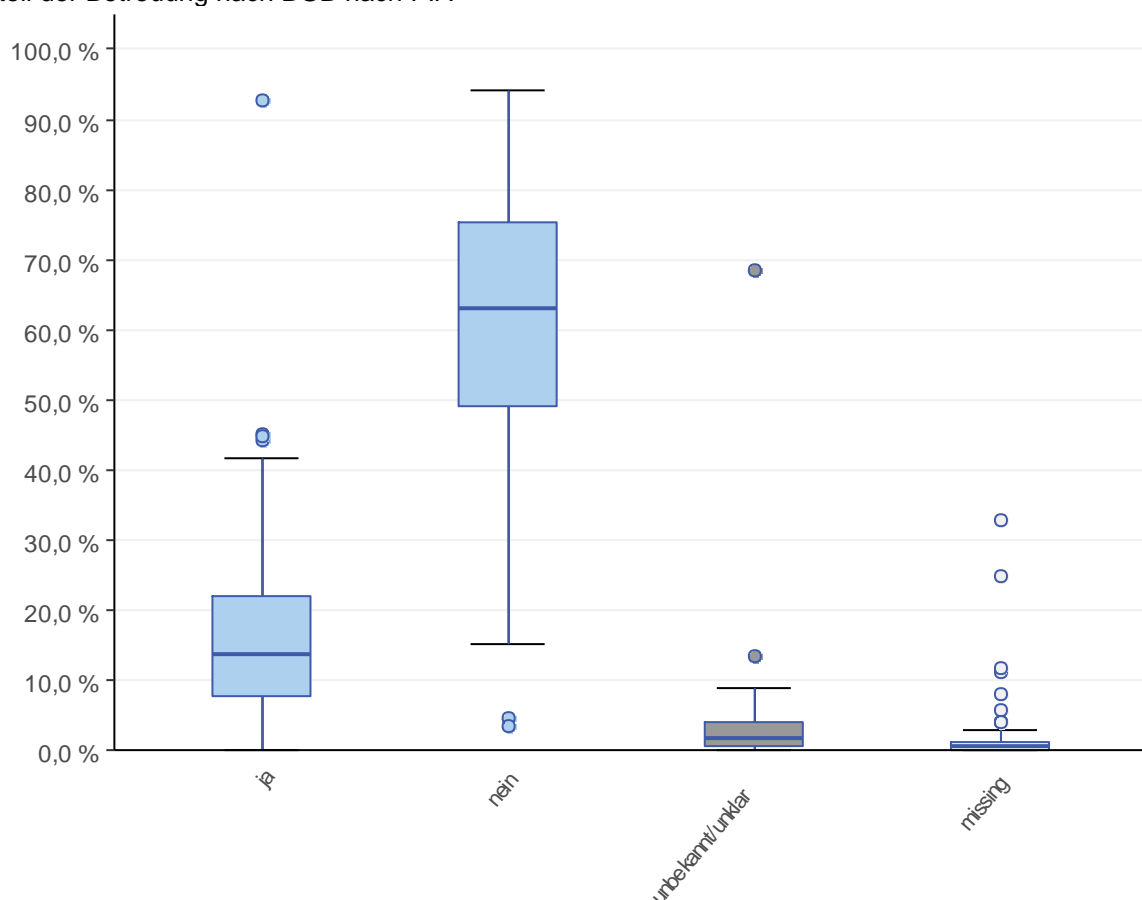
Teil III - Sonstige behandlungsrelevante Daten

1. Betreuung nach BGB

	Anzahl	Prozent
ja	20.955	22,3
nein	67.808	72,1
unbekannt/unklar	3.510	3,7
Gesamt gültig	92.273	98,1
missing	1.748	1,9
Gesamt	94.021	100,0

N=94.021 (ohne Kurzversion)

Anteil der Betreuung nach BGB nach PIA



N=71 (nur PIA mit mindestens 100 Fällen)

Die Tabelle "Betreuung nach BGB" zeigt die Verteilung dieser Variable **über alle PIA** aggregiert. Die Abbildung "Anteil der Betreuung nach BGB nach PIA" hingegen zeigt Unterschiede **zwischen den PIA**. Je höher eine Box ist, desto größer ist die Streuung des jeweiligen Anteils einer Kategorie.

Lesebeispiel: der Anteil von "Betreuung nach BGB - nein" für alle 71 PIA beträgt im Median 63,2 %, bei der Hälfte der PIA liegt dieser Anteil zwischen 49,3 % und 75,3 %.

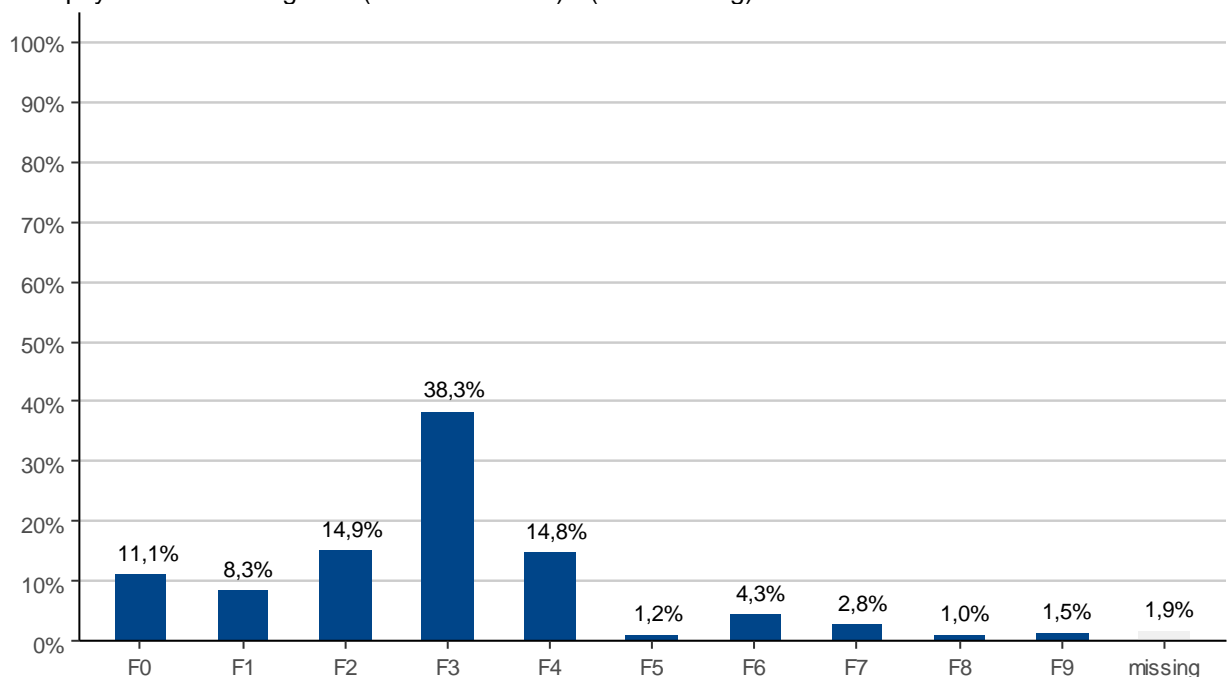
Teil IV - Krankheitsbezogene Daten

1. Erste psychiatrische Diagnose (klinisch führend) - (ICD-2-stellig)

In der AmbBADO werden bis zu 8 psychiatrische Diagnosen sowie somatische und Zusatzdiagnosen nach ICD-10 erhoben. Für die folgende Auswertung wird die klinisch führende psychiatrische Diagnose herangezogen, die grundsätzlich eine Einschätzung zur Art der in der psychiatrischen Institutsambulanz behandelten Patient*innen erlaubt.

	Anzahl	Prozent
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	12.482	11,1
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	9.348	8,3
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	16.836	14,9
F3 Affektive Störungen	43.154	38,3
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	16.653	14,8
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1.317	1,2
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4.850	4,3
F7 Intelligenzminderung	3.117	2,8
F8 Entwicklungsstörungen	1.166	1,0
F9 Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.651	1,5
Gesamt gültig	110.574	98,1
missing	2.088	1,9
Gesamt	112.662	100,0

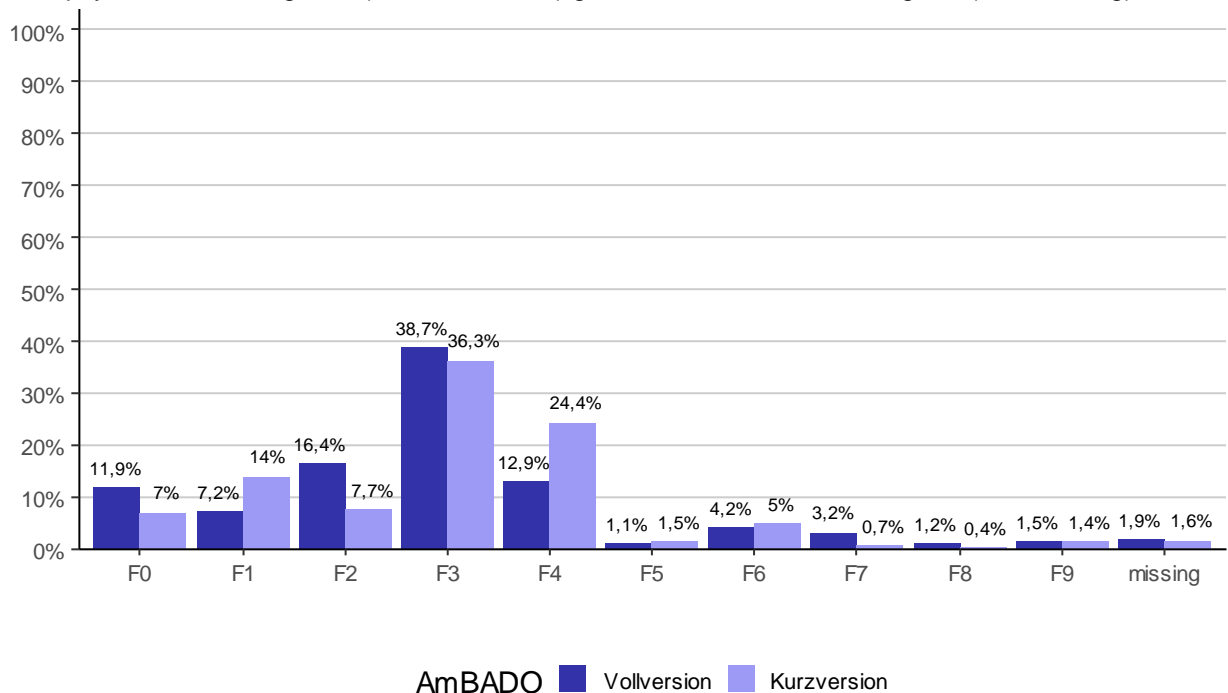
1. Erste psychiatrische Diagnose (klinisch führend) - (ICD-2-stellig)



N=112.662

Die mit Abstand größte Erkrankungsgruppe in den Institutsambulanzen stellen mit 38,3 % die affektiven Störungen (F3) dar. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) sind nahezu gleichauf mit den neurotischen Belastungsstörungen (F4). An 4. und 5. Stelle stehen organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0) und psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1). Die Diagnosegruppen F5 bis F9 treten vergleichsweise seltener auf. Die dargestellte Verteilung bezieht sich auf alle Fälle (einschließlich Kurzversionen). Betrachtet man die beiden Patientengruppen separat nach Vollversion und Kurzversion, zeigen sich einige Unterschiede in der Verteilung der 1. psychiatrischen Diagnose.

