Analyse der Versorgungsrealität depressiv Erkrankter am Beispiel der Region Südwürttemberg

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
Tübingen
vorgelegt von
Caroline Rometsch
aus Reutlingen
2016

Dekan: Professor Dr. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle

2. Berichterstatter:

Widmung

Für meinen Vater.
Vielen Dank für immer Dasein.

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BWT	Bewegungstherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information
DSM	Diagnostic and Statsicical manual of Mental Disorders
EKT	Elektrokrampftherapie
ESMS	European Service Mapping Schedules
GEM	Geriatric Evaluation Managment
ICD - 10	Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)
IMPACT	Improving Mood Promotion Access to Collaborated Treatment
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MKT	Magnetkonvulsionstherapie
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PIA	Psychiatrischen Institutionsambulanz
PP.rt	Klinik für Psychaitrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen
PRISM-E	Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly
PROSPECT	Primary Care Elderly Collaborative Trial

rTMS	repetitive transkranielle Magnetstimulation
THS	tiefe Hirnstimulation
TWB	Therapeutische Wohngruppe
VNS	Vagusnervstimulation
WHO	World Health Organisation

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung **9**

1.1 Allgemeine Einführung - Was sind Depressionen? 9

1.1.1 Epidemiologie der Depression 10

1.1.2 Ätiologie der Depression 11

1.1.3 Symptome und Komorbiditäten 12

1.1.4 Verlauf und Klassifikation der Depression 13

1.1.5 Therapie 15

1.2 Aktueller Forschungsstand zur Versorgungssituation depressiv Erkrankter in Deutschland 21

1.2.1 Die Versorgungsforschung im psychiatrischen Sektor 21

1.2.2 Die Versorgungssituation depressiv erkrankter Patienten 22

1.2.3 Nationale geografische Verteilung depressiv Erkrankter 23

1.2.4 Die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung psychisch kranker Patienten 25

1.2.5 Behandlungsoption bei niedergelassenen Psychiatern und PIA . . 27

1.2.6 Ärztedichte in Deutschland 28

1.2.7 Vergütungssystem in der Psychiatrie 29

1.3 Beschreibung der Kliniken des Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg . 34

1.3.1 Das Unternehmen 34

1.3.2 Die Unternehmensziele 34

1.3.3 Die Unternehmenswerte (Core Values) 35

1.3.4 Versorgungsgebiet/ Einrichtungen/ Angebote 36

1.3.5 Betten und Plätze 36

1.3.6 Patientinnen und Patienten 37

1.3.7 Strategisches Programm für die Jahre 2014 bis 2016 37

1.3.8 Umsetzung der strategischen Planung im Geschäftsfeld-4: Depression und Psychosomatik 39

1.4 Beschreibung der Versorgungsgebiete mit ihren Besonderheiten 41

1.4.1 Die Versorgungsregion Alb-Neckar 42

1.4.2 Die Versorgungsregion Donau-Riss 43

1.4.3 Die Versorgungsregion Ravensburg-Bodensee 43

2 Material und Methoden 45

2.1 Fragestellung der Dissertation 45

2.1.1 Methoden 45

2.1.2 Darstellung der Kliniken 54

3 Ergebnisse/Beschreibung der Karten 56

3.1 Darstellung der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen-PP.rt 56

3.1.1 Vollstationäre Behandlung 57

3.1.2 Teilstationäre Behandlung 60

3.2 Darstellung der Klinik Zwiefalten 62

3.2.1 Vollstationäre Behandlung 62

3.3 Darstellung der Klinik Bad Schussenried 65

3.3.1 Vollstationäre Behandlung 65

3.3.2 Teilstationäre Behandlung 69

3.4 Darstellung der Klinik Ehingen 71

3.4.1 Vollstationäre Behandlung 71

3.4.2 Teilstationäre Behandlung 75

3.5 Darstellung der Klinik Weissenau 77

3.5.1 Vollstationäre Behandlung 77

3.5.2 Teilstationäre Behandlung 81

3.6 Darstellung der Klinik Wangen 83

3.6.1 Vollstationäre Behandlung 83

3.6.2 Teilstationäre Behandlung 88

3.7 Darstellung der Klinik Friedrichshafen 91

3.7.1 Vollstationäre Behandlung 91

4 Auswertung der Ergebnisse: Überschneidungen 94

4.1 Klinik PP.rt und Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung 94

4.2 Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung und Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung 97

4.3 Klinik Bad Schussenried und Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung 97

4.4 Tagesklinik Biberach und Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung . 99

4.5 Klinik Weissenau und Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung . . . 102

4.6 Klinik Weissenau und Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung . . . 104

4.7 Klinik Weissenau und Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung 107

5 Diskussion **110**
5.1 Art und Qualität der Daten . . . 110
5.2 Versorgungsstruktur der einzelnen Kliniken des ZfP . . . 111
5.2.1 Versorgungsstruktur des ZfP . . . 111
5.2.2 Aktueller Forschungsstand der Versorgungsstruktur in Deutschland 112
5.2.3 Regionalität und Spezialisierung der Klinik als Kernpunkte der Versorgungsstruktur . . . 113
5.3 Überschneidungen . . . 114
5.3.1 Klinik PP.rt und Klinik Zwiefalten: . . . 114
5.3.2 Klinik Bad-Schussenried und Klinik Ehingen . . . 115
5.3.3 Tagesklinik Biberach und Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung . . . 115
5.3.4 Klinik Weissenau und Klinik Wangen . . . 116
5.3.5 Klinik Weissenau und Klinik Friedrichshafen . . . 117
5.4 Versorgungsforschung . . . 117
5.4.1 Aspekte der Versorgungsstruktur national und international . . . 117
5.4.2 Aspekte der finanziellen Einflussfaktoren auf die Versorgungsqualität 121
5.5 Fazit und Ausblick . . . 124

6 Zusammenfassung **126**

7 Abbildungsverzeichnis **139**

8 Anhang **142**

9 Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift **184**

10 Veröffentlichungen **185**

11 Danksagung **186**

1 Einleitung

1.1 Allgemeine Einführung - Was sind Depressionen?

Die Depression zählt zu den affektiven Störungen und wird durch G. Huber definiert als eine Verstimmung depressiv-gehemmter Art, die zeitlich begrenzt und mehrfach während des Lebens auftritt (Lieb et al., 2008). Wolfersdorf (2011) untersuchte einen Patienten, der seine Erkrankung folgendermaßen beschreibt:

> „[...] die Depression [ist] jedoch [...] ein Zustand, der Nicht-Trauer, eine Lähmung [der] geistigen Funktionen, [der] Kommunikationsfähigkeit, eine Minderung [der] Stimmung, Gefühle zu empfinden und [...] eine Beeinträchtigung [der] körperlichen Funktionen. In der tiefen Depression steht die Freudlosigkeit und die Unfähigkeit überhaupt Gefühle empfinden zu können [...] im Vordergrund, weiterhin ist die Situation gezeichnet von Schlafstörungen, unzufriedene Lebens- und Leistungsfähigkeit. Der Depressive ist apathisch, antriebslos, und innerlich erstarrt."(Wolfersdorf, 2011)

Wie oben teilweise beschrieben, leiden depressive Patienten unter unterschiedlichen kognitiven und neuropsychologischen Defiziten. Aufgrund der Symptomähnlichkeit zur Demenz wurde die Depression zunächst 1952 unter Pseudodemenz eingeordnet (Cueni et al., 2011). Obwohl dieser symptomatische Aspekt der Demenz durchaus wichtig ist, stellte sich im Verlauf heraus, dass die Klassifizierung als Pseudodemenz der Komplexität der Erkrankung nicht gerecht wird (Wormstall„ H.. et al., 1998). C. Wernicke nutzte den Begriff der Pseudodemenz als Beschreibung des scheinbaren Verlustes der intellektuellen Fähigkeiten. Die Patienten können im Rahmen der Depression auch unter verschiedenen körperlichen und psychischen Erkrankungen leiden (Wolfersdorf, 2011).

Das psychopathologische Bild der Depression ist unter anderem gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmtheit bis hin zu depressiven Wahnideen, Verlust von Freude und Interesse, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, psychomotorischer Hemmung, Suizidgedanken und -absichten, tageszeitliche Schwankungen des Befindens, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust (Lieb et al., 2008). Die Depression schränkt

den Patienten in seinem Alltag ein. Ein weiteres Merkmal der Depression ist die hohe Rezidiv- und Chronifizierungsgefahr (Wolfersdorf, 2011).

1.1.1 Epidemiologie der Depression

Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation nimmt die Zahl der erkrankten Personen, die an einer psychischen Störung leiden, zu. Momentan wird geschätzt, dass ca. 450 Millionen Menschen unter psychischen Störungen leiden, wobei die Depression eine häufige Erkrankung ist. Nach Angaben der WHO waren bereits in den 80er Jahren 300 bis 400 Mio. Menschen an Depressionen erkrankt. Laut der WHO leiden weltweit 121 Millionen Menschen unter Depressionen (World Health Organization, 2001). Nach Angaben der EU-Kommission für Gesundheit liegt die Lebenszeitprävalenz bei 13 % in Europa (9 % bei Männern und 17 % bei Frauen) (Wahlbeck und Mäkinen, 2008). Im Jahr 2006 begangen 59 000 Europäer Suizid, davon litten 60 % an einer Depression. Laut Sartorius (2001) lassen sich 2/3 aller Suizide auf die Depression als Grunderkrankung zurückführen (Sartorius, 2001). Von den oben genannten rund 300 bis 400 Mio. Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, werden nur rund die Hälfte in den westlichen Gesellschaften und Industrienationen behandelt. Solange die Verstimmungszustände sowie die Leistungs- und Beziehungsfähigkeit des Menschen nur kurzfristig beeinträchtigt sind, nimmt das Individuum meist keine Hilfe in Anspruch, da es keine Behandlungsbedürftigkeit verspürt. Sobald die Beeinträchtigungen, die oben genannten Symptome, nicht mehr selbst vom Betroffenen, von Bekannten oder der Familie bewältigt werden können, liegt eine Behandlungsbedürftigkeit vor (Wolfersdorf, 2011).

Die Fallzahl der Patienten pro 100 000 Einwohner, die aufgrund einer psychischen Störung stationär behandelt wurden, hat rückblickend um 31 % laut dem Statistischen Bundesamt von 2000 bis 2011 zugenommen (Statistisches Bundesamt, 2014b). Bei der Anzahl der Patienten mit einer F3-Diagnose konnte eine deutliche Zunahme beobachtet werden, wie Kotwitz et al. (2014) zeigen konnten (Kowitz et al., 2014). Nach den Daten des Bundesgesundheitssurveys (1998/99) sind 32,1 % der 18- bis 64- jährigen deutschen Bevölkerung im Laufe eines Jahres zumindest zeitweise von einer oder mehreren psychischen Störungen betroffen (Wittchen, 2000). Nach Alonso et al. wurde in einer epidemiologischen Untersuchung festgestellt, dass in Westeuropa jeder vierte Erwachsene in seinem Leben an einer psychischen Störung erkranken wird (Alonso and Angermeyer, 2004).

Viele ältere Menschen leiden unter Depressionen. Laut der Metaanalyse von van der Linde et al. aus dem Jahre 2012 beträgt die Prävalenz der Major Depression 7,2 % bei Patienten über dem 75. Lebensjahr (van der Linde et al., 2012). Diese hohe Prävalenz ist zu beachten, da die depressive Störung im Alter mit einer erhöhten Mortalität verbunden

ist (Schulz et al., 2002). Diese Patientengruppe ist häufig unterdiagnostiziert (Mitchell et al., 2010).

1.1.2 Ätiologie der Depression

Bei der Depression handelt es sich um eine multifaktorielle Erkrankung. Verschiedene Faktoren führen in diesen *psychobiological final common pathway*, wie von Akiskal und McKinney (1975) beschrieben. Unterscheiden lassen sich genetische, epigenetische, psychologische und biologische Einflüsse. Wichtig sind die genetischen Faktoren. Nach Zerbin-Rüdin (1987) besteht für die Geschwister von depressiv erkrankten Patienten ein Risiko von 12-31 % selbst an einer Depression zu erkranken, ebenfalls ist das Risiko für Geschwister von bipolar erkrankten Patienten um 13-53 % erhöht. Die biologischen Faktoren spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Depressionen. Die Informationsverarbeitung und -übertragung findet über Neurotransmitter statt. Bei Untersuchungen hat sich herausgestellt, dass bei depressiven Patienten ein Mangel an Noradrenalin und Serotonin vorherrscht. Neben psychobiologischen Dispositionen ist die *lebensgeschichtlich*-biografische Bedingung relevant, wie beispielsweise die Kindheitsentwicklung. Auch Persönlichkeitscharakteristika spielen bei der Krankheitsentstehung eine wichtige Rolle. Ein weiterer Punkt sind die psychologischen Faktoren. Die psychologischen Faktoren lassen sich unter verschiedenen Konzepten betrachten, dem tiefenpsychologischen Modell, dem Konzept der Depression als Ausdruck einer kognitiven Störung nach Beck (1967) und dem Konzept der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman (1975). In dem Konzept von Seligman wird die Depression als Folge mangelnder Kontrolle beschrieben. Aufgrund der Erfahrung, eine Situation im Leben nicht kontrollieren zu können, führt ein depressiver Mensch das Nichtgelingen auf sich selbst zurück. Depressive Patienten entwickeln eine Hilflosigkeitseinstellung. Diese umfasst zukünftige Ereignisse, der Depressive erwartet nur Negatives. Das Denken des depressiv Erkrankten wird von diesen Bewertungen der Situationen beherrscht. Beck beschreibt die Depression als eine kognitive Störung, die aus einem in der Kindheit negativen Selbstbild resultiert. Der Depressive beurteilt sich selbst, seine Umwelt, Leistungsfähigkeit und Zukunft negativ. Automatische Gedanken werden ständig aufrecht erhalten und kommen unfreiwillig und als Stereotype auf und setzen sich gegen positive Gedanken zunehmend durch. Der depressiv Erkrankte neigt dazu, aus Situationen negative Schlussfolgerungen zu ziehen, ohne dass es dafür eine ausreichende Begründung gibt. Diese selektive Wahrnehmung bezeichnet Beck als kognitive Irrtümer. Sowohl in dem Konzept von Seligmann als auch in dem Konzept von Beck haben sich depressiv disponierte Menschen bestimmte Denkstile angeeignet, die vor Erkrankungsbeginn vorhanden waren, jedoch nach Erkrankungsbeginn dominieren (Wolfersdorf, 2011).

In dem Konzept von Wolfersdorf wird v.a. die frühkindliche Mangelerfahrung als Ausgangspunkt für das Entstehen von Depressionen beschrieben. Depressionen entstehen demnach durch Versagens- oder Verwöhnungserlebnisse, die zur Hemmung der Entwicklung führen können. Aufgrund dieser frühkindlichen Mangelerfahrung kommt es zu einer unzureichenden emotionalen Förderung und Anerkennung. Dies stellt die Grundlage für Selbstwertprobleme, Gefühl von Minderwertigkeit und einer resignativen Grundeinstellung zur eigenen Person dar. Für dieses Defizit gibt Wolfersdorf zwei Kompensationsmöglichkeiten an. Zum einen das Eingehen einer symbiotischen Beziehung (sehr enge Liebesbeziehung, Mutter-Kind-Beziehung) und zum anderen das Selbstwertgefühl durch Fremdwertschätzung zu erhöhen („Workoholic“) (Wolfersdorf, 2011).

1.1.3 Symptome und Komorbiditäten

Die Hauptsymptome der depressiven Erkrankung lassen sich auf drei Ebenen beschreiben. Bei den affektiven und kognitive Symptomen handelt es sich z. B. um die depressive Herabgestimmtheit, Freudlosigkeit, Gefühllosigkeit, Nicht-Weinen-Können und Dysphorie. Weitere Symptome sind Angst vor dem Tag und seinen Anforderungen sowie globale Angstzustände. Die Patienten leiden unter Grübeln, Gedankenkreisen, Denkhemmung und Leeregefühl. Selbstvorwürfe, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit sind zentrale Punkte, die die Krankheit prägen. Der depressive Wahn, wie beispielsweise der Verarmungs-, Schuld-, Versündigungswahn, ist für die Depression charakteristisch. Die zweite Ebene sind Antriebs- und psychomotorische Störungen wie z. B. Lust- und Antriebslosigkeit, psychomotorische Agitiertheit, Hemmung und Stupor. Die dritte Ebene umfasst vegetative Symptome, darunter fallen Vitalitätsverlust mit rascher Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Appetitstörung, Gewichtsabnahme und Obstipation. Weitere Symptome sind Schlafstörungen und Tagesschwankungen.

Im Vergleich zur normalen Stimmung, die sich sinusartig darstellen lässt, ist die Depression durch eine Herabgestimmtheit gekennzeichnet. Die Patienten verlieren ihre Schwingungsfähigkeit und können Gefühle in bestimmten Momenten nicht mehr erleben. Abzugrenzen hiervon ist eine depressive Verstimmung. Hierbei ist ein Schwingen um die normale Stimmungsachse gegeben, die Patienten können Symptome wie Traurigkeit, Klagsamkeit und aggressive Gereiztheit aufweisen, dennoch ist ihre überwiegende Gestimmtheit durch Depressivität gezeichnet (Wolfersdorf, 2011).

Wie bereits an voriger Stelle erwähnt, leiden depressiv erkrankte Patienten häufig an psychiatrischen Komorbiditäten wie beispielsweise an Angst- und Panikerkrankungen sowie Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Persönlichkeitsstörungen, v. a. narzisstische, histrionische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen treten zusammen mit Depressionen auf. Weitere Erkrankungen können Zwangsstörungen oder Essstörungen (z.

B. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) sein. Es besteht nicht nur eine Komorbidität von psychischen Erkrankungen, sondern auch von somatischen Erkrankungen. Etwa 45 % der Parkinsonpatienten, 25 % der Tumor- und Schlaganfallpatienten, 20 % der Myokardinfarktpatienten, 15 % der Diabetiker und 10 % der AIDS- Patienten leiden an einer depressiven Störung (Lieb et al., 2008).

1.1.4 Verlauf und Klassifikation der Depression

Die Depression verläuft häufig chronisch, Rezidive sind dabei keine Seltenheit. Nach der ersten depressiven Episode haben mind. 50% der Patienten eine weitere Episode. Dieses Risiko steigt auf 70% nach der zweiten aufgetretenen Episode und auf 90% nach der dritten Episode an (Kupfer, 1991). Die *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (10. Revision, German Modification Version 2005, ICD-10) definiert die Depression unter der Codiernummer F32. Die depressive Episode spielt eine zentrale Rolle. Unter einer Episode wird Folgendes verstanden: Der Patient leidet unter einer gedrückten Stimmung, einer Verminderung des Antriebs, verminderter Fähigkeit zur Freude, Interessenlosigkeit und Konzentrationsstörungen, Müdigkeit nach kleinsten Anstrengungen, Schlafstörungen, Appetitminderung, beeinträchtigtes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gedanken über eigene Wertlosigkeit. Es gelingt nur wenig Veränderung der gedrückten Stimmung. Weitere begleitende somatische Symptome (u. a. Früherwachen, Morgentief, Agitiertheit, Gewichtsverlust, Libidoverlust) verstärken das Leiden.

Es werden leichte, mittelgradige und schwere Episoden unterschieden. Weiterhin werden atypische depressive Episoden näher beschrieben.

F32.0 beschreibt die leichte depressive Episode durch das Vorhandensein von mindestens zwei oder drei Symptomen, wobei der Patient davon beeinträchtigt ist, aber noch viele Aktivitäten ausüben kann.

Bei der mittelgradigen Episode nach F32.1 sind vier oder mehr Symptome vorhanden und die Person kann die alltäglichen Aktivitäten nur mit großer Mühe ausüben.

Die schwere depressive Episode wird unterteilt in ohne (F32.2) und mit (F32.3) psychotischen Symptomen. Die schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen beschreibt Zustände, in denen der depressiv erkrankte Patient zusätzlich Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder Stupor entwickelt. Der Patient ist in seiner Aktivität eingeschränkt und es besteht Suizidgefahr für den Patienten. Durch ungenügend Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme besteht eine nicht zu unterschätzende Gefahr für das Leben des Patienten. Unter F32.2 wird das Vorhandensein mehrerer, quälender Symptome mit Verlust des Selbstwertgefühls und dem Gefühl von Wertlosigkeit und Schuld verstanden. Die Personen beschäftigen sich mit Suizidgedanken und Suizid-

handlungen. Es liegen zusätzlich somatische Symptome vor (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 2005).

Depressionen können in Episoden verlaufen, die im Schnitt ohne Behandlung sechs bis acht Monate dauern. Die Krankheitsdauer einer Episode konnte durch die Therapiemaßnahmen deutlich verkürzt werden. Heute remittieren depressive Episoden dadurch in etwa 50 % der Fälle innerhalb von acht Wochen. Bei ca. 60 % der Patienten kommt es zu einem Rezidiv. 10-15 % der Patienten entwickeln eine chronische Depression (Lieb et al., 2008).

Am 18.03.2013 wurde die 5. Version des *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (DSM) der American Psychiatric Association (APA) veröffentlicht. Das *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* befand sich seit 1999 in Revision (American Psychiatric Asssociation, 2013). Bei dem DSM-5 handelt es sich um ein nationales Diagnosesystem für die USA. Es dient vor allem der klinischen und epidemiologischen Forschung. Bei der Revision des Vorgängers, der DSM-4, wurde das DSM-5 in einem strukturierten und wissenschaftlich datenorientierten Prozess erarbeitet. Jedoch hatte diese Veröffentlichung bereits im Voraus eine Debatte um medizinische Klassifikationssysteme entfacht. Es gab viel Kritik an der Diagnostik psychischer Erkrankungen (Maier et al., 2013). Die wesentlichen Unterschiede beziehen sich auf die Aufgabe des multiaxialen Systems und die Neuanordnung der Störungen. Befürchtet wurden eine Inflation von Diagnosen und die Pathologisierung alltäglicher Phänomene. Ein wichtiger Punkt ist die Major Depression, die im DSM-5 die Trauerreaktion enthält. Die Trauer geht häufig mit denselben Symptomen, Beschwerden und Einschränkungen (Niedergeschlagenheit, Antriebsstörung, Interessenverlust, Schlafstörungen, Appetitverlust und Freudlosigkeit) wie bei depressiven Erkrankungen einher, löst sich aber nach wenigen Wochen oder Monaten auch ohne Therapie wieder auf (Maier et al., 2013). Daher muss im Falle einer Trauerreaktion die Diagnose der Major Depression mit Vorsicht vergeben werden. Weiterhin wurde die Depression im DSM-5 um das Krankheitsbild der Prämenstruellen Dysphorischen Störung ergänzt. Ebenso um die Disruptive Stimmungsdysregulationsstörung, welche für das Alter zwischen 6 bis 18 Jahren vergeben werden kann. Es spielen vor allem wiederholte Wutausbrüche eine wichtige Rolle, die im Gegensatz zu Bipolaren Störungen nicht episodisch auftreten. Es können gemischte Merkmale wie depressive und manische Symptome bei Bipolarer oder Depressiver Störung als Zusatzkodierung vergeben werden (Ehret and Berking, 2013).

Jäger et al. (2013) kritisieren beide Systeme zur Klassifikation insofern, dass sowohl die ICD-10, als auch das DSM-5 eine Beschränkung auf die syndromale und dimensionale Betrachtungsweise von Depressivität verursacht. Sie regen die psychopathologische Differenzierung zur Klassifikation an und wollen eine Beschränkung von Depressivität

vermeiden. Eine Orientierung an den traditionellen psychopathologischen Konzepten ist besonders für die klinisch-therapeutischen Entscheidungsprozesse als auch für die neurobiologische Forschung wichtig und darf daher nicht in Vergessenheit geraten (Jäger et al., 2013).

1.1.5 Therapie

Mit einer Therapie soll eine Heilung der Depression erreicht werden, jedoch bedeutet Heilung keine Situation, in der das Individuum keine Stimmungsschwankungen hat, nicht auch Hochs und Tiefs erlebt oder keine Störungen empfindet. Denn dies entspricht keinem normalen Zustand. Heilung bedeutet bei der Depression eine *Verbesserung der Symptome*, sodass der Erkrankte wieder fähig ist, zur Arbeit zu gehen sowie Beziehungen und soziale Kontakte aufzubauen. Dies beinhaltet, dass der Patient lernt, mit der Erkrankung zu leben, sich damit auseinanderzusetzen, sich auf bestimmte Ereignisse einzustellen und einen Weg findet, mit der Erkrankung sein Leben zu gestalten.

Wichtige Ziele einer Therapie sind die Symptome und den Leidensdruck zu verringern. Es ist wichtig, den Patienten wieder zur Arbeitsfähigkeit, beispielsweise in beruflicher Sicht, zu verhelfen. Ein weiteres Ziel stellt die Lebens- und Beziehungsfähigkeit in Partnerschaft, Familie und Umfeld dar, die durch die Behandlung stabilisiert werden soll. Die Patienten sollen lernen, ihre Einsichtsfähigkeit in depressionsfördernde Aspekte ihrer Beziehungen zu verbessern. Ihre Veränderungsbereitschaft soll in diesen Bereichen gestärkt werden (Wolfersdorf, 2011). Mögliche Suizidgedanken sollten explizit angesprochen werden, da Patienten durch den offenen Umgang mit diesem Thema entlastet werden können. Häufig schämen sich die Patienten für ihre Gedanken und können nicht einschätzen, dass diese ein Teil ihrer Erkrankung sind und ein Äquivalent für äußerste Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung darstellen (Lieb et al., 2008). Ein weiterer zentraler Punkt der Therapie ist die Vermittlung von Hoffnung. Dadurch kann die Suizidgefährdung verringert werden. Der Patient soll wieder Vertrauen in die eigene Person und Leistungsfähigkeit gewinnen. Dazu gehört, dass der Patient das Wiederauftreten von Symptomen erkennt und rechtzeitig die notwendigen Schritte unternehmen kann (Wolfersdorf, 2011).

Nichtmedikamentöse somatische Behandlungsformen

Heutige Therapieformen werden u. a. eingeteilt in Psychotherapie, soziotherapeutische Ansätze und weitere Therapieformen. Vor allem die Psychotherapie und soziotherapeutische Ansätze stellen neben den weiteren Behandlungsansätzen einen Schwerpunkt der Behandlung depressiv Erkrankter dar.

Die Psychotherapie ist in der Behandlung der depressiv erkrankten Patienten im sta-

tionären, teilstationären und ambulanten Rahmen etabliert und umfasst unterschiedliche Verfahren. Aufgrund der vielfältigen Gestaltung und Literatur kann in dieser Arbeit nicht eine detaillierte Darstellung des jeweiligen Verfahrens erfolgen. Viele Studien belegen die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung abhängig von der Schwere, Chronizität und dem Beschwerdebild der einzelnen Patienten. Unter den sog. „Richtlinienverfahren", dies sind psychotherapeutische Verfahren im ambulanten Bereich, die durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, versteht man die *Verhaltenstherapie* und die *tiefenpsychologisch fundierte analytische Psychotherapie*. Im stationären Bereich werden *verhaltenstherapeutische, gesprächstherapeutische, psychodynamische, modifizierte analytische und systemische therapeutische Verfahren* und die *Interpersonelle Psychotherapie* angewendet. All diese Verfahren haben unter anderem zum Ziel, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, sich verstanden zu fühlen, sich ausreichend mitteilen zu können, ihn zu ermutigen und Hoffnung zu vermitteln. Das subjektive Krankheitsmodell soll ermittelt werden ebenso soll ein Verständnis der Beschwerden, ihrer Prognose und der Behandlung (beispielsweise mit medikamentöser Unterstützung) vermittelt werden. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung können weitere Probleme im beruflichen oder familiären Rahmen geklärt werden und Angehörige in die Behandlung einbezogen werden. Eine wichtige Entlastung stellt das Aufstellen eines Krisenplans dar, der dem Patienten bei Erreichen seiner Therapieziele und Bewältigung von Rückschlägen unterstützen kann (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, 2015). Wichtig ist ebenfalls die Psychoedukation, durch die die Patienten Wissen über ihre Krankheit erhalten (Wolfersdorf, 2011).

Die zweite Kategorie bei der Behandlung der Depression stellen soziotherapeutische Ansätze dar, wie z. B. die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen oder die Sozialarbeit (Wolfersdorf, 2011). Die Soziotherapie dient der Bewältigung von Problemen im sozialen Umfeld und soll depressiv erkrankte Patienten besonders dazu befähigen, ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, 2015). Für die Wiedereingliederung in die Gesellschaft ist der Arbeitsplatz mit der auf die Lebenssituation bezogenen Arbeit essentiell. Es gibt weitere begleitende Therapieformen, die sowohl in der ambulanten als auch stationären Behandlung Anwendung finden. Hierunter fallen die Ergotherapie, Kunst- und Maltherapie, Musiktherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Körpertherapie, Entspannungsmethoden und Massagen/Gymnastik (Wolfersdorf, 2011). Ziel der Ergotherapie ist der Erhalt der Handlungsfähigkeit und der Teilhabe am Leben der Patienten. Hierunter fallen Bereiche wie die Selbstversorgung, Haushaltsbewältigung, finanzielle Absicherung, berufliche Tätigkeit und die Freizeitgestaltung (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, 2015). Hölter (2011)

beschreibt die Bewegungstherapie bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Er empfiehlt eine frühzeitige bewegungs-, spiel- und sportspezifische Aktivierung der Patienten in Abstimmung mit dem Therapieplan. Hölter sieht einen Nutzen der klinischen Bewegungstherapie durch das zumindest zeitweilige Durchbrechen des gedanklichen Festhaltens an der Depression und einer Ablenkung. Durch den regelmäßigen Einsatz hat dieses Verfahren einen positiven Einfluss auf die Symptomatik und kann bei leichtgradigen und mittelgradigen Depressionen in der Wirksamkeit einer Pharmako- und Psychotherapie gleichgesetzt werden (Hölter, 2011).

Die dritte Kategorie umfasst alternative Behandlungsansätze, wie beispielsweise den Schlafentzug, der auch als sog. Wachtherapie bezeichnet wird. Ebenso erfolgversprechend ist die Lichttherapie, das Verfahren der Elektrokrampftherapie (EKT), die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS), die Vagusnervstimulation (VNS) und die tiefe Hirnstimulation (THS), welche anschließend ausführlich erläutert werden.

Die Wirksamkeit der Lichttherapie konnten Terman et al. (1989) bereits im Jahr 1989 in ihrer Untersuchung aufzeigen. Patienten, die unter saisonalen Depressionen litten, erreichten bei einer Behandlung mittels einer 2500 Lux-Lichttherapie für zwei Stunden am Tag eine signifikant höhere Remission der depressiven Symptome (objektiviert anhand der Hamilton Depression Rating Scale) als Patienten, die nicht mittels Lichttherapie behandelt wurden (Terman et al., 1989). Das Licht spielt für die Koordination von physiologischen Prozessen im menschlichen Körper eine wichtige Rolle. Durch das Tageslicht kommt es zu einer Synchronisation von biologisch oszillierenden Prozessen auf zellulärer Ebene. Durch Lichtimpulse kommt es zu einer GABAergen Hemmung der Melatoninfreisetzung am Tag. In der Nacht wird diese durch Glutamat gehemmt. Melatonin wiederum reguliert den Tag-Nacht-Rhythmus im Körper. Vor allem die Kombination von Schlafentzug und Lichttherapie stellt eine kostengünstige Methode dar, um Patienten mit Depression zu behandeln (Wirz-Justice and Staedt, 2008). Tuunainen et al. (2009) betonen, dass vor allem in der ersten Woche der Behandlung die Lichttherapie ein wichtiger Therapiebestandteil ist. Die Anwendung am Morgen zeigt eine hohe Wirksamkeit (Tuunainen et al., 2009). In seiner Veröffentlichung im Jahr 2005 geht Terman auch auf die weiterführende Möglichkeit der Anwendung der Lichttherapie ein. Terman beschreibt, dass nicht nur die Winterdepression oder saisonale Depression Behandlungsindikationen darstellen, sondern auch Patienten, die unter nicht saisonalen Depressionen leiden, von der Lichttherapie profitieren können. Weitere Erkrankungen, wie z. B. die Bulimia nervosa oder Schlafstörungen, sind Erkrankungen, die ein gutes Ansprechen auf die Lichttherapie zeigen. Terman nennt unterschiedliche Nebenwirkungen der Lichttherapie, unter anderem Hypomanie, Kopfschmerzen und Übelkeit. Diese sind nach wenigen Tagen rückläufig und können durch Reduzieren der Intensität verringert oder eliminiert werden (Terman

and Terman, 2005). Golden et al. (2005) kamen in ihrer Meta- Analyse zu dem Schluss, dass die Lichttherapie eine wirksame Behandlungsmethode der saisonalen und nicht saisonalen Depression ist und sie eine ähnliche Wirksamkeit wie pharmakologische Ansätze bietet, was diese Therapieform umso wichtiger werden lässt (Golden et al., 2005).

Die Elektrokrampftherapie (EKT) hat sich als eine effektive Behandlungsform erwiesen und wird bei schweren und persistierenden depressiven Episoden angewendet. Bevor die Indikation zur EKT gestellt wird, müssen Chancen und Risiken im Einzelfall abgewogen werden. Weitere wichtige Indikationen für die EKT ist die Notwendigkeit einer schnellen Besserung. Bei Suizidalität, Nahrungsverweigerung oder bei eigen- oder fremd gefährdendem Verhalten findet die EKT Anwendung. Eine primäre Indikation ergibt sich bei depressivem Stupor und katanonen Erregungszuständen. Häufig sind die Nebenwirkungen von anderen Pharmakotherapien, die in bestimmten Situationen dem Patienten nicht zuzumuten sind, ein Grund zur EKT-Indikationsstellung. In manchen Fällen leidet der Patient unter internistischen Erkrankungen, die eine Pharmakotherapie nicht zulassen, sodass in diesen Fällen die EKT eine sinnvolle Alternative darstellt. Und zuletzt ist der Wunsch des Patienten ein wichtiger Grund, die EKT anzuwenden (Folkerts, 2000). Petrides (2001) konnte feststellen, dass Patienten, die unter einer psychotischen Depression litten, früher eine Ansprechrate von 80-90 % auf die EKT hatten, im Gegensatz zu Patienten, die unter einer nichtpsychotischen Depression litten. Zusätzliche Indikationen für die EKT sind z. B. Manien oder akute psychotische Zustände, die sich nur schwer therapieren lassen bzw. bisherige Therapieversuche erfolglos blieben (Petrides et al., 2001). Nach Fink (1999) muss das Alter des Patienten beachtet werden, da mit zunehmendem Alter die Wirksamkeit steigt (Fink, 1999). Die Wirkung der EKT beruht auf der Auslösung eines epileptischen Krampfanfalls. Dieser wird durch einen kurzen Stromimpuls ausgelöst. Die Patienten befinden sich in Narkose und Muskelrelaxierung (Folkerts, 2011). Abbott et al. (2014) kamen in ihrer Veröffentlichung zu dem Ergebnis, dass es durch die EKT zu einer Abnahme der frontalen Perfusion, Metabolismus, Verbindungen und Volumen kommt. Sie schlussfolgerten, dass die Veränderungen durch die EKT sowohl durch die antikonvulsive Therapie, als auch durch die neurotrophische Therapie erklärt werden können: Die antikonvulsiven Effekte sind im Frontalhirn dominierend, wohingegen die neurotrophischen Effekte sich im medial-temporalen Lappen zeigen (Abbott et al., 2014). Häufig wurden die Auswirkungen der EKT auf die kognitiven Funktionen diskutiert. Hasse-Sander et al. (1998) konnten lediglich eine signifikante Leistungsminderung in der Behaltensleistung verbaler Inhalte über einen Zeitintervall von 30 Minuten feststellen. Sie konnten jedoch zeigen, dass sich das visuelle Kurzzeitgedächtnis und die visuokonstruktiven Leistungen sogar verbesserten. Insgesamt verursacht die EKT kurz nach Abschluss der Behandlung keine Leistungsminderung, sondern eine kognitive Leis-

tungssteigerung (Hasse-Sander et al., 1998). Außerdem führt die Anwendung der EKT zu keiner pathologischen Läsion im Gehirn (Dwork et al., 2004). Alternativen zur EKT gibt es zwischenzeitlich viele, die an der Effektivität der EKT anknüpfen. Dazu zählt die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS), die Vagusnervstimulation (VNS) und die Magnetkonvulsionstherapie (MKT). Diese Methoden werden derzeit erprobt. Die VNS und die rTMS sind zur Langzeittherapie geeignet.

Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) ist ein Verfahren, welches als sanfte Alternative zur EKT gilt. Der Vorteil liegt darin, dass bei der rTMS kein generalisierter Krampfanfall ausgelöst wird (Padberg et al., 2005). Bei der rTMS wird eine elektromagnetische Induktion durchgeführt (Kammer et al., 2001). Diese wird mittels einer Spule erzeugt, die an die Kopfoberfläche angelegt wird. Die Spule induziert eine Depolarisation kortikaler Neurone. Eine Sitzung wird täglich durchgeführt und umfasst etwa 30 Minuten. Die Behandlung findet über einen Zeitraum von rund 3 bis 6 Wochen statt. Durch die Stimulation des dorsolateralen präfrontalen Kortex wird eine Normalisierung der pathologischen Veränderungen beeinflusst. Die Verträglichkeit dieser Behandlung ist unumstritten (Plewnia and Padberg, 2012). Allerdings ist die klinische Relevanz dieser Therapie nicht eindeutig, auch wenn George et al. (2009) in ihrer Metaanalyse zeigen konnten, dass die antidepressive Wirkung deutlich größer ist als ein Placebo. Sie beschrieben eine signifikante Wirksamkeit geringer bis mittlerer Effektstärke der Behandlung mittels rTMS (George et al., 2009). Im Gegensatz dazu konnten Herwig et al. (2007) anhand einer multizentrischen Studie an 127 Patienten keinen antidepressiven Effekt durch die Behandlung mittels rTMS feststellen (Herwig et al., 2007).

Die Vagusnervstimulation (VNS) ist eine Methode, die erstmals zur Behandlung von Epilepsiepatienten durchgeführt wurde. Sackheim et al. (2001) konnten feststellen, dass es bei Patienten, die unter einer Major Depression litten, zu einer deutlichen Verbesserung ihrer Erkrankung kam. Eine antidepressive Wirkung wurde postuliert (Sackeim, 2001). Das Verfahren der VNS beruht auf einer intermittierenden Stimulation des linken Nervus vagus. Diese Stimulation wird mit Hilfe eines Pulsgenerators durchgeführt. Dieser wird in die linke Brustwand implantiert und ist mit dem linken Nervus vagus im Halsbereich über ein Kabel verbunden.

Die Magnetkonvulsionstherapie (MKT) ist ein Verfahren, bei dem in Narkose ein epileptischer Anfall provoziert wird (Padberg et al., 2005). Dwork et al. (2004) fanden in ihrer Studie an Primaten heraus, dass auch die MKT zu keine pathologischen Gehirnläsionen verursacht (Dwork et al., 2004). Der Wirkmechanismus ist besser geklärt als bei EKT, wodurch die MKT ein vielversprechendes Instrument für die Erforschung der zerebralen Vorgänge zu sein scheint (Padberg et al., 2005). Für die Konvulsionstherapien können keine einzelnen Gehirnregionen benannt werden (Plewnia and Padberg, 2012).

Die MKT befindet sich bislang in einem Stadium klinischer Forschung und benötigt weitere Forschungsergebnisse (Padberg et al., 2005).

Eine weitere Möglichkeit zur Behandlung von Depressionen stellt die tiefe Hirnstimulation (THS) dar. Dieses Verfahren befindet sich noch in klinischer Untersuchung und wird vorrangig bei Patienten eingesetzt, bei denen die EKT zu keiner Besserung führt. Hierbei wird eine kontinuierliche elektrische Stimulation tiefer Kerngebiete durchgeführt, wodurch es zu einer transsynaptischen Modulation der neuronalen Aktivität kommt (Plewnia and Padberg, 2012). Die folgenden Gehirnregionen werden durch die unterschiedlichen Stimulationsverfahren behandelt: der anteriore zinguläre Kortex, der präfrontale Kortex, der subgenuale Gyrus cinguli, der orbitofrontale Kortex, das ventrale Striatum, der Hypothalamus, die Hypophyse, die Amygdala, der Hippocampus, sowie die Raphe-Kerne, der Locus coeruleus und der N. vagus (Plewnia and Padberg, 2012). Die wichtigsten Zielregionen für die tiefe Hirnstimulation sind der Gyrus cinguli, das ventrale Striatum, die innere Kapsel und das mediale Vorderhirnbündel. Die Vagusnervstimulation setzt wie oben beschrieben am N. vagus an. (Plewnia and Padberg, 2012).