1. Erste psychiatrische Diagnose (klinisch führend) getrennt nach AmBADO-Bogen - (ICD-2-stellig)



Vollversion: N=94.021; Kurzversion: N=18.641

So fällt auf, dass bei den Kurzversionen, die sich überwiegend aus Krisenkontakten speisen, die Suchterkrankungen (F1) sowie die Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) im Vergleich zu den Vollversionen doppelt so häufig vorkommen, die organischen Störungen (F0) und schizophrenen Psychosen (F2) deutlich seltener.

Mit 98,1 % gültigen Aussagen zeigt sich eine fast vollständige Erfassung aller in den psychiatrischen Institutsambulanzen behandelten Patient*innen. Nur bei 1,9 % der Patient*innen wird als führende Diagnose keine psychiatrische Diagnose oder gar keine Diagnose angegeben. Die Diagnoseverteilung kann als guter Beleg dafür angesehen werden, dass die Institutsambulanzen insbesondere bei über einen kurzen Zeitraum hinausgehenden Kontakten die vorgegebene Zielpopulation mit schwer und / oder chronisch verlaufenden psychiatrischen Erkrankungen behandeln. So weist die am häufigsten vertretene Diagnosegruppe der affektiven Störungen, zu denen auch die bipolaren Störungen und rezidivierenden Depressionen gehören, in der Regel einen chronischen Verlauf auf, der komplexe Behandlungsleistungen und zumindest zeitweise engmaschige Kontakte erfordert. Ebenfalls haben schizophrene Psychosen einen intensiven Behandlungsbedarf und zählen zu den am schwersten verlaufenden psychiatrischen Erkrankungen.

Für eine abschließende Bewertung der Ergebnisse wäre ein Vergleich mit der Diagnoseverteilung der Patient*innen, die von Vertragsärzten oder stationär behandelt werden, wünschenswert. In Falldefinition und Inhalt (nur die führende Diagnose) vergleichbare Zahlen sind aber leider nicht bekannt, sodass diese Bewertung nicht vorgenommen werden kann. Außerdem existieren bis dato keine evidenzbasierten oder normativen Vorgaben dazu, welches Verteilungsmuster als optimal für die Zielgruppe angesehen werden kann.

Zusätzliche ist zu bedenken, dass sich die Institutsambulanzen aufgrund der jeweiligen regionalen Besonderheiten unterscheiden können, so dass die Definition eines optimalen Verteilungsmusters erschwert ist.

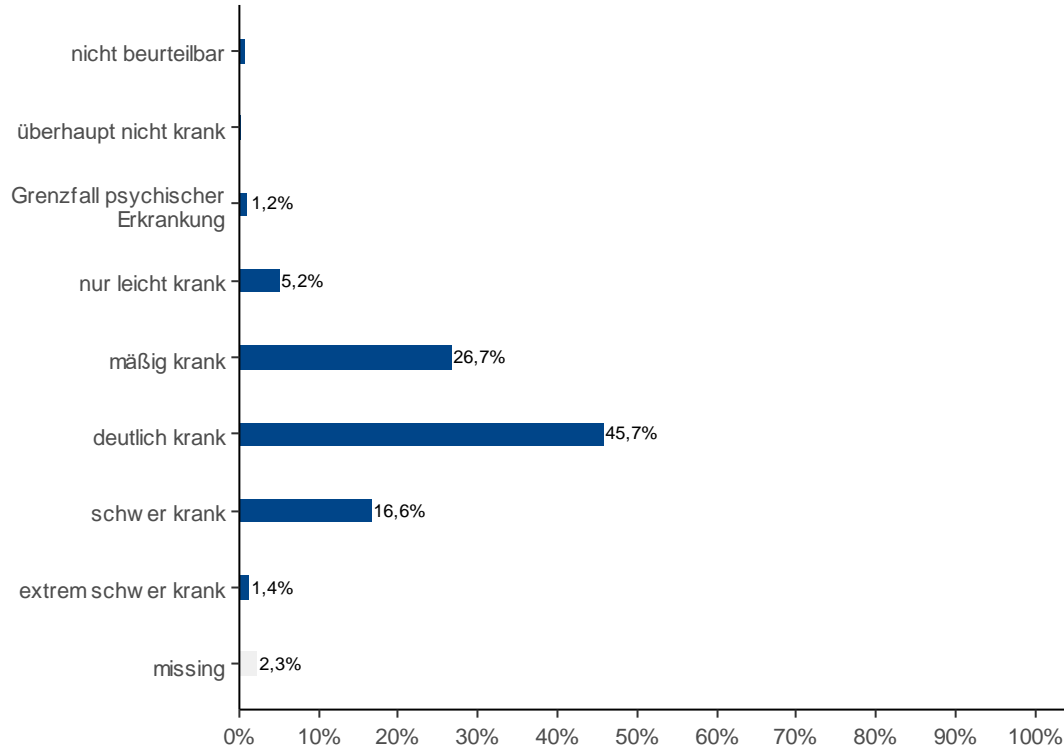
2. Clinical Global Impression (CGI) - Teil 1 (Schweregrad)

	Anzahl	Prozent
nicht beurteilbar	673	0,7
überhaupt nicht krank	210	0,2
Grenzfall psychischer Erkrankung	1.120	1,2
nur leicht krank	4.869	5,2
mäßig krank	25.058	26,7
deutlich krank	42.966	45,7
schwer krank	15.653	16,6
extrem schwer krank	1.323	1,4
Gesamt gültig	91.872	97,7
missing	2.149	2,3
Gesamt	94.021	100,0

Die hier abgebildete Skala (CGI 1) bezieht sich auf den Schweregrad der Erkrankung zum Erhebungszeitpunkt. Die Beurteilung erfolgt durch klinisch erfahrene Ärzt*innen/Psycholog*innen auf Basis der gesamten Erfahrung mit dieser speziellen Patientengruppe. Dabei muss beachtet werden, dass der CGI keine allgemeingültige Krankheits schwere erfasst, sondern die Ausprägung der Erkrankung in Bezug auf die jeweilige Diagnosegruppe.

Der CGI stellt damit zwar nur eine recht grobe Einschätzung der Krankheitsschwere dar, er ist aber ein einfach durchzuführendes und daher oft eingesetztes Instrument zur Erfassung der Krankheitsausprägung und erlaubt grundsätzlich eine Einschätzung der Schwere der Erkrankung bei den in den psychiatrischen Institutsambulanzen behandelten Patient*innen. Da der CGI in der AmbADO-Kurzversion nicht analog erfasst wird, beziehen sich die nachfolgenden Ergebnisse nur auf die AmbADO-Vollversionen.

Clinical Global Impression (CGI) - Teil 1 (Schweregrad)



N=94.021 (ohne Kurzversion)

Es zeigt sich, dass mit 45,7 % die Kategorie "deutlich krank" die größte Gruppe darstellt. 26,7 % der Patient*innen werden als mäßig krank und 16,6 % als schwer krank eingestuft.

97,7 % gültige Angaben weisen dabei auf eine fast vollständige Erfassung aller in den psychiatrischen Institutsambulanzen behandelten Patient*innen hin.

Fasst man die drei schwersten Schweregrade "deutlich krank", "schwer krank" und "extrem krank" zusammen, erhält man einen Indikator für die Schwere der behandelten Erkrankungen. In den bayerischen Institutsambulanzen ergibt sich mit dieser Gruppierung ein Wert von 63,7 %. Dies kann als Beleg dafür angesehen werden, dass dort vorrangig schwer kranke Patient*innen behandelt werden.

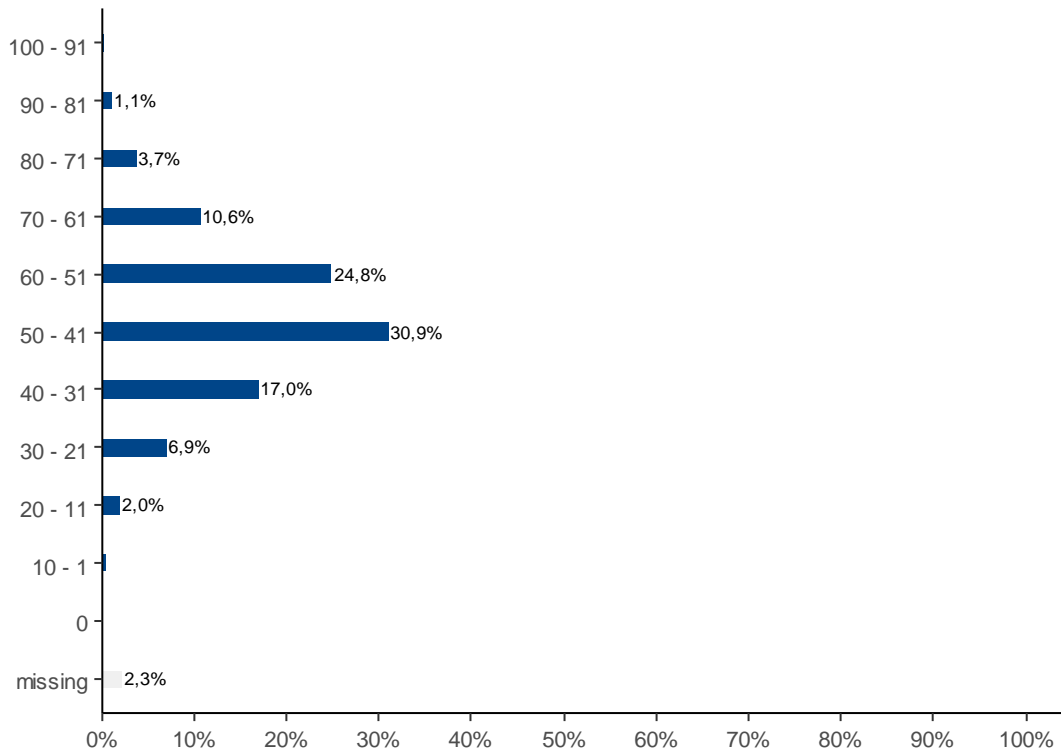
Allgemein ist zu berücksichtigen, dass in den Institutsambulanzen langjährig im klinischen Sektor tätige Psycholog*innen und Ärzt*innen arbeiten, die aufgrund des Behandlungsauftrags der PIA üblicherweise schwerer erkrankte Patient*innen behandeln. Daher kann die hier dargestellte CGI-Verteilung nicht mit Werten aus anderen Versorgungskontexten verglichen werden. Zudem handelt es sich bei der Erfassung des CGI um eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Erfassung. Er bildet daher nicht notwendigerweise den maximalen Schweregrad der Erkrankung im Verlauf des Berichtszeitraums ab.

3. Global Assessment of Functioning (GAF)-Wert - gruppiert gemäß GAF-Legende

Anders als beim CGI, der eine diagnosebezogene Krankheitsschwere abschätzt, wird mit dem GAF (Global Assessment of Functioning Scala) das psychosoziale Funktionsniveau unabhängig von der Diagnosegruppe erfasst. Hierbei wird von einem Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit ausgegangen, bei dem der Wert 100 hervorragender Leistungsfähigkeit entspricht. Der niedrige Wert 1 ist als schwerwiegendste Einstufung zu verstehen. Das Funktionsniveau wird auch hier zu Beginn der Behandlung bzw. bei Langzeitfällen zur Jahresaktualisierung dokumentiert. Wie auch schon beim CGI, wird der GAF-Wert bei AmBADO-Kurzversionen nicht erhoben, sodass sich die folgenden Auswertungen nur auf AmBADO-Vollversionen beziehen.

	Anzahl	Prozent
100 - 91	187	0,2
90 - 81	1.017	1,1
80 - 71	3.457	3,7
70 - 61	9.936	10,6
60 - 51	23.358	24,8
50 - 41	29.088	30,9
40 - 31	15.970	17,0
30 - 21	6.491	6,9
20 - 11	1.884	2,0
10 - 1	390	0,4
0	109	0,1
Gesamt gültig	91.887	97,7
missing	2.134	2,3
Gesamt	94.021	100,0

GAF-Wert - gruppiert gemäß GAF-Legende



N=94.021 (ohne Kurzversion)

Das am häufigsten dokumentierte Funktionsniveau ist mit 30,9 % die Einteilung 50-41, was laut GAF-Legende ernsthaften Symptomen ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit entspricht. An zweiter Stelle folgen mit 24,8 % Patient*innen mit mäßig ausgeprägten Symptomen ODER mäßig ausgeprägten Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (GAF-Wert zwischen 60-51). Bei 17 % der Fälle handelt es sich um

Patient*innen mit einem GAF-Wert zwischen 40 und 31, also einigen Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung.

97,2 % gültige Angaben weisen dabei auf eine fast vollständige Erfassung des GAF-Wertes aller in den psychiatrischen Institutsambulanzen behandelten Patient*innen hin.

Fasst man die GAF-Werte 1 bis 50 zusammen, erhält man einen Indikator für die Schwere der in den bayerischen Institutsambulanzen behandelten Erkrankungen. In den bayerischen Institutsambulanzen ergibt sich mit dieser Gruppierung ein Wert von 56,3 %. Dies kann als Beleg dafür angesehen werden, dass dort vorrangig schwer kranke Patient*innen behandelt werden.

Es gilt zu beachten, dass die GAF-Skala einzelfallabhängig entweder die Symptomschwere oder die daraus resultierende Funktionsbeeinträchtigung misst.

Analog zum CGI handelt es sich auch beim GAF um eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Erfassung. Er bildet daher nicht notwendigerweise die maximale Beeinträchtigung der psychosozialen Funktion im Verlauf des Berichtszeitraums ab.

Global Assessment of Functioning (GAF)-Legende

100 – 91:	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum.
90 – 81:	Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80 – 71:	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z. B. Konzentrationsstörungen nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
70 – 61:	Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z. B. Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60 – 51:	Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
50 – 41:	Ernsthafte Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, unfähig eine Arbeitsstelle zu behalten).
40 – 31:	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten).
30 – 21:	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20 – 11:	Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10 – 01:	Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu schädigen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
0:	Unzureichende Information.

4. Selbst- und Fremdgefährdung - jemals

Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten sind wichtige Komplikationen psychiatrischer Erkrankungen. Zum Beispiel stehen bis zu 90 % der Suizide in Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen, vorwiegend depressiven Syndromen. Jährlich begehen ca. 10.000 Menschen Suizid, die Häufigkeit von Suizidversuchen wird auf das mindestens 10-fache geschätzt (DGPPN). Bis zu 15 % der Patient*innen mit schweren Depressionen versterben im Laufe ihres Lebens an Suizid.

Das Vorliegen von Selbst- und Fremdgefährdung wird in der AmBADO sehr differenziert erfasst. Für die folgenden Berechnungen wird zwischen den Kategorien Suizidalität¹, sonstigem selbstschädigendem Verhalten und Fremdgefährdung differenziert. Diese drei Kategorien werden für drei verschiedene Zeiträume (aktuell, in den letzten 12 Monaten, vor den letzten 12 Monaten) separat erfasst. Für die folgenden Auswertungen wurden die verschiedenen Zeiträume zusammengefasst. Somit kann eine Aussage darüber gemacht werden, wie hoch der Anteil der Patient*innen ist, für die jemals ein entsprechendes selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten dokumentiert wurde.

Insgesamt wurde für 35,5 % jemals **mindestens ein** selbst- oder fremdschädigendes Verhalten dokumentiert. Die Tabelle fasst die Ergebnisse zusammen, wobei beachtet werden muss, dass Suizidalität, sonstiges selbstschädigendes Verhalten und fremdschädigendes Verhalten getrennt erhoben wurden und somit Mehrfachnennungen möglich sind. In 25,2 % aller Fälle wurde nur eine Kategorie kodiert, in 9,3 % der Fälle zwei Kategorien und in 1 % aller Fälle wurden alle drei Kategorien kodiert. Suizidalität ist hierbei mit 26,2 % aller PIA-Fälle die am häufigsten dokumentierte Kategorie. Im Detail zeigt sich, dass bei 43,9 % derjenigen Patient*innen, bei denen jemals Suizidalität dokumentiert wurde, auch ein Suizidversuch stattgefunden hat. Bezogen auf alle PIA-Patient*innen entspricht dies einem Anteil von 11,5 %.

	jemals Prozent	niemals Prozent	nicht eindeutig zuordenbar Prozent	Gesamt Prozent
selbst- oder fremdschädigendes Verhalten (insgesamt)	35,5	53,7	10,8	100
Suizidalität	26,2	62,3	11,5	100
sonstiges selbstschädigendes Verhalten	14,8	74,6	10,6	100
Fremdgefährdung	5,9	83,2	10,9	100

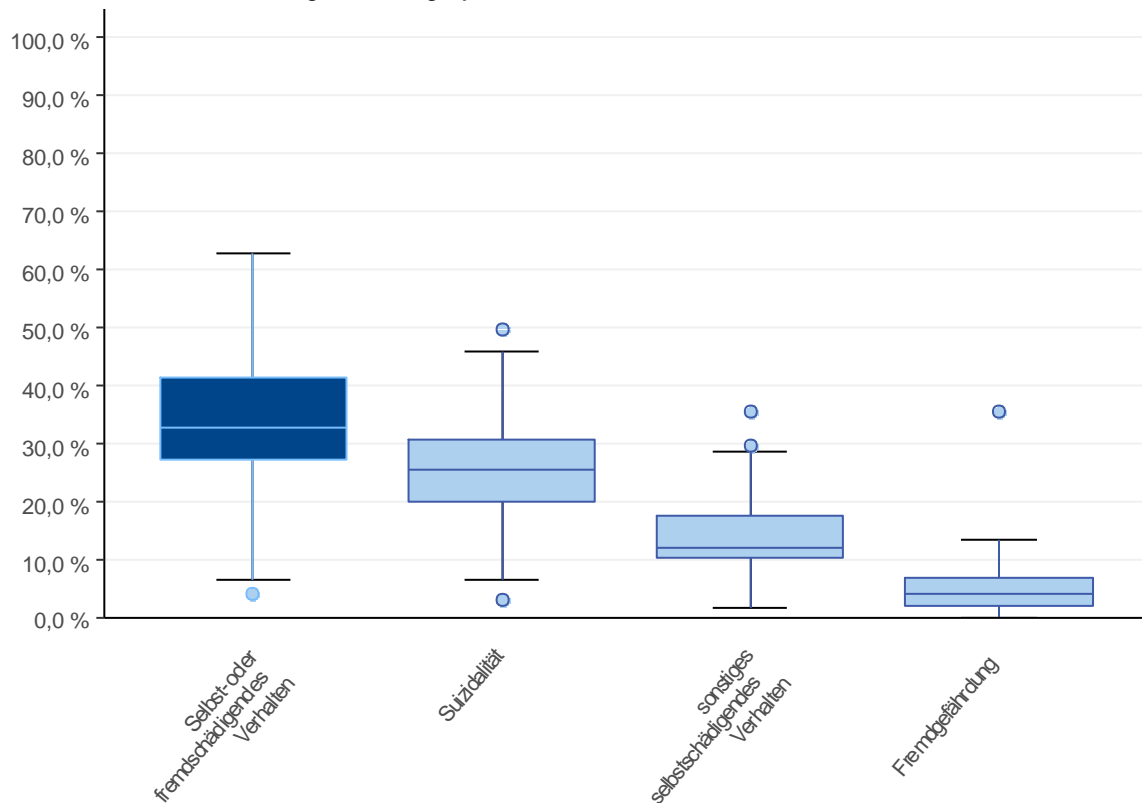
Da sich die Berechnung der Anteile auf verschiedene Zeiträume bezieht, wirken sich fehlende Angaben („unbekannt/unklar“ und „missing“) aller einzelnen Zeiträume auf den Anteil „nicht eindeutig zuordenbar“ aus. Diese Kategorie wurde dann verwendet, wenn ein Fall aufgrund fehlender Angaben in mindestens einem der Zeiträume nicht eindeutig der Ausprägung „jemals“ oder „niemals“ zugeordnet werden konnte.