Medikamentöse Behandlungsformen

Unter dem Aspekt der Kostenverursachung beschäftigte sich die WHO in ihrem Mental Health Atlas von 2011 mit der Fragestellung, inwieweit die Versorgung der Patienten gewährleistet ist. Hierbei legte die WHO ein besonderes Augenmerk auf die Ausgaben für psychische Krankheitsbilder. Die Ausgaben wurden für die mittleren Kosten der einzelnen Medikamentenklassen detailliert dargestellt. Die WHO kam in ihrem Report zu dem Ergebnis, dass Europa und der östliche Mittelmeerraum mehr Ausgaben für Antipsychotika verzeichnet haben als andere geografische Regionen (World Health Organization, 2011). Trotz der hohen finanziellen Ausgaben, sollten Patienten, die unter schweren und psychotisch depressiven Episoden leiden, grundsätzlich pharmakologisch behandelt werden. Hierzu stehen dem Arzt mehrere verschiedene Antidepressiva-Klassen zur Verfügung, wie beispielsweise den den tri - oder tetrazyklischen Antidepressiva, den Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) (38%), Alpha-2-Antagonisten (10%) und den selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SSNRI). Die medikamentöse Therapie zielt auf das an voriger Stelle erwähnte Ungleichgewicht verschiedener Neurotransmitter ab. Die tri- und tetrazyklischen Antidepressiva, die mit 38 % noch immer den größten Anteil an den verordneten Antidepressiva-Klassen darstellen, wurden in den letzten Jahren immer mehr durch SSRI (38%), Alpha-2-Antagonisten (10%) und dem SSNRI Venlafaxin (7%) abgelöst, finden aber weiterhin Anwendung (Lieb et al., 2008). Die Behandlung mit den beschriebenen Antidepressiva oder den Stimmungsstabilisatoren Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin und Lamotrigin sind häufig verwendete

Medikamente. Sofern ein Patienten auf zwei unterschiedliche Medikamentenklassen nicht anspricht, wird seine Depression als sog. therapieresistente Depression beschrieben (Wani et al., 2013).

1.2 Aktueller Forschungsstand zur Versorgungssituation depressiv Erkrankter in Deutschland

1.2.1 Die Versorgungsforschung im psychiatrischen Sektor

Die Versorgungsforschung versteht sich als Forschungsbereich, der „die Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere die Politik auf der Basis valider wissenschaftlicher Erkenntnisse in größtmöglicher Objektivität und Transparenz unterstützt und berät“ (Arbeitskreis Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer, 2004). Die Versorgungsforschung stellt bislang in der deutschen medizinischen Forschungslandschaft eine Randexistenz dar (Monitor Versorgungsforschung, 2008), auch wenn inzwischen einige Fortschritte gemacht wurden. Im Zentrum stehen u.a. epidemiologische Daten, die Hinweise zur Unter- und Fehlversorgung psychischer Störungen liefern (Riedel-Heller et al., 2008). Da eine Optimierung der Versorgung auch eine Reduktion der volkswirtschaftlichen Belastung bedeutet, ist es wichtig, eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten und depressiv Erkrankte einer Behandlung zuzuführen (Cibis et al., 2008).

Im Hinblick auf die volkswirtschaftliche Belastung, sticht besonders die stationäre Verweildauer psychischer Erkrankungen der F3-Diagnose nach ICD-10 heraus, denn laut Statistischem Bundesamt liegt die Verweildauer bei psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen- worunter die Depression fällt- mit 20,3 Tagen deutlich über der allgemeinen durchschnittlichen Krankenhausverweildauer von 7,9 Tagen (Statistisches Bundesamt, 2010). Damit verbunden sind die entsprechend hohen finanziellen und sozioökonomischen Belastungen durch die Behandlung depressiv erkrankter Patienten, weshalb es unumgänglich ist, die Versorgungslage zu analysieren, um sie im Weiteren so ökonomisch wie möglich zu gestalten.

Deutschlandweit wurden mehrere Untersuchungen durchgeführt, um die Versorgungssituation im psychiatrischen Sektor darzustellen. Im Jahr 1975 wurde in der Psychiatrie-Enquête eine Verbesserung der Verhältnisse der Versorgung psychisch erkrankter Patienten festgelegt, indem gemeindepsychiatrische Dienste flächendeckend für ganz Deutschland eingeführt wurden. Dieses Ziel konnte bis zum jetzigen Zeitpunkt umgesetzt werden. In Städten und jedem Kreis gibt es psychiatrische Abteilungen oder Kliniken und

gemeindepsychiatrische Dienste (Berger, 2008). Die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme einer Behandlung soll für psychisch erkrankter Patienten durch die Regionalität der Klinikstandorte gesenkt werden. In der Psychiatrie-Enquête von 1975 wurde die Empfehlung ausgesprochen, dass eine Radialentfernung von 25 km pro 1 Stunde Wegzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht überschritten werden sollte (Psychiatrie-Enquête and Deutscher Bundestag, 1975). Diese Regionalisierung und Deinstutionalisierung hat jedoch laut Freyberger (2008) zu keiner Verbesserung der Versorgung psychisch Erkrankter geführt. Im Mittel würden erkrankte Patienten noch immer 5 bis 7 Jahre benötigen, bis sie eine adäquate Behandlung erhielten. Dies liegt unter anderem daran, dass die Filterfunktion durch die Haus- und Allgemeinärzte nicht erfüllt wird und die Patienten nicht an die entsprechende Klinik weitervermittelt werden. Zwar gibt es inzwischen ein flächendeckendes Netz in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft, jedoch werden schwere psychisch erkrankte Patienten durch das Versorgungssystem nicht ausreichend behandelt. Im Rahmen der sinkenden Verweildauer der Patienten in Kliniken kommt es zu einer steigenden Zahl an Wiederaufnahmen (Freyberger, 2008). Ein Ziel muss sein, dass die Kliniken sich weiter regionalisieren, damit eine möglichst frühe Inanspruchnahme bei Krankheitsbeginn ermöglicht wird (Nerlich et al., 2007).

1.2.2 Die Versorgungssituation depressiv erkrankter Patienten

Im Bundesvergleich bezüglich der Versorgung psychosomatisch Erkrankter liegt Baden-Württemberg, dem Bundesland, in dem sich das Untersuchungsgebiet dieser Arbeit befindet, mit 11 Betten pro 100 000 Einwohnern im Mittelfeld. Unterschiede lassen sich für die Bundesländer Bayern mit 29 Betten pro 100 000 Einwohnern und Schleswig-Holstein mit 26 Betten pro 100 000 Einwohnern beobachten. Das Schlusslicht bildet Hessen mit 7 und Thüringen mit lediglich 1,5 Betten pro 100 000 Einwohnern. Allerdings hat Baden-Württemberg den Vorteil, dass nur hier eine gleichmäßige Verteilung über die Fläche herrscht. Im Gegensatz dazu ergibt sich eine sehr viel gleichmäßigere Verteilung für die Betten in der Psychiatrie und Psychotherapie mit etwa 65 Betten pro 100 000 Einwohnern (Längle and Pollmächer, 2013). Es lässt sich erfreulicherweise laut Zahlen des Statistischen Bundesamtes feststellen, dass die Anzahl der verfügbaren Betten pro 100 000 Einwohnern in den Jahren 2005 bis 2012 um 5 Betten pro 100 000 Einwohnern aufgestockt wurde. So waren es im Jahr 2005 47,13 Betten und im Jahr 2012 52,62 Betten pro 100 000 Einwohner. Im Jahr 2011, das für diese Untersuchung besonders relevant ist, betrug die Anzahl 50,14 Betten pro 100 000 Einwohner in Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten (Statistisches Bundesamt, 2014a). Die Zeitspanne für die Behandlung psychisch Erkrankter ist sehr unterschiedlich.

So stehen dem Psychiater und Nervenarzt für die Behandlung etwa eine halbe Stunde pro Quartal zur Verfügung, den psychiatrischen Institutsambulanzen pro Quartal etwa vier Stunden, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten pro Quartal etwa zehn Stunden oder mehr (Melchinger, 2008). Koch et al. (2011) untersuchten den subjektiven Eindruck der Primärzärzte und kamen zu dem Ergebnis: Deutsche Primärärzte sind unzufriedener als Kollegen der anderen untersuchten Länder (Australien, USA, Frankreich, Niederlande, Neuseeland, Großbritannien). Mit 243 Patienten pro Woche behandeln sie deutlich mehr als die Kollegen der anderen Nationen, die zwischen 102 bis 154 Patienten pro Woche sehen. Hinzu kommt, dass in Deutschland nur 8 Minuten pro Person zur Verfügung stehen, wohingegen es in den anderen Ländern 11-19 Minuten sind (Koch et al., 2011).

1.2.3 Nationale geografische Verteilung depressiv Erkrankter

Erhart und Stillfried (2012) stellen in ihrer „Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten" fest, dass die Depressionsprävalenz im Jahr 2007 eine ausgeprägte geografisch-räumliche Variation aufzeigt. Untersucht wurden dabei 413 Kreise. Sie stellten mithilfe einer kartografischen Darstellung die alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierten Prävalenzen auf Kreisebene dar. Die Prävalenz ist besonders in west- und ostdeutschen Kernstädten am höchsten. Die zweithöchsten Prävalenzen konnten sie in ländlichen westdeutschen Räumen feststellen. Es ergaben sich Hinweise auf eine höhere Prävalenz in kernstädtischen Regionen wie z. B. Berlin, Hamburg oder München sowie westdeutschen Regionen. Die Quote geringfügig Beschäftigter, der Anteil der Schulabgänger mit Hauptschulabschluss und der Single-Anteil ist positiv mit der Depressionsprävalenz assoziiert. Zu beachten ist, dass eine höhere Arbeitslosenrate mit niedrigeren Prävalenzen assoziiert ist, was den eigentlichen Erwartungen widerspricht. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang, wenn zusätzlich die Anzahl an Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten je 100 000 Einwohnern sowie das Vorhandensein einer psychiatrischen Institutionsambulanz im Kreis berücksichtigt wurde (Erhart and Stillfried, 2012). Melchior et al. (2012) kommen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass es in Bayern, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein die höchsten Anteile an chronischen Depressionen gibt. Allerdings erhalten nur etwa 12% eine leitlinienorientierte Behandlung. Diese Problematik kann durch die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen erklärt werden. Hierbei spielt die Hausarztdichte und die Verteilung von Fachärzten eine entscheidende Rolle. Die hausarztzentrierte Versorgung könnte eine verbesserte Diagnostik ermöglichen (Melchior et al., 2014). Für die Versorgung ist zu beachten, dass depressiv Erkrankte im Alter alle medizinischen Bereiche häufiger in Anspruch nehmen als nicht

depressiv Erkrankte. Bis zu 25 % der über 60-Jährigen, die unter einer schweren Depression leiden, erhalten keine Behandlung (Melchior et al., 2014). Trotz dieser vermehrten Nutzung medizinischer Leistungen besteht eine pharmakologische Unterversorgung dieser Patientengruppe (Nelson et al., 2002). Aufgrund der demografischen Entwicklung mit einer stetigen Zunahme dieser Patientengruppe, ist eine intensive Forschung der Versorgungsstrukturen notwendig (Riedel-Heller et al., 2012).

Ungewitter et al. (2010) untersuchten in ihrem Abschlussbericht des Forschungsprojekts die Inanspruchnahmemuster und Kooperation der Leistungserbringer. In ihrem Forschungsprojekt fand eine quantitative Primärerhebung der Versorgungsstruktur mittels des *European Service Mapping Schedules* (ESMS) statt. Der ESMS kategorisiert die unterschiedlichen Versorgungsangebote und erfasst die Inanspruchnahme, wie z. B. Krankenhaustage und Beratungsfälle, ebenso wie die Kapazität der Einrichtungen. Es werden ambulante und gemeindepsychiatrische Angebote sowie Wohnangebote, tagesstrukturierende und tagesaktivitätenfördernde Angebote erfasst. Vier Regionen wurden ausgewählt, die unterschiedliche Versorgungsmodelle repräsentieren. Günzburg und Eisenhüttenstadt stellen mit jeweils 20 000 bzw. 30 000 Einwohnern die ländliche und Regensburg und Leipzig mit jeweils 130 000 und 500 000 Einwohnern städtische Versorgungsstrukturen dar. Ziel des Forschungsprojektes war es, grundsätzliche Aussagen über Kooperationsbeziehungen, Konzepte von Kooperation der Akteure und Barrieren von Kooperation treffen zu können. Rekrutiert wurden niedergelassene Nervenärzte, Psychotherapeuten, Mitarbeiter ambulanter und komplementärer Einrichtungen und Sozialarbeiter. Die Kooperationspraxis wurde anhand von Interviews und Gruppendiskussionen erhoben, wobei Themenkomplexe wie Verständnis und Stellenwert, Ziele, Elemente von Kooperation und deren Probleme sowie die Einschätzungen der Kooperationsqualität behandelt wurden. Sie erhoben den Ist-Zustand der Versorgung und kamen zu dem Fazit, dass sowohl die ländlichen als auch die städtischen exemplarischen Regionen über ein gut ausgebautes Angebot verfügen. In urbanen Regionen geht die Vernetzung stärker von nicht-medizinischen ambulanten und komplementären Angeboten aus. Es gibt ein gut organisiertes Netzwerk. Jedoch sind darin nicht immer niedergelassene Fachärzte integriert. In ländlichen Gebieten hingegen stehen die psychiatrischen Kliniken im Zentrum und sind besser integriert. Dies kann u. a. daran liegen, dass in ländlichen Regionen der ambulante Sektor weniger gut ausgebaut ist. Ebenso ist die Konkurrenz geringer, sodass psychiatrische Kliniken ein größeres Angebot aufweisen. In Grünzburg werden so neben der stationären und ambulanten Versorgung auch Therapien durch die Institutsambulanz, Hometreatment, Arbeitstrainingszentrum, Tagesstätte und einzelne Projekte angeboten.

Im Bereich der arbeitsrehabilitativen Angebote besteht noch Verbesserungsbedarf.

Ebenso gilt dies für die Kooperation in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Hier regen sie die Einführung von Psychiatriekoordinatoren an, da ihrer Meinung nach Kooperationskonzepte fehlen. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass zwar die Kooperationsbedingungen größtenteils positiv eingeschätzt werden, es jedoch regionale Unterschiede in der Vernetzung gibt. Dies bezeichnen sie als ein „Produkt des Zufalls" anstatt eines „gelungenen Netzwerkmanagments". Sie zeigen auf, dass die Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten wenig interdisziplinär ist. Die Kooperation soll in fest planbaren und vorher bestimmbaren Aufteilungen der Aufgaben in Bezug auf die Diagnose stattfinden. Sie halten eine interdisziplinäre Vernetzung zwischen Haus- und Fachärzten für besonders relevant (Ungewitter et al., 2010) (Bramesfeld et al., 2012) (Freyberger, 2008). Diese Studien zeigen, welche Unterschiede sich in der Versorgungssituation sowohl im stationären als auch ambulanten Setting für ländliche und städtische Regionen ergeben. Es kann eine Verbesserung der Behandlungsstruktur durch die bessere Vernetzung von ambulanten Angeboten in urbanen Regionen und die bessere Integration psychiatrischer Kliniken in ländlichen Regionen erreicht werden. Dies sollte bei der Bewertung der Versorgungsstruktur der Kliniken des Zentrums für Südwürttemberg Beachtung finden, die ebenfalls unterschiedliche regionale Strukturen aufweisen. Die psychiatrische Klinik in Reutlingen zählt beispielsweise zu einer urbanen Versorgungsstruktur, die Klinik Friedrichshafen weist deutlich ländlichere Strukturen auf.

1.2.4 Die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung psychisch kranker Patienten

Generell besteht in der Versorgungsforschung ein Forschungsdefizit im ambulanten und komplementären Bereich und im Bereich der ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker (Riedel-Heller et al., 2008). Salize und Becker (2007) beschreiben einen Wechsel des Versorgungssystems, das von der stationären Behandlung immer mehr in Richtung ambulanter Versorgung geht. Dieser Wechsel begann in Deutschland bereits im Jahr 1970 (Salize et al., 2007).

Melchinger (2008) hinterfragte, ob die Realität der ambulanten psychiatrischen Versorgung den Maßgaben von Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit standhält. Psychiatrische Erkrankungen liegen an der Spitze bei den ambulanten, teil- und vollstationären Behandlungen. Bei Arbeitsunfähigkeitstagen und bei den Ursachen für krankheitsbedingte Frühberentungen sind psychiatrische Erkrankungen von besonderer Bedeutung. Bei der ambulanten Behandlung sind mehrere Bereiche involviert: Neben Fachärzten für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie auch die große Gruppe von Hausärzten. Die Psychiatrischen In-

stitutionsambulanzen (PIA), deren Leistungen außerhalb des vertragsärzlichen Budgets vergütet werden, sind eine wichtige Institution zur ambulanten Versorgung psychisch Erkrankter. Laut Melchinger unterhalten von 434 psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Deutschland fast jedes eine PIA. Es ergeben sich etwa 650 000 PIA Behandlungsfälle pro Jahr. Weitere 6,6 Millionen Behandlungsfälle entfallen auf die etwa 5000 niedergelassenen Nervenärzte. Viele ambulante Hilfsangebote stehen den Ärzten zur Seite, wie die flächendeckend vorhandenen sozialpsychiatrischen Dienste, das ambulant betreute Wohnen und die nicht psychiatrischen Angebote, die dennoch Hilfe leisten (Melchinger, 2008).

Gaebel et al. (2013) führten eine disziplinen- und sektorenspezifische Analyse der Versorgungssituation durch. Mittels Sekundärdaten dreier Ersatzkrankenkassen und des Deutschen Rentenversicherung Bunds wurden der Zeitraum 2005 bis 2007 und die ICD-10-GM Diagnosegruppen F0-F5 eingeschlossen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass 3,23 Mio. (33 %) von 9,92 Mio. Versicherten in dem oben genannten Zeitraum Kontakt zum Versorgungssystem hatten. Sie stellten fest, dass nahezu jeder Patient zusätzlich unter einer somatischen Erkrankung litt. Weiterhin wurde ausgewertet, dass rund 22 Mio. Behandlungsfälle in dem Untersuchungszeitraum registriert wurden, wovon 95,7 % ambulant erbracht wurden, 4,2 % stationär und nur 0,1 % teilstationär. Interessant ist, dass fast drei Viertel der ambulant behandelten Versicherten ausschließlich durch Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für somatische Medizin versorgt wurden. Für die Fallzahlen der Patienten mit einer F3-Diagnose (n = 302 437) wurden 7,4% durch die Fachdisziplinen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik versorgt, der Hauptanteil von 82,7 % durch Allgemeinmediziner bzw. durch Fachärzte für somatische Medizin und weitere 9,9% sowohl durch Ärzte der Fachdisziplinen als auch durch Allgemeinärzte/Fachärzte für somatische Medizin. Dasselbe Ergebnis lässt sich für die stationäre Behandlung feststellen (Gaebel et al., 2013).

Durch die Komorbidität psychischer und somatischer Erkrankungen und aufgrund des hohen ambulanten Versorgungsanteils wird klar, dass eine sektoren- und disziplinenübergreifende Kooperation erforderlich ist. Zudem ist die Sicherstellung einer adäquaten psychiatrischen Grundversorgung durch die Hausärzte notwendig (Gaebel et al., 2013), wodurch diese „Gatekeeper“ eine besondere Funktion erhalten. Es ist eine besondere Schulung dieser Facharztgruppe im Hinblick auf die Identifikation und den Umgang mit psychischen Erkrankten notwendig. Salize et al. (2007) sehen im Hinblick auf die Versorgung psychiatrisch Erkrankter die klare Notwendigkeit, effektive Präventionsstrategien zu entwickeln (kongruent mit den Bestrebungen der Europäischen Kommision) und kritisieren im Zuge dessen die zunehmende Privatisierung von Kliniken, wodurch eine einheitliche Erfassung der Entwicklung der Strukturen und der Qualität der Behandlung

nicht möglich sei (Salize et al., 2007).

1.2.5 Behandlungsoption bei niedergelassenen Psychiatern und PIA

Melchinger (2008) formuliert es folgendermaßen: „Die Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz ist nach der zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV geschlossenen „Vereinbarung gemäß § 118 Abs. 2 SGB V“ auf Schwerkranke beschränkt, die umfangreicher Komplexleistungen bedürfen, beziehungsweise auf Patienten, die wegen zu großer Entfernung zu niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten auf eine PIA-Behandlung angewiesen sind.” Patienten müssen mit sehr langen Wartezeiten für eine Behandlung rechnen. Dies ist darin begründet, dass immer mehr Psychiater und Nervenärzte sich aus wirtschaftlichen Gründen auf die Psychotherapie, Erstellung von Gutachten oder andere Erwerbsquellen fokussieren. Durch diese anderen Tätigkeiten stehen sie nicht mehr oder nur noch begrenzt zur Verfügung. Viele Ärzte vergeben nur in Ausnahmefällen Sprechzeiten, sobald das Quartalsbudget ausgeschöpft ist. Hinzu kommt, dass einige Psychiater für ihre Praxis nur schwer einen Nachfolger finden. Für junge Ärzte ist die Niederlassung meist eine unattraktive Alternative (Melchinger, 2008).

1.2.6 Ärztedichte in Deutschland

In Deutschland betrug im Jahr 2010 die Ärztedichte 37 Ärzte und Ärztinnen pro 10 000 Einwohner. Im Vergleich hierzu sind die Ärztedichten anderer europäischer Länder im Jahr 2010 in Tabelle 1 dargestellt (Statistisches Bundesamt, 2014a).

Land	je 10 000 Einwohner
Deutschland	**37**
Belgien	38
Bulgarien	38
Bosnien und Herzegowina	17
Estland	33
Irland	32
Kroatien	27
Lettland	29
Litauen	36
Montenegro	20
Österreich	49
Polen	21
Portugal	39
Rumänien	24
Schweiz	41
Slowenien	25
Tschechische Republik	37
Ungarn	34
Zypern	28

Tabelle 1.1: Ärztedichte im Jahr 2010 für ausgewählte europäische Länder, (Statistisches Bundesamt, 2014a)

Im Durchschnitt ergibt sich aus Tabelle 1 eine Ärztedichte von 31,84 Ärzte und Ärztinnen pro 10 000 Einwohner. Deutschland liegt somit leicht über diesem Wert. Laut dem Report „Grunddaten zu vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland für 2011" hatte zum Zeitpunkt des des 31.12.2010 die Kassenärztliche Bundesvereinigung 155 780 Mitgliedern. Hierbei waren 138 472 als Ärzte und 17 308 als psychologische Psychotherapeuten tätig. Die Anzahl der Ärzte unterteilt sich weiterhin in 60 397 Hausärzte und

78 075 Fachärzte, darunter 5 420 Ärzte, die psychotherapeutisch tätig waren (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2011).

Insgesamt lässt sich seit dem Jahr 1978 eine ständig ansteigende Zunahme der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen feststellen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2011). Für die Region Baden-Württemberg ergibt sich Ende 2010 eine Zahl von 1466 ermächtigten Ärzten und Psychotherapeuten von insgesamt 17 336 Vertragsärzten und -psychotherapeuten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2011). Es zeigt sich, dass die Zahl der niedergelassenen Ärzte und der Psychologischen Psychotherapeuten in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachversorgung in den letzten Jahren angestiegen ist. Zudem konnte ein Anstieg der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ein geringer Anstieg der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in den Jahren 1991 bis 2012 festgestellt werden. Dies wirkt zunächst positiv, näher betrachtet kann jedoch erkannt werden, dass es in den Jahren 1994 bis 2004 ebenfalls zu einer Zunahme der Fallzahl pro Facharzt kam. Diese Zunahme lässt sich in den Jahren 1994 bis 2004 auch für die Entwicklung der Fallzahlen nach der jeweiligen Fachgruppe (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder & Jugendpsychiater; Psychologische Psychotherapeuten; Ärztliche Psychotherapeuten) feststellen (Albrecht, 2007). Sowohl die Psychiatrie als auch die Allgemeinkrankenhäuser stehen vor einem Nachwuchsproblem, wobei die Psychiatrie mit 2,4 unbesetzten Arztstellen pro Krankenhaus etwas besser dasteht als die Stellenbesetzung in Allgemeinkrankenhäusern mit 3,7 unbesetzten Arztstellen pro Krankenhaus (Blum and Löffert, 2010).

1.2.7 Vergütungssystem in der Psychiatrie

Die Versorgungsforschung und die Versorgungsstruktur werden durch den Wechsel in den Vergütungssystemen beeinflusst. Seit Jahren wird das neue Vergütungssystem PEPP, das für Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik steht, entwickelt. Dieser Wandel im finanziellen System soll nachfolgend dargestellt werden, um die Versorgungssituation und die wichtigen Aspekte der finanziellen Situation beurteilen zu können.

Die Bundesregierung erteilte bereits im Jahr 2009 mit der Einführung des §17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Auftrag, ein neues Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickeln. An dieser Umstrukturierung nahmen unterschiedliche Spitzenverbände wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenhausversicherung teil. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übernahm die Kalkulationen für dieses neue System. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurde in den Prozess eingebunden und entwickelte die Operationen- und

Prozedurenschlüssel (OPS), um den Ressourcenverbrauch zu messen und ein Leistungsportfolio für Patientengruppen abbilden zu können. Dabei werden Maßnahmen wie Psychotherapeutische Komplexbehandlungen, qualifizierte Entzugsbehandlungen oder 1:1-Betreuungen und Kriseninterventionen erfasst.

Nach einer Anlaufphase begann im Jahr 2013 die Optionsphase, in welcher die einzelnen Kliniken nach dem neuen Entgeltsystem abrechnen können. Es steht den Kliniken frei zur Wahl, ob sie dies bereits jetzt umsetzten wollen und evtl. das alte und neue System parallel führen wollen. Diese Optionsphase wurde aufgrund von Schwierigkeiten (siehe nachfolgend) bei der Umsetzung verlängert. Ab dem Jahr 2017 besteht die Pflicht für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auf das neue System umzusteigen. Anfangs ist es noch budgetneutral bis zum Jahr 2018, d. h. es findet eine Anpassung an das bisherige Krankenhausbudget statt. Die Konvergenzphase beginnt ab dem Jahr 2019. Es ist geplant, einen Landesbasisentgeltwert aus den Ergebnissen der Kliniken zu ermitteln. Bis zum Jahr 2024 werden der bisherige krankenhausindividuelle Basisentgeltwert sukzessiv an einen Landesbasisentgeltwert angepasst. Dies bedeutet, dass Kliniken, die einen hohen Tagessatz hatten, sich deutlich stärker anpassen müssen. Damit der wirtschaftliche Druck nicht so groß wird, werden zu hohe Verluste bei einer bestimmten Grenze gekappt (Kappungsgrenze) (Häring and Kutschis, 2014).

Das PEPP ist ein Zwei-Komponenten-System, das aus einem Patientenklassifikationssystem und einem Vergütungssystem besteht. Das Patientenklassifikationssystem besteht aus einer Vielzahl an Fallgruppen, die unterschiedliche medizinische Inhalte und unterschiedlichen Aufwand kodieren. Jedem Behandlungsfall entspricht eine eindeutige Zuordnung zu einer Fallgruppe. In der Regel wird diese Zuordnung am Ende eines (teil-) stationären Aufenthalts mit Hilfe eines fünfstelligen Kodes dokumentiert. In der zweiten Komponente, dem Vergütungssystem, wird der tatsächliche Fallerlös ermittelt. Der bundesweit einheitliche PEPP-Entgeltkatalog liefert zu jedem Fall die erlösrelevanten Informationen als sog. Bewertungsrelationen. Diese bilden die durchschnittlichen relativen Tageskosten in Abhängigkeit von Fallgruppe und Anzahl der Berechnungstage ab (Häring and Kutschis, 2014).

Es gibt viel Kritik und Protest gegen das neue Abrechnungssystem. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Fachgesellschaften und Verbände klagen, dass das Vergütungssystem der Versorgungsrealität nicht gerecht werde. Es sei bei psychiatrischen Erkrankungen schwierig abzuschätzen, wie lange ein Patient stationär behandelt werden müsse. Die Fachgesellschaften lehnen es ab, dass die Tagespauschalen nach einer bestimmten Behandlungsdauer verringert werden, ebenso, dass diese Tagespauschalen zuerst von der Diagnose und dann erst von der Schwere der Erkrankung abhängt. Bei Depressionen sinken die Kosten laut dem Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus

(InEK) nach 18 Tagen ab, jedoch ist dies in der Realität nicht der Fall. In der internationalen Literatur umfasst die Behandlung depressiver Patienten in der Regel eine Dauer von 30 Tagen (Meißner, 2012). Es wird befürchtet, dass Patienten mit schwerer Schizophrenie oder Suchtproblemen durch das PEPP zu früh aus dem Krankenhaus entlassen werden (Deutsche Presse-Agentur / EB, 2014). Es erfolgt eine degressive Abstufung anstatt einer Vergütung nach ab- oder zunehmenden Leistungen für die Behandlungsdauer. Die Leistungskriterien wurden für das Entgelt von etwa nur fünf Prozent intensiv behandelter Patienten festgelegt. Die restlichen Patienten werden nach Hauptdiagnosegruppen eingeteilt, die allerdings den Kategorien der ICD-10 zum Teil widersprechen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die fehlende Personalabsicherung durch die Einführung des Vergütungssystems. Die gesetzliche Norm der Psych-PV für die Kriterien der Personalmindestausstattung entfällt (Kunze et al., 2013). Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems könne es zu einer Unterfinanzierung der Personalausstattung kommen (Berger et al., 2015). Der Gemeinsame Bundesausschuss versucht bis 2017, eine Mindestpersonalausstattung und Qualitätsindikatoren zu definieren (Kunze et al., 2013). Zusätzlich wird kritisiert, dass durch das PEPP ein zunehmender Dokumentationsaufwand notwendig sei. Dies ist wertvolle Zeit, die für die Behandlung der Patienten verloren geht. Das PEPP würde die sektorübergreifende Versorgung nicht entsprechend beachten (Ärzteblatt, 2015). Daher ist nicht verwunderlich, dass das Vergütungssystem im April 2014 feinjustiert wurde. Seither werden Entgelte für Intensivbehandlungen sowie Einzelbetreuungen abgerechnet, ebenso wurden indikations- und verweildauerabhängige gleiche Tagessätze eingeführt (Ärzteblatt, 2014). Immer wieder kommen Stimmen auf, dass kleine Korrekturen nicht ausreichend sind. Das Vergütungssystem soll mit Hilfe einer multidisziplinären Expertenkommission überarbeitet werden. Kritikpunkte sind auch, dass die gemeindenahe integrierte Versorgung durch das neue Entgeltsystem nicht entsprechend weiterentwickelt werden kann. Durch die Überarbeitung sollen ambulante Behandlungen und Hometreatment ausreichend finanziert werden (Bühring, 2014). Aufgrund dieser Befürchtungen wurde die Optionsphase bis Ende 2016 verlängert. Dies beschlossen die Vorstände der Koalitionsfraktionen im April 2014. Es bleibt den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken bis dahin freigestellt, ob sie nach dem PEPP abrechnen (Deutsche Presse-Agentur / EB, 2014).

Zukünftig müssen Voraussetzungen erfüllt werden, dass sektorenübergreifende Behandlungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Patienten geschaffen werden, die dementsprechend im Vergütungssystem abgebildet und kalkuliert werden. Weiterhin müsse die Krankenhausbehandlung flexibilisiert werden. Es solle mehr Zwischenstufen von ambulant bis stationär geben, Ort und Zeitachse der Krankenhausbehandlung solle flexibler gestaltet werden. Das Vergütungssystem sollte mehr die individuellen Besonderheiten der

Patienten unterstützen, denn erst wenn die Patienten ein besseres Behandlungsergebnis im Alltag erzielen, wird auch die Nachhaltigkeit der Behandlung besser (Kunze et al., 2013).

Berger et al. (2015) schlagen ein Alternativmodell vor, welches verschiedene Forderungen enthält: Es soll ein Vergütungssystem geschaffen werden, welches die Leistungen nach evidenzbasierten Leitlinien qualitätsgerecht vergütet. Sie gehen auf die Versorgungssituation psychisch Erkrankter ein und fordern eine Verbesserung der ambulanten Versorgung. Laut der Autoren sind die Wartezeiten für Psychotherapieplätze nicht akzeptabel. Die langen stationäre Behandlungszeiten ergeben sich dadurch, dass es keine ambulante Nachsorge gibt. Die Verzahnung der Sektoren muss verbessert werden, damit der Übergang von stationärer zu teilstationärer und ambulanter Behandlung vereinfacht wird. Eine leitliniengerechte Behandlung erfordert ein angepasstes Vergütungssystem, das Psychotherapien als Behandlungsmethode ermöglicht. Das Alternativmodell muss berücksichtigen, dass Universitätskliniken sowohl die Aufgabe der Pflichtversorgung für eine Region als auch überregionale Spezialaufgaben wahrnehmen und hierfür unterschiedliche Kosten anfallen. Eine wichtige Forderung ist auch, dass ein praktikables Vergütungssystem entwickelt wird. Das bedeutet, dass dieses Alternativkonzept weniger Zeit für Bürokratie in Anspruch nehmen sollte. Ein Alternativmodell sollte an Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geknüpft werden. Es sei wichtig, diese anhand Qualitätsindikatoren überprüfen zu können. Die Autoren schlagen als Alternative zum PEPP-System ein „Krankenhaus-Psych-Budget“ (Berger et al., 2015) vor. Ein zentraler Punkt ist, dass die Kliniken ein Gesamtbudget erhalten, mit welchem sie die Patienten bedarfsgerecht behandeln sollen. Dieses wird auf der Mindestgrundlage einer 100-prozentigen Psych-PV-Finanzierung, zuzüglich der Gelder aus institutionsambulanten Leistungen, vereinbart. Das Krankenhaus entscheidet schlussendlich, wie lange ein Patient behandelt wird. Zuerst soll die ambulante Unterversorgung behoben werden, indem dieser Versorgungsauftrag vom Krankenhaus und den Vertragsärzten übernommen wird. Die Psychosomatischen Akutkliniken sollen in die Pflichtversorgung mit eingebunden werden. Wie im somatischen Bereich sollen überregionale Zentren geschaffen werden, die eine spezielle Diagnostik und Therapie für einige Krankheitsbilder erfordern. Hierfür seien gesonderte Budgetvereinbarungen notwendig. Therapieresistente Depressionen oder andere aufwendigere Leistungen sollen ebenfalls Beachtung finden. Die Autoren erhoffen sich, dass durch die Verbesserung der ambulanten Unterversorgung und die Verkürzung der stationären Behandlungsdauer Ressourcen frei werden, die für die Behandlung der Patienten notwendig sind (Berger et al., 2015).

Zusammenfassung

Diese Zahlen verdeutlichen, dass es trotz Zunahme der Ärztedichte es zu einer starken Zunahme der Fallzahlen für den behandelnden Arzt kam. Dies impliziert, dass die psychiatrische Behandlung an ihre Grenzen gerät. Für die Zukunft muss die Sicherung einer hohen Behandlungsqualität gewährleistet sein. Das Qualitätsmanagement muss für die Versorgung psychischer Erkrankungen verbessert werden. Ein bisheriger Ansatz sind die Qualitätsindikatoren, die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) entwickelt wurden. Diese stellen standardisierte Messinstrumente dar, mit denen sich die Qualität der Versorgung erheben lässt (Großimlinghaus et al., 2013).

Diese Ansicht wird nicht einstimmig geteilt. Steinert et al. (2013) beschreiben in ihrem Artikel, dass viele der Qualitätsindikatoren nicht praktikabel sind. Die Evidenz der Qualitätsindikatoren wurde mithilfe von randomisierten kontrollierten Studien und Metaanalysen generiert. Aufgrund der Finanzierung und der Machbarkeit liegen viele Studien über Psychopharmakotherapie vor, andere wichtige Versorgungsaspekte (z. B. Medizinethik) erscheinen nicht als Qualitätsindikatoren. Es wird weiterhin bemängelt, dass sich die Qualitätsindikatoren auf die Erstdiagnose beziehen. Die meisten psychiatrisch Erkrankten leiden unter einer chronischen Krankheit. Die Autoren sehen eine Weiterentwicklung und eine Abgleichung mit Gesichtspunkten der Praktikabilität für notwendig und die bisherigen Qualitätsindikatoren als Zwischenergebnis an (Steinert et al., 2013).

Wichtige Ergebnisse können sich aus der Untersuchung des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) ergeben. Das Ergebnis der Prüfung der Qualitätsindikatoren ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht veröffentlicht (AQUA- Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen).

1.3 Beschreibung der Kliniken des Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

1.3.1 Das Unternehmen

Das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP) wurde im Errichtungsgesetz von 2008 definiert und bekam vom Landtag Baden-Württemberg folgende Kernaufgaben zugewiesen: Aufgaben im Bereich der Krankenversorgung, Pflege, sozialen, beruflichen und medizinischen Rehabilitation, Unterbringung psychischer Kranker und weitere Aufgaben im Bereich des Maßregelvollzugs. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung und Lehre sind wichtige Aufgaben. Diese Aufgaben beziehen sich primär auf Menschen mit psychischen, psychosomatischen oder neurologischen Störungen. Der Zuständigkeitsbereich des ZfP Südwürttemberg beinhaltet alle sozialen Sicherungssysteme für erkrankte Menschen aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, Rehabilitation, Behindertenhilfe, Maßregelvollzug und die Versorgung im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge (Zentrum für Südwürttemberg, 2014c).

1.3.2 Die Unternehmensziele

Das räumliche und inhaltliche Angebot konnte in den letzten 17 Jahren durch Beteiligungsgesellschaften und durch die Gründung von Satellitenstationen und Institutionsambulanzen weiterentwickelt werden. Es ist eine gemeindenahe, niederschwellige Versorgung der Patienten möglich. Wichtig ist, dass der Patient keine weiten Anfahrten in Kauf nehmen muss. Dem Patienten bleiben der allgemeine Lebensbezug und der Kontakt zu den Angehörigen während der Behandlung erhalten. Gleichzeitig wird den Patienten eine gemeindeferne Behandlung geboten, wenn dies für die Therapie wichtig wird und der Patient aus einem schädigenden Umfeld herausgelöst werden muss. Es werden teilstationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten integriert. Zukünftig soll eine flexiblere Gestaltung der Behandlungsintensitäten zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten ermöglicht werden sowie eine individuelle Anpassung der örtlichen Behandlungsangebote und Spezialtherapien. Dadurch soll eine bessere Vernetzung der diversen Spezialangebote möglich sein, um komorbide Störungen umfassender behandeln zu können.

Nicht nur der räumliche Aspekt bei der Behandlung psychiatrisch erkrankter Patienten, sondern auch das umfassende Hilfsangebot stehen im ZfP Südwürttemberg an erster Stelle. Für eine Vielzahl an Patienten kann ein spezialisiertes Behandlungs- und Therapiekonzept angeboten werden. Hierunter fällt die Therapie für Traumapatienten, Angebote für psychisch kranker geistig behinderter Personen, für depressive Ältere, für

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und weiteren Diagnosegruppen.

In der bisherigen strategischen Planung des ZfP Südwürttemberg stand eine institutionszentrierte Sichtweise im Vordergrund mit Blick auf die Entwicklung von Behandlungseinrichtungen und Strukturen. Die Entwicklung der Patientenorientierung ist vorrangig, bei der auf die einzelnen Bedürfnisse der Patienten eingegangen werden soll. Die individuellen und aktuellen Aspekte und Bedürfnisse sollen berücksichtigt werden und anhand dessen die Behandlungsplanung ausgerichtet werden. Dieses Behandlungsangebot wird im zeitlichen Verlauf und bei wechselndem Bedingungen dem Patienten angeboten und angepasst. Es wird deutlich, dass die ambulante Behandlung einen wichtigen Stellenwert hat, um die Beziehungskontinuität zu sichern. Dies wird durch die Tagesklinik-Ambulanzzentren gesichert, da viele Patienten und Patientinnen ihren Erstkontakt mit dem klinische Hilfesystem haben. Ein Vorteil dieser ersten Anlaufstelle ist, dass von hier aus eine ambulante, stationäre oder teilstationäre Behandlung erbracht werden kann. Es kann eine „minimalinvasive Psychiatrie“ realisiert werden, in der der Patient so viel Behandlung angeboten bekommt, wie er benötigt, jedoch auch so wenig wie möglich. Zukünftig wird sich eine wichtige Änderung für den Patienten ergeben: Der Schwerpunkt der Behandlung wird immer mehr in den ambulanten und teilstationären Sektor verlegt und die stationäre Verweildauer wird immer kürzer werden. Dennoch ist durch das sektorenübergreifende Konzept die Behandlung der Patienten und Patientinnen gesichert. Für das ZfP Südwürttemberg ergibt sich also für die Behandlung der Patienten, dass diese über die Tagesklinik-Ambulanzzentren Zugang erhalten und nach shared-decision making eine Entscheidung für die weitere Behandlung getroffen werden kann (Zentrum für Südwürttemberg, 2014c).