Besonders die lang zurückliegenden Zeiträume sind dabei schwer zu erheben und weisen deutlich höhere Anteile fehlender Werte aus. So steigen zum Beispiel die Anteile der fehlenden Angaben bei der Variable Fremdgefährdung im Zeitverlauf von ca. 2 % (aktuell) über 8 % (in den letzten 12 Monaten) bis zu ca. 11 % (vor den letzten 12 Monaten).

Für die übergeordnete Kategorie (selbst- oder fremdschädigendes Verhalten - insgesamt) sowie die 3 genannten Kategorien (Suizidalität, sonstiges selbstschädigendes Verhalten, Fremdgefährdung) zeigt die folgende Abbildung die Verteilung der Anteile „jemals“ nach PIA. Die Boxplots zeigen, ob sich die Anteile der Patienten, für die das entsprechende Verhalten dokumentiert wird, zwischen den Ambulanzen unterscheiden oder überall eine ähnliche Verteilung zu finden ist. Je höher eine Box ist, die 50 % aller Ambulanzen umfasst, umso größer ist die Streuung.

¹ Im Erhebungsbogen wird „Suizidversuch“ und „Suizidalität ohne Suizidversuch“ getrennt erhoben, hier aber zur besseren Übersicht zu Suizidalität zusammengefasst.

Anteil der Selbst- und Fremdgefährdung - jemals nach PIA



N=71 (nur PIA mit mindestens 100 Fällen)

Das Auftreten von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten kann als Indikator für die Schwere der behandelten Erkrankungen angesehen werden. Werden die Kategorien „Suizidalität“, „sonstiges selbstschädigendes Verhalten“ und „Fremdgefährdung“ zusammengefasst, ergibt sich für die bayerischen Institutsambulanzen ein Wert von 35,5 %.

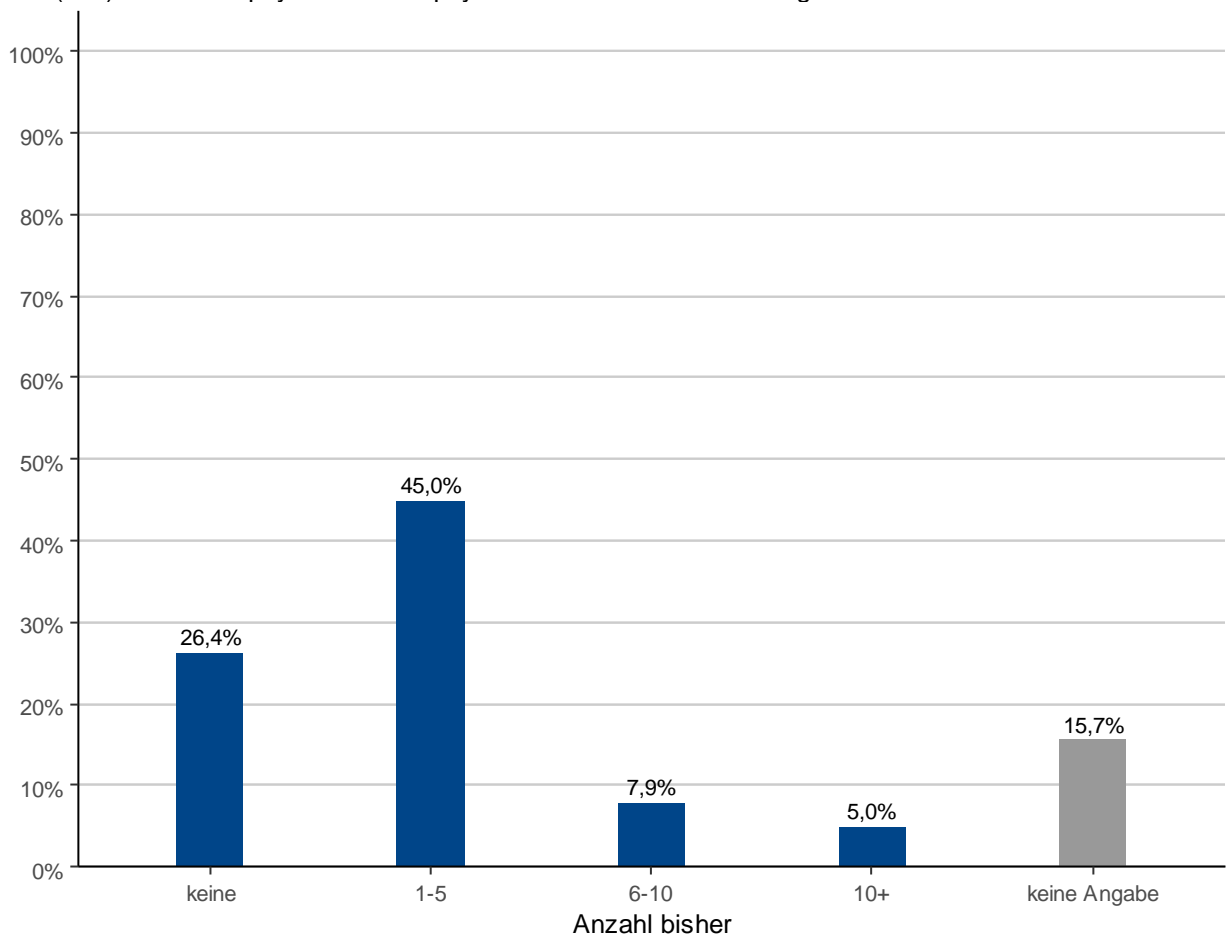
Dieser Wert deutet auf eine signifikante Krankheitsschwere bei einem relevanten Anteil der in den bayerischen PIA behandelten Patient*innen hin. Ein Vergleich mit anderen Behandlungskontexten ist allerdings nicht möglich, da weder aus der vertragsärztlichen Versorgung noch aus der stationären Versorgung in psychiatrischen Kliniken öffentlich zugängliche Informationen dazu vorliegen.

5. Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlungen bisher

Die abgebildete Anzahl an Behandlungen bezieht sich auf psychiatrische sowie psychosomatische stationäre und teilstationäre Behandlungen bis zum aktuellen Dokumentationszeitpunkt. Bei einer Neuaufnahme geht der Zeitraum also bis zum Beginn der dokumentierten Behandlung, bei bereits länger andauernden Behandlungen bis zum Zeitpunkt der Jahresaktualisierung. Diese Angabe ist je nach Krankheitsverlauf und -dauer unter Umständen retrospektiv schwer zu erfassen und wird in diesen Fällen als Näherungswert angegeben. Da besonders bei Patient*innen mit sehr vielen vorangegangenen Behandlungen präzise Angaben schwer zu treffen sind, wurden die Häufigkeiten entsprechend gruppiert dargestellt. In der Abbildung wurden die Anteile „unbekannt/unklar“ (13,2 %) und „missing“ (2,5 %) in der Kategorie „keine Angabe“ zusammengefasst. AmBADO-Kurzversionen sind hier unberücksichtigt, da diese Information hier nicht erhoben wird.

	Anzahl	Prozent
keine	24.809	26,4
1-5	42.326	45,0
6-10	7.425	7,9
10+	4.727	5,0
Gesamt gültig	79.287	84,3
keine Angabe	14.734	15,7
Gesamt	94.021	100,0

Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlungen bisher



N=94.021 (ohne Kurzversion)

45 % der Patient*innen waren vor dem aktuellen Dokumentationszeitpunkt bereits 1-5-mal in (teil-)stationärer Behandlung, bei 26,4 % hat noch keine (teil-)stationäre Behandlung stattgefunden. Zwischen 6 und 10 Behandlungen wurden bei 7,9 % der Patient*innen dokumentiert.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss allerdings der hohe Anteil an fehlenden Werten berücksichtigt werden, der die Aussagekraft des Items einschränkt. Bei insgesamt 15,7 % der Fälle wurde keine Angabe zur Anzahl bisheriger Behandlungen gemacht. Bei genauerer Betrachtung dieser Gruppe zeigen sich zwei Tendenzen: erstens ein überproportional hoher Anteil an Heimpatient*innen in dieser Gruppe und zweitens ein Anstieg des Anteils fehlender Angaben bei Patient*innen mit zunehmendem Alter, die nicht im Heim leben. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass diese Angabe bei bestimmten Patientengruppen generell schwerer zu erheben ist.

Die Anzahl der stationären Aufnahmen ist dabei rein deskriptiv zu sehen und eignet sich nicht als Indikator für die Art und Schwere der in der PIA behandelten Patient*innen, da häufige stationäre Aufenthalte einerseits ein Eingangskriterium für eine PIA-Behandlung darstellen können, andererseits weitere stationäre Behandlungen durch die PIA-Behandlung nach Möglichkeit vermieden werden sollen.

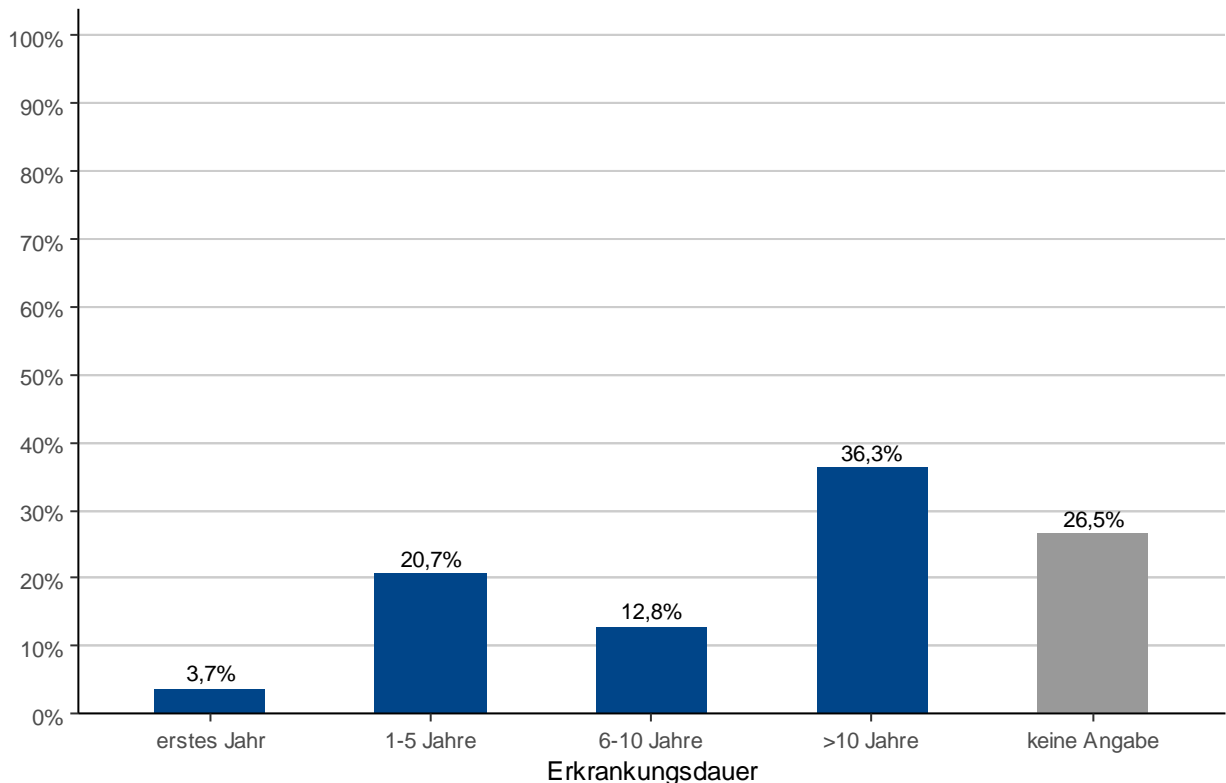
Um Aussagen hinsichtlich der Zielgruppenerreichung und der Wirksamkeit der PIA-Behandlung generieren zu können, wären differenzierte Erhebungs- und Auswertungsmöglichkeiten notwendig.