1.3.3 Die Unternehmenswerte (Core Values)

Die Patientenorientierung und Nutzerorientierung stehen für das Handeln des ZfP Südwürttemberg im Mittelpunkt. Die Würde, das Recht auf Selbstbestimmung und das Recht auf Freiheit der Patienten und Patientinnen sind ein wichtiger Grundsatz, der jederzeit geachtet wird. Die partizipative Entscheidungsfindung ist ein wesentlicher Bestandteil des Umgangs mit den Patienten. Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheits- und Sozialwesen bietet eine vernetzte und sektorenübergreifende Versorgung, um die Patienten in allen Lebenssituationen individuell behandeln zu können. Für die Behandlung werden die fachlichen Leitlinien angewendet, wofür das ZfP Südwürttemberg eigene Forschung betreibt. Ein weiterer Core Value ist die Mitarbeiterorientierung. Die Teamfähigkeit, das eigenverantwortlichen Handeln sowie die Fachkompetenz sind zentrale Punkte. Das ZfP Südwürttemberg bietet eine Vielfalt an Aus-, Fort- und Weiterbildungen an. Der Führungsstil basiert auf gegenseitiger Achtung und sachlicher Diskussion. Die so-

ziale Sicherheit der Beschäftigten sind ebenso ein zentraler Bestandteil wie die Chancengleichheit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein weiterer Core Value stellt die gesellschaftliche Verantwortung dar, sodass alle Ressourcen effizient eingesetzt werden. Das ZfP ist ein gemeinnütziges Unternehmen. Überschüsse werden zur Verbesserung der Versorgungssituation eingesetzt. Für psychisch Erkrankte wird darauf geachtet, dass sie am gesellschaftlichen Leben gleichrangig und gleichwertig teilnehmen können. Zuletzt ist das rationale Management der Organisation ein wichtiger Unternehmenswert. So arbeitet das ZfP Südwürttemberg nach ökonomischen Prinzipien, wozu das betriebswirtschaftliche Instrumentarium zur Planung und Steuerung des Unternehmens zählt, ebenso wie das Qualitätsmanagement (Zentrum für Südwürttemberg, 2014c).

1.3.4 Versorgungsgebiet/ Einrichtungen/ Angebote

Das Versorgungsgebiet des ZfP Südwürttemberg umfasst im Kernbereich sechs Landkreise:

1. Bodenseekreis
2. LK Ravensburg
3. LK Biberach
4. LK Alb-Donau
5. LK Reutlingen
6. Stadtkreis Ulm
7. LK Esslingen gemeinsam mit den Kreiskliniken

Patienten aus diesen Landkreisen haben im Falle einer Erkrankung das Recht auf eine Behandlung im ZfP Südwürttemberg. Dies ist eine Versorgungsverpflichtung, welcher das ZfP nachkommen muss. Auch bei richterlicher Unterbringung werden die Patienten in den Einrichtungen des ZfP untergebracht. Nur für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es abweichende Zuständigkeiten, dies gilt auch für den Maßregelvollzug. Weitere Angebote stehen für die beiden psychosomatischen Fachkliniken in Stuttgart und Aulendorf zur Verfügung. (Zentrum für Südwürttemberg, 2014c).

1.3.5 Betten und Plätze

Insgesamt hält das ZfP Südwürttemberg mit seinen Tochtergesellschaften 2943 Betten für die Versorgung der Patienten und Patientinnen bereit. Dabei sind 1183 Betten dem

Bereich des Akutkrankenhauses zuzurechnen. Im Vergleich zum Jahr 1996 kam es zu einer deutlichen Steigerung der Bettenzahl, was auf die Einbindung der Schussental-Klinik Aulendorf und der Sonnenberg Klinik Stuttgart zuzurechnen ist. Außerdem kam es zu einer Steigerung des ambulant betreuten Wohnens. Eine Abnahme der Bettenzahl lässt sich in den Standorten Zwiefalten, Bad Schussenried und Weissenau verzeichnen. Dies lässt sich durch eine Verlagerung von Betten in die Satellitenstationen Wangen, Friedrichshafen und Ehingen sowie der Beteiligung durch die PP.rt () erklären (Zentrum für Südwürttemberg, 2014c).

1.3.6 Patientinnen und Patienten

In der stationären Behandlung lässt sich seit dem Jahr 2000 eine starke Zunahme der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten (F1) feststellen, deshalb stiegen die Behandlungsfälle im Jahr 2000 von 2812 auf 4774 im Jahr 2014 an. Eine ebenso deutliche Zunahme lässt sich bei den ambulanten Behandlungsfällen in den Psychiatrischen Institutionsambulanzen von 582 im Jahr 2000 auf 4006 im Jahr 2012 beobachten und im Jahr 2014 sogar 5066 Fälle.

Für die F3-Diagnose lässt sich eine deutliche Zunahme an stationären Behandlungsfällen feststellen: Von 1164 Behandlungsfällen im Jahr 2000 stieg die Fallzahl auf 3117 im Jahr 2012 und auf 4262 im Jahr 2014 an. Im ambulanten Bereich waren es 655 Patienten und Patientinnen mit einer F3-Diagnose im Jahr 2000, 7139 Fälle im Jahr 2012 und 10604 Behandlungsfälle im Jahr 2014 (Zentrum für Südwürttemberg, 2014c).

1.3.7 Strategisches Programm für die Jahre 2014 bis 2016

Für die strategische Zielplanung des ZfP Südwürttemberg stehen vier Dimensionen im Vordergrund. Erstens: Die Nutzerperspektive. Ein zentrales Element ist, wie die bestehenden Strukturen für die Patienten und Patientinnen nutzbar gemacht werden können und zwar auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt. Die Qualität der Behandlung und Betreuung ist wichtig. Die Behandlung soll dem Bedarf nach einer übergreifenden Behandlungs- und Betreuungsperspektive gerecht werden. Die Bereiche der PIA, der Tagesklinik und die vollstationäre Einheit sollen so verbunden werden, dass eine Kommunikation der Vor- und Nachbehandelten gewährleistet wird. Dies beinhaltet die Auflösung einer strikten Trennung dieser Sektoren. Die Tagesklinik-Ambulanzzentren werden die ersten Anlaufstellen für die psychisch Erkrankten sein und leisten damit die Funktion einer Informations- und Clearingstelle. Die ambulante, teilstationäre und vollstationäre Behandlung soll vor Ort vorbereitet und durchgeführt werden. Diese Tagesklinik-Ambulanzzentren sind in Biberach, Ravensburg-Weissenau und Reutlingen geplant. Di-

rektaufnahmen in den stationären Bereich erfolgen nur in akuten Krisensituationen. Arbeit, Wohnen, Rehabilitation und Pflegeleistungen werden in eine übergreifende Systemlösung einbezogen. Eine längerfristige und auf die Person zugeschnittene Behandlung soll möglich werden. Gemeinsam mit dem Patienten wird nach dem Prinzip des „shared decision making" eine gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglicht und einzelne Therapiebausteine für die individuelle Behandlung zusammengestellt. Erholung und Stärkung sind wichtige Grundsätze. Die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Behandlungsteams wird deutlich. Dies soll durch die Nutzung der berufsspezifischen Kompetenzen der Mitarbeiter erreicht werden. Zur Zielerreichung ist eine übergreifende Therapiezielplanung wichtig. Es werden die Teilziele betrachtet, aber auch die längerfristigen Ziele im Lebenskontext. Um dies umsetzen zu können, wird eine zielorientierte Visite mit Dokumentation der Ziele und Auswahl der Maßnahmen anhand dieser Struktur vorgenommen. Ein wichtiges Kriterium zur Zielerreichung ist die Therapeuten-Patienten-Beziehung. Der Umgang muss vertrauensvoll sein, wobei die kommunikativen Fertigkeiten der Therapeuten geschult sein müssen. Der wichtige Ergebnismarker wird anhand der Patientenzufriedenheit gemessen.

Zweitens: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie interne Prozesse. Nur gut ausgebildetes und zufriedenes Personal kann eine qualitativ hochwertige Behandlung sichern. Für diese Zufriedenheit spielen flexible, familienfreundliche Arbeitszeitmodelle sowie die Möglichkeit zur individuellen Teilzeit eine große Rolle. Die Akzeptanz von Heimarbeit und die Flexibilisierung der Arbeitszeit durch ein Budget der Lebensarbeitszeit tragen zur Weiterentwicklung des zufriedenen Arbeitens bei. Die partizipative Entscheidungsfindung ist nicht nur im Umgang mit den Patienten, sondern auch mit den Mitarbeitern ein wichtiger Punkt. Die Mitarbeiter werden bei ihrer Arbeit begleitet, um Erschöpfungssymptome vorzubeugen. Im gesamten beruflichen Handeln sind die Prinzipien von Delegation und Substitution wichtig. Anhand der jeweiligen Kompetenzen werden die Aufgaben in den Behandlungsteams neu verteilt (sog. Projekt NAuRiB, neue Aufgaben und Rollen im Behandlungsteam). Ein Personalinformationssystem wurde eingeführt und soll zur systematischen Weiterentwicklung der Potentiale der Mitarbeiter genutzt werden. Die Führungskräfteentwicklung wird systematisch auf Grundlage der Chancengleichheit gestaltet. Der bereits eingeführte Qualitätszirkel Work-Life-Balance wird weitergeführt, welcher die steigenden Anforderungen betrachtet und Konzepte zum Umgang mit Stress erstellt. Psychische Belastungsfaktoren werden durch Mitarbeiterbefragungen identifiziert. Weitere Maßnahmen dienen zur Reduzierung dieser Belastungen. Durch die Einführung von Gesundheitskursen und Betriebssportangeboten soll die Gesunderhaltung der Mitarbeiter aktiv gestaltet werden. Hierfür muss auch die Wahrnehmung des Unternehmens gestärkt werden, wofür eine umfassende Berichterstattung und die Präsentation

der Ausbildungsmöglichkeiten publik gemacht werden müssen.

Drittens: Ethik und gesellschaftlicher Auftrag. Auch wenn es deutliche Verbesserungen der Endstigmatisierung psychisch erkrankter Patienten gibt, ist die vollständige Inklusion chronisch kranker noch nicht verwirklicht. Um ein Neben- und Miteinander von psychisch Kranken und Gesunden erreichen zu können, muss die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gefördert werden. Es gibt Bemühungen auf Landes- und Bundesebene. Die Mitarbeiter werden ermutigt, relevante Gremien und Organisationen wie den Suchthilfenetzwerken oder den Gemeindepsychiatrische Verbund zu vertreten. Dies wird über Qlik-View erfasst und allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt. Das ZfP Südwürttemberg ergreift aktiv Maßnahmen, um das Bild über die Psychiatrie in der Öffentlichkeit zu korrigieren. Veranstaltungen, wie der Tag der offenen Tür oder auch Kultur- und Fachveranstaltungen, helfen dabei. Dies ist nicht nur für die Patienten, sonder auch für das Bild eines attraktiven Arbeitgebers wichtig, um qualifiziertes Personal gewinnen zu können.

Viertens: Geschäftsergebnisse. Die Nachfrage im ambulanten und teilstationären Versorgungsbereich wird zukünftig weiter ansteigen, v. a. für Depressionen, Belastungsreaktionen, Suchterkrankungen und Demenzerkrankungen. Die stationäre Nachfrage wird davon abhängig sein, inwieweit die ambulante und teilstationäre Behandlung möglich sein wird. Die Finanzierungsmöglichkeiten für alternative Behandlungskonzepte wie das Hometreatment spielen eine wichtige Rolle. Für Patienten mit beispielsweise multiplem Substanzmissbrauch wird das stationäre Angebot weiter ausgebaut werden müssen. Es ist deutlich, dass durch die erhöhte Inanspruchnahme auch eine Strukturveränderung notwendig ist. Die steigenden Fallzahlen im ambulanten Bereich zeigen deutlich eine Notwendigkeit für qualifizierte Ärzte in diesem Sektor. Bislang war dies der limitierende Faktor. Es gibt Finanzierungsregularien, die die vollständige Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär nicht möglich machen. Weiterhin strebt das ZfP Südwürttemberg ein Modellprojekt nach § 64 (5) SGB V an.

Ein weiterer Bereich der Versorgung ist das Wohnen. Ein Beispiel für das intensiv betreute Wohnen ist die TWB (Therapeutische Wohngruppe) in Ravensburg. Solche Einrichtungen werden immer mehr benötigt, vor allem im Landkreis Alb-Donau und der Stadt Ulm.

1.3.8 Umsetzung der strategischen Planung im Geschäftsfeld-4: Depression und Psychosomatik

Zwischen dem Bodensee und Stuttgart gibt es sechs Standorte. Alle Standorte bieten unterschiedliche Konzepte an. Ein wichtiger Standort ist die Sonnenberg Klinik (nicht in der Auswertung eingeschlossen), die insgesamt 100 psychosomatische Betten für eine

regionale und überregionale Behandlung bietet. Sie ist zudem hoch spezialisiert für z. B. Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Der zweite große Standort Aulendorf zusammen mit der Schussental-Klinik bietet ein überregionales Behandlungsangebot. Es ist ein psychosomatisches Krankenhaus und eine psychosomatische Rehaklinik inbegriffen.

Die weiteren vier Standorte sind meist räumlich an einer somatischen Klinik angeschlossen. Eine gemeindenahe Behandlung ist i. d. R. möglich. Durch die Verteilung der Standorte ist zum Einen eine wohnortferne Behandlung mit Spezialangeboten möglich, aber zum Anderen auch eine Regionalversorgung mit guter Verkehrsanbindung zum Wohnort des Patienten. Die Notwendigkeit von ambulanten Angeboten wird abermals deutlich. Übergreifende Behandlungsperspektiven sind denkbar, die die Behandlung vom individuellen Bedarf des Patienten abhängig machen. Daher wäre es für die Zukunft wünschenswert, spezialisierte Angebote um niederschwellige Angebote zu ergänzen. Um dies zu realisieren, sind Kooperationen mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten wichtig. Es wird z. B. das Netz mit zusammenarbeitenden Einrichtungen aufgebaut, die sog. „Modellregion Oberschwaben“. Es werden niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Hausärzte, aber auch stationäre psychosomatische Einrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen und psychosoziale Beratungsstellen durch gemeinsame Fortbildungen und eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingebunden. Folgende Projekte werden im Geschäftsfeld Depression und Psychosomatik umgesetzt:

Nutzerperspektive:

- Sport- und Bewegungstherapie: „BWT bei Depression“ ist ein Projekt, das eine überregionale Arbeitsgruppe mit Bewegungstherapeuten und Ärzten enthält. In halbjährlichen Treffen sollen Instrumente zur Diagnostik ausgearbeitet werden, ebenso wie Handreichungen die fachliche Weiterentwicklung.

- Elektrokrampftherapie: In der Region Neckar-Alb wurde dieses Verfahren zur Behandlung therapieresistent depressiver Erkrankter eingeführt.

- „Gruppentherapie für ambulanten Patienten“ ist ein ambulantes Gruppenpsychotherapieangebot. Dieses enthält eine Traumagruppe für Frauen, Training sozialer Kompetenz, allgemeine Psychoedukation und Achtsamkeit.

Mitarbeiterperspektive:

- Qualifizierung ärztlichen Personals durch Weiterbildungsprogramme. Vor allem für die Facharztweiterbildung im Bereich der Psychosomatik konnte ein Basiscurriculum „Psychotherapie“ geplant und implementiert werden. Supervisionsgruppen sind

in der Weiterbildung etabliert. Es gibt die Zusatzqualifikation „Psychosomatische Grundversorgung“, die durch eine zentrale Weiterbildungseinheit in Aulendorf und dezentral in Reutlingen und Ravensburg erworben werden kann.

- Fortbildungsmöglichkeiten für den Pflegedienst werden weiter ausgebaut.

Gesellschaftlicher Auftrag:

- Momentan wird der Bundesrahmenvertrag ausgehandelt. Erst wenn rechtliche Klarheit besteht, wird an jedem Standort eine psychosomatische Institutsambulanz in einem Zeitrahmen von etwa drei Jahren aufgebaut (Zentrum für Südwürttemberg, 2014c).

1.4 Beschreibung der Versorgungsgebiete mit ihren Besonderheiten

Das Zentrum für Südwürttemberg ist für die Versorgung von rund 1,8 Millionen Einwohnern zuständig. Das Versorgungsgebiet besteht aus den Regionen Alb-Neckar, Donau-Riss und Ravensburg-Bodensee. Die in dieser Dissertation beschriebenen Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten bilden mit den Satelliten in Reutlingen, Ehingen, Biberach, Wangen, Friedrichshafen und Ulm ein gut ausgebautes Netz der Versorgung.

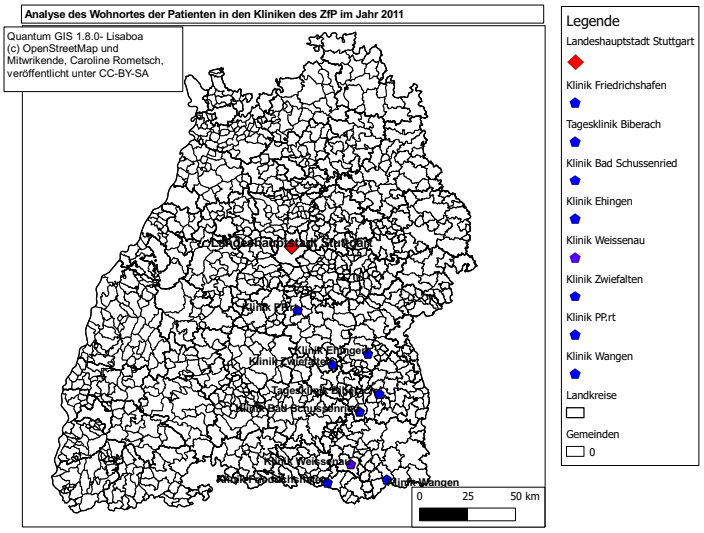


Abbildung 1.1: Überblick der untersuchten Kliniken des Zentrum für Südwürttembergs

Die Klinikstandorte des ZfP Südwürttemberg zeichnen sich durch unterschiedliche Therapiekonzepte aus. Nachfolgend werden die Behandlungsschwerpunkte der einzelnen

Versorgungsgebiete dargestellt. Es wird auf das Patientenkollektiv, die Zuständigkeit der Klinik (regional vs. überregional), die grundsätzliche konzeptuelle Ausrichtung und die einzelnen Therapieangebote eingegangen.

1.4.1 Die Versorgungsregion Alb-Neckar

In dem Versorgungsgebiet Alb-Neckar liegen die Landkreise Reutlingen und Esslingen. Insgesamt gibt es 448 Krankenhausbetten und 48 Tagesklinikplätze, zudem noch 57 Betreuungsplätze in Fachpflegeheimen, 22 Plätze der Eingliederungshilfe, 16 Plätze im Ambulant Betreuten Wohnen und weitere 40 Arbeitsplätze in Werkstätten für behinderte Menschen. Spezielle Angebote des Versorgungsgebiets sind eine Station für depressive Ältere und die Soteria für junge Menschen mit Psychosen Zentrum für Südwürttemberg (2012).

In Reutlingen werden in der PP.rt auf STATION 1 bis zu 20 Patienten mit der Diagnose F3 nach den ICD-10 behandelt, die zwischen 18 bis 65 Jahre alt sind. Patienten, die über 65 Jahre alt sind, werden auf der geriatrischen Station behandelt. Das Einzugsgebiet umfasst hauptsächlich die Stadt Reutlingen, dennoch sind auch überregionale Aufnahmen möglich (Zentrum für Südwürttemberg, 2014g). Die Anschlussbehandlung findet in der Tagesklinik oder der PIA statt. Ebenso können sich die Patienten in eine Behandlung bei einem ambulanten Psychologen bzw. Psychiater begeben.

Die Klinik Zwiefalten übernimmt die Grundversorgung depressiv Erkrankter. Die Klinik Zwiefalten zeichnet sich weiterhin durch eine Spezialstation zur Behandlung depressiv erkrankter Patienten aus. Die STATION 3052 stellt mit dem idyllischen Standort am Bühlhof in Zwiefalten eine Besonderheit dar. Diese Station ist hauptsächlich ausgerichtet für 16 depressiv Erkrankte ab dem 60. Lebensjahr (Zentrum für Südwürttemberg, 2014c), wobei das Behandlungskonzept auf eben diese Altersgruppe ausgelegt ist und auf die Erfordernisse älterer Menschen gezielt eingeht. Schwerpunkte der Behandlung sind die Themen des Partnerverlustes, gesundheitlicher Abbau und die Zeit des Rollenwechsels. Auch die restliche Lebenszeitperspektive wird in den Therapien besprochen. Das Einzugsgebiet umfasst die Region Neckar-Alb, aber auch Patienten aus Reutlingen und Stuttgart werden bei offenen Therapieplätzen aufgenommen. Die medikamentöse Behandlung findet leitliniengerecht statt mit einem besonderen Augenmerk auf Interaktionen mit anderen Wirkstoffen, die aufgrund der Multimorbidität der Patienten einen besonderen Stellenwert hat. Auch die Klinik Zwiefalten bietet die Möglichkeit einer ambulanten Nachbetreuung in der psychiatrischen Institutionsambulanz in Zwiefalten und in Reutlingen oder durch die regionalen Fach- und Hausärzte.

1.4.2 Die Versorgungsregion Donau-Riss

Das Versorgungsgebiet Donau-Riss umfasst den Landkreis Biberach, den Alb-Donau-Kreis und die Stadt Ulm. Insgesamt stehen den Standorten Bad Schussenried, Ehingen, Ulm, Biberach und Aulendorf 309 Behandlungsplätze zur Verfügung. In diesen Standorten werden ältere und suchtkranke Menschen und Patienten mit allgemein psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen behandelt. Weitere 72 Plätze stehen der Eingliederungshilfe und 88 Plätze dem Ambulant Betreuten Wohnung zur Verfügung (Zentrum für Südwürttemberg, 2012).

Da die Alterspsychiatrie aufgrund der demografischen Entwicklung immer wichtiger wird, gibt es zusätzlich zu den allgemeinen Stationen auch in der Klinik Bad Schussenried spezielle Angebote für ältere Patienten und Patienten mit einer Demenzerkrankung. Ebenfalls gibt es in Bad Schussenried Betreuungsgruppen und wöchentliche Angebote, damit pflegende Angehörige entlastet werden. Der Patient soll „gefördert werden durch fordern“, d. h. eine individuelle und maßvolle Aktivierung wird gefördert, ohne den Patienten zu überfordern (Zentrum für Südwürttemberg, 2014a).

In der Tagesklinik Biberach werden depressiv Erkrankte in teilstationärer Behandlung betreut. Patienten aus den Landkreisen Biberach, Alb-Donau-Kreis und der Stadt Ulm werden behandelt, mit dem Ziel, ein möglichst wohnortnahes Angebot zu ermöglichen (Zentrum für Südwürttemberg, 2014a). Insgesamt stehen 20 Behandlungsplätze zur Verfügung. Neben der Depression werden Patienten mit Psychosen, Neurosen sowie Überforderungs- und Erschöpfungszuständen behandelt (Zentrum für Südwürttemberg, 2014c,d).

1.4.3 Die Versorgungsregion Ravensburg-Bodensee

Die Landkreise Ravensburg und der Bodenseekreis fallen in das Versorgungsgebiet Ravensburg-Bodensee, wobei 424 Krankenhausbetten, 30 Tagesklinikbetten und Ambulanzen in Weissenau, Ravensburg, Wangen, Friedrichshafen und Überlingen zur Verfügung stehen. Das Gebiet stellt weitere 67 Plätze in Fachpflegeheimen und 55 Wohnheimplätze, 50 Plätze im Ambulant Betreuten Wohnen und 435 Arbeitsplätze in Werkstätten für behinderte Menschen zur Verfügung Zentrum für Südwürttemberg (2012).

Die Klinik Weissenau war mit ihrer Station für Depressionsbehandlung bei ihrer Eröffnung in den 70er Jahren die erste ihrer Art in Deutschland und weist eine langjährige Erfahrung bei der Behandlung depressiver Patienten auf (Zentrum für Südwürttemberg, 2014e,f). Am Standort in Weissenau werden Patienten aus dem Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis behandelt. Hierbei handelt es sich um ein Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm. Entsprechend wird die Aufgabe der Forschung und Lehre

wahrgenommen (Zentrum für Südwürttemberg, 2014e,f). Die STATION 2053 der Gemeindepsychiatrie Weissenau ist eine allgemeinpsychiatrische, gemischtgeschlechtliche Aufnahmestation. Einzugsgebiet ist der Kreis Ravensburg-West. Die Patienten haben neben der stationären Behandlung die Möglichkeit, sich auf STATION 2021 in der Tagesklinik Weissenau behandeln zu lassen (Zentrum für Südwürttemberg, 2014b).

Die Klinik in Wangen bietet mit ihrer allgemeinpsychiatrischen STATION 2052 mit 23 Betten und der Tagesklinik Wangen ein großes Therapieangebot (Zentrum für Südwürttemberg, 2014g). In der Tagesklinik Wangen werden vor allem Patienten des östlichen Landkreises von Ravensburg behandelt (Zentrum für Südwürttemberg, 2014g).

Die Klinik Ehingen ist eine weitere Möglichkeit, um depressiv Erkrankte möglichst wohnortnah zu behandeln und zu betreuen. Im Allgemeinkrankenhaus Ehingen ist eine allgemeinpsychiatrische Station (STATION 1014) untergebracht. Zudem gibt es in Ehingen eine Tagesklinik (STATION 1015) sowie eine Psychiatrische Institutionsambulanz (Zentrum für Südwürttemberg, 2014j,k). Die Klinik in Ehingen ist für den Alb-Donau-Kreis mit einem Einzugsgebiet von rund 80 000 Einwohnern zuständig (Zentrum für Südwürttemberg, 2014j,k).

Die Klinik Friedrichshafen, die am Bodensee gelegen ist, besteht aus zwei offen geführten Stationen (STATION 2091 und STATION 2092) mit jeweils 22 Betten, in denen Patienten ab dem 18. Lebensjahr behandelt werden (Zentrum für Südwürttemberg, 2014h,i). Beide Stationen sind größtenteils identisch, wobei eine der Stationen eine intensiv psychiatrische-pflegerische Betreuung anbietet. Insgesamt können zwei Patienten in der sog. Care-Einheit betreut werden (Zentrum für Südwürttemberg, 2014i).

2 Material und Methoden

2.1 Fragestellung der Dissertation

Diese Dissertation soll folgende Fragestellungen beantworten:

1. Woher stammen die Patienten, die im ZfP Südwürttemberg behandelt werden? Hierbei wird die erste Hypothese aufgestellt, die besagt, dass die Patienten i. d. R. aus den an der Klinik angrenzenden Gemeinden stammen.

2. Aus welchem Umkreis stammen die Patienten? Es wird die zweite Hypothese überprüft, die besagt, dass rund 80 Prozent der Patienten, die sich in eine stationären Behandlung begeben, aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km stammen.

3. In welche Klinik begeben sich Patienten, die teilstationär behandelt werden? Hierbei wird die dritte Hypothese aufgestellt, die besagt, dass mindesten 50 Prozent der Patienten, die sich in teilstationärer Behandlung befinden, aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 30 km stammen.

2.1.1 Methoden

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde ein gruppenstatistischer, anonymisierter Datensatz aus dem Jahr 2011 untersucht. Es handelt sich hierbei um eine Auswertung des Regeldatensatzes, welcher auch den Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird. Diese Daten stammen aus dem Datensatz des ZfP und wurden mithilfe des betriebsinternen Systems „QlikView © " (Qlik Tech International AB ©, 2012) ausgewertet. Bei der Auswertung wurden die Patientendaten aus dem Jahr 2011 nach der F3-Diagnose und nach Herkunft des Patienten gefiltert. Diese Daten wurden als „Excel-Datei“ (Microsoft Corporation ©, 2007) exportiert und anschließend auf die Gemeinden übertragen. Es wurden nur die Daten der Gemeinden innerhalb von Baden-Württemberg dargestellt. Patienten, die aus Gemeinden außerhalb von Baden-Württemberg stammen, sind separat im Anhang aufgeführt. Das Kartenmaterial basiert auf den open-source-Daten von OpenStreetMap-Mitwirkende © (OpenStreetMap-Mitwirkende ©, 2013). Hierfür

wurden die Gemeinden und Landkreisgrenzen einbezogen. Die Auswertung wurde folgendermaßen vorgenommen:

Zuerst wurde die Karte von OSM heruntergeladen mit der URL: http://www.overpass-api.de/query_form.html. Der amtliche Gemeindeschlüssel wurde zuerst auf 08 gesetzt, jedoch auch die Gemeinden, die gleichzeitig Landkreise darstellen und unter dem Schlüssel 06 kodiert sind, wurden eingeschlossen. Die Schlüsselkodierung lässt sich hierunter nachvollziehen:

http://www.orte-in-deutschland.de/amtlicher-gemeindeschluessel-ags.html

Folgende Befehle erscheinen:

```
<osm-script timeout="6000">
<union>
<query type="relation">
<has-kv k="de:amtlicher_gemeindeschluessel" regv="^08" />
<has-kv k="boundary" v="administrative" />
</query>
<recurse type="relation-way"/>
<recurse type="way-node"/>
</union> <print mode="meta" />
</osm-script>
```

Die Datei wird als BW.osm abgepeichert und muss anschließend in eine Shape-Datei (.shp) umgewandelt werden, da das geografische Informationssystem „QGIS“, (Quantum GIS ©, 2013) nur schlecht mit OSM-Dateien umgehen kann. Es wurde das Programm Osmium verwendet, welches nur unter dem Betriebssystem Linux lauffähig ist. Alternativ kann es jedoch in einer virtuellen Linuxumgebung (Debian 6) umgewandelt werden. Folgender Befehl erscheint hierbei:

Based on Osmium Javascript Example // run with:

osmjs -2 -m -l sparsetable -i osm2shape.js -j THISFILE OSMFILE

—- shapefiles —-

shapefile('boundaries'). type(POLYGON). column('id', INTEGER, 10). column('level', INTEGER, 2). column('name', STRING, 32).

column('ags', STRING, 32);

—- rules —-

area('boundary', 'administrative'). output('boundaries'). attr('level', 'admin_level').

attr('name'). attr('ags', 'de:amtlicher_gemeindeschluessel');

Die erstellte Shape- Datei erhält drei Felder:

1. ID mit einer Identifikationsnummer
2. Level, das angibt, mit welchen Abstraktionen der Datensatz gemeint ist (Bundesland = 4, Landkreis = 6, Gemeinde = 8)
3. AGS mit dem amtlichen Gemeindeschlüssel

Anschließend wurde die OSM-Datei (BW.osm) in die virtuelle Linuxumgebung kopiert mittels WinSCP. Dann wird das Programm Osmium aufgerufen:

./osmjs-2-m-l sparsetable -i osm2shape.js-j config:v2 BW.osm.

Hiermit wurden fünf neue Dateien mit dem Anfangsnamen „boundaries" und unterschiedlichen Dateiendungen erstellt. Diese müssen von der virtuellen Linux-Umgebung in den QGIS-Projektordner hinzugefügt werden und können dann als Vektorlayer veranschaulicht werden. Der „Gemeinde-Layer" wurde folgendermaßen bearbeitet: unter „Eigenschaften" wurde eine Kategorisierung mit einer Farbabstufung vorgenommen. Je mehr Patienten aus der Gemeinde stammen, desto dunkler erscheint die Gemeinde in einem Rotton. Je weniger Patienten aus der Gemeinde stammen, desto heller ist dieser Farbton gewählt. Dieses Vorgehen wurde für den „Gemeinde-Layer" vorgenommen, der in zwei verschiedenen Ausführungen dargestellt ist. Zum einen werden die Patientendaten als Absolutzahl genannt, zum anderen als relativer Anteil. Hierbei wurde das Verhältnis von Anzahl des Patient der jeweiligen Gemeinde zu der Anzahl der gesamt behandelten Patienten in der jeweiligen Klinik genommen.

Karte 1 ist eine Übersichtsaufnahme und enthält jeweils die Landkreise für Baden-Württemberg und die einzelnen Gemeinden. Die Gemeinden, aus denen die Patienten

stammen, sind als relativer Anteil farbig unterlegt. Zudem ist der Umkreis eingezeichnet. KARTE 2 enthält eine Vergrößerung der Karte 1, auch ist die Übersicht von Baden-Württemberg zur Orientierung rechtsseitig dargestellt. Die Daten des Wohnortes der Patienten sind sowohl als relativer Anteil in Karte 2 als auch als absoluter Anteil in KARTE 3 dargestellt. KARTE 4 ist eine Nahaufnahme der Klinik und der jeweiligen Gemeinden, die die Klinik direkt umgeben. Hierbei sind die Gemeinden, aus denen die Patienten stammen, farblich unterlegt und benannt. Alle Gemeinden, die durch den Umkreis angeschnitten werden, werden zu in dem Umkreis liegend gezählt.

Dies soll im Folgenden für die Klinik PP.rt beispielhaft dargestellt werden, wobei die relevanten Bezeichnungen in den Beispielkarten farblich hervorgehoben sind. Als ERSTER SCHRITT folgt eine Darstellung, in der alle Gemeinden von Baden-Württemberg dargestellt sind (vgl. Abbildung 2.1):

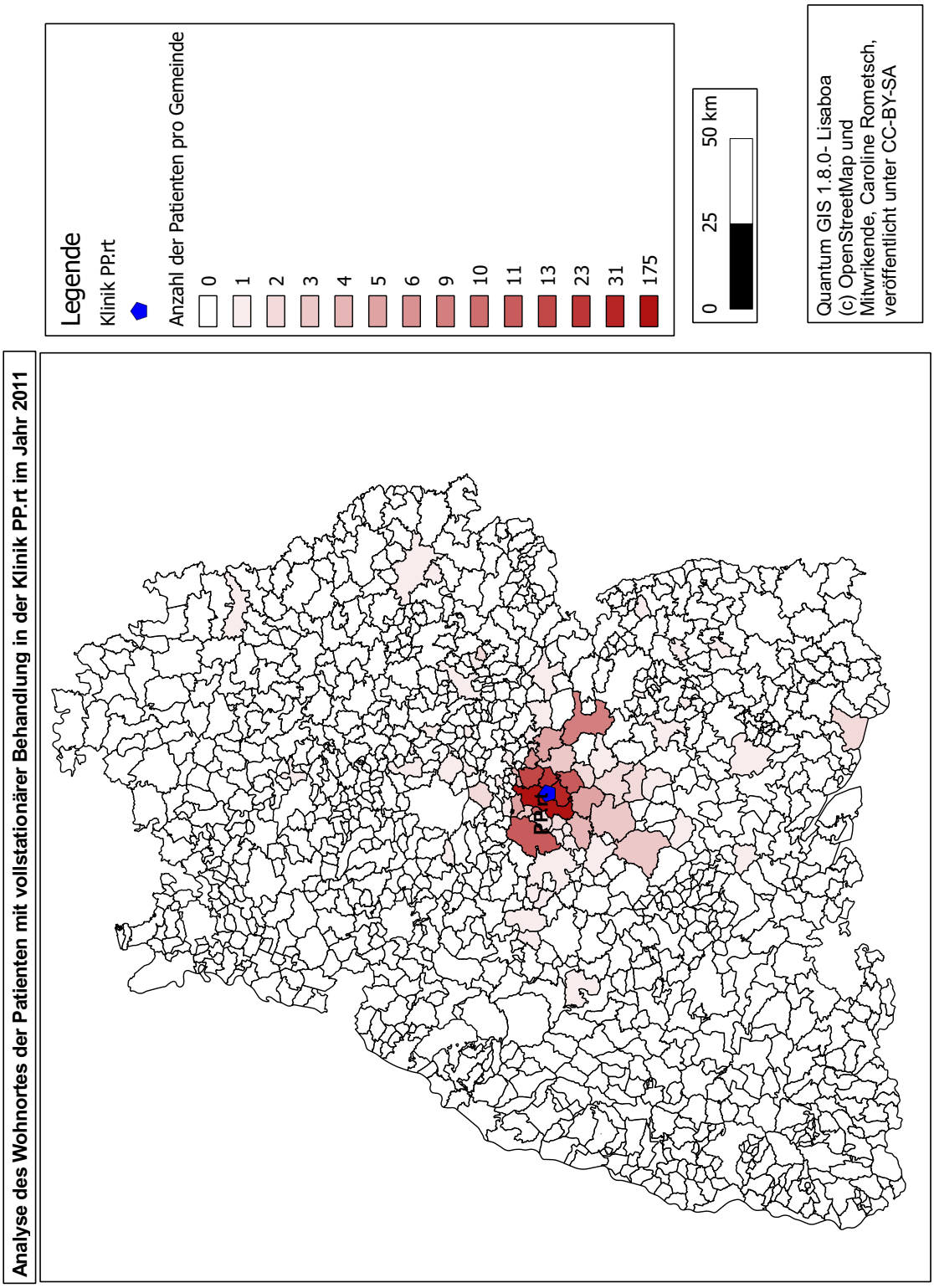


Abbildung 2.1: Übersicht Baden-Württemberg mit Darstellung der einzelnen Gemeinden

Aus der Überschrift geht hervor, um welche Auswertung (teil- oder vollstationäre Behandlung) es sich handelt. In der Legende wird die Anzahl der Patienten pro Gemeinde aufgeführt. Direkt unterhalb der Legende befindet sich der Maßstab in km. In dem nachfolgenden Kartenmaterial wird durch Vergrößerung der einzelnen Gemeinden unterschieden, ob es sich um die relative Anzahl in Prozent oder die Absolutzahl handelt.

Als ZWEITER SCHRITT folgt eine Darstellung mit Vergrößerung der Gemeinde. Es wird zuerst die relative Anzahl in Prozent dargestellt und anschließend die Absolutzahl der behandelten Patienten (siehe Abbildung 2.2):

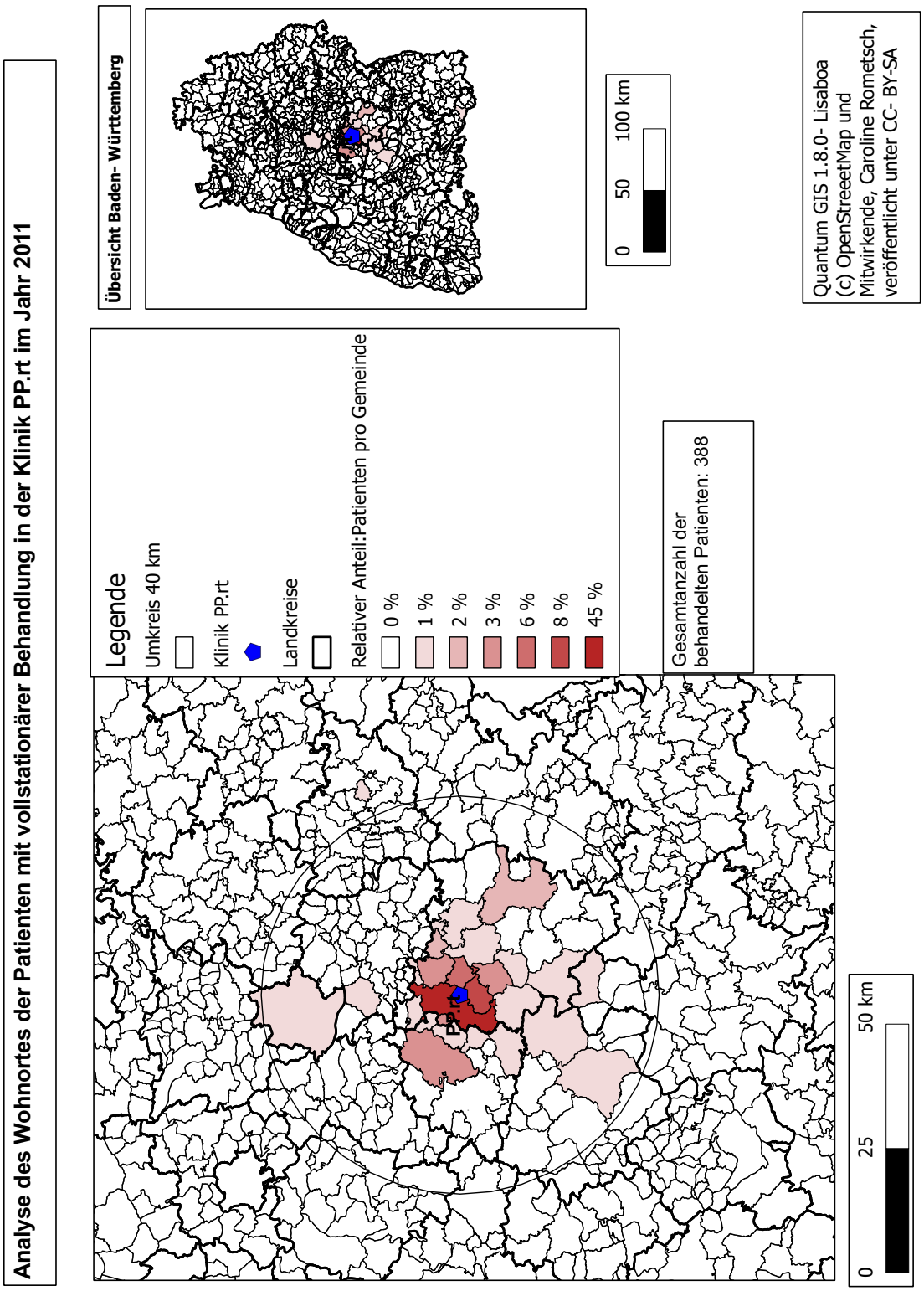


Abbildung 2.2: Vergrößerung der Gemeinden

Das Kartenmaterial enthält zur Orientierung rechtsseitig eine kleine Übersichtsdarstellung von Baden-Württemberg.

Als DRITTER SCHRITT folgt eine Nahaufnahme mit Beschriftung der einzelnen Gemeinden, wie aus Abbildung 2.3 ersichtlich.

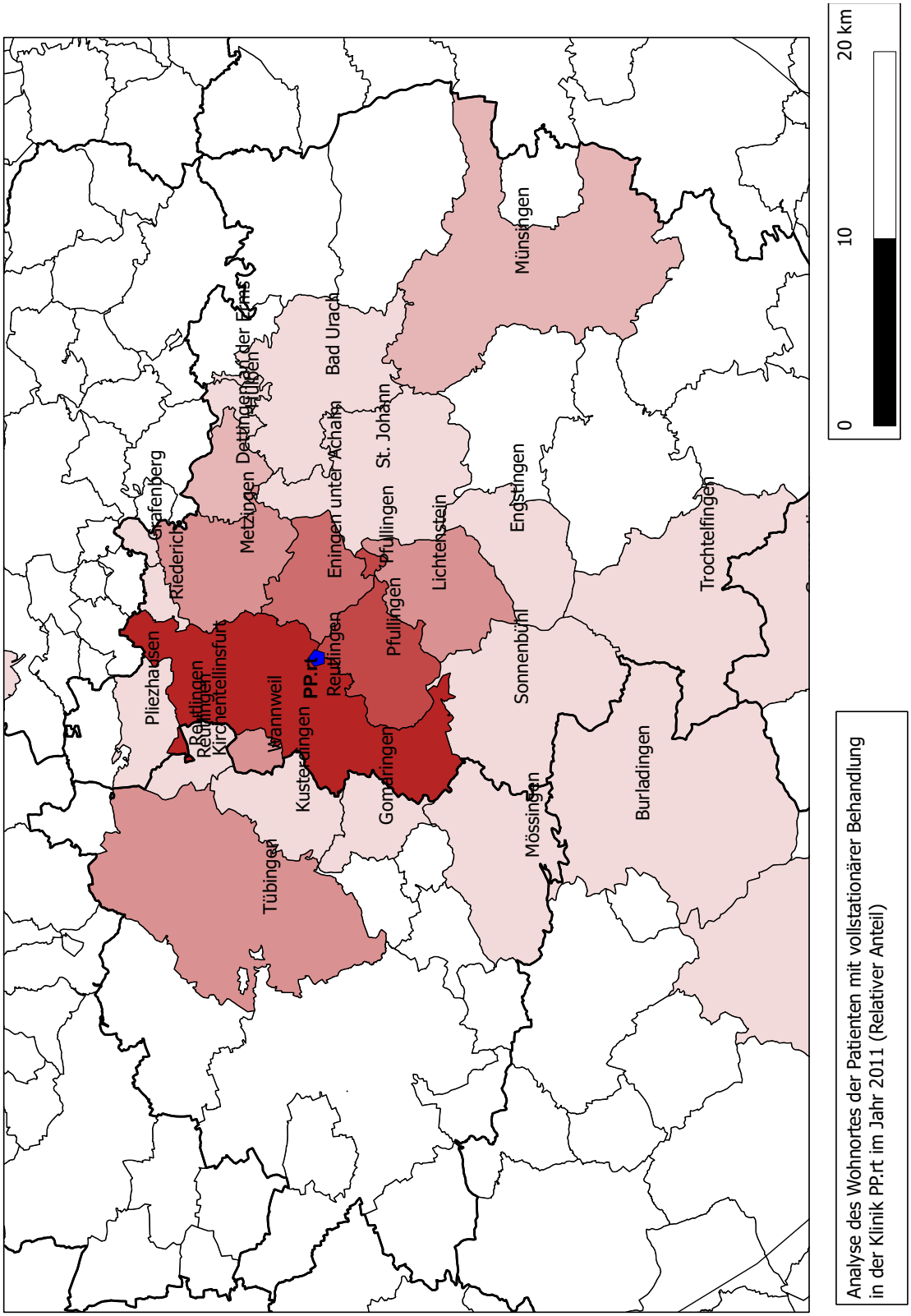


Abbildung 2.3: Nahaufnahme mit Beschriftung der einzelnen Gemeinden

2.1.2 Darstellung der Kliniken

Die Klinik wurde anhand der Koordinaten dargestellt. Es wurde der KBS-Status von QGIS von WGS 84/ UTM zone 32 N auf WGS 84 umgestellt. Anschließend wurden die Koordinaten, die über Googlemaps ermittelt wurden als „Punkt-Layer“ eingezeichnet. Für die jeweiligen Kliniken wurde dasselbe Symbol in der gleichen Ausführung und mit der Beschriftung der Klinik verwendet. Für die Beschriftung der einzelnen Gemeinden wurde derselbe Layer zu QGIS hinzugefügt. Unter „Attributionstabelle öffnen“ wurden die Gemeinden anhand ihrer Patientenanzahl absteigend sortiert. Anschließend wurden alle Gemeinden, die keine Patienten enthielten, aus diesem Layer entfernt. Durch die Auswahl „Beschreibung hinzufügen“ werden die Gemeinden beschriftet, die Patienten registriert haben.

Für die einzelnen Klinik wurden folgende Koordinaten anhand der folgenden Adressen verwendet:

1. Klinik PP.rt: *Wörthstraße 52, 72764 Reutlingen 48.484, 9.220*
2. Klinik Zwiefalten: *Hauptstraße 9, 88529 Zwiefalten 48.232, 9.461*
3. Klinik Bad Schussenried: *Pfarrer-Leube-straße 29, 88427 Bad Schussenried 48.010, 9.656*
4. Tagesklinik Biberach: *Mühlweg 7, 88400 Biberach an der Riß 48.092, 9,792 7*
5. Klinik Weissenau: *Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg 47.764, 9.597 5*
6. Klinik Wangen: *Am Engelberg 29, 88239 Wangen 47.693,9.844*
7. Klinik Ehingen: *Spitalstraße 29, 89548 Ehingen 48.280, 9.718 6*
8. Klinik Friedrichshafen: *Röntgenstraße 8, 88048 Friedrichshafen 47.672, 9.429*
9. Landeshauptstadt Stuttgart: *48.786, 9.180*

Sofern der „Punkt-Layer“ der Klinik dargestellt wurde, wurde dieser mittels „Vektor-Geoverarbeitungswerkzeuge-Puffer“ bearbeitet. Es wurden folgende Einstellungen vorgenommen: Als Eingabevektorlayer wurde die jeweilige Klinik ausgewählt. Zu approximierende Segmente wurden auf 10 gesetzt. Der Pufferabstand betrug für teilstationäre Behandlung 30000, welches 30 km entspricht, und für vollstationäre Behandlung 400000, was analog zur teilstationären Behandlung 40 km entspricht. Anschließend wurde eine neue Ausgabe-Shape-Datei angelegt und diese inform des gewünschten Umkreises dargestellt.

Zur besseren Übersicht und Verständlichkeit wurden die einzelnen Landkreisgrenzen dargestellt. Die Daten für die Landkreisgrenzen wurden wie oben beschrieben über Openstreetmap als OSM-Datei heruntergeladen und in eine Shape-Datei umgewandelt. Diese wurde als Layer hinzugefügt und über die Gemeinden gelegt. Folgende Einstellungen wurden dabei vorgenommen: Über „Eigenschaften-Stil-ändern" wurde der Füllstil auf „Kein Pinsel" festgelegt und eine Randbreite von 0,5 eingestellt. Alle notwendigen Layer wurden dargestellt und die gewünschten Einstellungen vorgenommen. Es wurde die grafische Darstellung unter „Datei-Druckzusammenstellung“ je nach Anforderung zusammengestellt. Pro Klinik wurden vier verschiedene Darstellungen erstellt:

1. Eine Übersichtskarte, die Baden-Württemberg als Orientierungspunkt enthält und die untersuchte Versorgungsstrukur der einzelnen Klinik.
2. Eine Vergrößerung der jeweiligen Klinik,
    a) zum Einen dargestellt mittels der Absolut-Daten,
    b) zum Anderen mittels der Relativ-Daten.
3. Eine Nahaufnahme mittels der Relativ-Daten

Diese Druckzusammenstellung wurde anschließend als PDF-Datei (Adobe Systems Software Ireland Ltd ©, 2011) exportiert.

3 Ergebnisse/Beschreibung der Karten

Für die Auswertung der Fallzahlen aus dem Jahr 2011 werden die Kliniken PP.rt mit voll- und teilstationärer Behandlung, die Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung, die Klinik Bad Schussenried mit vollstationärer Behandlung und die Tagesklinik Biberach mit teilstationärer Behandlung, die Klinik Weissenau mit voll- und teilstationärer Behandlung, ebenso die Klinik Wangen und Ehingen mit voll- und teilstationärer Behandlung und zuletzt die Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung eingeschlossen. Insbesondere soll geklärt werden, woher die Patienten stammen und wo sich der Wohnort befindet. Es soll anhand des Kartenmaterials deutlich werden, aus welchem Umkreis die Mehrzahl der Patienten stammen. Zusammenfassen soll anhand der nachfolgenden Schaubilder oben genannten Fragestellungen beantwortet werden:

1. **Erste Hypothese: Patienten stammen aus den an der Klinik angrenzenden Gemeinden.**
2. **Zweite Hypothese: 80 Prozent der Patienten, die sich in eine stationäre Behandlung begeben, stammen aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km.**
3. **Dritte Hypothese: Mindestens 50 Prozent der Patienten, die sich in teilstationärer Behandlung befinden, stammen aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 30 km.**

3.1 Darstellung der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen-PP.rt

Es folgt die getrennte Darstellung der voll- und teilstationären Behandlung.

3.1.1 Vollstationäre Behandlung

Im Jahr 2011 wurden 388 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik PP.rt behandelt.

In der Übersichtsaufnahme der Klinik (Karte 1) erkennt man, dass die Großzahl der Patienten aus den Gemeinden stammen, die direkt um die Klinik PP.rt angesiedelt sind (vgl. 3.1).

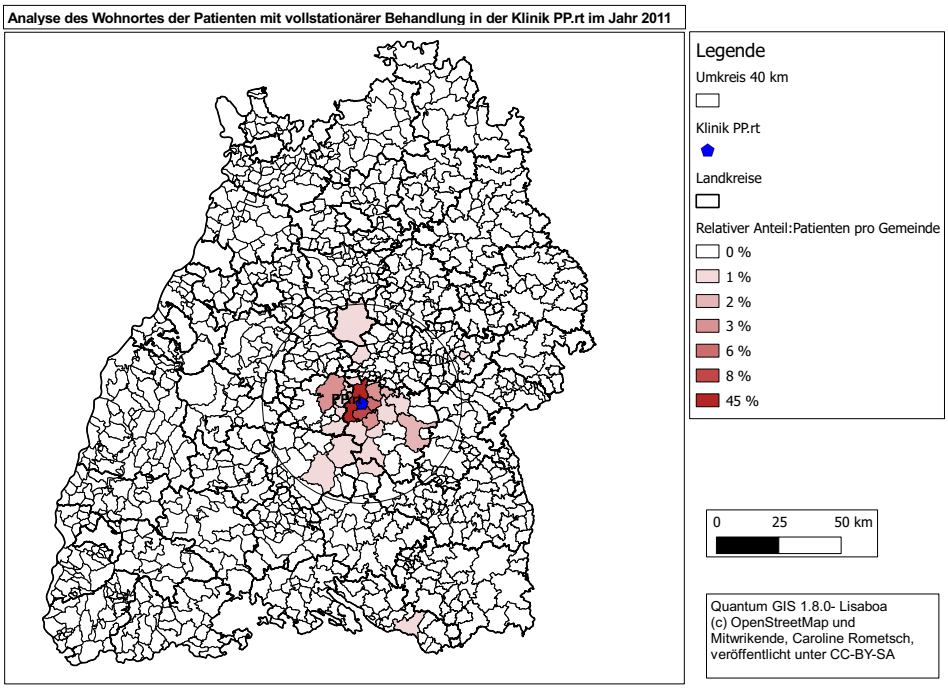


Abbildung 3.1: Karte 1, Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung

Die Gemeinden, aus denen die Mehrzahl der Patienten stammen, sind mit 45 % (Absolutzahl: 175) der Patienten die Gemeinde Reutlingen, weitere 8 % (Absolutzahl: 31) stammen aus Pfullingen und 6 % (Absolutzahl: 23) stammen aus Eningen unter Achalm. Weitere Patienten stammen aus den Gemeinden, die mit 3 % vertreten sind darunter die Gemeinden Metzingen (Absolutzahl: 13), Lichtenstein (Absolutzahl: 11), Wannweil (Absolutzahl: 10), Tübingen (Absolutzahl: 11) (vgl. hierzu auch Karte 2,3,4). Diese Gemeinden enthalten zahlenmäßig die meisten Patienten, die die Behandlung im PP.rt in Anspruch genommen haben. Diese ergeben alleine rund 71 %. In dem Umkreis sind weitere Gemeinden enthalten, aus denen jeweils etwa 2 % der Patienten stammen. Dies wird in den Vergrößerungen (3.2, 3.3, 3.4) deutlich.

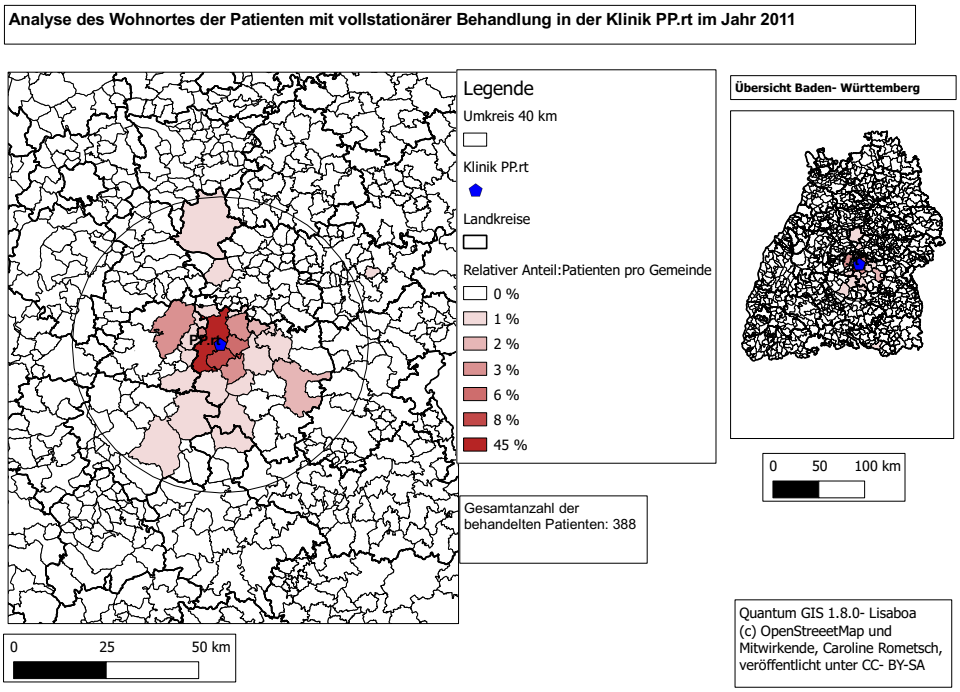


Abbildung 3.2: Karte 2, Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung

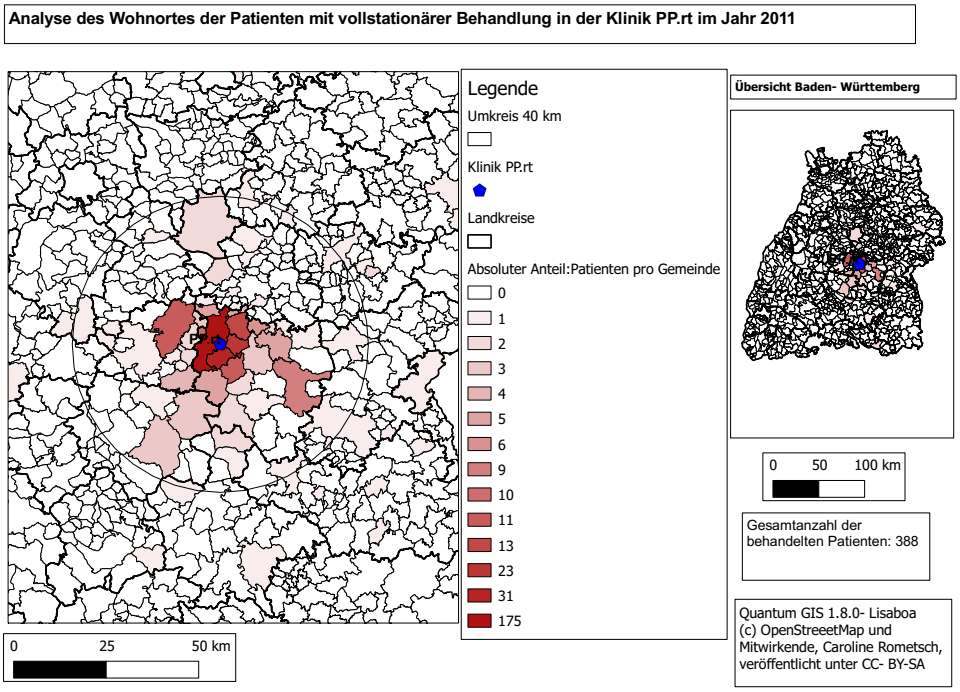


Abbildung 3.3: Karte 3, Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung

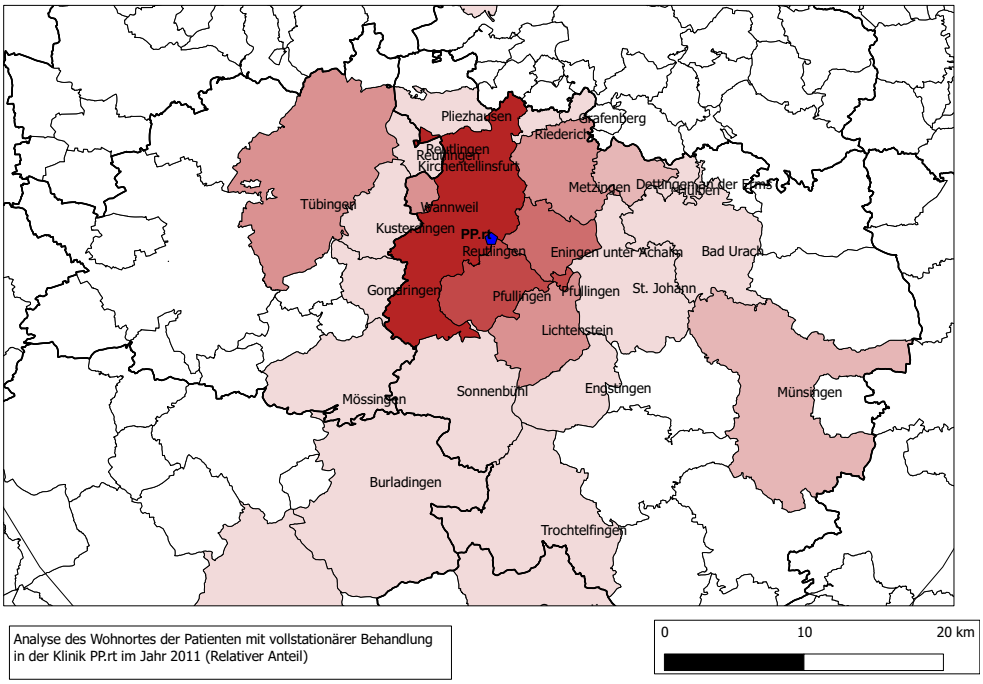


Abbildung 3.4: Karte 4, Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung

FAZIT: Die erste Hypothese kann bestätigt werden. Auch die zweite Hypothese wird bestätigt. Insgesamt wurden 90 % (Absolutzahl: 348) in der Klinik behandelt. Dies bedeutet, dass mehr als 80 % der Patienten, die vollstationär in der Klinik PP.rt behandelt wurden, aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km stammen. Für die vollstationäre Behandlung ist eine wohnortnahe Versorgung der F3-Patienten gewährleistet.

3.1.2 Teilstationäre Behandlung

Im Jahr 2011 wurden 158 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik PP.rt behandelt.

In der Übersichtsaufnahme der Klinik (3.5) wird deutlich, dass die Mehrzahl der Patienten in einem Umkreis von 30 km wohnen.

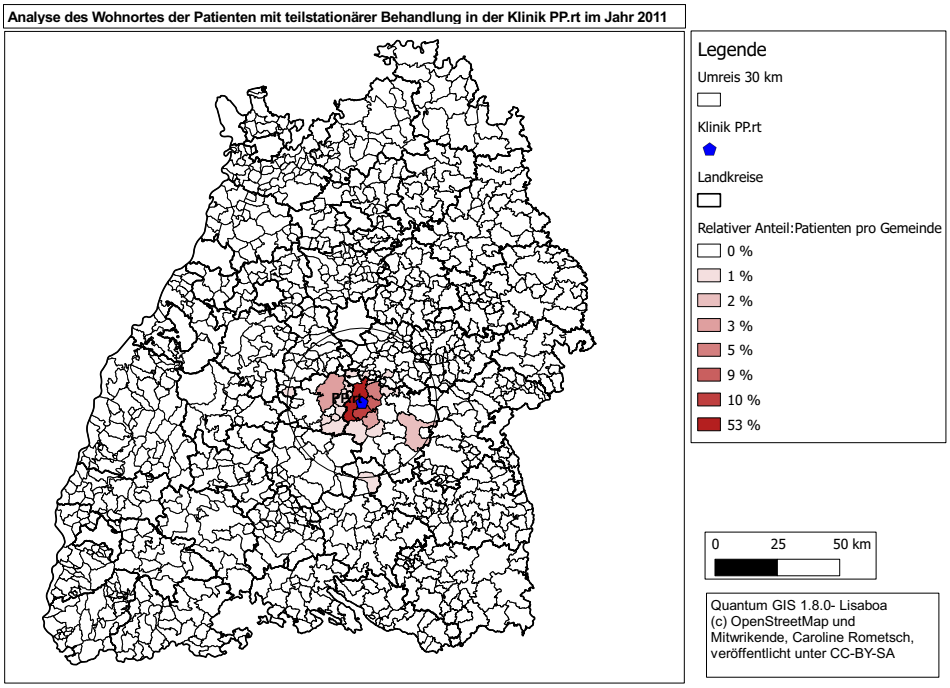


Abbildung 3.5: Karte 1, Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung

Aus den Karten 3.6, 3.7, 3.8 kann man die Gemeinden erkennen, aus denen anteilsmäßig die Mehrzahl der Patienten stammen. Dies sind die Gemeinde Reutlingen mit 53 % (Absolutzahl: 83), Pfullingen mit 10 % (Absolutzahl: 16), 9 % stammen aus Ehingen unter Achalm (Absolutzahl: 15) und aus der Gemeinde Metzingen stammen weitere 5 % der Patienten (Absolutzahl: 8). Mit 3 % sind die Gemeinden Lichtenstein (Absolutzahl: 4) und Tübingen (Absolutzahl: 4) vertreten. Diese Gemeinden umfassen 83 % der Patienten.

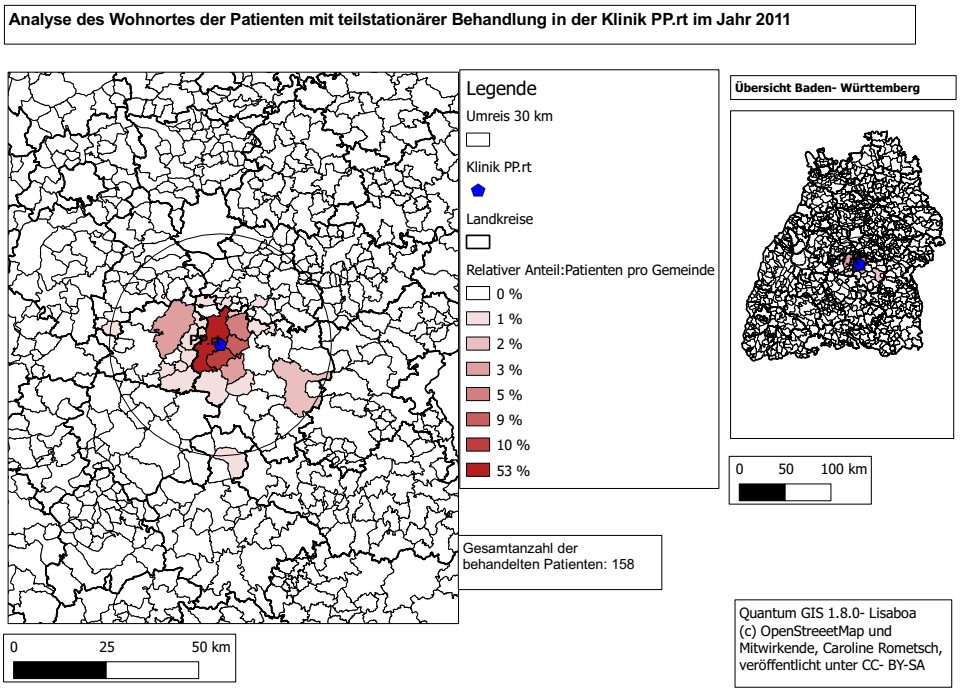


Abbildung 3.6: Karte 2, Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung

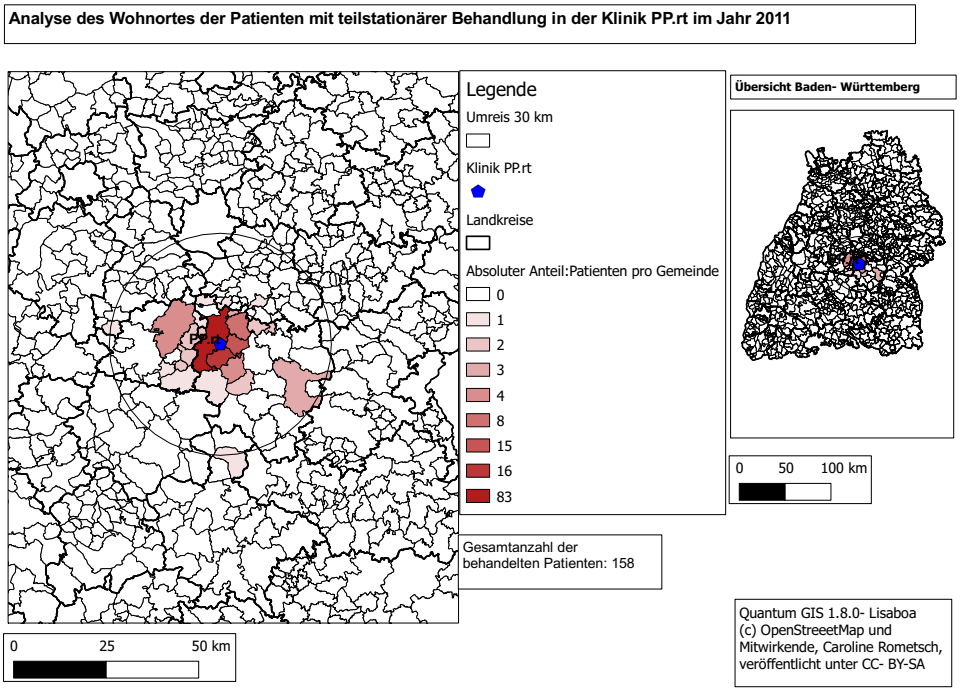


Abbildung 3.7: Karte 3, Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung

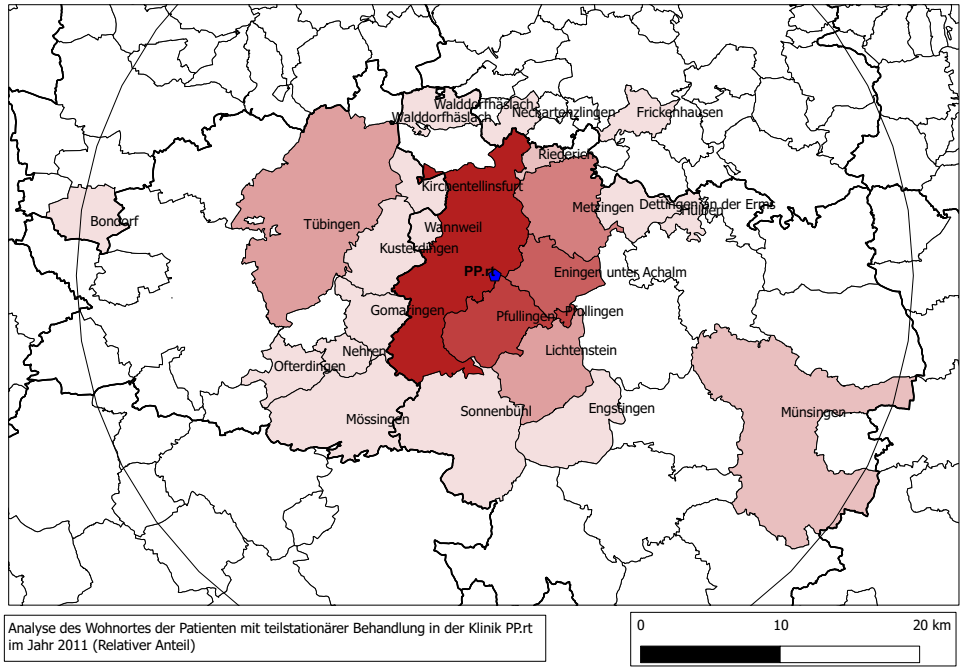


Abbildung 3.8: Karte 4, Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung

FAZIT: Auch für die teilstationäre Behandlung trifft die dritte Hypothese zu. Mehr als 50 Prozent der Patienten, die sich in teilstationäre Behandlung im Jahr 2011 begaben, sogar insgesamt 98 % der Patienten (Absolutzahl: 154), stammen aus einem Umkreis von 30 km. Somit ist auch für die teilstationäre Behandlung eine wohnortnahe Versorgung der F3- Patienten gewährleistet.

3.2 Darstellung der Klinik Zwiefalten

Es folgt die getrennte Darstellung der voll- und teilstationären Behandlung.

3.2.1 Vollstationäre Behandlung

Es wurden 373 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik Zwiefalten im Jahr 2011 behandelt.

In der Übersichtsaufnahme der Klinik Zwiefalten (vgl. 3.9) erkennt man, dass der Wohnort der Patienten hauptsächlich nordwestlich um den Klinikstandort verteilt liegt.

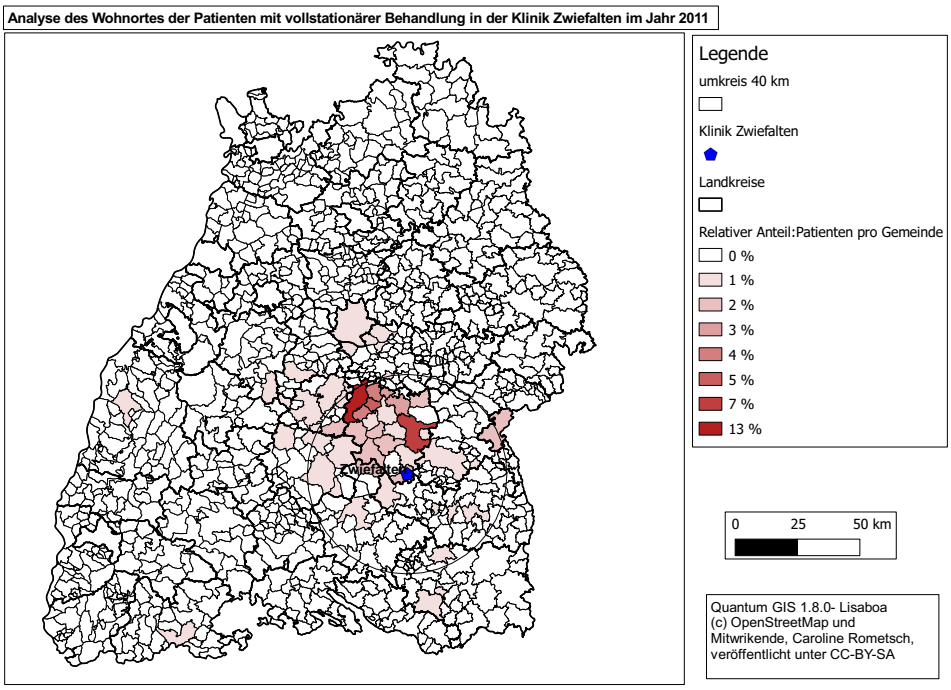


Abbildung 3.9: Karte 1, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung

Aus der Gemeinde Reutlingen stammen die meisten Patienten mit einem relativen Anteil von 13 % (Absolutzahl: 47), weitere 7 % stammen aus Münsingen (Absolutzahl: 27). Die restlichen Patienten stammen vereinzelt aus folgenden Gemeinden: Eningen unter Achalm ist mit 5 % (Absolutzahl: 19) vertreten, mit 4 % sind Metzingen (Absolutzahl: 16) und Pfullingen (Absolutzahl: 15) und mit 3 % Bad Urach (Absolutzahl: 11) und Dettingen an der Erms (Absolutzahl: 10) vertreten. Diese Gemeinden ergeben gemeinsam 33 % der Patienten, die in der Klinik Zwiefalten behandelt wurden. 2 % der Patienten stammen aus den Gemeinden Sonnenbühl, Mössingen, Römerstein, Engstingen, Hohenestein, Trochtelfingen, Gammertingen, Zwiefalten und Ulm. Dies sind weitere 18 % der Patienten. Mit 1 % befinden sich die Gemeinden Wannweil, Kusterdingen, Hülben, Frickenhausen, St. Johann, Lichtenstein, Kirchentellinsfurt, Burladingen, Gomadingen, Mehrstetten, Hayingen, Ehingen an der Donau, Biberach, Alleshausen, Aulendorf, Albstadt, Hechingen, Bodelshausen, Riederich und Grafenberg innerhalb dem Umkreis von 40 km. Dies sind weitere 21 % der Patienten (vgl. Karten 2,3,4,5). Somit stammen insgesamt 72 % der Patienten, die im Jahr 2011 in der Klinik Zwiefalten behandelt wurden, aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km. Alle weiteren behandelten Patienten hatten eine weitere Anreise (vgl. 3.10, 3.11, 3.12).

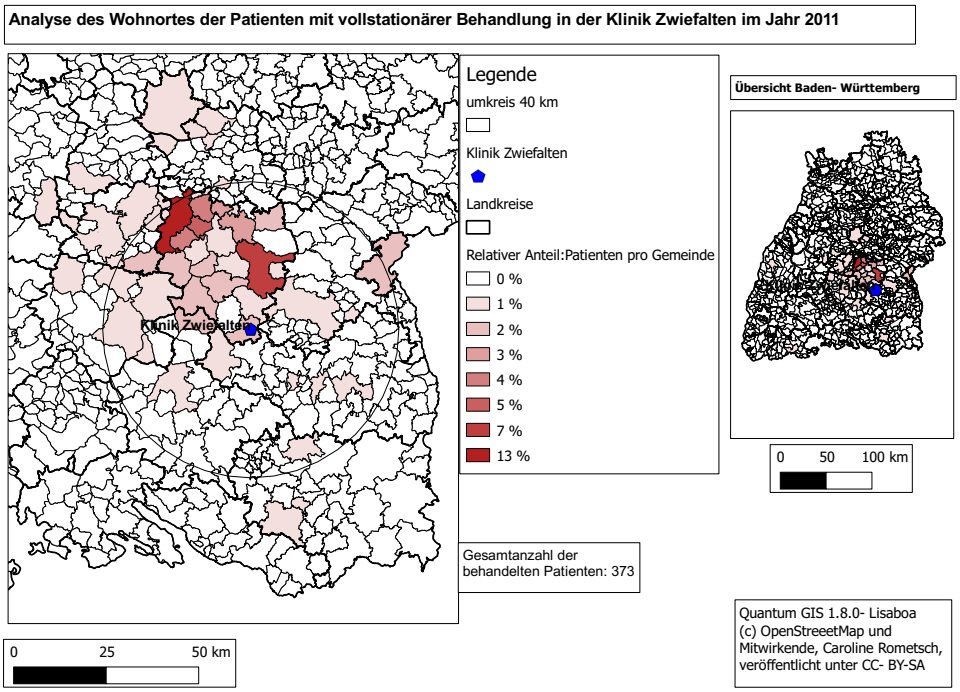


Abbildung 3.10: Karte 2, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung

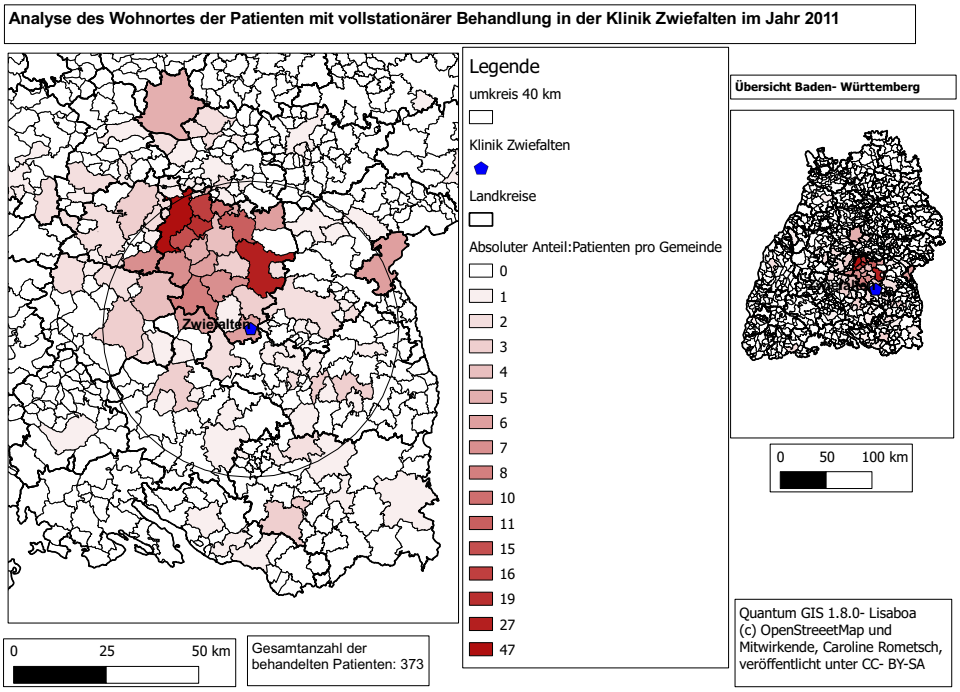


Abbildung 3.11: Karte 3, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung

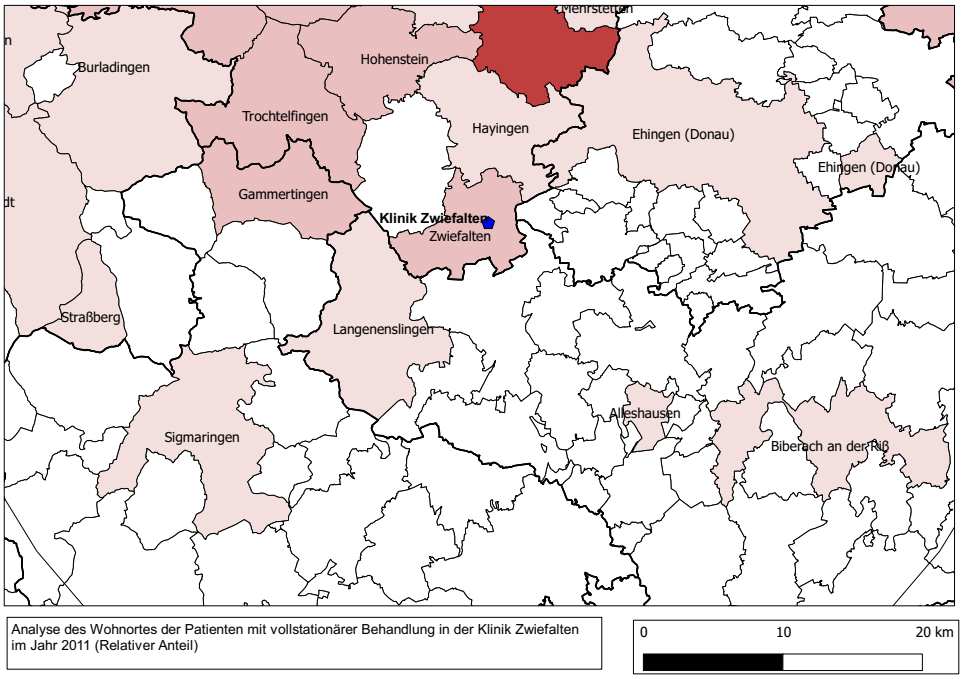


Abbildung 3.12: Karte 4, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung

FAZIT: Für die vollstationäre Behandlung kann die erste Hypothese bestätigt werden. Die zweite Hypothese allerdings kann nicht bestätigt werden. In der Klinik Zwiefalten stammen 72 % (Absolutzahl: 271) der 373 behandelten Patienten aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km. Dennoch bleibt festzuhalten, dass dies eine hohe Anzahl der behandelten Patienten darstellt.

3.3 Darstellung der Klinik Bad Schussenried

Es folgt die getrennte Darstellung der voll- und teilstationären Behandlung.