6. Erkrankungsdauer in Jahren

Die Erkrankungsdauer wird nicht direkt erfasst, sondern aus dem „Jahr der ersten psychischen Auffälligkeit“ berechnet und dann gruppiert. Die Anteile „unbekannt/unklar“ (18,3 %) und „missing“ (8,3 %) wurden zu „keine Angabe“ zusammengefasst. In der AmBADO-Kurzversion wird diese Information nicht erhoben, sodass sich die folgende Auswertung nur auf AmBADO-Vollversionen bezieht.

	Anzahl	Prozent
erstes Jahr	3.432	3,7
1-5 Jahre	19.425	20,7
6-10 Jahre	12.079	12,8
>10 Jahre	34.128	36,3
Gesamt gültig	69.064	73,5
keine Angabe	24.957	26,5
Gesamt	94.021	100,0

Erkrankungsdauer in Jahren



N=94.021 (ohne Kurzversion)

36,3 % der Patient*innen weisen eine Erkrankungsdauer von mehr als 10 Jahren auf, diese Gruppe umfasst jedoch auch einen sehr großen Zeitraum. 20,7 % der Patient*innen weisen eine Erkrankungsdauer von 1-5 Jahren auf, im ersten Erkrankungsjahr befinden sich zum Dokumentationszeitpunkt 3,7 % der Patient*innen.

Wie auch bei der vorherigen Darstellung muss bei der Interpretation der Ergebnisse der hohe Anteil an fehlenden Werten berücksichtigt werden (26,5 %), der die Aussagekraft des Items einschränken kann. Hierbei handelt es sich jedoch um ein Item, das sich auf die gesamte Biografie der Patient*innen bezieht und daher von der Erinnerungsfähigkeit der Patient*innen beeinflusst wird (siehe Einleitung - Datenprüfung und Datenaufbereitung). Analog zur vorherigen Abbildung zeigt sich auch hier, dass Patient*innen, die im Heim leben, in der Kategorie „keine Angabe“ überrepräsentiert sind.

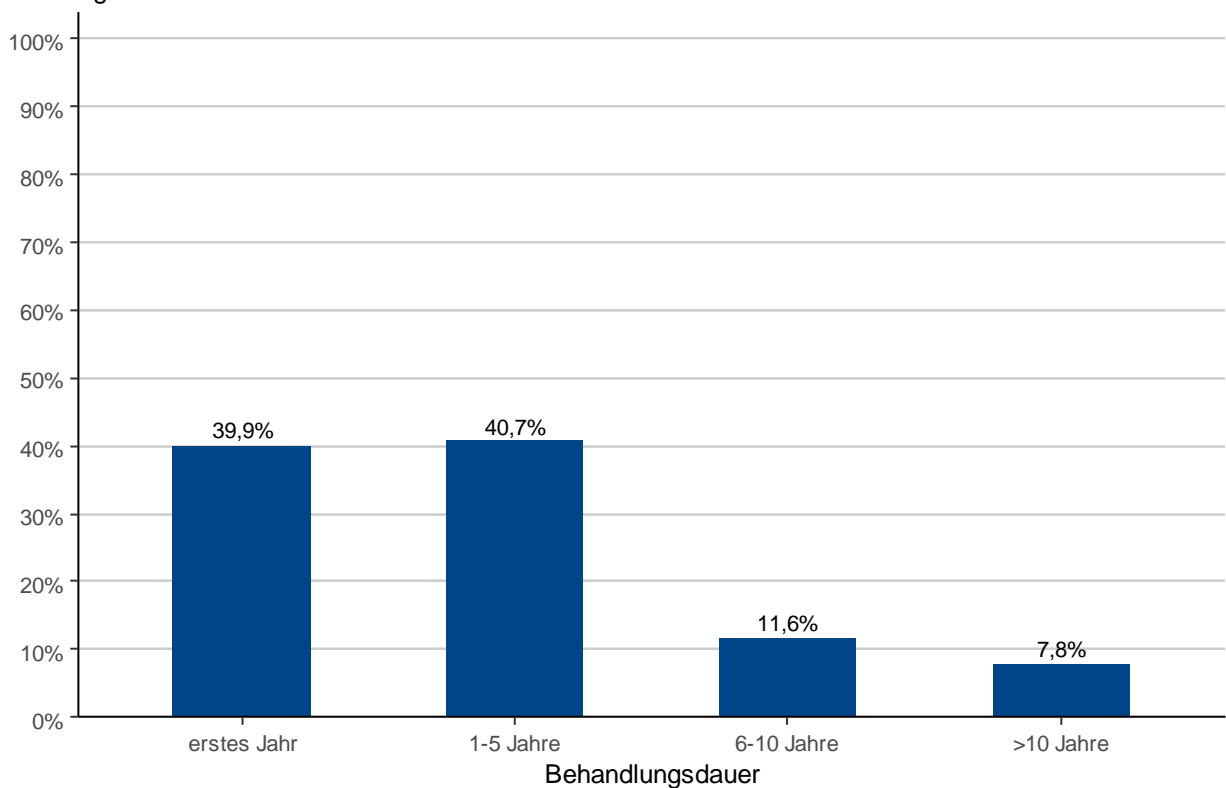
Mindestens 49,1 % der Patient*innen zeigen eine Krankheitsdauer von mehr als fünf Jahren, was als Indikator für das Vorliegen einer langfristigen Erkrankung gesehen werden kann. Allerdings ist nicht immer klar, ob das Auftreten von ersten psychischen Auffälligkeiten den eigentlichen Krankheitsbeginn darstellt.

7. Behandlungsdauer in Jahren

Die Behandlungsdauer wird nicht direkt erfasst, sondern aus dem Jahr des Behandlungsbeginns in der PIA errechnet und dann gruppiert. Analog zu den vorherigen Abbildungen werden auch hier nur die AmbADO-Vollversionen abgebildet.

	Anzahl	Prozent
erstes Jahr	37.547	39,9
1-5 Jahre	38.266	40,7
6-10 Jahre	10.892	11,6
>10 Jahre	7.316	7,8
Gesamt gültig	94.021	100,0
keine Angabe	0	0,0
Gesamt	94.021	100,0

Behandlungsdauer in der Ambulanz in Jahren



N=94.021 (ohne Kurzversion)

Im Dokumentationsjahr 2019 befanden sich 39,9 % der Patient*innen, für die eine AmbADO-Vollversion angelegt wurde, in ihrem ersten Behandlungsjahr. Mit 40,7 % etwas höher ist der Anteil der Patient*innen, die bereits zwischen 1 und 5 Jahren in der Ambulanz behandelt werden. Eine Behandlungsdauer von mehr als 10 Jahren wurde bei 7,8 % der Fälle errechnet.

Diese Information liegt auch für AmbADO-Kurzversionen vor. Wenn man diese Fälle ebenfalls berücksichtigt, erhöht sich der Anteil der Behandlungen im ersten Jahr auf 49,7 %, dementsprechend sinkt der Anteil in der Gruppe zwischen 1 und 5 Jahren auf 34,1 %. In den anderen beiden Gruppen treten keine relevanten Verschiebungen auf.

Bei dieser Variable können keine fehlenden Werte auftreten, da ein fehlender oder inkonsistenter Behandlungsbeginn schon bei der Datenprüfung an die PIA zurückgemeldet wird.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass die Behandlungsdauer nicht als Indikator für die Dauer der Erkrankung angesehen werden kann.

Zudem macht es einen Unterschied, wie lange eine PIA schon existiert. So können erst kürzlich eröffnete PIA noch keine langen Behandlungsdauern aufweisen. Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen sind somit primär auf lokaler Ebene zur Beurteilung der Behandlungsprozesse vor Ort sinnvoll.

C - Vernetzung

Die Veranlassung der PIA-Behandlung wird einmalig nur zu Beginn der Behandlung erhoben. Danach wird diese Information nicht mehr aktualisiert.