3.3.1 Vollstationäre Behandlung

Es wurden 483 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik Bad Schussenried im Jahr 2011 behandelt.

In der Übersichtsaufnahme der Klinik Bad Schussenried (3.13) wird dargestellt, dass 12 % aus Biberach an der Riß stammen (Absolutzahl: 57).

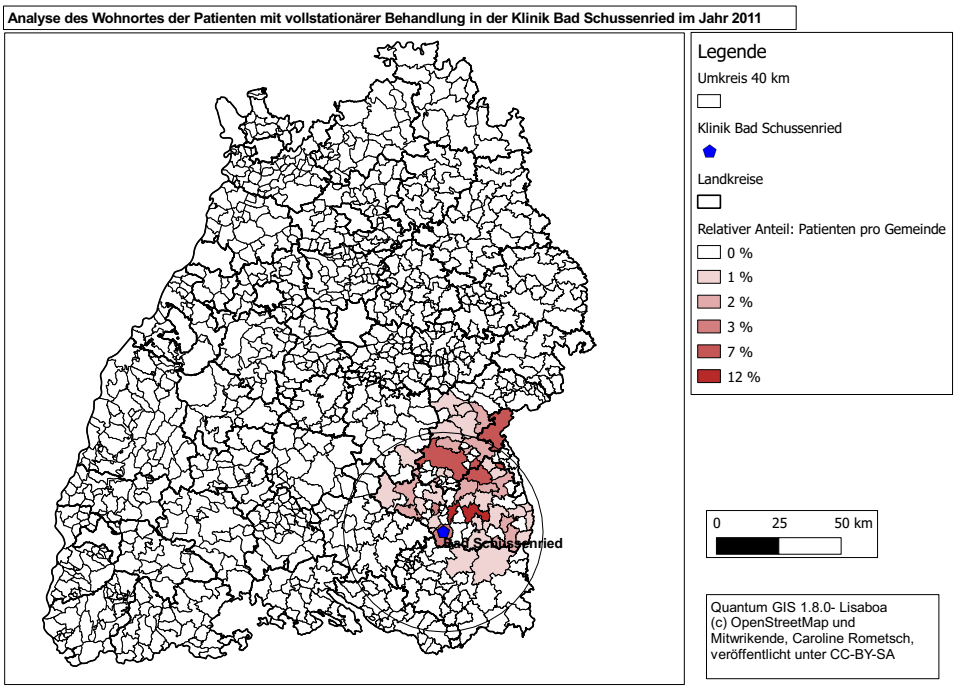


Abbildung 3.13: Karte 1, Klinik Bad Schussenried mit vollstationärer Behandlung

Weitere 7 % stammen aus Laupheim (Absolutzahl: 32), Ulm (Absolutzahl: 33) und aus Ehingen an der Donau (Absolutzahl: 36). Alle weiteren Patienten stammen ebenfalls aus den Gemeinden, die sich innerhalb des 40km- Umkreises um die Klinik in Bad Schussenried befindet. Lediglich die Gemeinden Blaustein mit 2 % (Absolutzahl: 9), Berghülen mit 1 % (Absolutzahl: 7) und Laichingen mit 1 % (Absolutzahl: 4) sind nicht in dem Umkreis enthalten (Karten 2,3,4). Diese stellen 4 % dar (vgl. 3.14,3.15, 3.16).

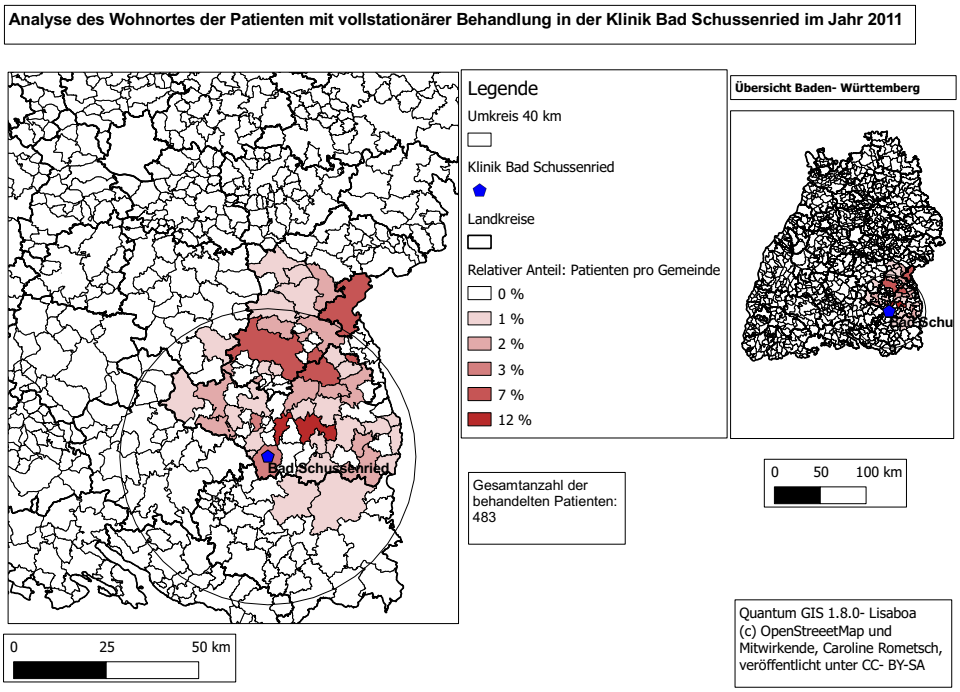


Abbildung 3.14: Karte 2, Klinik Bad Schussenried mit vollstationärer Behandlung

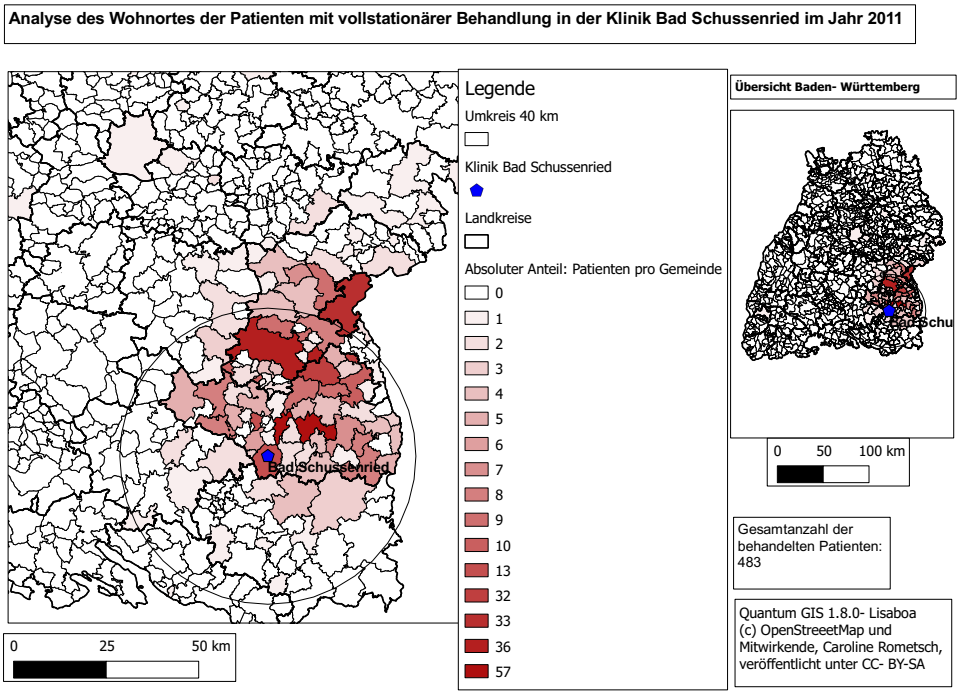


Abbildung 3.15: Karte 3, Klinik Bad Schussenried mit vollstationärer Behandlung

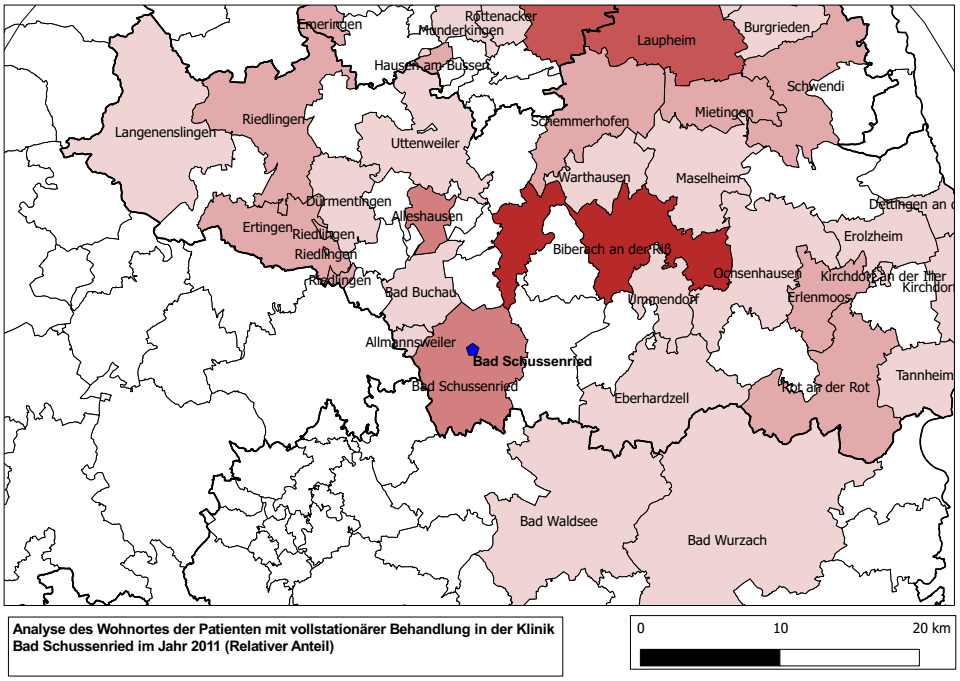


Abbildung 3.16: Karte 4, Klinik Bad Schussenried mit vollstationärer Behandlung

FAZIT: Für die vollstationäre Behandlung in der Klinik Bad Schussenried kann die erste und zweite Hypothese bestätigt werden. Insgesamt stammen 84 % (Absolutzahl: 405) der Patienten aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km. Eine wohnortnahe Behandlung ist für die Klinik Bad Schussenried gewährleistet.

3.3.2 Teilstationäre Behandlung

Es wurden 130 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Tagesklinik Biberach im Jahr 2011 behandelt.

In der Übersichtsaufnahme der Tagesklinik Biberach (vgl. 3.17) wird klar, dass auch hier der Großteil der Patienten, die in der Tagesklinik Biberach teilstationär aufgenommen wurden, aus dem Umkreis von 30 km stammen.

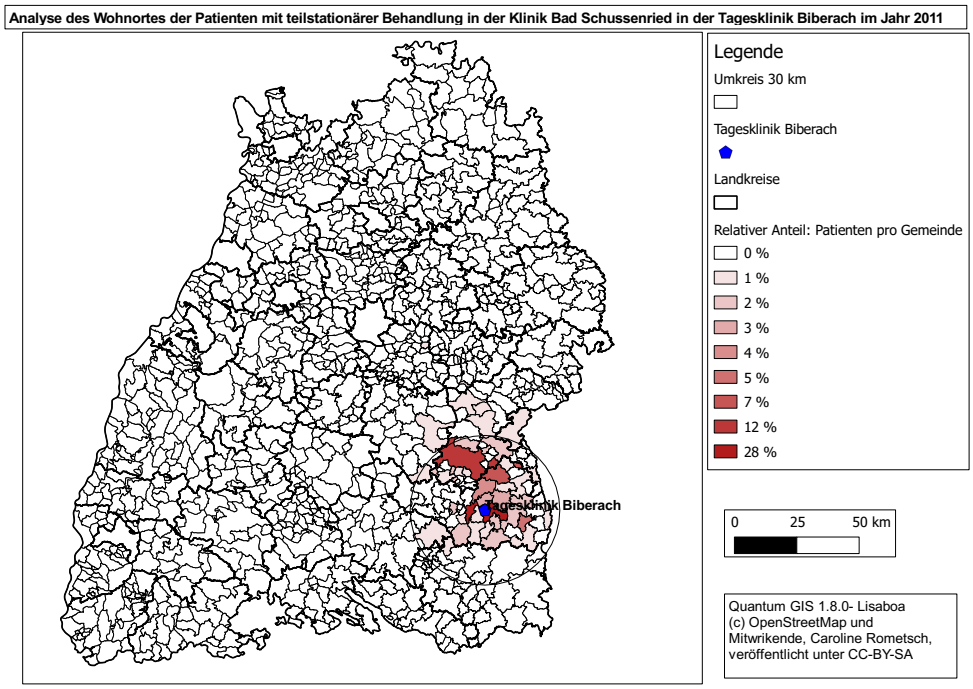


Abbildung 3.17: Karte 1, Klinik Bad Schussenried mit teilstationärer Behandlung

Dabei handelt es sich v.a. um die Gemeinden Biberach an der Riß mit 28 % (Absolutzahl: 37), Ehingen an der Donau mit 12 % (Absolutzahl: 16) und Laupheim mit 7 % (Absolutzahl: 9). Allein diese drei Gemeinden bilden schon 48 % der behandelten Patienten ab. Außerhalb des Umkreises liegen Hochdorf, Drackenstein, Laichingen und Münsingen mit jeweils 1 % (vgl. auch Karten 3.18, 3.19, 3.20).

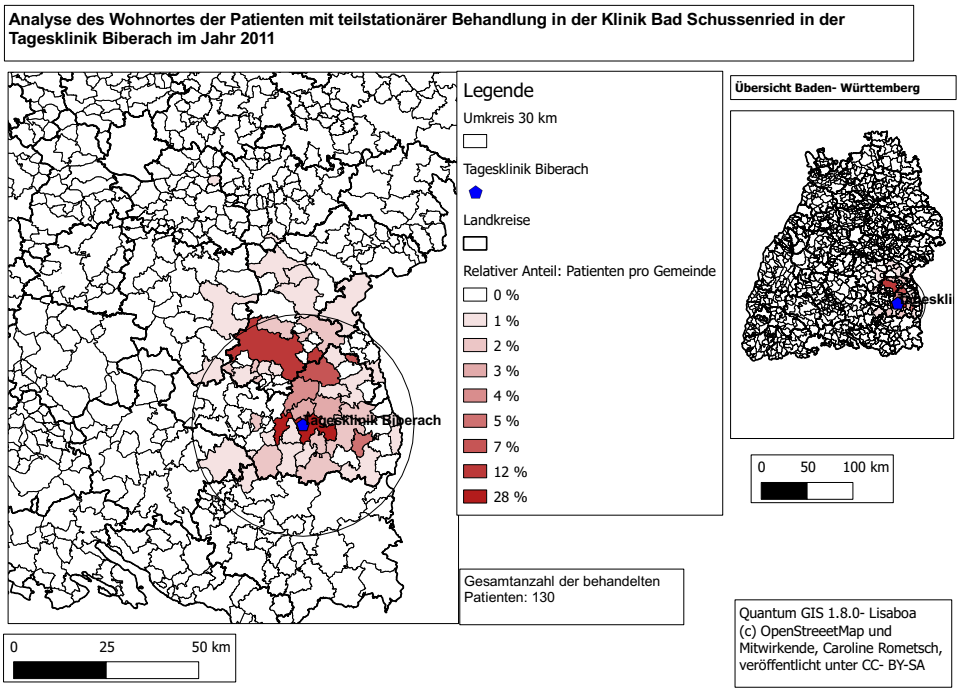


Abbildung 3.18: Karte 2, Klinik Bad Schussenried mit teilstationärer Behandlung

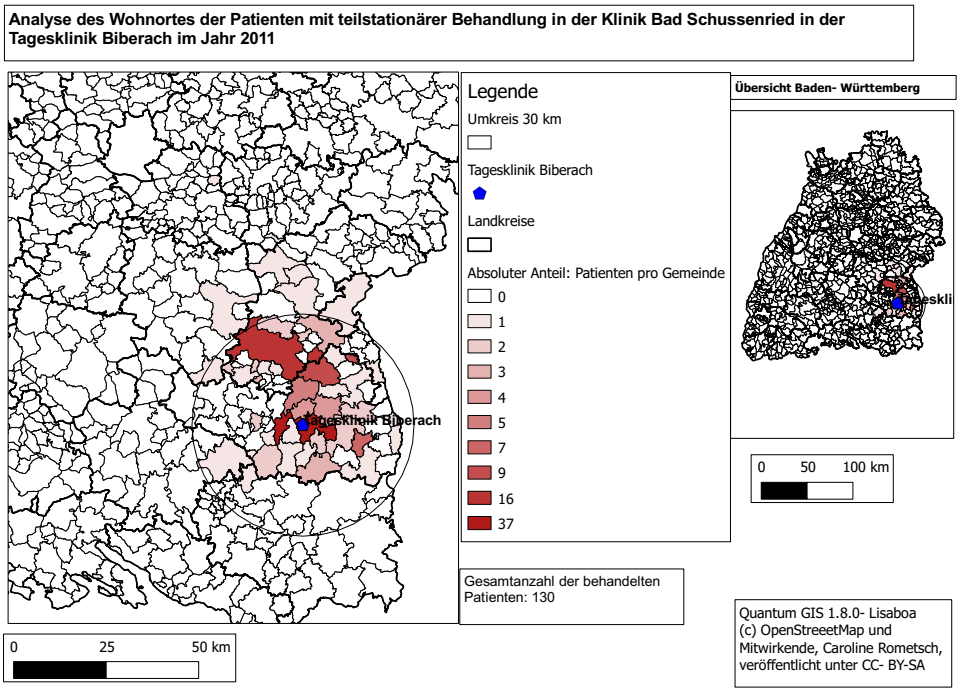


Abbildung 3.19: Karte 3, Klinik Bad Schussenried mit teilstationärer Behandlung

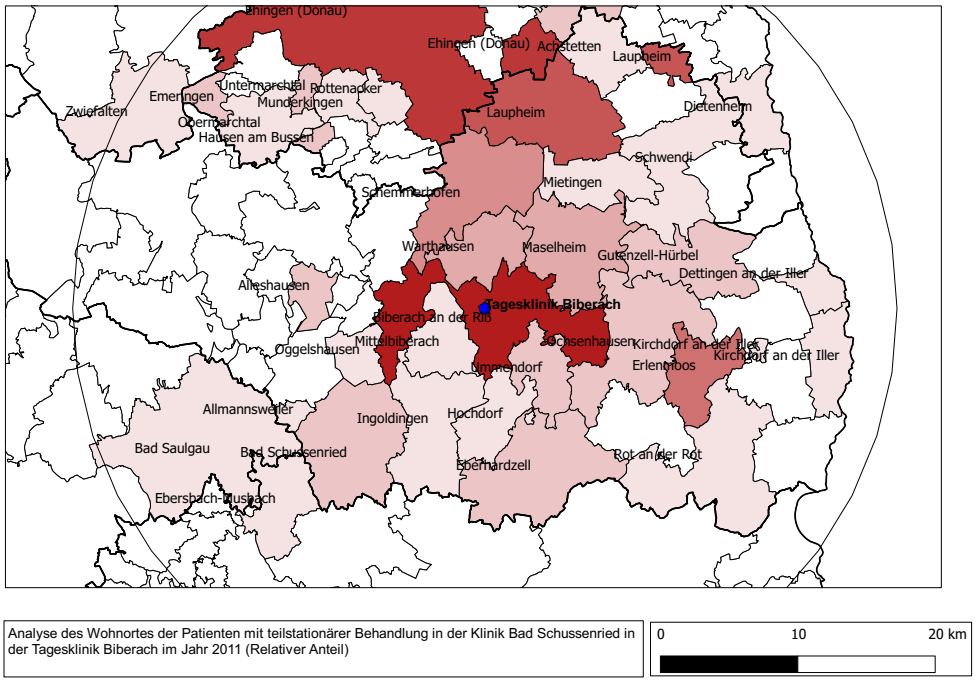


Abbildung 3.20: Karte 4, Klinik Bad Schussenried mit teilstationärer Behandlung

FAZIT: Für die Tagesklinik Biberach kann die dritte Hypothese bestätigt werden. Mindestens 50 Prozent der behandelten Patienten stammen aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 30 km. Diese Zahl kommt beinahe alleine durch die drei Gemeinden Biberach an der Riß, Ehingen an der Donau und Laupheim zustande. Insgesamt stammen 98 % der Patienten (Absolutzahl: 127) aus einem Umkreis von 30 km. Somit ist für die Tagesklinik Biberach eine wohnortnahe Versorgung der F3- Patienten gewährleistet.

3.4 Darstellung der Klinik Ehingen

Es folgt die getrennte Darstellung der voll- und teilstationären Behandlung.

3.4.1 Vollstationäre Behandlung

Im Jahr 2011 wurden 109 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 vollstationär behandelt (vgl. Karten 3.21, 3.22, 3.23, 3.24).

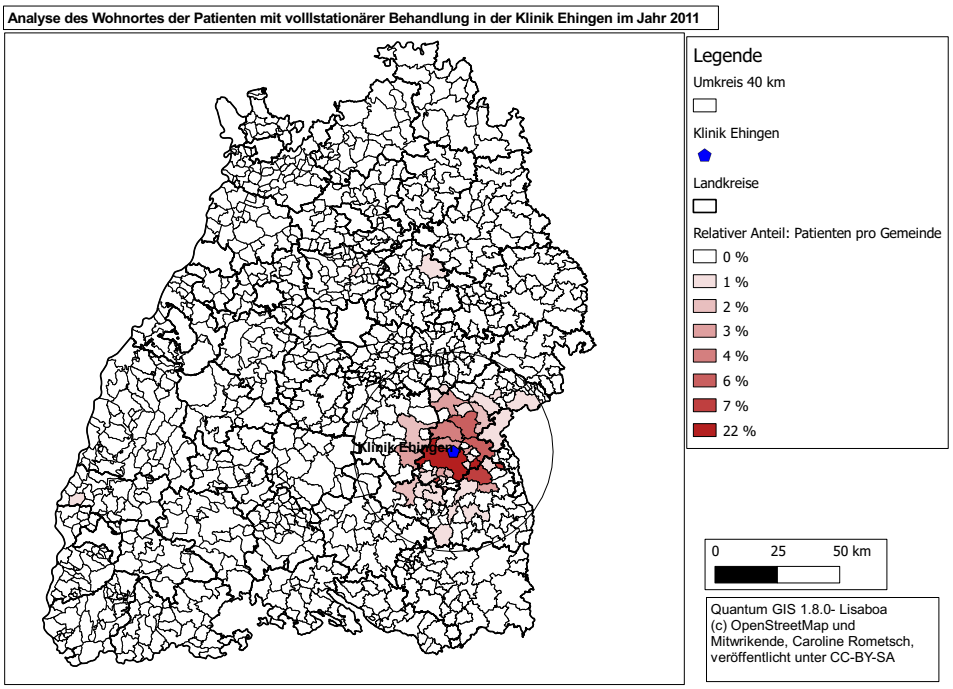


Abbildung 3.21: Karte 1, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung

22 % der Patienten stammen dabei aus der Gemeinde Ehingen an der Donau (Absolutzahl: 24), weitere 7 % stammen aus Hausen am Bussen und Laupheim (Absolutzahl jeweils 8). Aus den Gemeinden Erbach (Absolutzahl: 7) und der Gemeinde Blaubeuren (Absolutzahl: 6) stammen jeweils 6 % der Patienten. Aus den anliegenden Gemeinden stammen vereinzelt weitere Patienten.

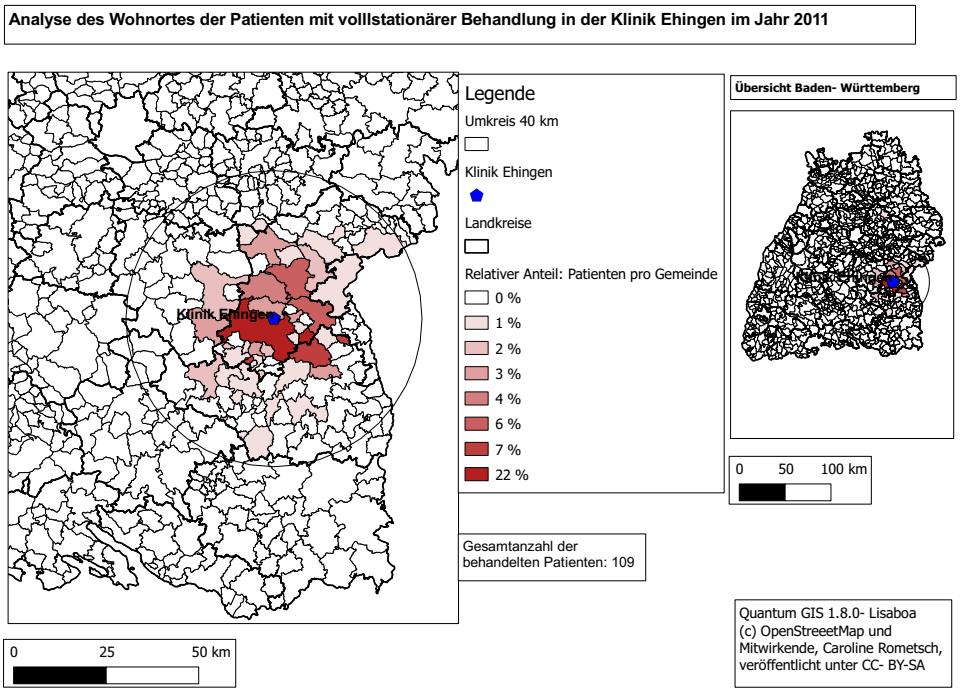


Abbildung 3.22: Karte 2, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung

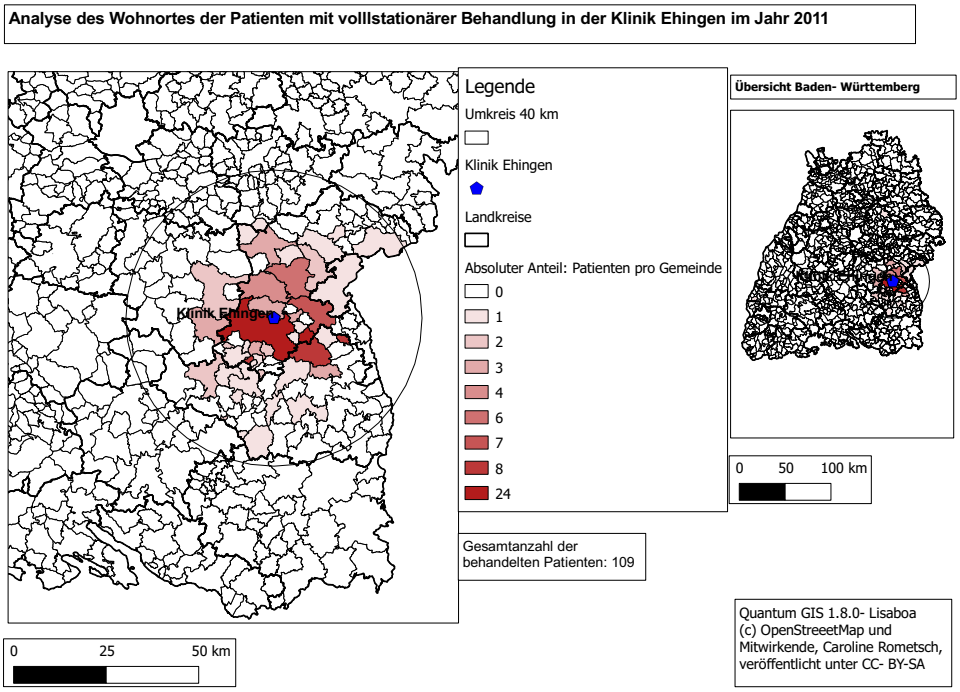


Abbildung 3.23: Karte 3, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung

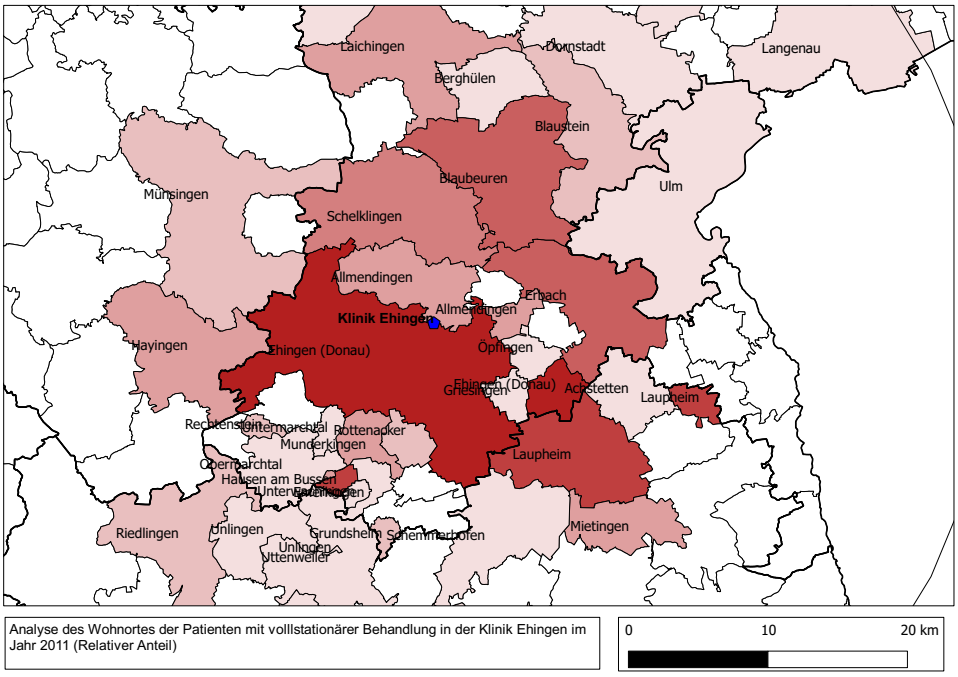


Abbildung 3.24: Karte 4, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung

FAZIT: 80 % der Patienten, die in der Klinik Ehingen vollstationär behandelt wurden, stammen aus einem Umkreis von 40 km. Die erste und auch die zweite Hypothese trifft somit auch für die vollstationäre Behandlung der Patienten in der Klinik Ehingen zu. Eine wohnortnahe Versorgung kann auch hier gewährleistet werden. Es ergibt sich hierbei eine Gesamtzahl von 90 % (Absolutzahl: 98).

3.4.2 Teilstationäre Behandlung

Es wurden 41 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik Ehingen im Jahr 2011 behandelt.

Auch hier wird auf der Übersichtsaufnahme (vgl. 3.25) klar, dass der Großteil innerhalb eines Umkreises von 30 km liegt.

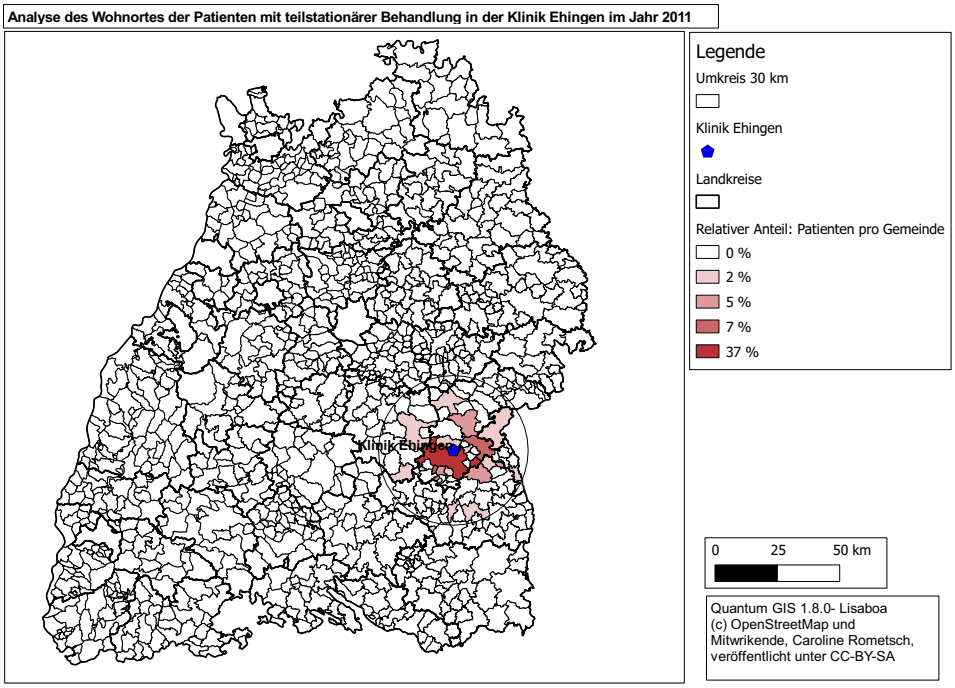


Abbildung 3.25: Karte 1, Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung

37 % stammen aus der Gemeinde Ehingen an der Donau (Absolutzahl: 15), weitere 7 % stammen aus Erbtal und Untermarchtal (Absolutzahl jeweils 3). 5 % der Patienten stammen aus den Gemeinden Blaubeuren, Hausen am Bussen, Munderkingen und Laupheim (Absolutzahl jeweils 2) (vgl. Karten 3.26, 3.27, 3.28).

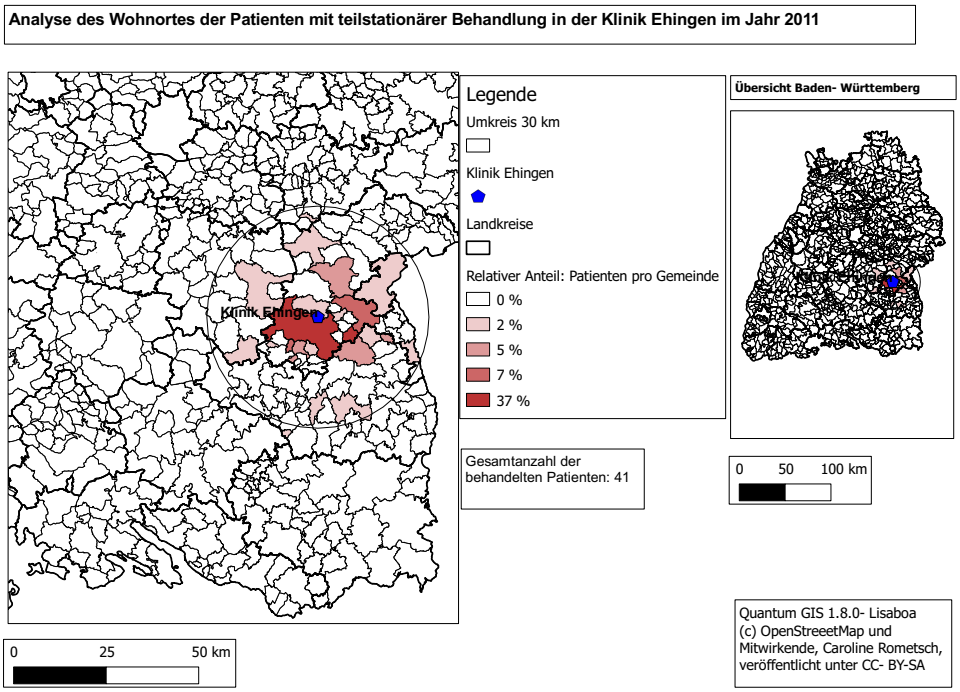


Abbildung 3.26: Karte 2, Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung

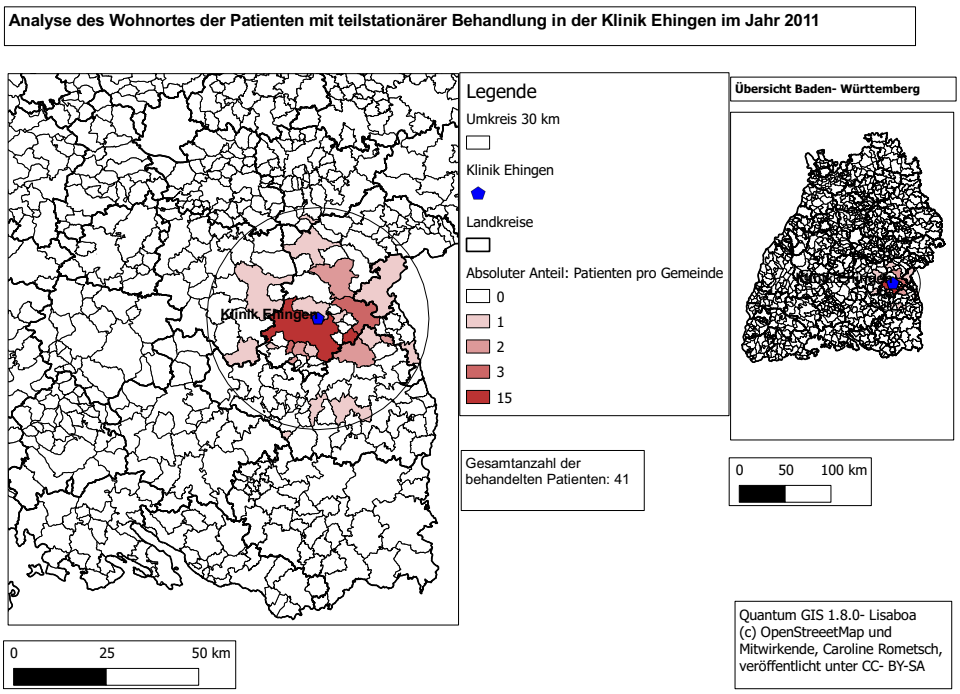


Abbildung 3.27: Karte 3, Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung

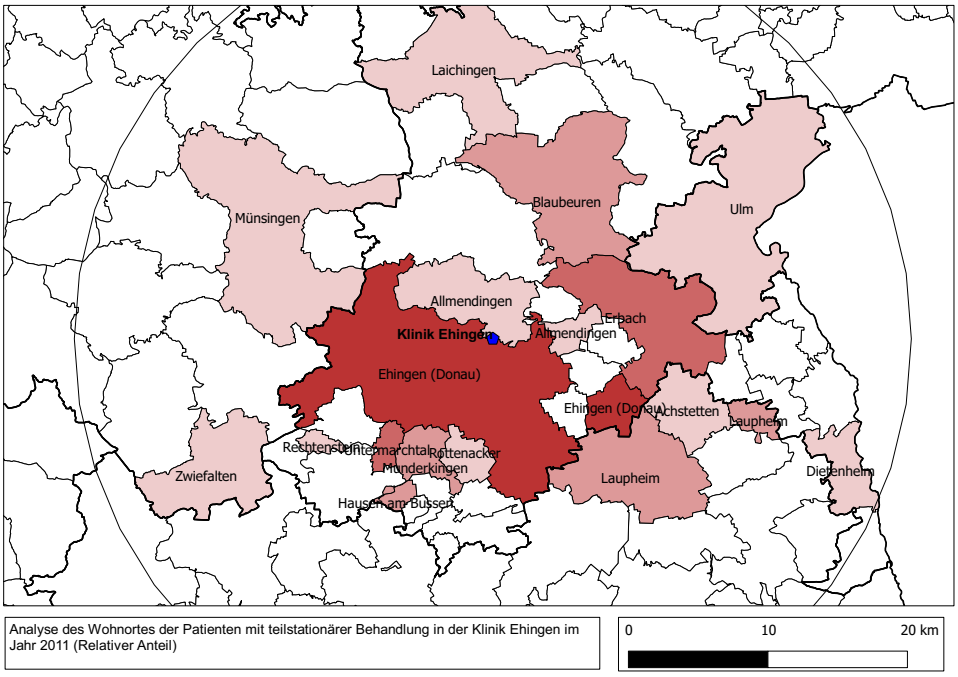


Abbildung 3.28: Karte 4, Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung

FAZIT: Die dritte Hypothese trifft für die teilstationäre Behandlung in der Klinik Ehingen zu, denn mehr als 50 Prozent, insgesamt 85 % (Absolutzahl: 35), der Patienten stammen aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 30 km. Depressiv erkrankte Patienten haben in der Klinik Ehingen die Möglichkeit einer wohnortnahen Versorgung.

3.5 Darstellung der Klinik Weissenau

Es folgt die getrennte Darstellung der voll- und teilstationären Behandlung.

3.5.1 Vollstationäre Behandlung

Es wurden 629 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik Weissenau im Jahr 2011 behandelt.

In der Übersichtsaufnahme der Klinik Weissenau erkennt man, dass der Hauptanteil der Patienten mit einer F3 Diagnose aus dem Umkreis von 40 km stammt (vgl. auch Karten 3.29, 3.30, 3.31, 3.32).

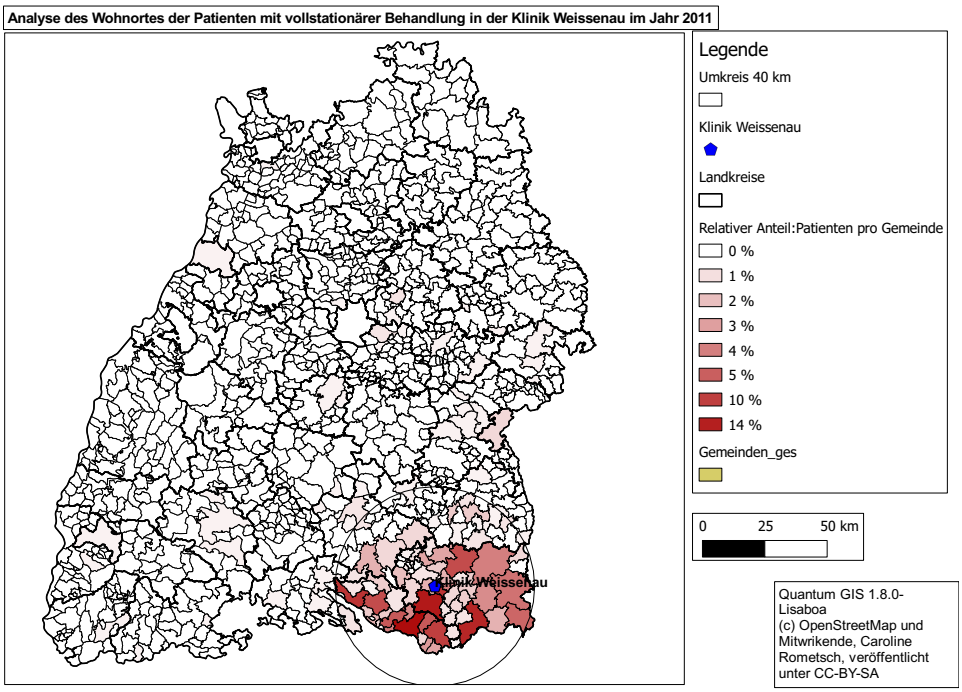


Abbildung 3.29: Karte 1, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung

Im Detail sind vor allem die Gemeinde Friedrichshafen mit 14 % (Absolutzahl: 85), mit 10 % die Gemeinde Ravensburg (Absolutzahl: 62) und mit weiteren 5 % die Gemeinde Wangen im Allgäu (Absolutzahl: 31) vertreten (siehe Karten 2,3,4). Mit 4 % der behandelten Patienten sind die Gemeinden Überlingen (Absolutzahl: 24) und Weingarten (Absolutzahl: 24) eingeschlossen. Alle weiteren Gemeinden enthalten prozentual weniger Patienten.

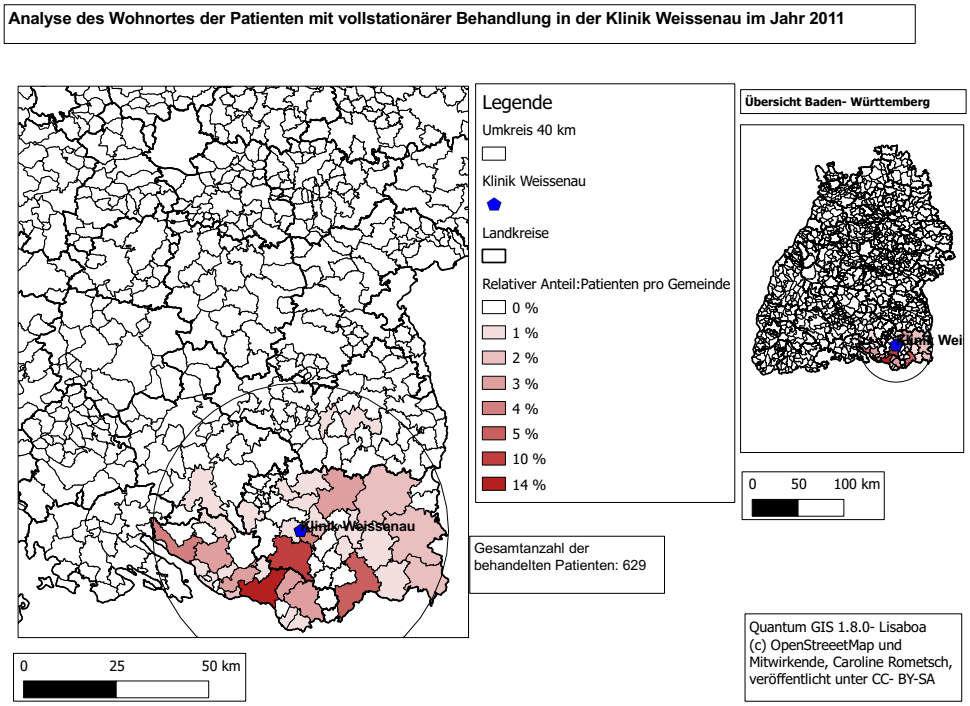


Abbildung 3.30: Karte 2, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung

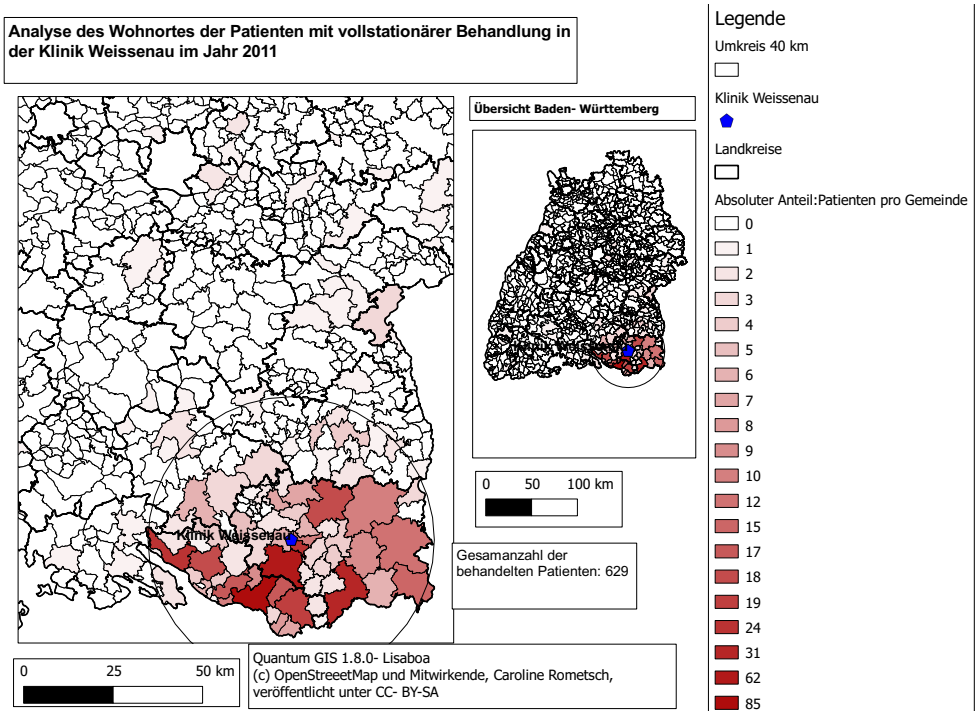


Abbildung 3.31: Karte 3, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung

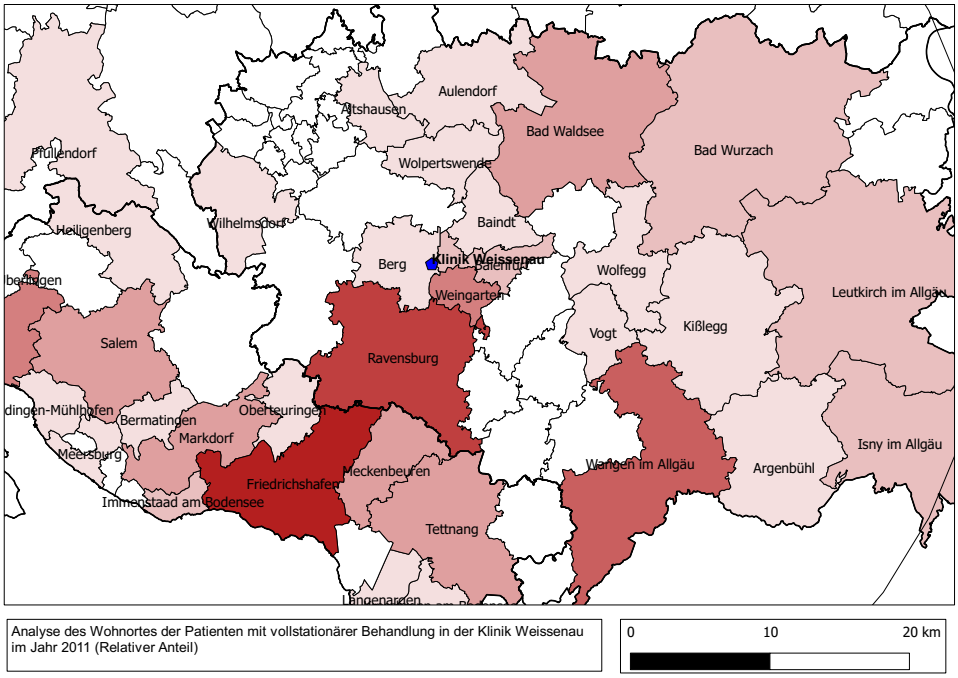


Abbildung 3.32: Karte 4, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung

FAZIT: Die erste und zweite Hypothese kann für die vollstationäre Behandlung in der Klinik Weissenau bestätigt werden. Insgesamt 80 % der Patienten (Absolutzahl: 501) stammen aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km. Ebenfalls kann für die Klinik Weissenau die wohnortnahe Versorgung gewährleistet werden.

3.5.2 Teilstationäre Behandlung

Es wurden 129 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik Weissenau im Jahr 2011 behandelt.

In der Übersichtsaufnahme (vgl. 3.33) ergibt sich für die Klinik Weissenau für die teilstationäre Behandlung ein ähnliches Bild wie für die vollstationäre Behandlung. Der Großteil der Patienten stammt aus dem Umkreis der Aufnahmeklinik von 30 km, wobei man eine Verlagerung in östliche Richtung der Klinik Weissenau feststellen kann.

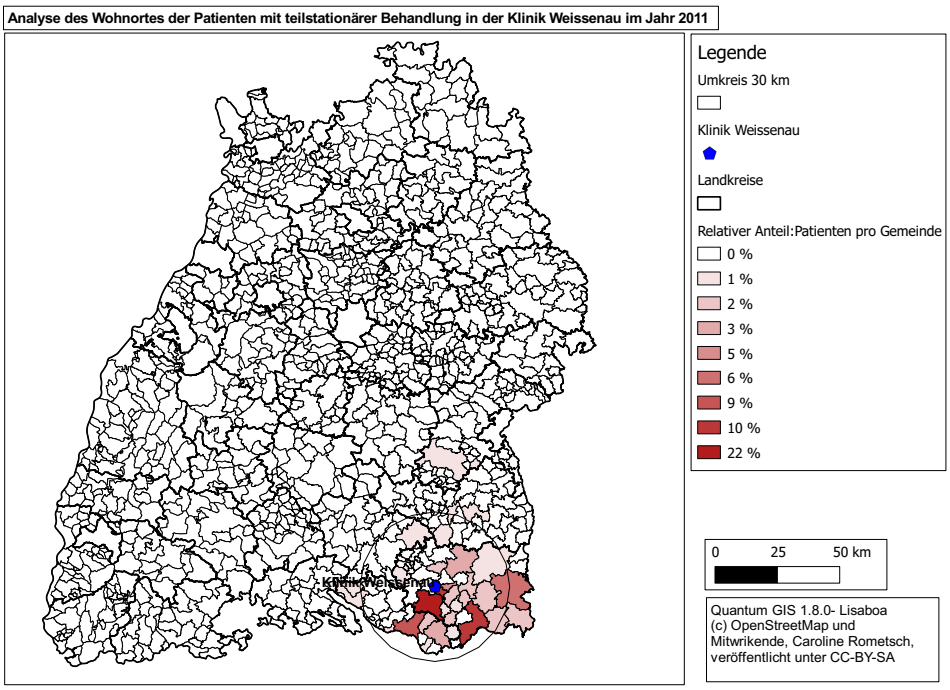


Abbildung 3.33: Karte 1, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung

22 % der Patienten stammen aus der Gemeinde Ravensburg (Absolutzahl: 29), weitere 10 % stammen aus der Gemeinde Wangen im Allgäu (Absolutzahl: 13) und mit 9 % ist die Gemeinde Friedrichshafen (Absolutzahl: 11) vertreten. Aus der Gemeinde Leutkirch im Allgäu stammen 6 % (Absolutzahl: 8), weitere 5 % stammen aus der Gemeinde Baienfurt (Absolutzahl: 7). Weitere 3 % stammen aus den Gemeinden Tettnang und Bad Waldsee. Diese Gemeinden stellen 58 % der Patienten dar, die in der Klinik Weissenau teilstationär behandelt wurden (vgl. Karten 3.34, 3.35, 3.36).

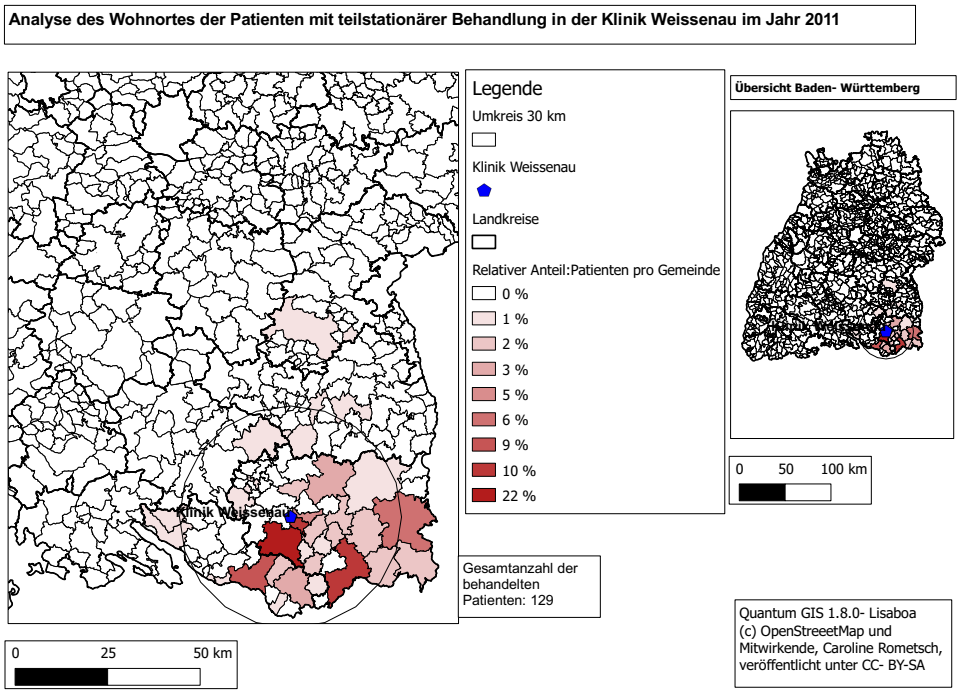


Abbildung 3.34: Karte 2, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung

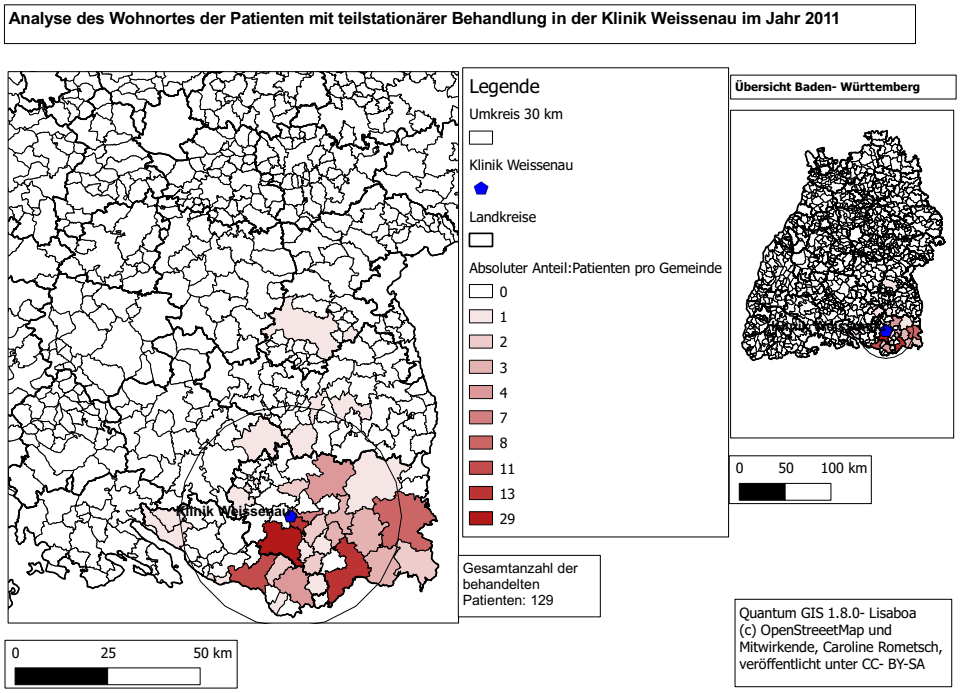


Abbildung 3.35: Karte 3, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung

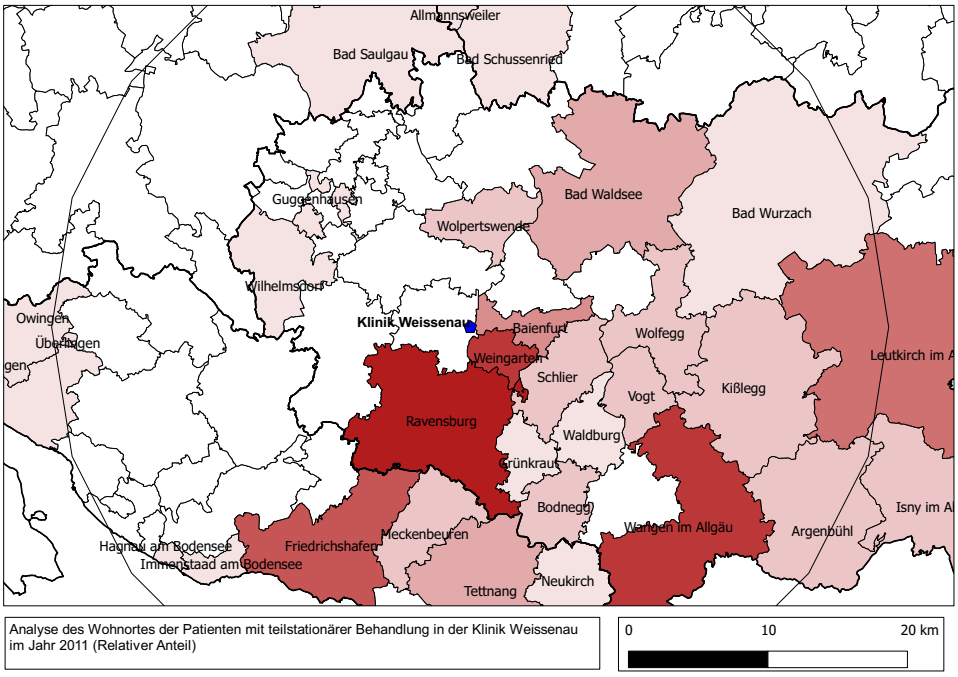


Abbildung 3.36: Karte 4, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung

FAZIT: Die dritte Hypothese kann für die teilstationäre Behandlung in der Klinik Weissenau bestätigt werden. Die Mehrzahl der Patienten, mit einer Gesamtzahl von 98 % (Absolutzahl: 126), stammt vor allem aus den Gemeinden Ravensburg, Wangen und Friedrichshafen, aber auch Leutkirch und Beienfurt sind Gemeinden, aus denen viele der behandelten Patienten stammen. Für die teilstationäre Behandlung in der Klinik Weissenau ist somit eine wohnortnahe Behandlung der depressiv Erkrankten gewährleistet.

3.6 Darstellung der Klinik Wangen

Es folgt die getrennte Darstellung der voll- und teilstationären Behandlung.

3.6.1 Vollstationäre Behandlung

Es wurden 45 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik Wangen im Jahr 2011 behandelt.

In der Übersichtsaufnahme der Klinik Wangen (vgl. 3.37) erkennt man, dass beinahe alle Patienten aus dem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km stammen.

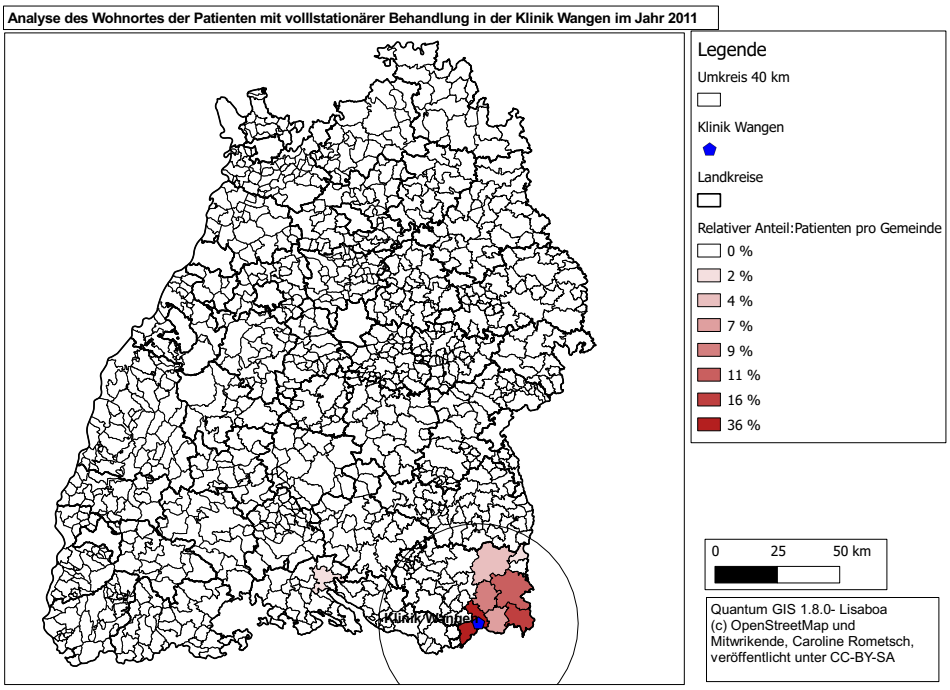


Abbildung 3.37: Karte 1, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung

Im Detail sind vor allem die Gemeinde Wangen im Allgäu mit 36 % (Absolutzahl: 16), mit 16 % ist die Gemeinde Isny im Allgäu (Absolutzahl: 7) und mit weiteren 11 % die Gemeinde Leutkirch im Allgäu (Absolutzahl: 5) vertreten (siehe Karten 2,3,4). Weitere 20 % setzten sich zusammen aus den Gemeinden Kißlegg (Relativ: 9 %, Absolutzahl: 4), Argenbühl (Relativ: 7 %, Absolutzahl:4) und Bad Wurzach (Relativ: 4 %, Absolutzahl:2). Diese Gemeinden ergeben eine Zahl von 83 % der behandelten Patienten (vgl. 3.38, 3.39, 3.40, 3.41).

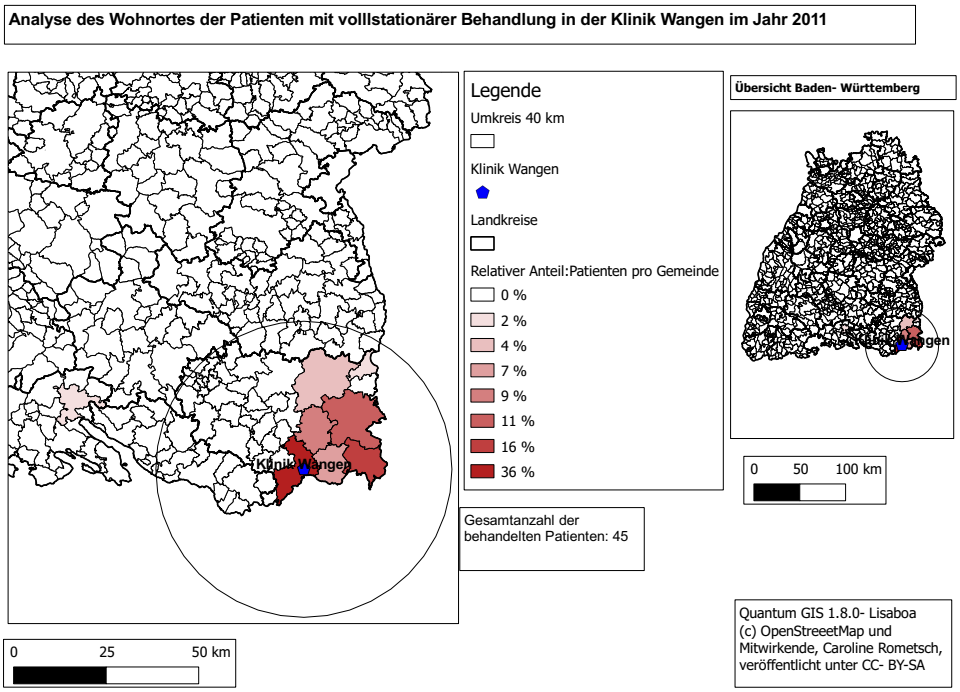


Abbildung 3.38: Karte 2, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung

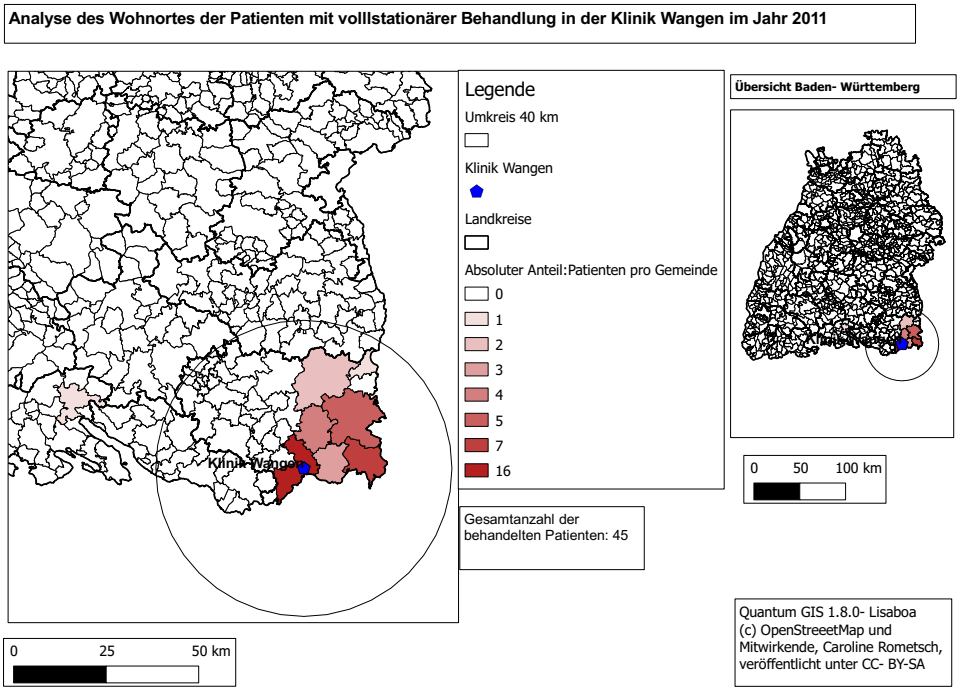


Abbildung 3.39: Karte 3, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung

In der Nahaufnahme lassen sich folgende Gemeinden darstellen:

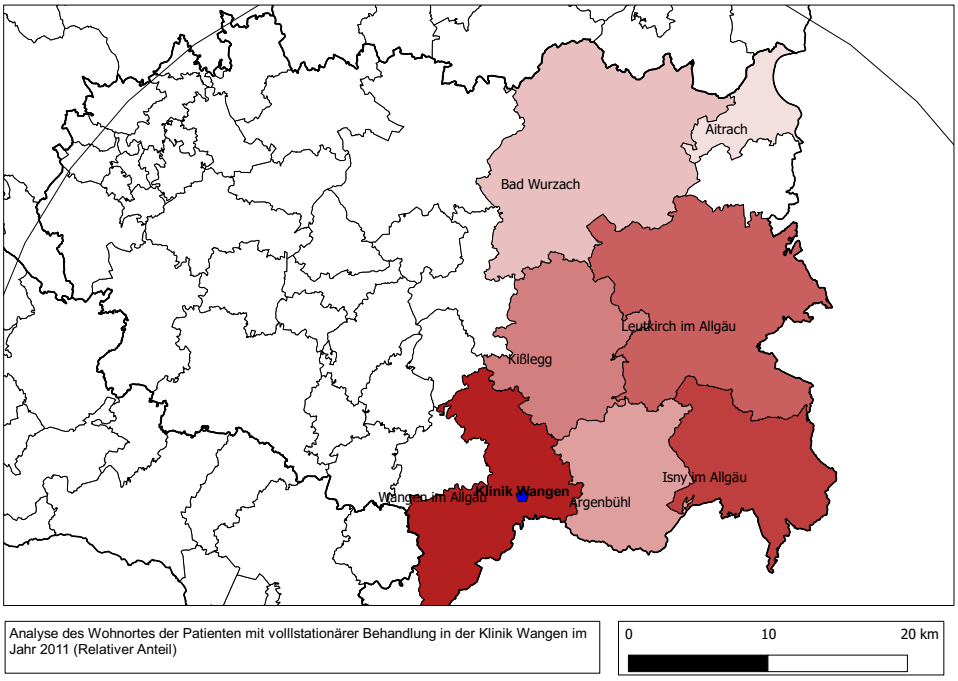


Abbildung 3.40: Karte 4a, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung

Karte 3.41 zeigt die westliche Ausdehnung des Umkreises:

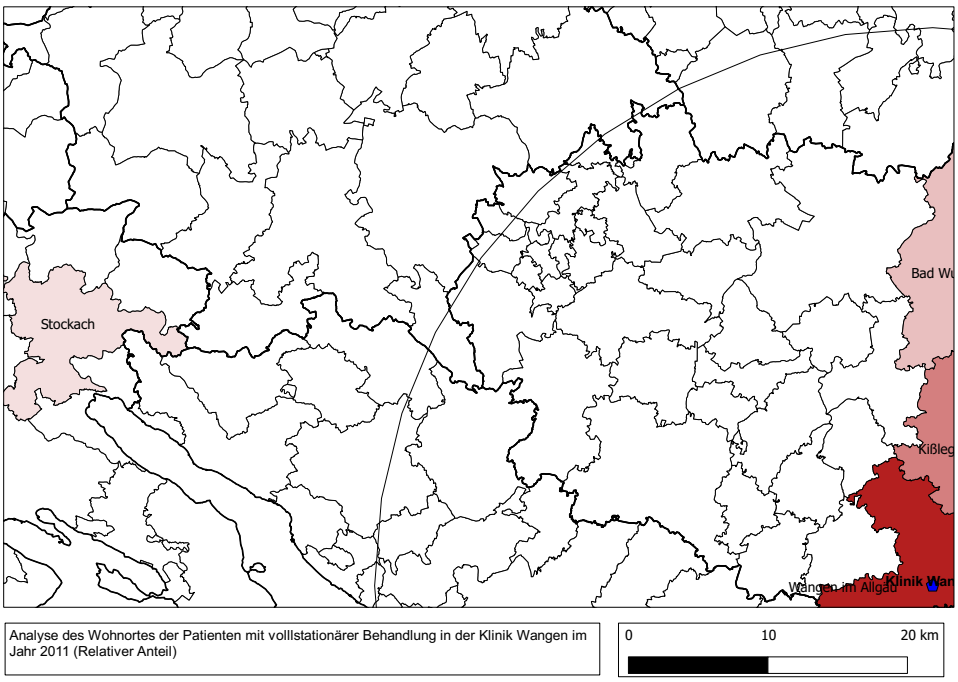


Abbildung 3.41: Karte 4b, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung

FAZIT: Die erste und zweite Hypothese kann für die vollstationäre Behandlung in der Klinik Wangen bestätigt werden, da mehr als 80 % der Patienten, die sich in der Klinik Wangen im Jahr 2011 behandeln ließen, aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km stammen. Insgesamt begaben sich 85 % der Patienten in die Klinik Weissenau für eine vollstationäre Behandlung. Somit ist eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet.

3.6.2 Teilstationäre Behandlung

Es wurden 40 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik Wangen im Jahr 2011 behandelt.

Die Übersichtsaufnahme stellt sich folgendermaßen dar (vgl. 3.42):

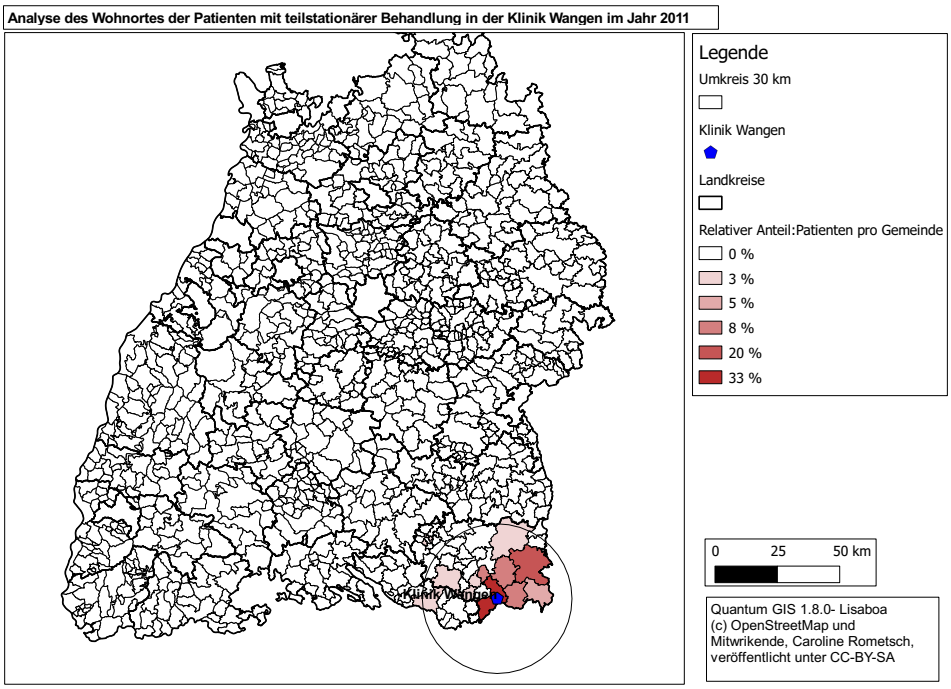


Abbildung 3.42: Karte 1, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung

In der Übersichtsaufnahme (3.42) erkennt man, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten aus dem Umkreis von 30 km stammt, wobei der Wohnort der meisten Patienten östlich der Klinik gelegen ist. 33 % stammen aus Wangen im Allgäu (Absolutzahl: 13), weitere 20 % stammen aus Leutkirch im Allgäu (Absolutzahl: 8) und mit jeweils 8 % sind die Gemeinden Vogt, Kißlegg und Argenbühl (Absolutzahl jeweils 3) vertreten. Weitere 5 % stammen aus Isny im Allgäu (Absolutzahl: 2) (vgl. auch Karten 3.43, 3.44, 3.45).

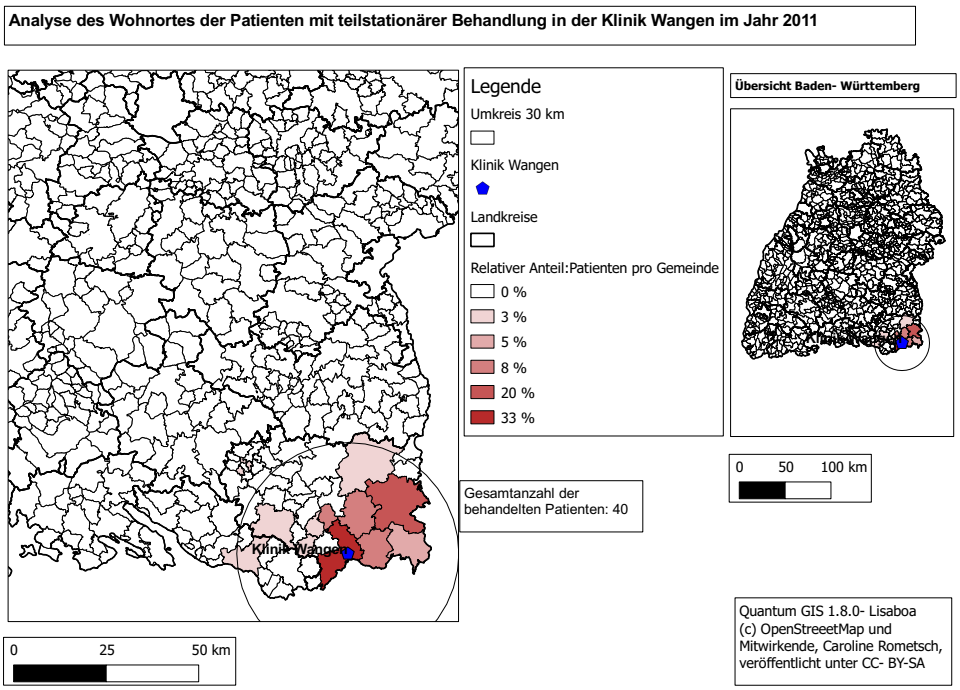


Abbildung 3.43: Karte 2, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung

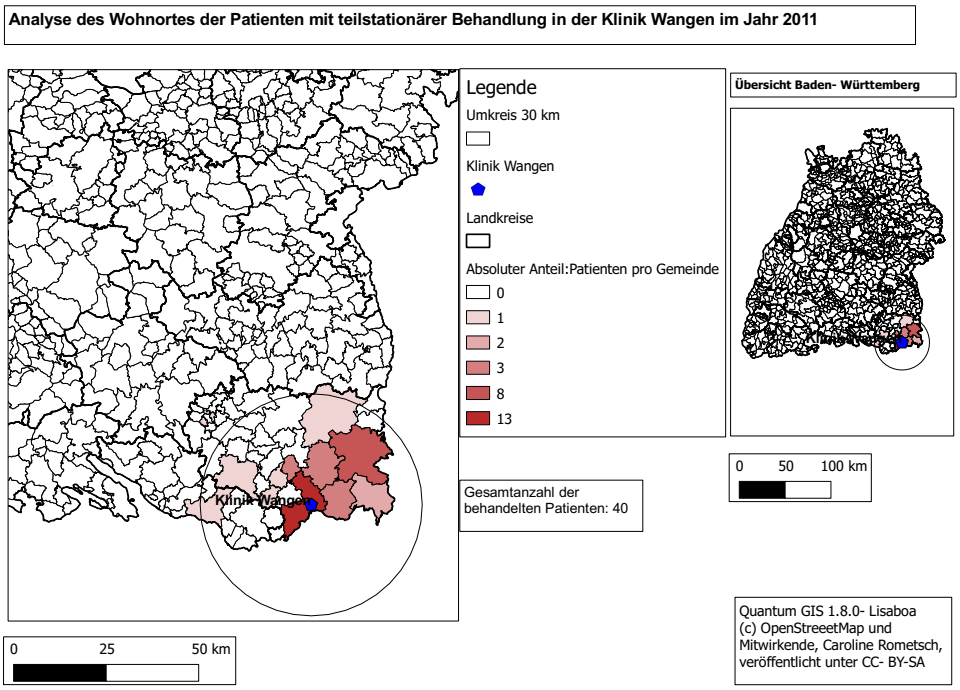


Abbildung 3.44: Karte 3, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung

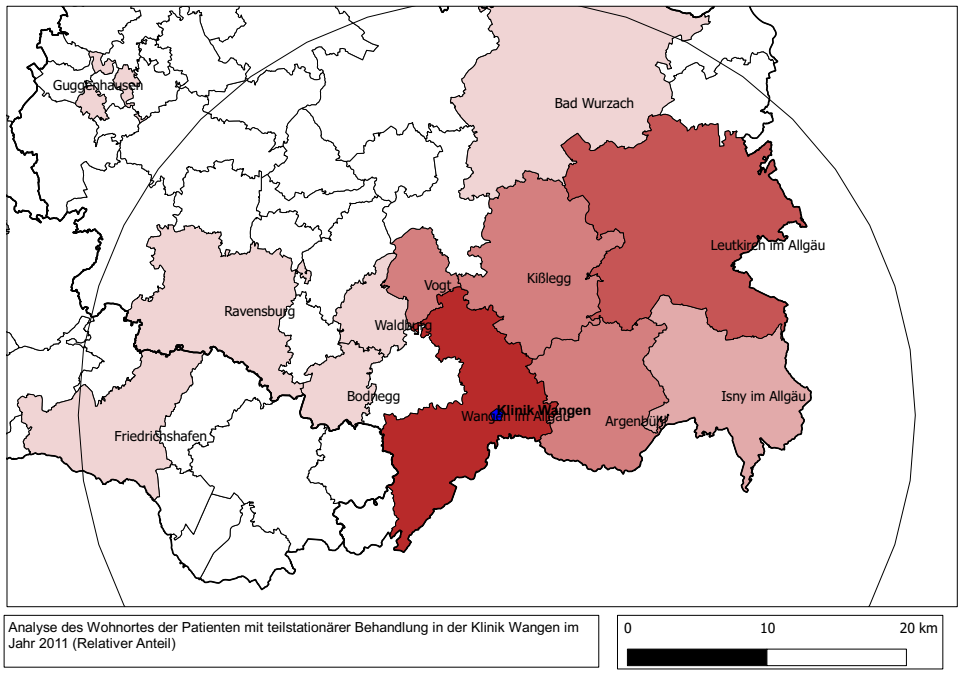


Abbildung 3.45: Karte 4, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung

FAZIT: Für die Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung kann die dritte Hypothese bestätigt werden, wobei bereits 52 % der behandelten Patienten aus den beiden Gemeinden Wangen im Allgäu und Leutkirch im Allgäu stammen. Insgesamt stammen 88 % der Patienten (Absolutzahl: 35) aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 30 km. Für die Klinik Wangen ist somit eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet.