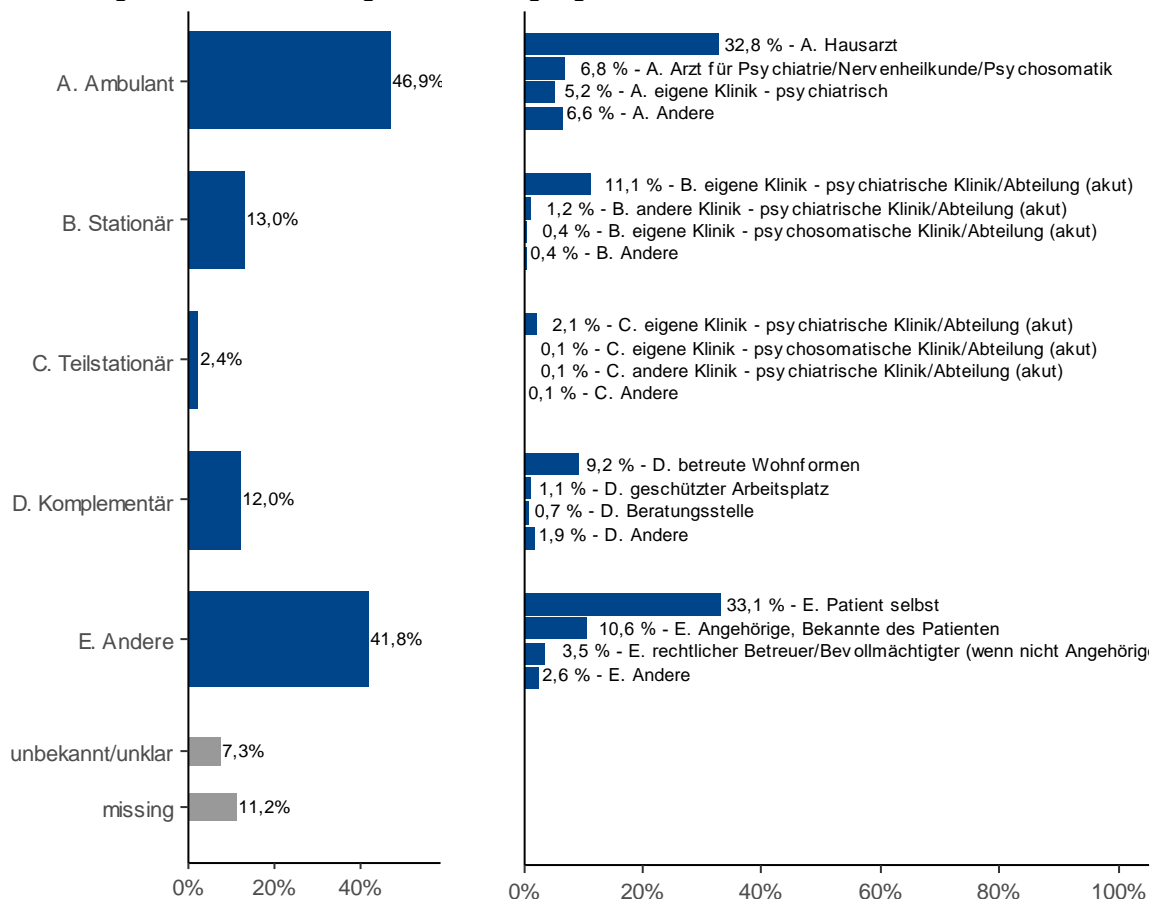
1. Veranlassung der PIA-Behandlung nach Versorgungsbereichen

Bei dieser Frage können mehrere Antworten ausgewählt werden. Deshalb ist die Gesamtanzahl aller Antworten (Spalte 2) höher als die Anzahl der Fälle (siehe N).

	Antworten Anzahl	Antworten Prozent	Fälle Prozent	Fälle Anzahl
A. Ambulant	52.811	34,9	46,9	
B. Stationär	14.611	9,6	13,0	
C. Teilstationär	2.653	1,8	2,4	
D. Komplementär	13.486	8,9	12,0	
E. Andere	47.059	31,1	41,8	
unbekannt/unklar	8.238	5,4	7,3	
Gesamt gültig	138.858	91,6	123,3	99.997
missing	12.665	8,4	11,2	
Gesamt	151.523	100,0	134,5	112.662

Die obige Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung aller Veranlassungen der PIA-Behandlung zusammengefasst nach Versorgungsbereichen. Dabei hatten beispielsweise 46,9 % der Patient*innen, (siehe Spalte "Fälle Prozent") mindestens 1 Veranlassung der PIA-Behandlung aus dem Versorgungsbereich "A. Ambulant".

Veranlassung der PIA-Behandlung nach Versorgungsbereichen



N=112.662

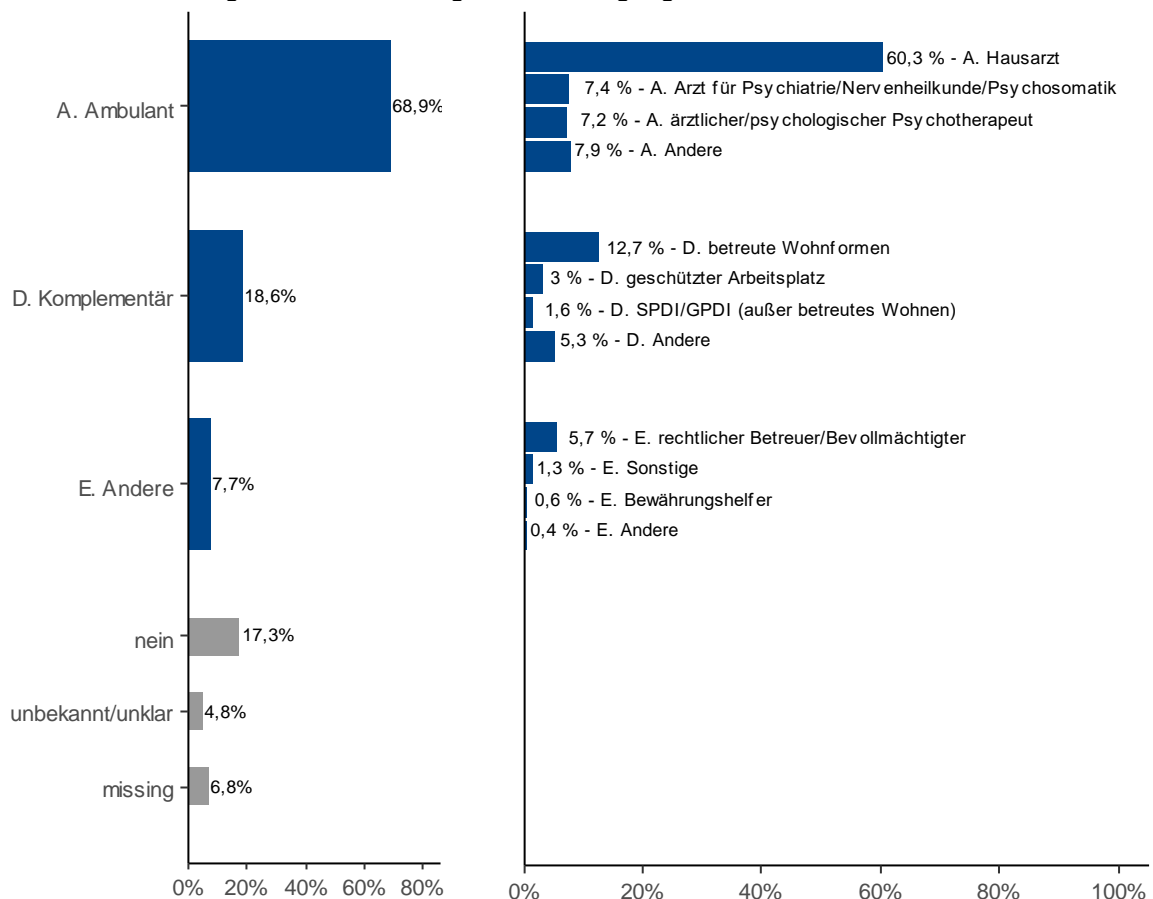
2. Fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung nach Versorgungsbereichen

Bei dieser Frage können mehrere Antworten ausgewählt werden. Deshalb ist die Gesamtanzahl aller Antworten (Spalte 2) höher als die Anzahl der Fälle (siehe N).

	Antworten Anzahl	Antworten Prozent	Fälle Prozent	Fälle Anzahl
A. Ambulant	64.789	55,6	68,9	
D. Komplementär	17.442	15,0	18,6	
E. Andere	7.195	6,2	7,7	
nein	16.260	14,0	17,3	
unbekannt/unklar	4.478	3,8	4,8	
Gesamt gültig	110.164	94,6	117,2	
missing	6.348	5,4	6,8	
Gesamt	116.512	100,0	123,9	94.021

Die obige Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung aller fremden Mitbehandlungen zusammengefasst nach Versorgungsbereichen. Dabei hatten beispielsweise 68,9 % der Patient*innen, (siehe Spalte "Fälle Prozent") mindestens 1 fremde Mitbehandlung aus dem Versorgungsbereich "A. Ambulant".

Fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung nach Versorgungsbereichen



N=94.021 (ohne Kurzversionen)

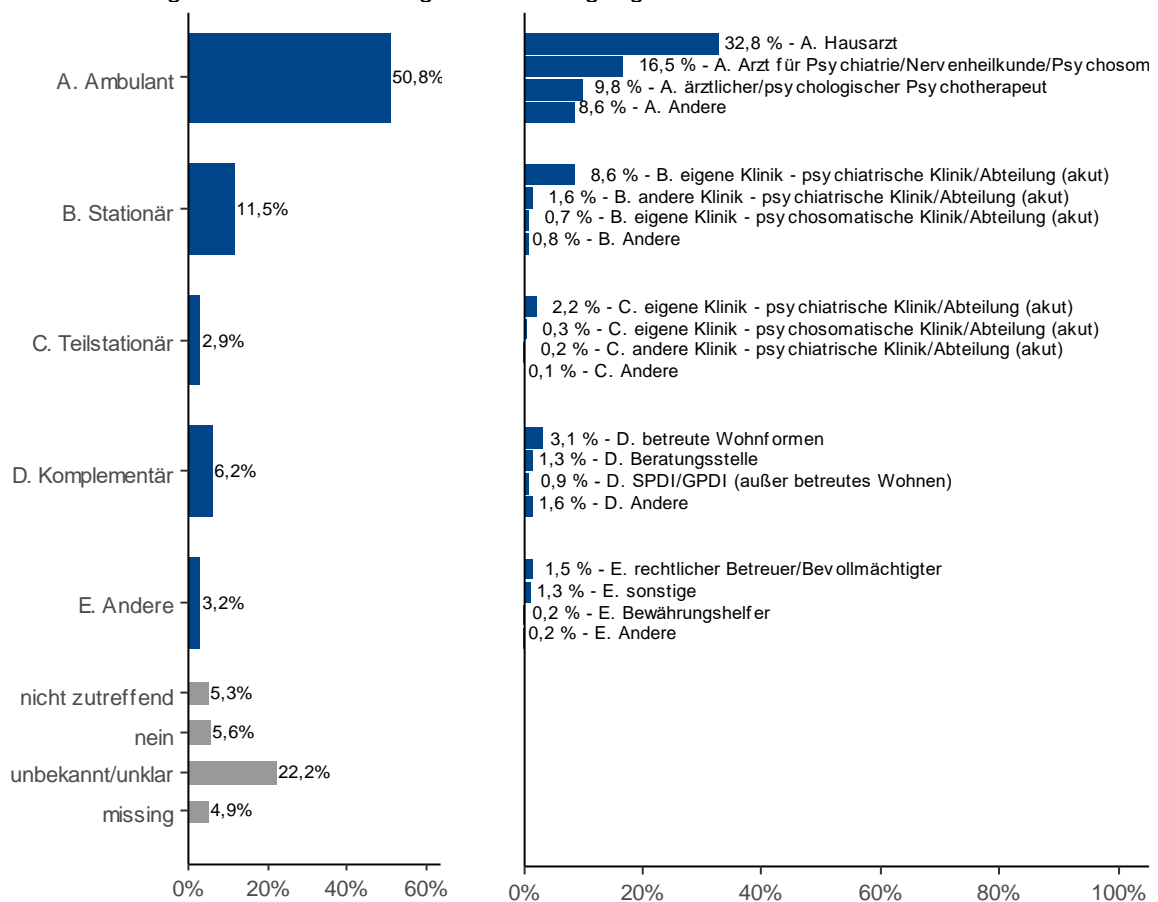
3. Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung nach Versorgungsbereichen

Bei dieser Frage können mehrere Antworten ausgewählt werden. Deshalb ist die Gesamtanzahl aller Antworten (Spalte 2) höher als die Anzahl der Fälle (siehe N).