3.7 Darstellung der Klinik Friedrichshafen

Es folgt die getrennte Darstellung der voll- und teilstationären Behandlung.

3.7.1 Vollstationäre Behandlung

Es wurden 38 Patienten aus der Diagnosegruppe F3 in der Klinik Friedrichshafen im Jahr 2011 behandelt.

Vollstationär wurden 38 Patienten behandelt, wobei auf der Übersichtsaufnahme (vgl. 3.46) deutlich wird, dass der Großteil mit 11 % aus den Gemeinden Friedrichshafen und Ravensburg stammt (Absolutzahl jeweils 4).

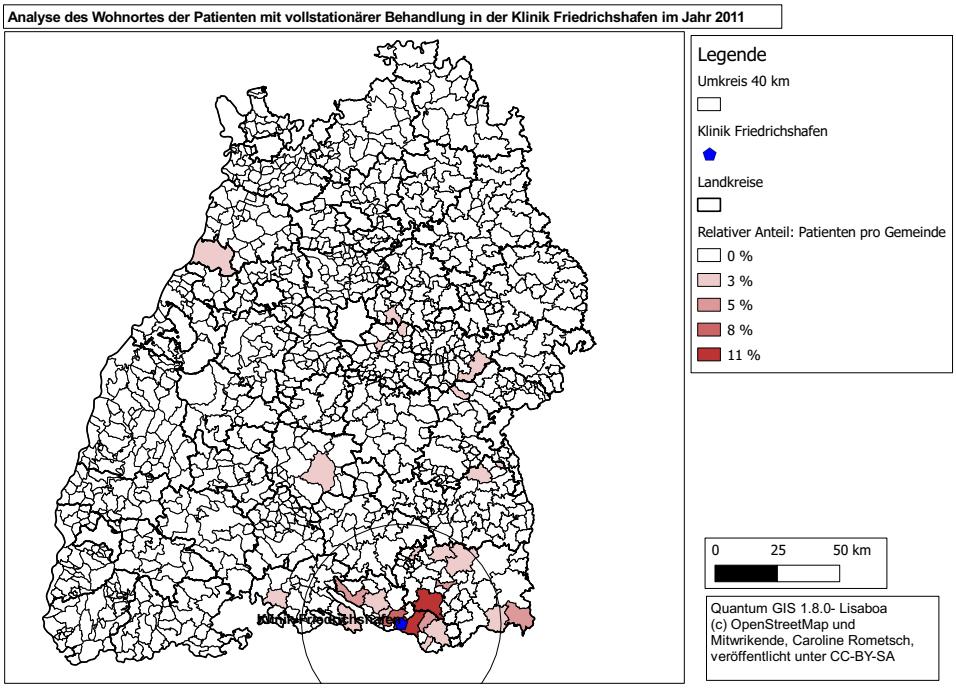


Abbildung 3.46: Karte 1, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung

Weitere 8 % stammen aus der Gemeinde Markdorf (Absolutzahl 3), eine weitere Mehrheit der Patienten stammt aus den umliegenden Gemeinden Baienfurt und Überlingen (5 %, Absolut: 1), Aulendorf und Bad Waldsee (3 %, Absolut 1), Argenbühl, Tettnang, Dermatingen, Salem, Konstanz, Eichstegen (3 %, Absolut: 1) (vgl. Karten 3.47, 3.48, 3.49).

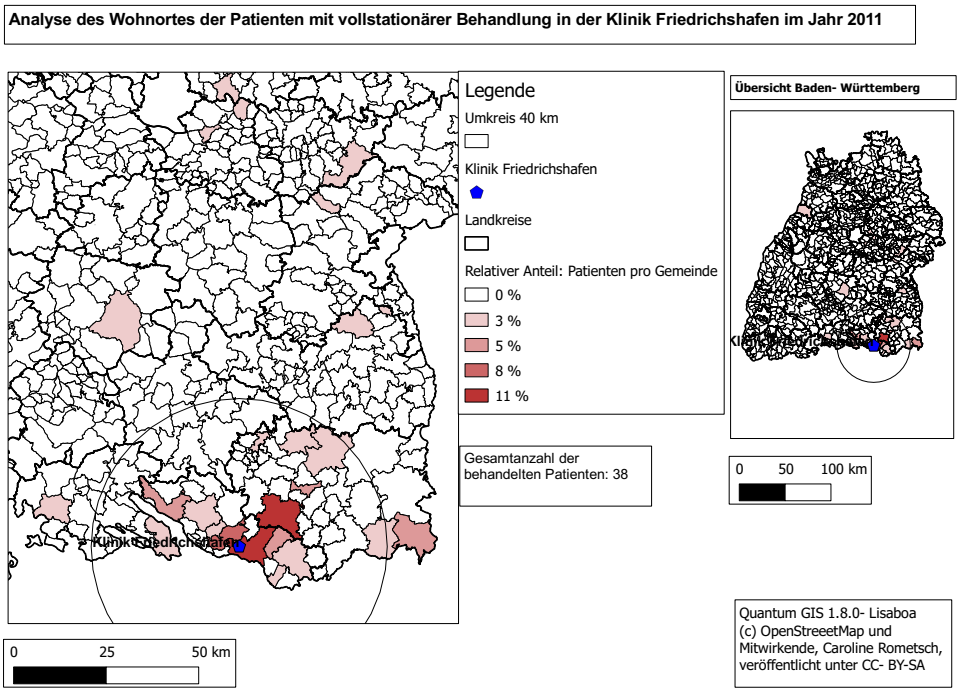


Abbildung 3.47: Karte 2, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung

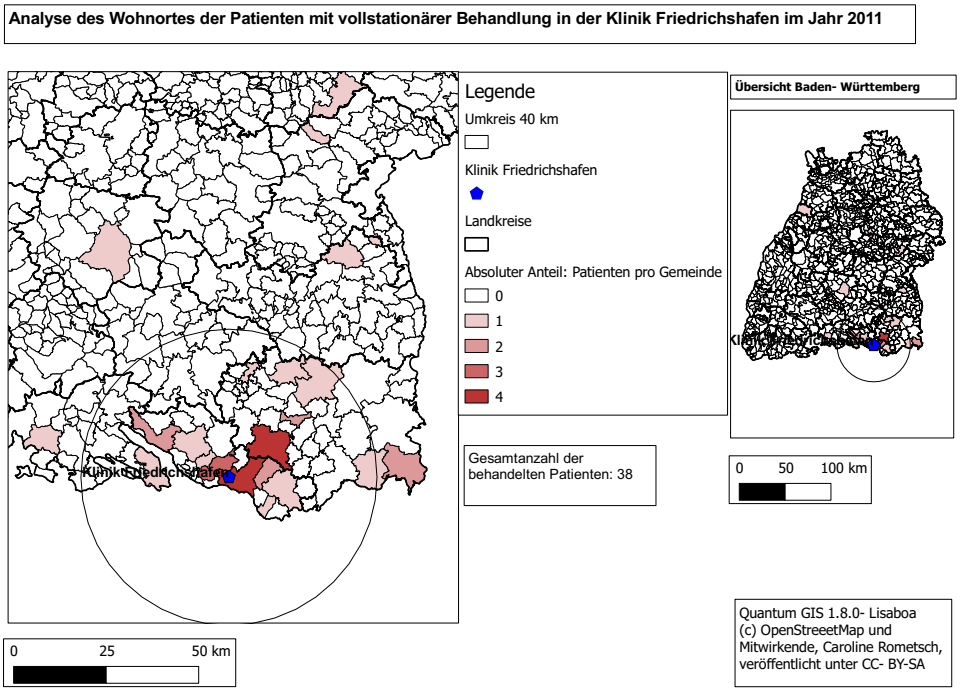


Abbildung 3.48: Karte 3, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung

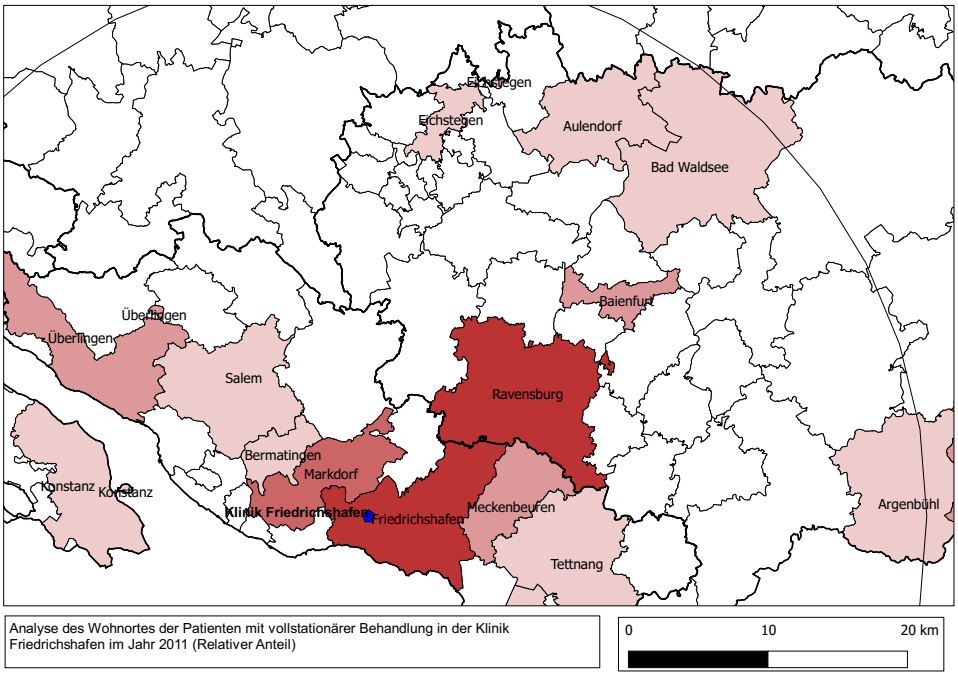


Abbildung 3.49: Karte 4, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung

FAZIT: Die erste Hypothese kann bestätigt werden. In der Klinik Friedrichshafen werden 69 % (Absolutzahl: 25) der Patienten, die in einem Umkreis von 40 km wohnen, behandelt. Die zweite Hypothese kann allerdings damit nicht bestätigt werden.

4 Auswertung der Ergebnisse: Überschneidungen

Nach Betrachtung des Einzugsgebietes der einzelnen Kliniken, stellt sich die Frage, bei welchen Kliniken sich das Einzugsgebiet überschneidet. Daher folgt nun die Auswertung der Kliniken, in denen Patienten behandelt wurden, die aus der gleichen Gemeinde stammen.

4.1 Klinik PP.rt und Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung

Zu Beginn kann man für die Klinik PP.rt festhalten, dass die Gemeinde Reutlingen die Gemeinde darstellt, aus der der größte Anteil der behandelten Patienten mit insgesamt 45 % (Absolutzahl: 175) stammt. Ebenso begaben sich in vollstationäre Behandlung in der Klinik Zwiefalten 13 % (Absolutzahl 47) der depressiv erkrankten Patienten, die aus der Gemeinde Reutlingen stammen.

Auch für die Gemeinden Pfullingen und Eningen unter Achalm tritt eine Überschneidung auf, so stammen 8 % (Absolutzahl 31) der Patienten aus der Gemeinde Pfullingen, die in der Klinik PP.rt vollstationär behandelt wurden und 4 % (Absolutzahl 15) der Patienten, die in der Klinik Zwiefalten vollstationär behandelt wurden. Für die Gemeinde Eningen unter Achalm ergibt sich folgende Überschneidung: 6 % (Absolutzahl 23) der Patienten, die in der Klinik PP.rt vollstationär behandelt wurden, stammen aus der Gemeinde Eningen unter Achalm, in der Klinik Zwiefalten wurden aus dieser Gemeinde 5 % vollstationär behandelt (Absolutzahl 19), vgl. Abbildungen 4.1, 4.2, 4.3, 4.4.

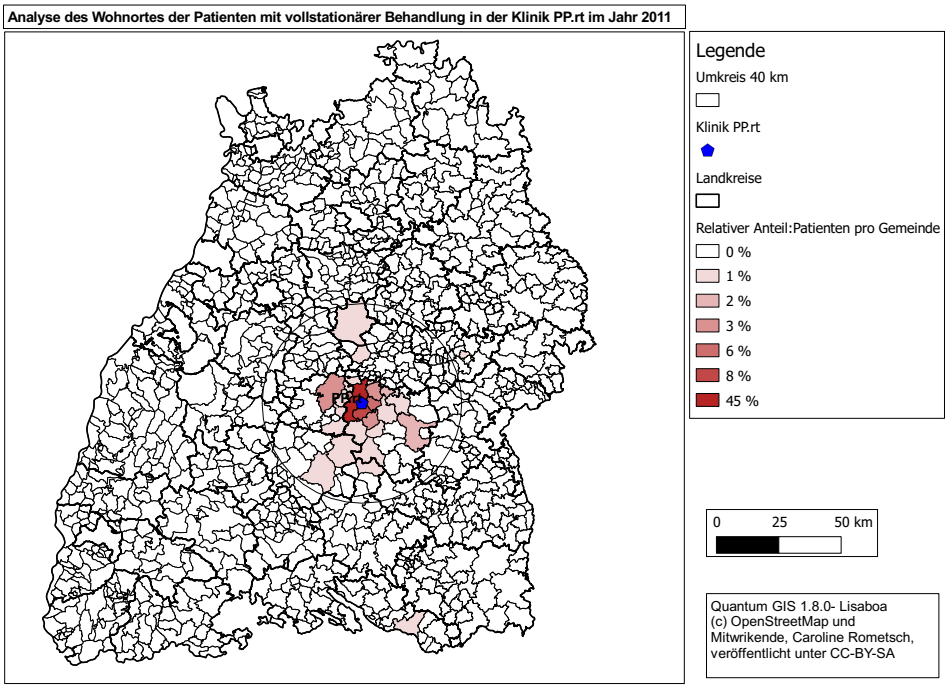


Abbildung 4.1: Karte 1, Klinik PP.rt mit vollstationäre Behandlung der Patienten

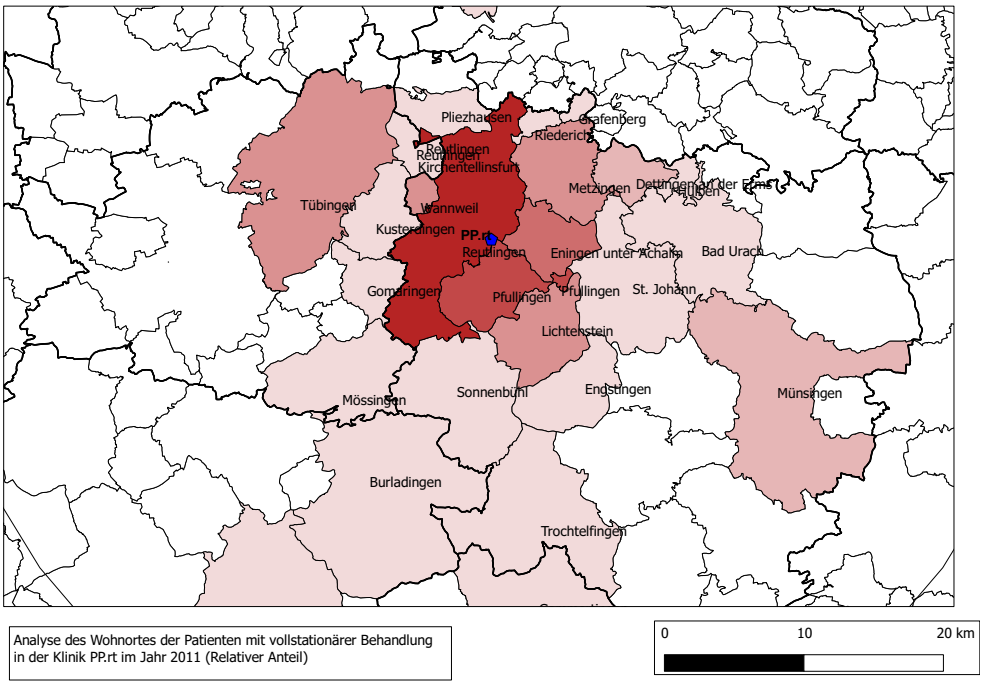


Abbildung 4.2: Karte 4, Nahaufnahme der Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung

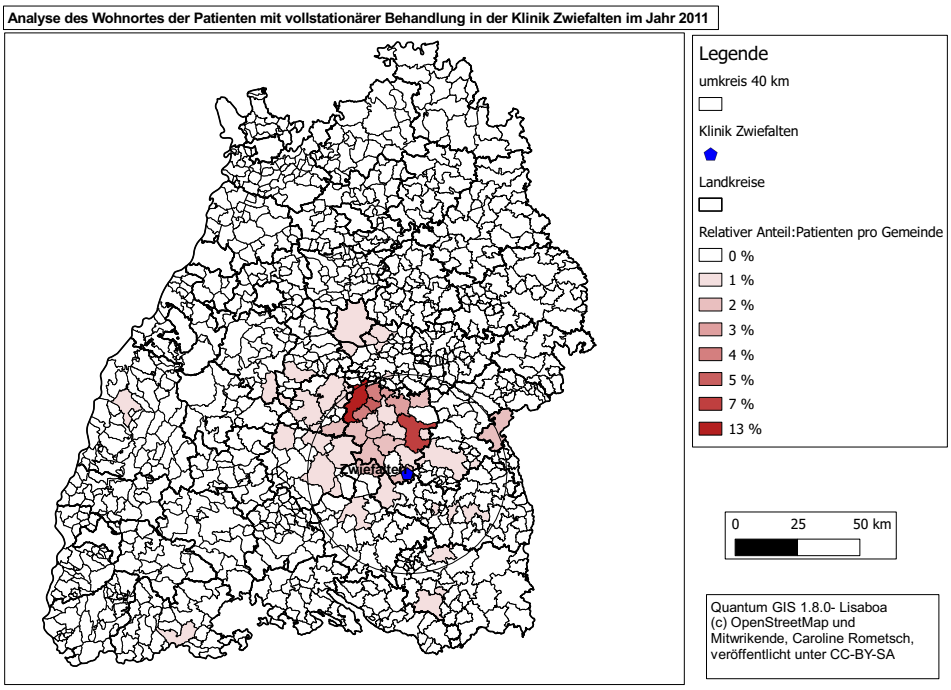


Abbildung 4.3: Karte1, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung

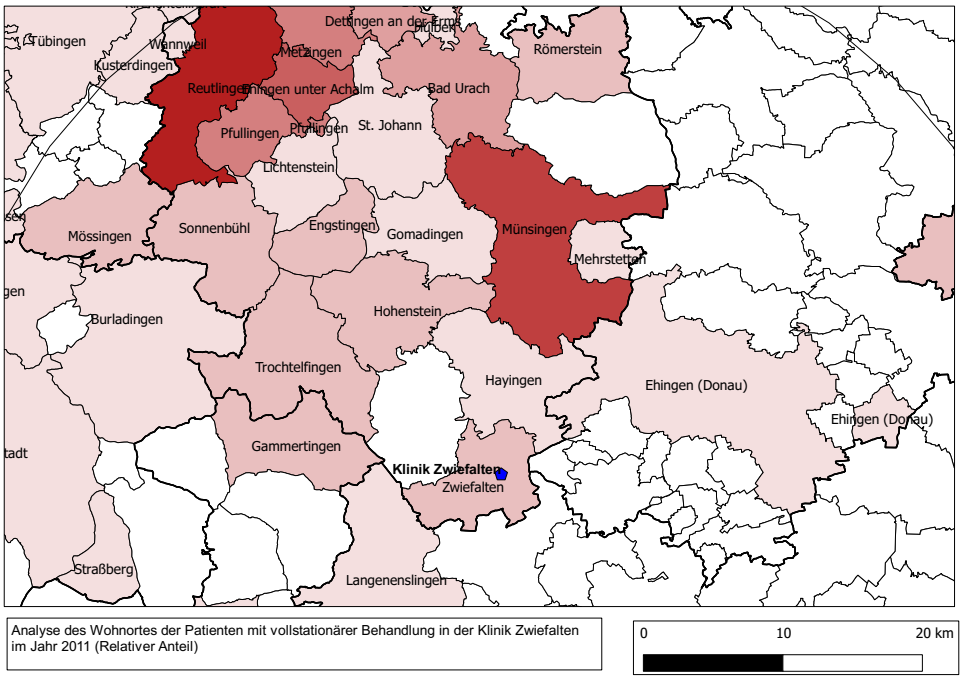


Abbildung 4.4: Karte 4, Nahaufnahme der vollstationären Behandlung in der Klinik Zwiefalten

4.2 Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung und Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung

Für die teilstationäre Behandlung lässt sich feststellen, dass in der Klinik PP.rt ebenfalls ein Großteil der Patienten aus den Gemeinden Reutlingen (Relativer Anteil: 53%, Absolutzahl 83), Pfullingen (Relativer Anteil: 10 %, Absolutzahl: 16) und Eningen unter Achalm (Relativer Anteil 9 %, Absolutzahl 15) stammen (vgl. hierzu Übersichtskarte und Nahaufnahme der Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung).

4.3 Klinik Bad Schussenried und Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung

Als nächstes schließt sich die Klinik Bad Schussenried an. Hierbei konnte gezeigt werden, dass 7 % der Patienten (Absolutzahl 36), die vollstationär in der Klinik Bad Schussenried behandelt wurden, aus der Gemeinde Ehingen an der Donau stammen, aus welcher ebenfalls mit der Mehrheit von 22 % (Absolutzahl: 24) die Patienten stammen, die in der Klinik Ehingen vollstationär behandelt wurden (Abbildung 4.5, 4.6, 4.7, 4.8).

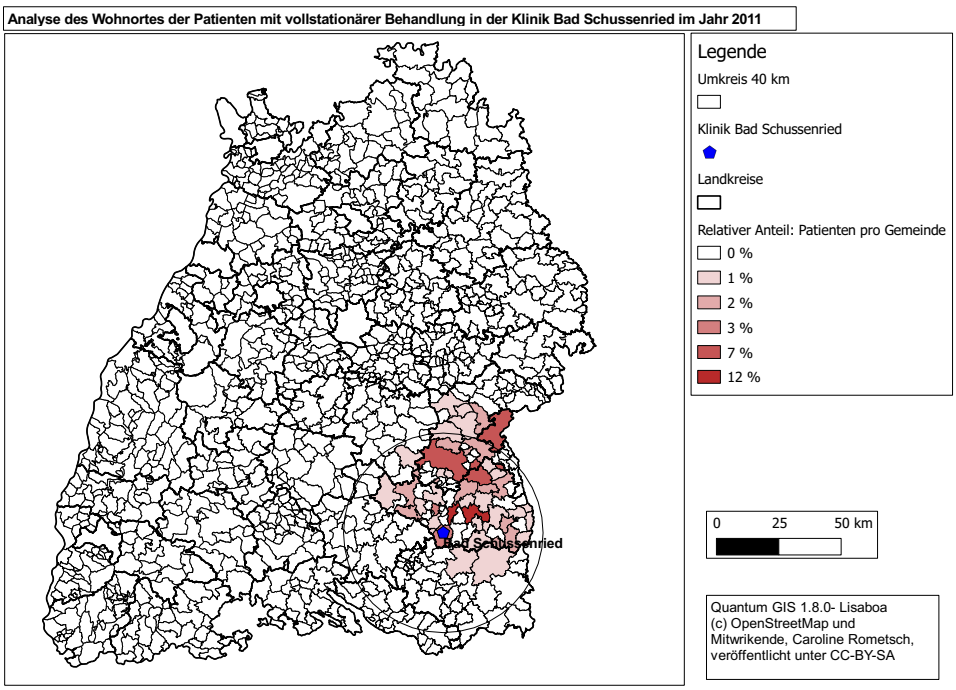


Abbildung 4.5: Karte 1, Bad Schussenried vollstationäre Behandlung

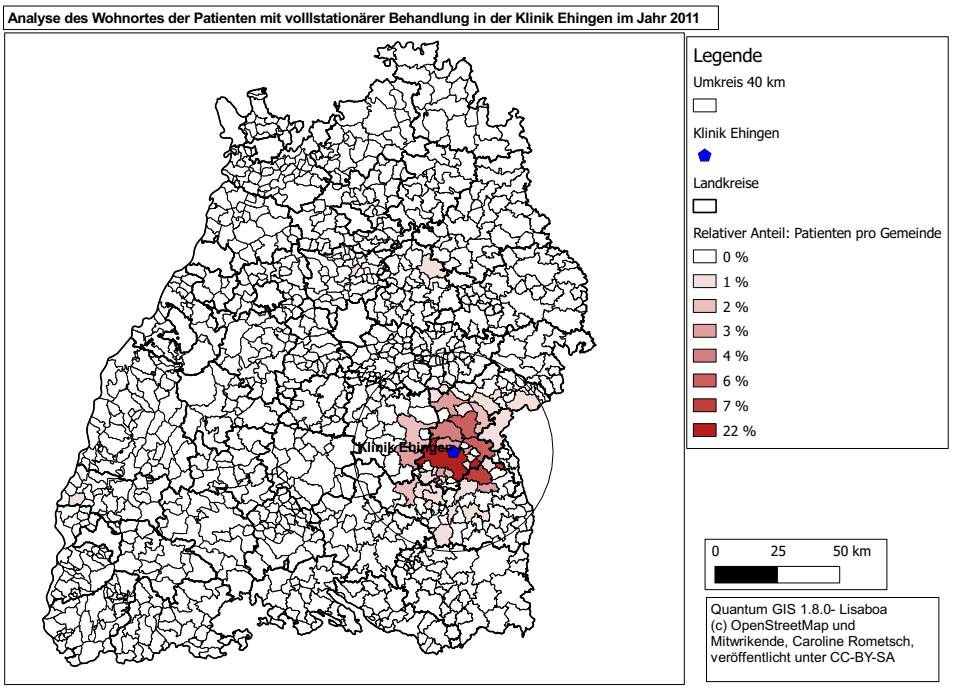


Abbildung 4.6: Karte 1, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung

Und zur Verdeutlichung des gemeinsamen Einzugsgebiets die Nahaufnahmen der beiden Kliniken:

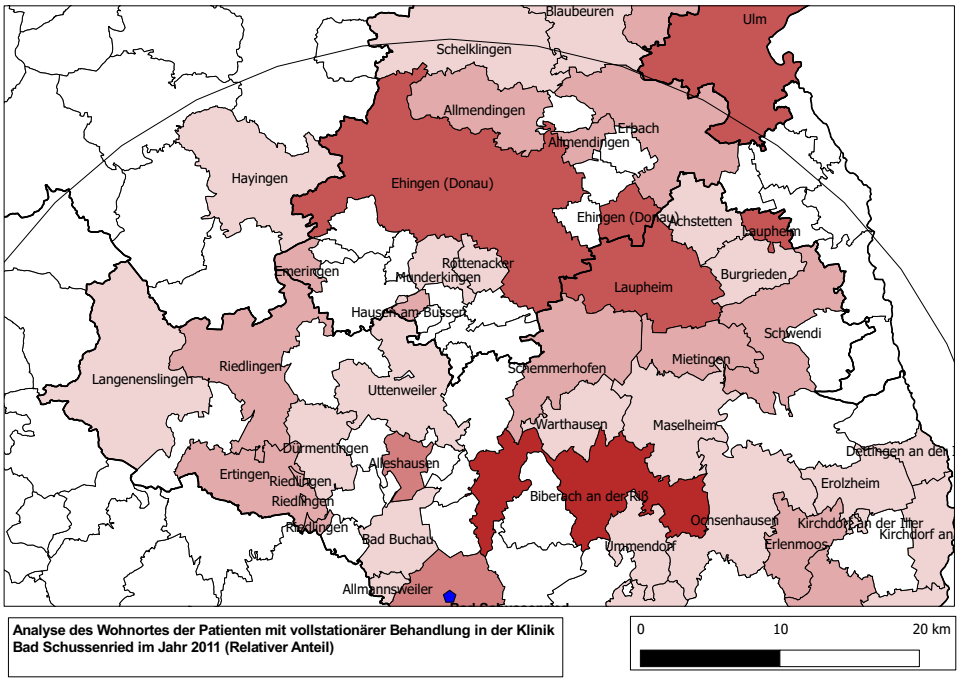


Abbildung 4.7: Karte 4, Nahaufnahme der vollstationären Behandlung in der Klinik Bad Schussenried

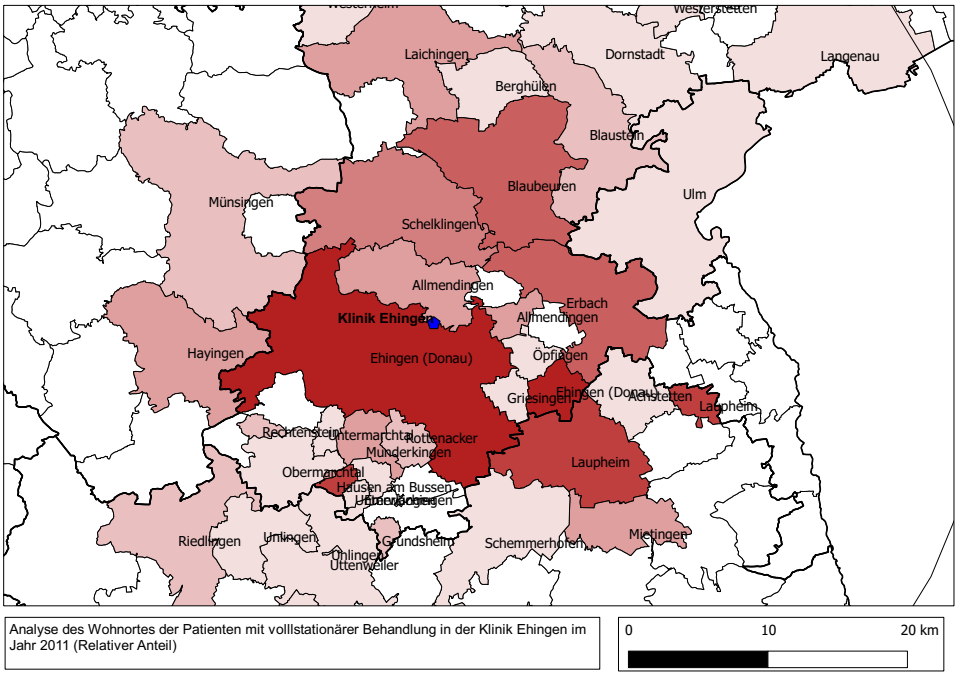


Abbildung 4.8: Karte 4, Nahaufnahme der vollstationären Behandlung in der Klinik Ehingen

4.4 Tagesklinik Biberach und Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung

Für die teilstationäre Behandlung der Patienten aus der Tagesklinik Biberach und der Klinik Ehingen ergibt sich ein ähnliches Bild wie für die vollstationäre Behandlung. Die Überschneidungen betreffen hauptsächlich die Gemeinde Ehingen an der Donau, aus welcher 12 % der Patienten (Absolutzahl: 16) stammen, die in der Tagesklinik Biberach behandelt wurden und der Hauptanteil der Patienten mit 37 % (Absolutzahl: 15), die in der Klinik Ehingen teilstationär behandelt wurden. Zudem lassen sich Überschneidungen in der Gemeinde Laupheim feststellen. In der Tagesklinik Biberach wurden 7 % (Absolutzahl: 9) der Patienten behandelt, in der Klinik Ehingen waren es weitere 5 % (Absolutzahl: 2) der Patienten (vgl. Abbildung 4.9, 4.10, 4.11, 4.12).

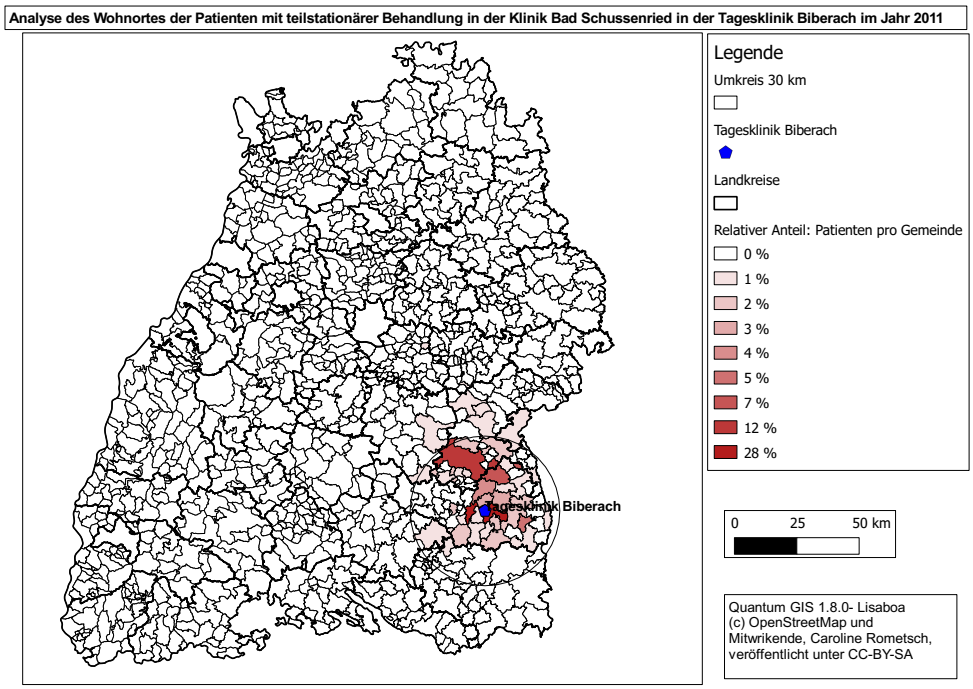


Abbildung 4.9: Karte 1, Tagesklinik Biberach mit teilstationären Behandlung

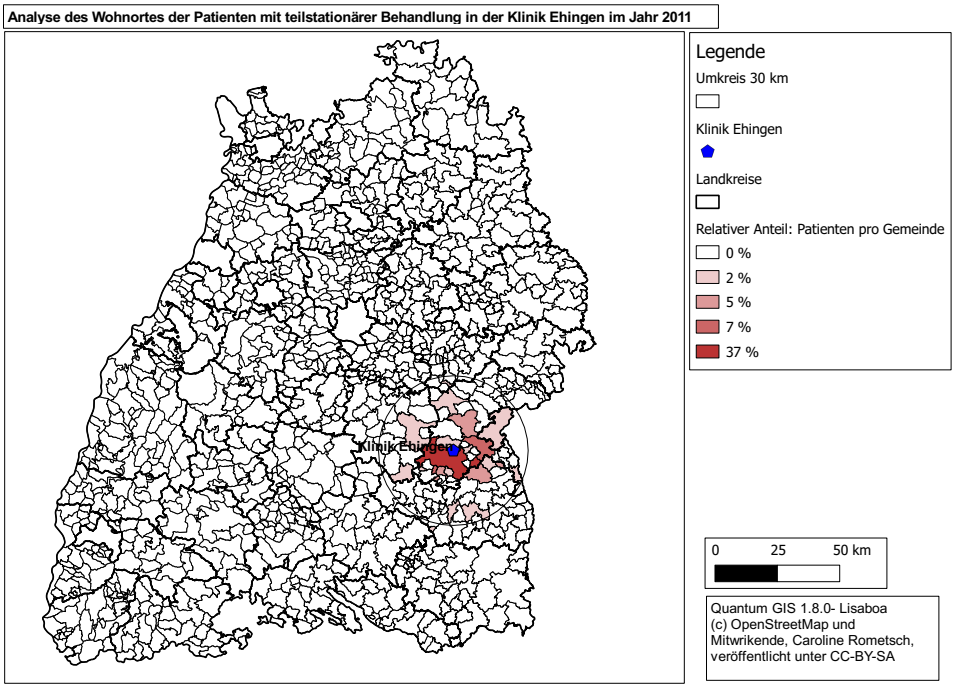
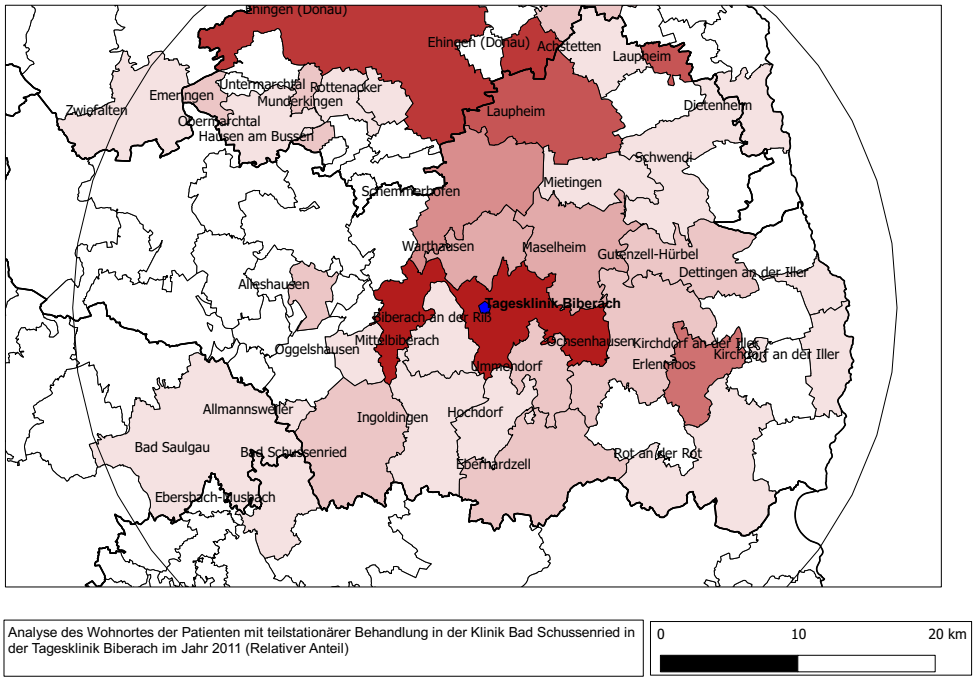


Abbildung 4.10: Karte 1, Klinik Ehingen mit teilstationären Behandlung

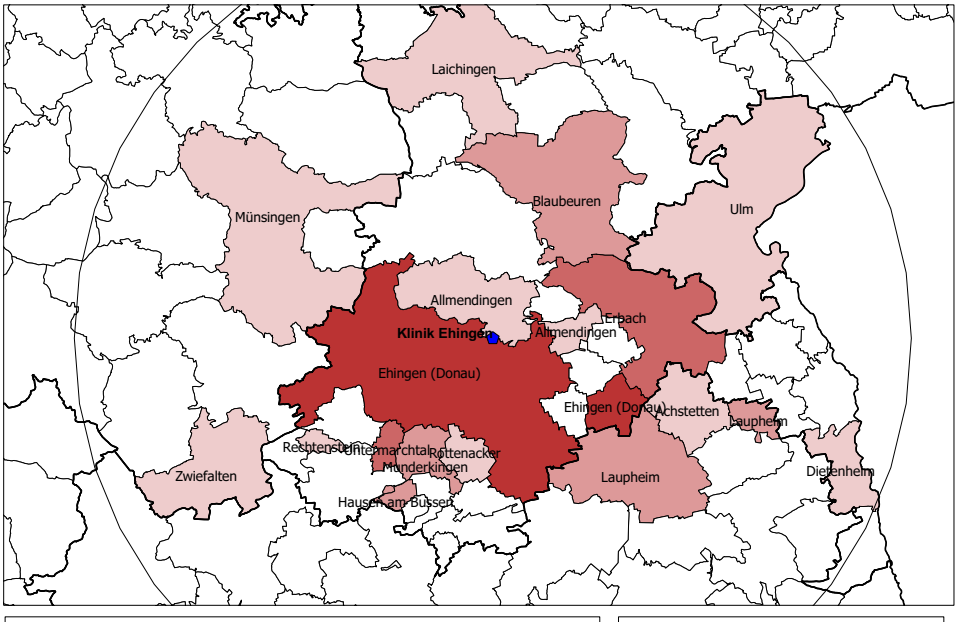
Nahaufnahme der beiden Kliniken.



Analyse des Wohnortes der Patienten mit teilstationärer Behandlung in der Klinik Bad Schussenried in der Tagesklinik Biberach im Jahr 2011 (Relativer Anteil)

0 10 20 km

Abbildung 4.11: Karte 4, Nahaufnahme der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik Biberach



Analyse des Wohnortes der Patienten mit teilstationärer Behandlung in der Klinik Ehingen im Jahr 2011 (Relativer Anteil)

0 10 20 km

Abbildung 4.12: Karte 4, Nahaufnahme der vollstationären Behandlung in der Klinik Ehingen

Aus der Nahaufnahme wird klar erkennbar, dass die Tagesklinik Biberach in das Versorgungsgebiet der Klinik Ehingen deutlich eingreift und hieraus viele Überschneidungen resultieren, nicht aber umgekehrt.