	Antworten Anzahl	Antworten Prozent	Fälle Prozent	Fälle Anzahl
A. Ambulant	22.963	45,2	50,8	
B. Stationär	5.206	10,2	11,5	
C. Teilstationär	1.309	2,6	2,9	
D. Komplementär	2.781	5,5	6,2	
E. Andere	1.429	2,8	3,2	
nicht zutreffend	2.377	4,7	5,3	
nein	2.525	5,0	5,6	
unbekannt/unklar	10.028	19,7	22,2	
Gesamt gültig	48.618	95,6	107,6	42.976
missing	2.229	4,4	4,9	
Gesamt	50.847	100,0	112,5	45.205

Die obige Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung aller Weiterbehandlungen zusammengefasst nach Versorgungsbereichen. Dabei hatten beispielsweise 50,8 % der Patient*innen, (siehe Spalte "Fälle Prozent") mindestens 1 Weiterbehandlung aus dem Versorgungsbereich "A. Ambulant".

Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung nach Versorgungsbereichen



N=45.205 (nur beendete AmbADO-Fälle)

D - Zusammenfassung

Für die Gesamtauswertung 2019 kann zusammenfassend festgehalten werden:

Ambulanzstruktur:

- Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die **Fallzahl** um 3.458 AmbADO-Fälle erhöht. Dies entspricht einer Zunahme von 3,2 %.
- Die insgesamt 112.662 AmbADO-Fälle beziehen sich auf 111.306 **Patient*innen**. Für 98,9 % aller Patient*innen wurde ein AmbADO-Fall angelegt, für 1,1 % zwei oder mehr AmbADO-Fälle.
- **Bogenart:** 49,7 % der Patient*innen wurden 2019 neu in die PIA Behandlung aufgenommen. Für 33,3 % der in 2019 aufgenommenen Patient*innen wurde eine AmbADO-Vollversion angelegt, für 16,4 % wurde eine AmbADO-Kurzversion angelegt, die Behandlungen mit bis zu 3 Behandlungskontakten dokumentiert. Bei 50,3 % der Patient*innen hat die Behandlung bereits vor dem Dokumentationsjahr 2019 begonnen. Diese Fälle wurden im Jahr 2019 jahresaktualisiert und/oder beendet.
- **Behandlungssetting:** Neben den Normalfällen, die mit 72,2 % den größten Anteil ausmachten, spielten auch Notfallbehandlungen bzw. Kriseninterventionen eine große Rolle. 14,1 % der Patient*innen wurden als Notfall oder in einer akuten Krisensituation vorstellig.

Soziodemographie:

- **Geschlecht:** 55,5 % der Patient*innen waren weiblich, 43,8 % männlich.
- **Alter:** 30 % der Patient*innen waren 60 Jahre oder älter, dieser Anteil war bei weiblichen Patientinnen 9,2 Prozentpunkte höher als bei männlichen Patienten (34,1 % vs. 24,9 %).
- **Familienstand:** 65,2 % der Ambulanzpatient*innen waren ledig, verwitwet, geschieden oder getrennt lebend, hier war der Anteil bei weiblichen Patientinnen um 5,6 Prozentpunkte niedriger als bei männlichen Patienten (63,6 % vs. 69,2%).
- **Wohnsituation:** Die meisten Patient*innen (52,2 %) lebten mit mindestens 1 weiteren Person in einer Privatwohnung, 25,6 % allein. Der Anteil von Patient*innen, die im Heim lebten, belief sich auf 15,7 %.
- **Heimsetting:** von den 17.655 Patient*innen, die im Heim lebten, wurde der überwiegende Anteil (80,5 %) in offen geführten Heimen betreut.
- **Einkommen:** 37,4 % der Patient*innen bezogen mindestens eine Rentenart, der Anteil der Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente an allen Renten betrug dabei etwas mehr als ein Drittel; 36,3 % bezogen ein Erwerbseinkommen bzw. lebten von Entgeltersatzleistungen. 20,9 % der Patient*innen waren auf Sozialhilfe/Grundsicherung oder die Unterstützung von Angehörigen angewiesen.
- 22,3 % der Patient*innen hatten eine **Betreuung im Sinne des BGB**.

Krankheitsbezogene Daten:

- Die mit Abstand größte **Erkrankungsgruppe** stellten mit 38,3 % die affektiven Störungen (F3) dar. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) waren mit 14,9 % nahezu gleichauf mit den neurotischen Belastungsstörungen (F4, 14,8 %).
- Bezogen auf den **Schweregrad der Erkrankung**, gemessen am CGI, wurden 63,7 % der Patient*innen bei einem der 3 schwersten Schweregrade („deutlich krank“, „schwer krank“ und „extrem schwer krank“) eingestuft.
- Das **psychosoziale Funktionsniveau** dient als weitere Beurteilung der Schwere der Erkrankung. 57,2 % der Patient*innen wurden mit einem GAF-Wert von 1 bis 50 eingeschätzt – definiert als mindestens „ernsthafte Symptome“ wie „Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale [...] oder jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit [...]“ oder schwerer beeinträchtigt.
- 35,5 % der Patient*innen zeigten jemals **selbst- oder fremdschädigendes Verhalten**.
- **Anzahl der (teil-)stationären Behandlungen:** 45 % der Patient*innen waren vor dem aktuellen Dokumentationszeitpunkt bereits 1-5-mal in (teil-)stationärer Behandlung, bei 26,4 % hatte noch keine (teil-)stationäre Behandlung stattgefunden.
- 36,3 % der Patient*innen wiesen eine **Erkrankungsdauer** von mehr als 10 Jahren auf, 20,7 % der Patient*innen eine Erkrankungsdauer von 1-5 Jahren. Im ersten Erkrankungsjahr befanden sich zum Dokumentationszeitpunkt 3,7 % der Patient*innen.
- **Behandlungsdauer:** 39,9 % der Patient*innen waren in ihrem ersten Behandlungsjahr. Mit 40,7 % etwas höher war der Anteil der Patient*innen, die bereits zwischen 1 und 5 Jahren in der Ambulanz

behandelt wurden. Eine Behandlungsdauer von mehr als 10 Jahren wurde bei 7,8 % der Fälle errechnet.

Vernetzung:

- Bei der **Veranlassung der Behandlung** der Patient*innen in der PIA kam neben den Patient*innen selbst (oder deren Angehörigen) dem ambulanten Bereich die größte Bedeutung zu. Bei 32,8 % der Patient*innen wurden Hausärzt*innen als Veranlasser der PIA-Behandlung angegeben. Bei 11,1 % der Patient*innen wurde die Behandlung aus dem stationären psychiatrischen Bereich der eigenen Klinik veranlasst.
- Auch bei der **Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung** spielten die Hausärzt*innen eine bedeutende Rolle. Bei 60,3 % der Patient*innen wurden Hausärzt*innen als Mitbehandler angegeben.
- Bei 50,8 % der Patient*innen, deren Behandlung im Dokumentationsjahr beendet wurde, wurde eine ambulante **Weiterbehandlung** dokumentiert. Die drei häufigsten Behandlergruppen waren hier Hausärzt*innen (32,8 %), Psychiater*innen (16,5 %) und ärztliche/psychologische Psychotherapeut*innen (9,8 %).

Fazit

Wie auch in den Vorjahren hat sich im Berichtsjahr 2019 die Anzahl der bayerischen PIA ebenso erhöht wie die Anzahl der dort behandelten Patient*innen, die mit rund 111.000 einen Höchstwert erreicht hat. 1/3 dieser Patient*innen wurde dabei neu in eine geplante längerfristige Behandlung aufgenommen. Diese Entwicklung zeigt, dass die Nachfrage nach ambulanter Versorgung im Zuständigkeitsbereich der PIA weiterhin steigt und unterstreicht gleichzeitig den hohen Stellenwert, den die bayerischen PIA in der psychiatrischen Versorgungslandschaft einnehmen.

Im vorliegenden Gesamtbericht wurde erstmals detailliert zu den krankheitsbezogenen Daten Stellung genommen, die das in den bayerischen PIA behandelte Klientel beschreiben. Es konnte dabei nachgewiesen werden, dass die Ambulanzen insbesondere bei den über einen kurzen Zeitraum hinausgehenden Kontakten überwiegend schwer und/oder chronisch verlaufende psychiatrische Erkrankungen behandeln. Darüber hinaus spielen die PIA aber auch eine erhebliche Rolle in der Notfallversorgung. Bei diesen Patient*innen weicht das Verteilungsmuster der Diagnosen etwas ab und zeigt einen höheren Anteil von Diagnosen, die auch weniger chronisch verlaufen können. Die Auswertung des erfassten Schweregrades der Erkrankung zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Patient*innen krankheitsbedingt erheblich beeinträchtigt ist, nicht zuletzt findet sich bei gut einem Drittel der Behandelten selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten in der Anamnese. Mehrjährige Erkrankungsdauern sind bei den PIA-Patient*innen der Regelfall.

Dies zeigt, dass die bayerischen PIA die im SGB V definierte Zielgruppe erreichen, die „wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung“ dort vorrangig behandelt werden sollen.

Hinzu kommt, dass die PIA einen quantitativ bedeutsamen Anteil von Heimpatient*innen versorgen und in großem Umfang mit dem Bereich der niedergelassenen Ärzt*innen und Therapeut*innen vernetzt sind.

Weitere Subgruppenanalysen könnten zukünftig noch einen detaillierteren Einblick in das Versorgungsgeschehen der PIA geben. Des Weiteren wäre ein Abgleich mit entsprechenden Daten aus dem Bereich der niedergelassenen fachärztlichen Versorgung und der neu geschaffenen berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung schwer psychisch Erkrankter wünschenswert.

E - Anhang

1. Veranlassung der PIA-Behandlung

Bei dieser Frage können mehrere Antworten ausgewählt werden. Deshalb ist die Gesamtanzahl aller Antworten (Spalte 2) höher als die Anzahl der Fälle.

	Antworten Anzahl	Antworten Prozent	Fälle Prozent	Fälle Anzahl
A. Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatik	7.617	4,6	6,8	
A. ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut	2.718	1,6	2,4	
A. Hausarzt	36.942	22,2	32,8	
A. sonstiger Arzt	1.871	1,1	1,7	
A. sonstige Behandlung (z. B. Heilpraktiker)	457	0,3	0,4	
A. eigene Klinik - psychiatrisch	5.867	3,5	5,2	
A. eigene Klinik - psychotherapeutisch (nicht PIA)	120	0,1	0,1	
A. eigene Klinik - psychosomatisch	79	0,0	0,1	
A. eigene Klinik - somatisch	153	0,1	0,1	
A. eigene Klinik - FOSA	416	0,2	0,4	
A. andere Klinik - psychiatrisch	1.016	0,6	0,9	
A. andere Klinik - psychotherapeutisch (nicht PIA)	62	0,0	0,1	
A. andere Klinik - psychosomatisch	46	0,0	0,0	
A. andere Klinik - somatisch	411	0,2	0,4	
A. andere Klinik - FOSA	57	0,0	0,1	
A. eigene Klinik - Reha	18	0,0	0,0	
A. andere Klinik - Reha	32	0,0	0,0	
B. eigene Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	12.511	7,5	11,1	
B. eigene Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	93	0,1	0,1	
B. eigene Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	404	0,2	0,4	
B. eigene Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	44	0,0	0,0	
B. andere Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	1.303	0,8	1,2	
B. andere Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	75	0,0	0,1	
B. andere Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	175	0,1	0,2	
B. andere Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	113	0,1	0,1	
C. eigene Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	2.336	1,4	2,1	
C. eigene Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	21	0,0	0,0	
C. eigene Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	135	0,1	0,1	
C. eigene Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	7	0,0	0,0	
C. andere Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	120	0,1	0,1	
C. andere Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	14	0,0	0,0	
C. andere Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	27	0,0	0,0	
C. andere Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	12	0,0	0,0	
D. geschützter Arbeitsplatz	1.188	0,7	1,1	
D. ambulante Ergotherapie	101	0,1	0,1	
D. Tagesstätte	223	0,1	0,2	
D. SPDI/GPDI (außer betreutes Wohnen)	722	0,4	0,6	
D. betreute Wohnformen	10.348	6,2	9,2	
D. Krisendienst	562	0,3	0,5	
D. Beratungsstelle	790	0,5	0,7	
D. Selbsthilfegruppe	106	0,1	0,1	
D. ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)	103	0,1	0,1	
D. häusliche psychiatrische Krankenpflege (nicht PIA)	38	0,0	0,0	
D. häusliche somatische Pflege	220	0,1	0,2	
D. ambulante Soziotherapie	53	0,0	0,0	
E. Patient selbst	37.274	22,4	33,1	
E. Angehörige, Bekannte des Patienten	11.909	7,1	10,6	
E. rechtlicher Betreuer/Bevollmächtigter (wenn nicht Angehörige)	3.913	2,3	3,5	
E. Amt	494	0,3	0,4	
E. Bewährungshelfer	299	0,2	0,3	
E. Sonstige	2.141	1,3	1,9	
unbekannt/unklar	8.238	4,9	7,3	
Gesamt gültig	153.994	92,4	136,7	99.997
missing	12.665	7,6	11,2	
Gesamt	166.659	100,0	147,9	112.662

2. Fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung

Bei dieser Frage können mehrere Antworten ausgewählt werden. Deshalb ist die Gesamtanzahl aller Antworten (Spalte 2) höher als die Anzahl der Fälle.

	Antworten Anzahl	Antworten Prozent	Fälle Prozent	Fälle Anzahl
A. Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatik	6.980	5,2	7,4	
A. ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut	6.727	5,0	7,2	
A. Hausarzt	56.699	42,4	60,3	
A. sonstiger Arzt	4.167	3,1	4,4	
A. sonstige Behandlung	507	0,4	0,5	
A. eigene Klinik - psychiatrisch	1.689	1,3	1,8	
A. eigene Klinik - psychotherapeutisch (nicht PIA)	97	0,1	0,1	
A. eigene Klinik - psychosomatisch	14	0,0	0,0	
A. eigene Klinik - somatisch	58	0,0	0,1	
A. eigene Klinik - FOSA	215	0,2	0,2	
A. andere Klinik - psychiatrisch	292	0,2	0,3	
A. andere Klinik - psychotherapeutisch (nicht PIA)	69	0,1	0,1	
A. andere Klinik - psychosomatisch	34	0,0	0,0	
A. andere Klinik - somatisch	197	0,1	0,2	
A. andere Klinik - FOSA	38	0,0	0,0	
A. eigene Klinik - Reha	41	0,0	0,0	
A. andere Klinik - Reha	20	0,0	0,0	
D. geschützter Arbeitsplatz	2.859	2,1	3,0	
D. ambulante Ergotherapie	990	0,7	1,1	
D. Tagesstätte	974	0,7	1,0	
D. SPDI/GPDI (außer betreutes Wohnen)	1.481	1,1	1,6	
D. betreute Wohnformen	11.923	8,9	12,7	
D. Krisendienst	103	0,1	0,1	
D. Beratungsstelle	1.091	0,8	1,2	
D. Selbsthilfegruppe	474	0,4	0,5	
D. ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)	149	0,1	0,2	
D. häusliche psychiatrische Krankenpflege (nicht PIA)	305	0,2	0,3	
D. häusliche somatische Pflege	835	0,6	0,9	
D. ambulante Soziotherapie	79	0,1	0,1	
E. rechtlicher Betreuer/Bevollmächtigter	5.347	4,0	5,7	
E. Amt	409	0,3	0,4	
E. Bewährungshelfer	583	0,4	0,6	
E. Sonstige	1.257	0,9	1,3	
nein	16.260	12,2	17,3	
unbekannt/unklar	4.478	3,3	4,8	
Gesamt gültig	127.441	95,3	135,5	87.673
missing	6.348	4,7	6,8	
Gesamt	133.789	100,0	142,3	94.021

3. Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung

Bei dieser Frage können mehrere Antworten ausgewählt werden. Deshalb ist die Gesamtanzahl aller Antworten (Spalte 2) höher als die Anzahl der Fälle.

	Antworten Anzahl	Antworten Prozent	Fälle Prozent	Fälle Anzahl
A. Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatik	7.479	12,7	16,5	
A. ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut	4.423	7,5	9,8	
A. Hausarzt	14.831	25,1	32,8	
A. sonstiger Arzt	729	1,2	1,6	
A. sonstige Behandlung (z. B. Heilpraktiker)	130	0,2	0,3	
A. eigene Klinik - psychiatrisch	1.897	3,2	4,2	
A. eigene Klinik - psychotherapeutisch (nicht PIA)	57	0,1	0,1	
A. eigene Klinik - psychosomatisch	44	0,1	0,1	
A. eigene Klinik - somatisch	57	0,1	0,1	
A. eigene Klinik - FOSA	25	0,0	0,1	
A. andere Klinik - psychiatrisch	680	1,2	1,5	
A. andere Klinik - psychotherapeutisch (nicht PIA)	45	0,1	0,1	
A. andere Klinik - psychosomatisch	36	0,1	0,1	
A. andere Klinik - somatisch	100	0,2	0,2	
A. andere Klinik - FOSA	26	0,0	0,1	
A. eigene Klinik - Reha	2	0,0	0,0	
A. andere Klinik - Reha	54	0,1	0,1	
B. eigene Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	3.890	6,6	8,6	
B. eigene Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	14	0,0	0,0	
B. eigene Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	312	0,5	0,7	
B. eigene Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	10	0,0	0,0	
B. andere Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	717	1,2	1,6	
B. andere Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	80	0,1	0,2	
B. andere Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	109	0,2	0,2	
B. andere Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	130	0,2	0,3	
C. eigene Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	1.016	1,7	2,2	
C. eigene Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	7	0,0	0,0	
C. eigene Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	153	0,3	0,3	
C. eigene Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung	5	0,0	0,0	
C. andere Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	96	0,2	0,2	
C. andere Klinik - psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	8	0,0	0,0	
C. andere Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	29	0,0	0,1	
C. andere Klinik - psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	13	0,0	0,0	
D. geschützter Arbeitsplatz	175	0,3	0,4	
D. ambulante Ergotherapie	88	0,1	0,2	
D. Tagesstätte	75	0,1	0,2	
D. SPDI/GPDI (außer betreutes Wohnen)	393	0,7	0,9	
D. betreute Wohnformen	1.420	2,4	3,1	
D. Krisendienst	86	0,1	0,2	
D. Beratungsstelle	607	1,0	1,3	
D. Selbsthilfegruppe	153	0,3	0,3	
D. ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)	32	0,1	0,1	
D. häusliche psychiatrische Krankenpflege (nicht PIA)	12	0,0	0,0	
D. häusliche somatische Pflege	104	0,2	0,2	
D. ambulante Soziotherapie	19	0,0	0,0	
E. rechtlicher Betreuer/Bevollmächtigter	679	1,2	1,5	
E. Amt	107	0,2	0,2	
E. Bewährungshelfer	110	0,2	0,2	
E. sonstige	585	1,0	1,3	
nein	2.525	4,3	5,6	
nicht zutreffend	2.377	4,0	5,3	
unbekannt/unklar	10.028	17,0	22,2	
Gesamt gültig	56.779	96,2	125,6	42.976
missing	2.229	3,8	4,9	
Gesamt	59.008	100,0	130,5	45.205

Fachbeirat und weitere Autor*innen

Bache, Stephan	BIDAQ
Dr. med. Gartenmaier, Andreas	Fachbeiratsmitglied Bezirkskliniken Schwaben Geschäftsführender Oberarzt Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Augsburg
Hammann, Thomas	Fachbeiratsmitglied Ärztliche Leitung Psychiatrische Institutsambulanz Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum am Michelsberg, Bamberg
Dr. rer. nat. Korbmacher, Julie	BIDAQ
Küntzel, Bettina	Fachbeiratsmitglied Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Bayern Referentin Ambulante Versorgung
Mühlenbacher-Isenberg, Erika	Fachbeiratsmitglied Medizinischer Dienst Bayern
Dr. med. Welschehold, Michael	Fachbeiratsmitglied (bis 06.2021) Prokurist Geschäftsstelle Krisendienst Psychiatrie Oberbayern gGmbH Stellv. Ärztlicher Leiter Leitstelle Oberbayern
Wölcken, Michael	Fachbeiratsmitglied Ärztliche Leitung Psychiatrische Institutsambulanz Danuvius Klinik Ingolstadt
Dr. med. Ziereis, Michael	Fachbeiratsmitglied Chefarzt Versorgungsplanung und Versorgungsforschung Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz – Kommunalunternehmen