4.5 Klinik Weissenau und Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung

In der Klinik Weissenau wurden 5 % der Patienten (Absolutzahl 31) behandelt, die aus der Gemeinde Wangen im Allgäu stammen. Ebenfalls 36 % der Patienten (Absolutzahl: 16), die in der Klinik Wangen behandelt wurden, stammen aus dieser Gemeinde (vgl. Abbildung 4.13, 4.14, 4.15, 4.16).

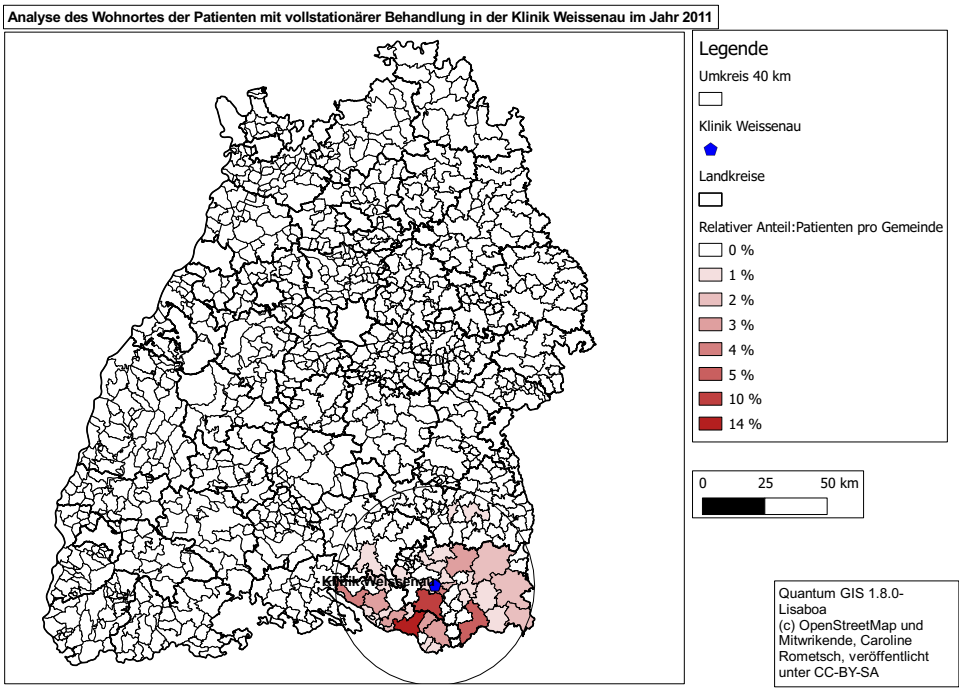


Abbildung 4.13: Karte1, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung

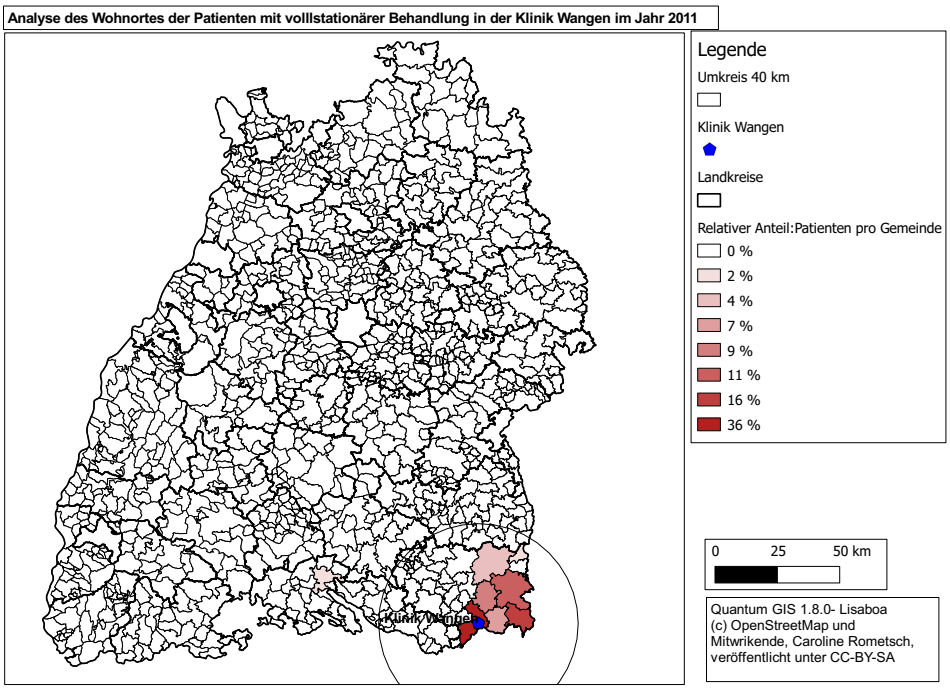


Abbildung 4.14: Karte1, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung

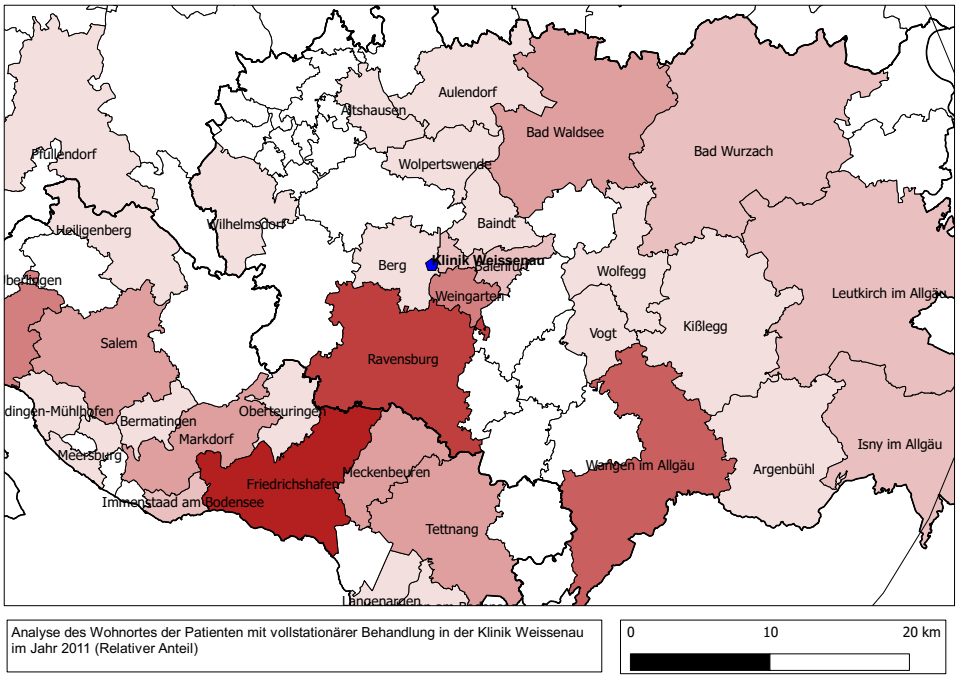


Abbildung 4.15: Karte 4, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung

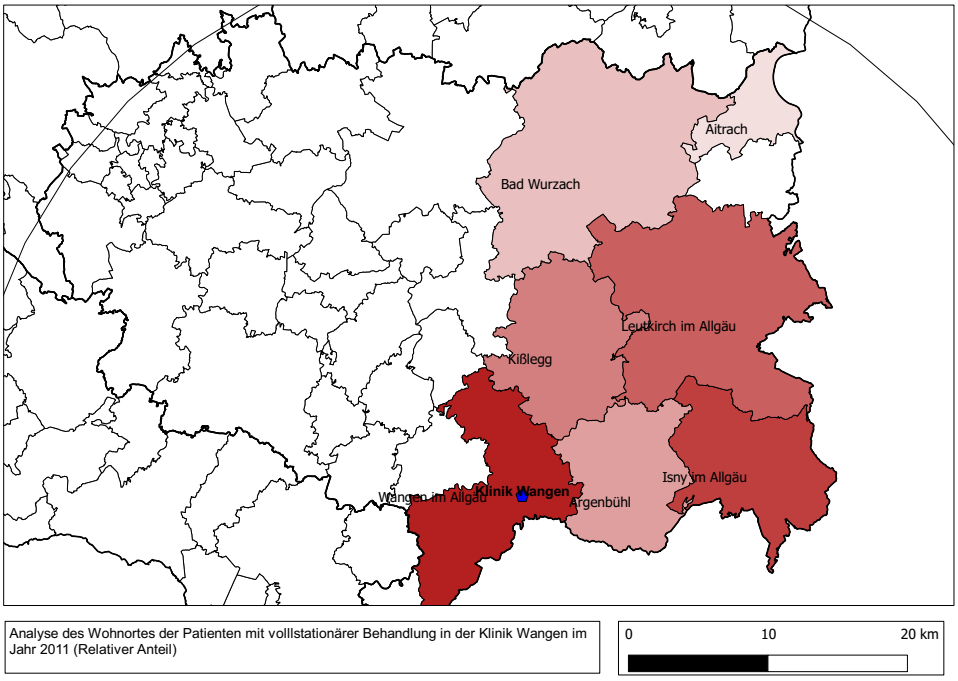


Abbildung 4.16: Karte 4, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung

4.6 Klinik Weissenau und Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung

Auch für die teilstationäre Behandlung der Klinik Weissenau und der Klinik Wangen lassen sich zwei Gemeinden identifizieren, die einen Anteil der behandelten Patienten sowohl der Klinik Weissenau als auch der Klinik Wangen ausmacht. Hier spielt vor allem die Gemeinde Wangen im Allgäu mit 10 % (Absolutzahl: 13) der Patienten, die in der Klinik Weissenau teilstationär behandelt wurden, eine Rolle. Auch stammt aus dieser Gemeinde 33 % der Patienten (Absolutzahl: 13), die in der Klinik Wangen teilstationär behandelt wurden. Auch stammen 6 % der Patienten (Absolutzahl: 8), die in der Klinik Weissenau behandelt wurden, aus der Gemeinde Leutkirch im Allgäu, wobei es mit einem Anteil von 20 % (Absolutzahl: 8) verhältnismäßig betrachtet, ein größerer Teil der Patienten ist, der in der Klinik Wangen behandelt wurde (vgl. Abbildung4.17, 4.18, 4.19, 4.20).

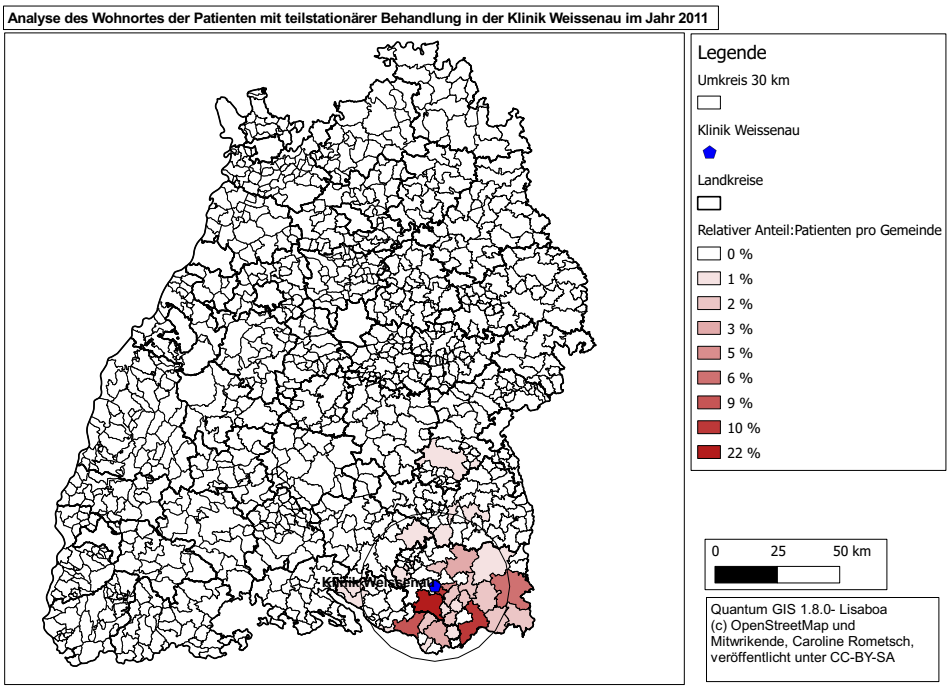


Abbildung 4.17: Karte 1, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung

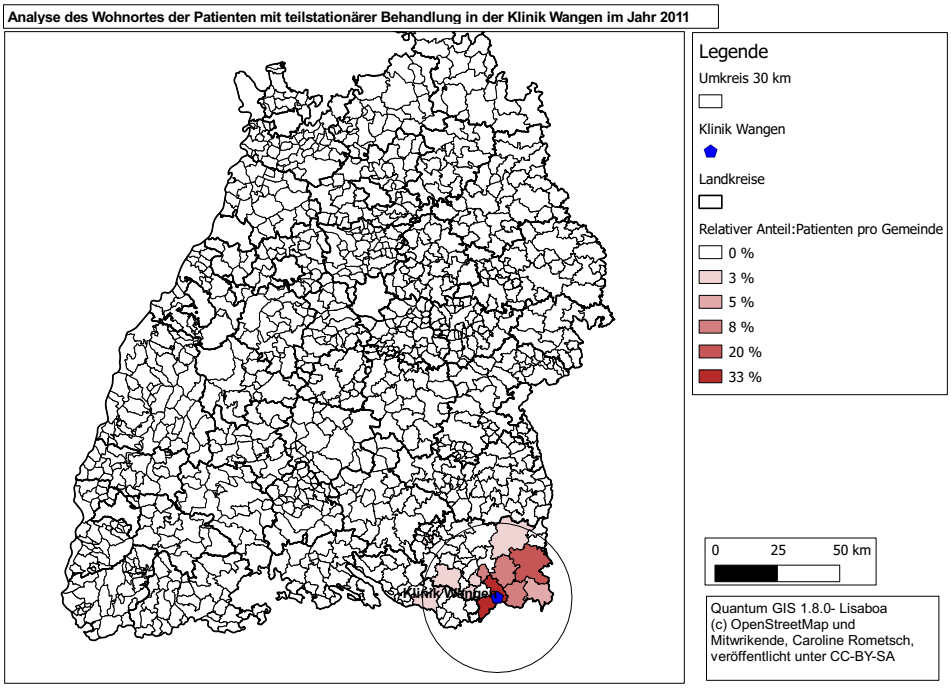


Abbildung 4.18: Karte 1, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung

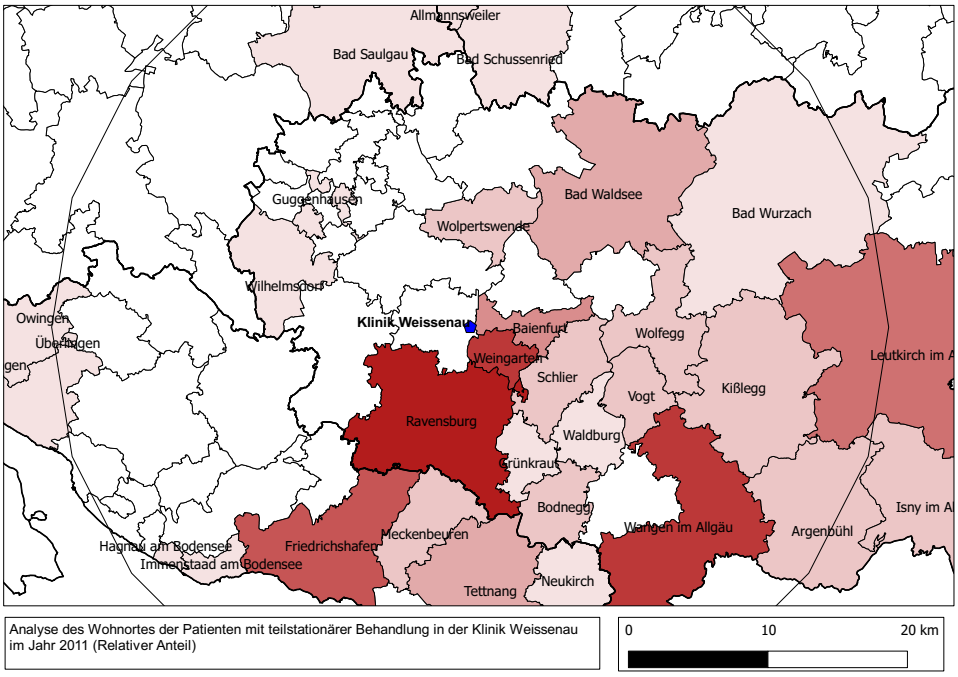


Abbildung 4.19: Karte 4, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung

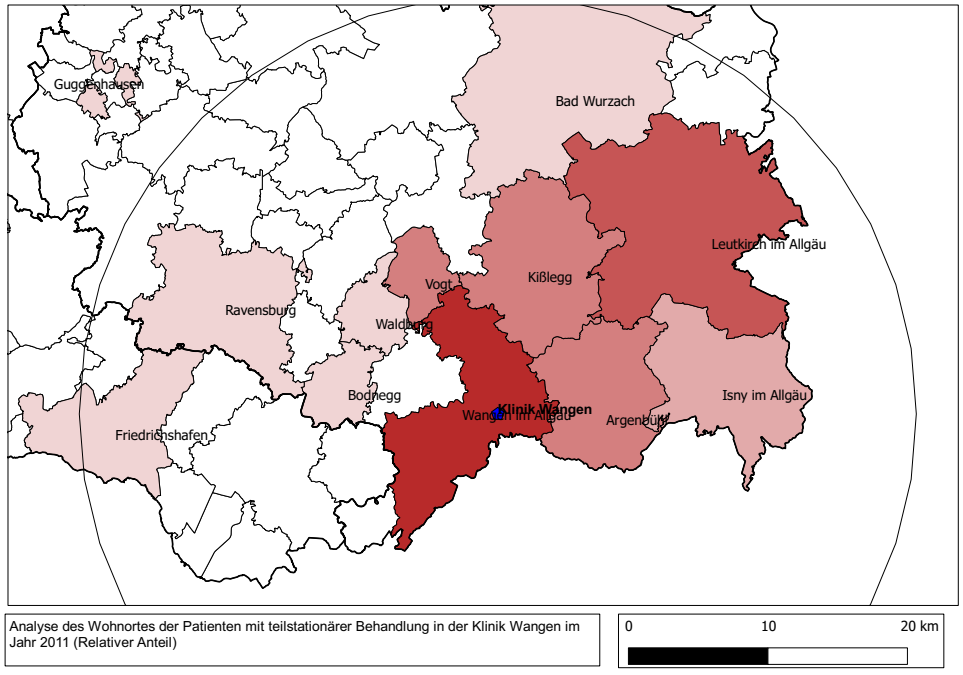


Abbildung 4.20: Karte 4, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung

4.7 Klinik Weissenau und Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung

Die Mehrheit der Patienten, die aus der Gemeinde Friedrichshafen stammen, wurde in der Klinik Weissenau mit einem Anteil von 14 % (Absolutzahl: 85) vollstationär behandelt. Ebenfalls stammen 11 % der Patienten, die sich in der Klinik Friedrichshafen in vollstationärer Behandlung befanden, aus der Gemeinde Friedrichshafen (vgl. Abbildung 4.21, 4.22, 4.23, 4.24).

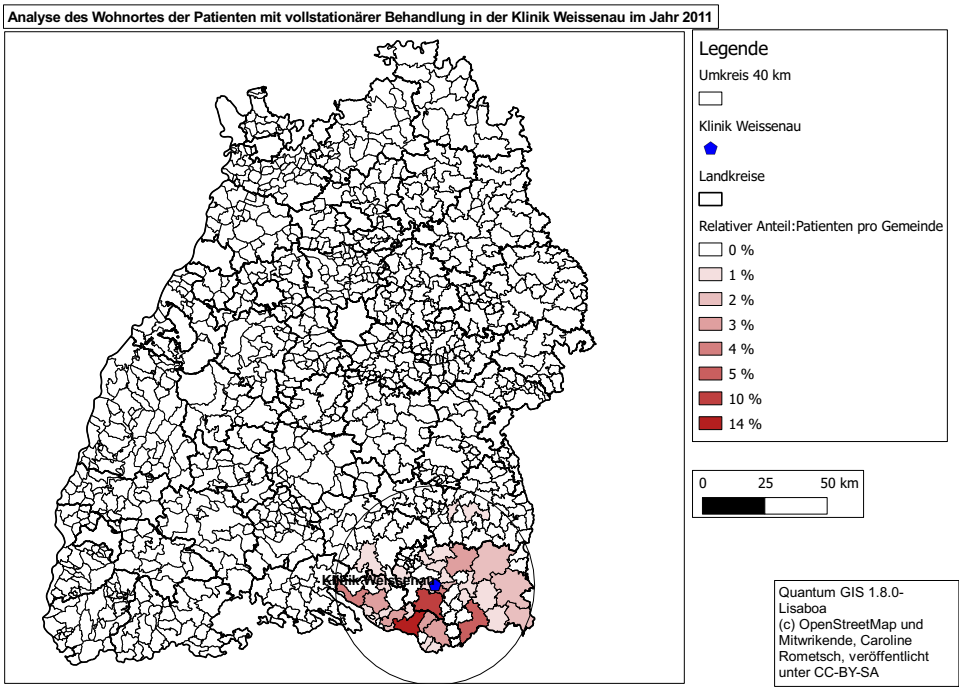


Abbildung 4.21: Karte 1, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung

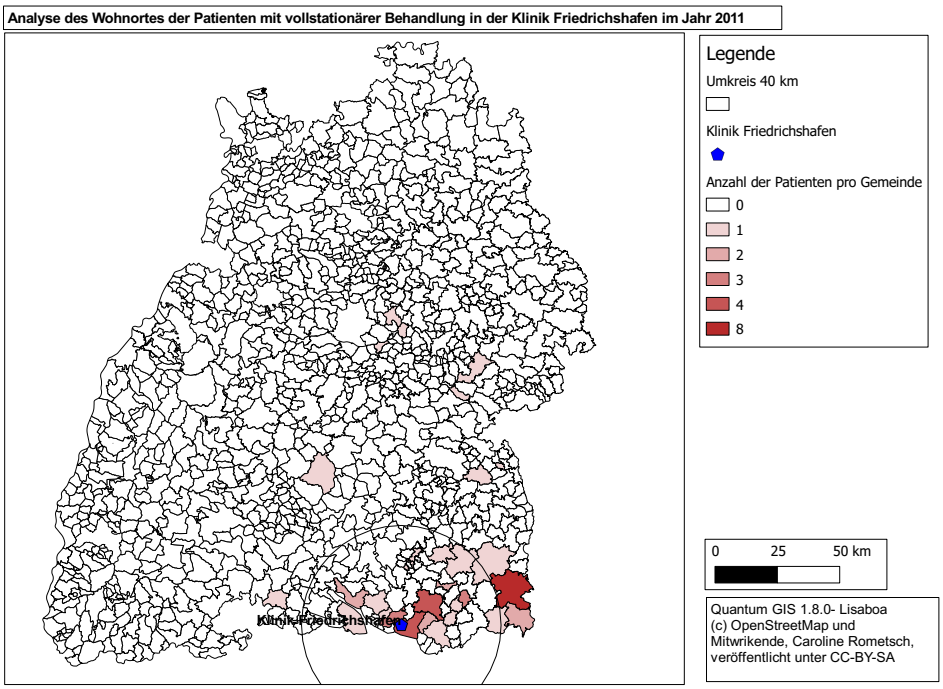


Abbildung 4.22: Karte 1, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung

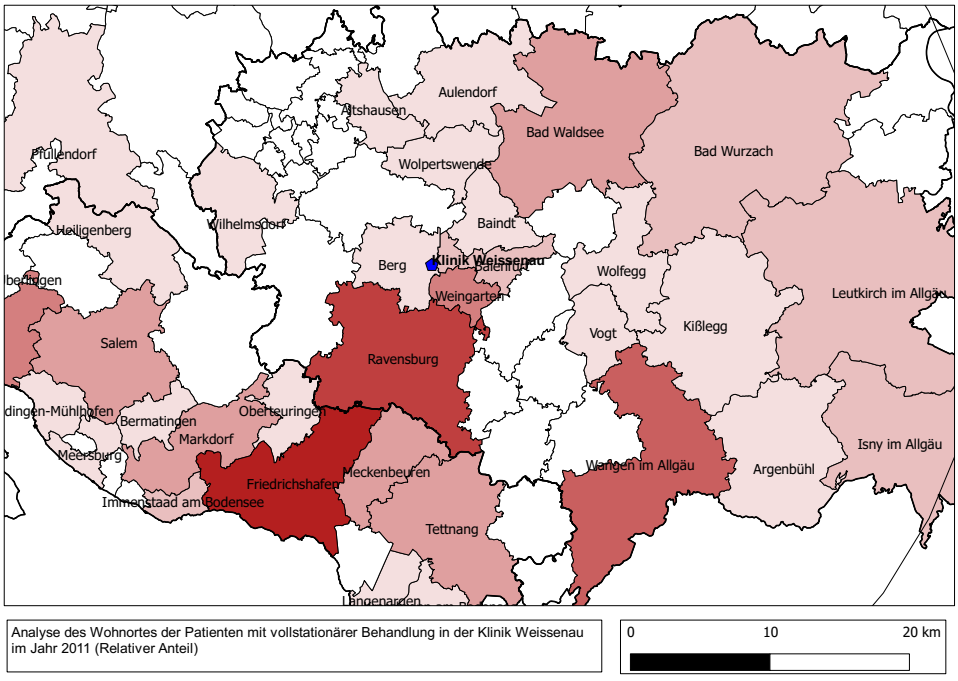


Abbildung 4.23: Karte 4, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung

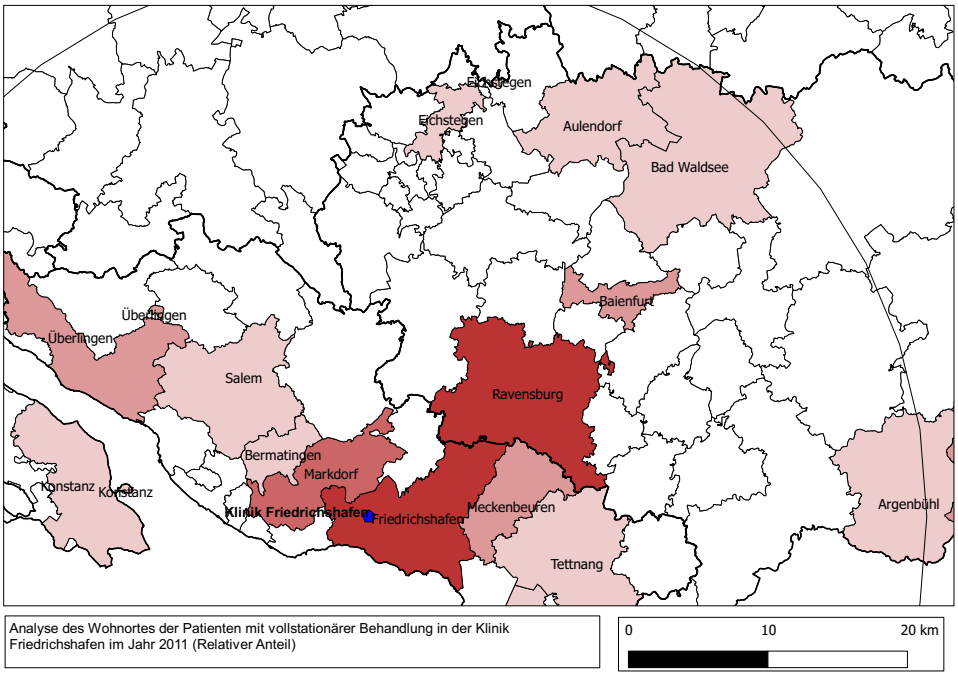


Abbildung 4.24: Karte 4, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung

5 Diskussion

5.1 Art und Qualität der Daten

In der vorliegenden Arbeit wurden Herkunftsdaten von Patienten mit einer F3- Diagnose aus dem Jahr 2011 grafisch aufgearbeitet, um die Versorgungssituation für das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg darzustellen. Die Daten stammen aus einem betriebsinternen Dokumentationssystem. Bei den Daten handelt es sich um Sekundärdaten, die durch unterschiedliche Konvertierungen für eine grafische Veranschaulichung genutzt wurden. Die Daten werden durch das betriebsinterne System so abgespeichert, dass die Gemeinde ermittelt werden kann, aus welcher der an einer F3-Diagnose erkrankte Patient stammt. Dadurch war es möglich, die Versorgungsrealität für das ZfP Südwürttemberg abzubilden. Die Inanspruchnahme der einzelnen Kliniken für die unterschiedlichen Regionen kann veranschaulicht werden und Abweichungen bzw. „Wanderungsmöglichkeiten“ in der Region können aufgezeigt werden. Außerdem konnten durch diese Methode Gemeinden, die zwischen zwei Kliniken liegen, dargestellt werden und es wurde untersucht, in welche Klinik sich die depressiv erkrankten Patienten aus solchen Gemeinden begeben. Bei den Sekundärdaten handelt es sich um Daten, die in erster Linie nicht zur Auswertung des Wohnortes dokumentiert wurden. Verzerrungen sind durch die Angabe von Erst- und Zweitwohnsitzen möglich, z. B. bei Studenten. In dem Kartenmaterial wurde die Gemeinde dargestellt, aus welcher der Patient stammt. Es wurde allerdings nicht der exakte Wohnsitz des Patienten als einzelne grafische Abbildung veranschaulicht, da die Wohnadresse als grafische Darstellung eine schwer zu realisierende Konvertierung benötigt. Die Datenmenge ist durch die Speicherung bei Aufnahme der Patienten vollständig und stellt somit eine verlässliche Erhebung dar. Eisele et al. (2012) konnten in ihrer Studie zeigen, dass die Sekundäranalyse von Routinedaten ein weites Spektrum an Fragestellungen bei gesundheitsökonomischen Untersuchungen zulässt. Der Untersuchungszeitraum wurde in dieser Dissertation auf ein Jahr begrenzt, allerdings lassen die Sekundärdaten eine Ausweitung auf zurückliegende und kommende Jahre zu. Eisele et al. (2012) zeigten, dass deshalb Sekundärdaten eine kostengünstige und statistisch überlegene Alternative zu Stichprobenuntersuchungen sind (Eisele et al., 2012). Die Zahl der behandelten depressiv erkrankten Patienten unterscheiden sich allerdings deutlich in

den einzelnen Kliniken. Die Klinik Weissenau weist bei der vollstationären Behandlung eine Anzahl von 629 depressiv erkrankte Patienten auf, die Klinik Friedrichshafen nur 38 depressiv erkrankte Patienten im Jahr 2011. Diese enorme Spannbreite kommt durch die unterschiedliche Bettenzahl der Kliniken zustande.

In die Untersuchung wurden Patienten eingeschlossen, die eine F3-Diagnose als Hauptdiagnose erhielten. Der Wohnort der depressiv erkrankten Patienten, die aus dem Bundesland Baden-Württemberg stammen, wurde grafisch dargestellt. Vereinzelt stammen depressiv erkrankten Patienten aus Gemeinden, die nicht zu Baden-Württemberg zählen. Aufgrund der Übersichtlichkeit der Karten und der geringen Patientenanzahl, die aus einer Gemeinde außerhalb Baden-Württembergs stammt, wurde dieses Patientenkollektiv nicht dargestellt. Insgesamt handelt es sich hierbei um wenige Patienten, wenn die Gesamtzahl der behandelten Patienten betrachtet wird. Die Patienten könnten durch ein Familienmitglied oder Lebenspartner Anschluss an die Klinik gefunden haben. Die ist vor allem bei einer teilstationären Behandlung denkbar. Nicht untersucht wurde die Altersstruktur der depressiv Erkrankten. Auch die Geschlechtsunterschiede wurden in dieser Untersuchung nicht abgebildet. Es können sich unterschiedliche Inanspruchnahmen von Therapien ergeben. Frauen könnten aufgrund der familiären Anbindung eine wohnortnahe Behandlung bevorzugen, im Gegensatz zu Männern, die weitere Entfernungen auf sich nehmen.

5.2 Versorgungsstruktur der einzelnen Kliniken des ZfP

5.2.1 Versorgungsstruktur des ZfP

Das Einzugsgebiet des ZfP Südwürttembergs umfasst die Versorgung von etwa 1,8 Millionen Einwohnern, welche in den Versorgungsregionen Alb-Neckar, Donau-Riss und Ravensburg-Bodensee wohnhaft sind. Insgesamt gibt es in dieser Region mehr als 25 Standorte, an denen unterschiedliche Angebote im stationären, teilstationären und ambulanten Rahmen stattfinden. Die Kliniken in Bad Schussenried, Weissenau, Zwiefalten, Reutlingen, Ehingen, Biberach, Wangen und Friedrichshafen bieten so ein breites Netz an Wohn- und Pflegeheimen, Werkstätten und ambulanten Angeboten. Das ZfP Südwürttemberg ist in der Versorgungsregion Alb-Neckar für die Landkreise Reutlingen, Tübingen und Esslingen zuständig (Zentrum für Südwürttemberg, 2014b).

Diese Untersuchung gibt eine erste Orientierung über die Versorgung durch die Kliniken des Zentrum für Südwürttemberg. Sie beschäftigt sich mit der Frage, ob im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg eine wohnortnahe Versorgung Depressiverkrankter ge-

währleistet ist und welches Behandlungskonzept für die Versorgung depressiv Erkrankter geeignet ist. Weiterhin konnten anhand der grafischen Darstellung der Versorgungssituation im Jahr 2011 Patientenströme zwischen den Kliniken aufgezeigt werden.

Im Alltag ergibt sich häufig das Problem, welche Patienten aufgenommen und welche Patienten aufgrund der Zuständigkeit einer anderen Klinik nicht aufgenommen werden können. Eine gesetzlich geregelte Zuständigkeit existiert nicht. Die Kliniken befolgen das Prinzip der Selbstverpflichtung und halten sich in der Regel an die Einzugsgebiete, die durch die Landkreisgrenzen der umliegenden Gemeinden gekennzeichnet sind. Das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten spielt auf der einen Seite eine wichtige Rolle, andererseits aber auch die wohnortnahe Versorgung und die Pflichtversorgung. Es bleibt offen, nach welchem Prinzip die Aufnahmen in einer Klinik gestaltet werden sollte. Die Kliniken benötigen eine klare Regelung, damit das „Weiterschicken" von Klinik zu Klinik nicht darin endet, dass der Patient sich zurückgewiesen fühlt und letztlich gar keine Behandlung erhält. Andererseits könnte die Entscheidungsfreiheit des Patienten möglicherweise darin enden, dass viele Patienten eine bestimmte Klinik meiden und stattdessen eine Klinik aufsuchen, die ebenfalls gut zu erreichen ist. Dadurch könnte es zu Überlastungen einer ebenfalls in der Nähe gelegenen Klinik kommen. Bislang liegen wenige Daten zu Patientenströmen in Deutschland vor. Diese Untersuchung kann als erste Übersicht für Patientenwanderungen im ZfP gelten.

5.2.2 Aktueller Forschungsstand der Versorgungsstruktur in Deutschland

Da die aktuelle Forschung am Anfang steht, wird die Frage nach der Entfernung, bzw. dem Umkreis des Wohnortes für die Behandlung depressiv Erkrankter, wenig thematisiert. Die Frage nach einer genauen Angabe der Distanz zwischen Wohnort des Patienten und der Klinik beantworten Buckenberger und die Psychiatrie-Enquête folgendermaßen: Bruckenberger et al. (2006) sehen für eine bürgernahe, wohnortnahe Versorgung für die vollstationäre Versorgung in den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und HNO-Heilkunde eine Entfernung von 25 bis 30 km als eine angemessene Distanz (Bruckenberger et al., 2006). Wie anfangs beschrieben, empfiehlt die Psychiatrie-Enquête von 1975 eine Radialentfernung von 25 km/1 Stunde Wegzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Psychiatrie-Enquête and Deutscher Bundestag, 1975).

Bisher umfasst das Einzugsgebiet der Kliniken i. d. R. die Landkreise. Das Einzugsgebiet der Krankenhäuser ist dabei von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Zu diesen Faktoren zählt die Bevölkerungsdichte am Standort der Klinik, die Klinikgröße, der Versorgungsauftrag, die Qualität der Leistungen, aber auch die Entfernung zu anderen

Kliniken und auch die persönlichen Präferenzen der Ärzte und Patienten. Je seltener eine Fachklinik vorhanden ist, desto größer wird grundsätzlich das Einzugsgebiet. Eine Klinik verfügt über ein Kerngebiet, aus dem mehr als 50 % der Patienten stammen und je weiter die Patienten entfernt wohnen, desto geringer ist meist der Anteil der Patienten aus diesen Regionen. Auch gilt, dass je spezialisierter das Angebot einer Klinik ist, desto größer ist das Einzugsgebiet. Rechtlich gesehen ist eine Zuweisung einer bestimmten Einwohnerzahl oder eines Einzugsgebiets in manchen Bundesländern erlaubt, nicht aber in Baden-Württemberg. Vor allem für die Notfallversorgung kann diese Regelung einen besonderen Einfluss auf das Einzugsgebiet haben. Insgesamt lassen sich über die Patientenwanderung einige Erkenntnisse zusammenfassen. Rechtliche Regelungen, wie z. B. die freie Krankenhauswahl und die Einflussnahme der Kostenträger sind mitverantwortlich für die Patientenwanderung, aber auch die Angebotsstruktur und die Notwendigkeit einer Notfallbehandlung spielen eine essentielle Rolle. Eine Tendenz bei der Patientenwanderung ist durch das Leistungsangebot erkennbar: Je spezieller dieses Angebot ist und je weniger rechtliche Vorgaben gemacht werden, desto größer ist die Zahl der Patientenwanderung (Bruckenberger et al., 2006).

5.2.3 Regionalität und Spezialisierung der Klinik als Kernpunkte der Versorgungsstruktur

Mit Hilfe des Kartenmaterials konnte die Vermutung bestätigt werden, dass der überwiegende Teil der depressiv Erkrankten in einer wohnortnahen Klinik versorgt wird. Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass der weit größte Teil der depressiv erkrankten Patienten in vollstationärer Behandlung aus einem Umkreises der Aufnahmeklinik von 40 km und bei teilstationärer Behandlung aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 30 km stammt. Die Festlegung des Umkreises als mögliches Einzugsgebiet gewährleistet dem Patienten, eine adäquate Anbindung an eine psychiatrische Klinik zu erhalten. Für das ZfP Südwürttemberg muss beachtet werden, dass die untersuchten Regionen im Hinblick auf die ländlichen Strukturen sehr heterogen sind und die Einzugsgebiete der jeweiligen Kliniken sehr unterschiedlich sind. Die Klinik Zwiefalten befindet sich beispielsweise in einem sehr ländlichen Gebiet, wobei sich das Einzugsgebiet dieser Klinik die nördlich der Klinik gelegenen Gemeinden umfasst. Aufgrund dieser Strukturen ergeben sich daher Überschneidungen der aus der Gemeinde Reutlingen stammenden Patienten, die sowohl in das Versorgungsgebiet der Klinik Zwiefalten als auch der Klinik PP.rt fallen.

Diese Arbeit verdeutlicht, dass die Versorgung eine wichtige Komponente für eine bedarfsgerechte Behandlung darstellt. Nur mit einer ausreichenden Versorgungsstruktur ist es möglich, dem Patienten eine adäquate Behandlung anzubieten. Sowohl die

Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung müssen gewährleistet werden, als auch das Angebot von Spezialtherapien muss gegeben sein. Die zwei Punkte der Regionalität und der Spezialisierung sind daher Kernpunkte dieser Versorgungsstruktur. Durch die Entfernung von ihrem Wohnsitz können sich die Patienten auf eine andere, zum Teil intensivere Weise auf die Behandlung einlassen, da sie kognitiv Abstand zu den problematischen Punkten, die im Zusammenhang mit ihrem Wohnort stehen, gewinnen können. Diese Untersuchung zeigt, dass ein Behandlungsangebot mit wohnortnahen, weniger spezialisierten Angeboten und wohnortfernen spezialisierten Angeboten ein geeignetes Behandlungskonzept für depressiv Erkrankte ist. Außerdem wirft diese Untersuchung die Frage auf, welche Möglichkeiten der Patientenaufnahme i. S. d. regionalen Versorgungsverpflichtung vorhanden sind. Erkennbar ist, dass das Einzugsgebiet nicht starr an Landkreisgrenzen festgesetzt werden sollte, sondern es muss in Betracht gezogen werden, ob eine Regelung des Versorgungsauftrages, der sich an Umkreisen orientiert, eine ebenso gute Versorgung gewährleisten kann. Diese Strukturierung anhand von Umkreisen ermöglicht den Patienten eine wohnortnahe Versorgung und ermöglicht dem Patienten unter anderem die Möglichkeit der sozialen und beruflichen Reintegration.

5.3 Überschneidungen

5.3.1 Klinik PP.rt und Klinik Zwiefalten:

Es gibt ein gemeinsames Einzugsgebiet für die Klinik PP.rt und die Klinik Zwiefalten. Insbesondere ergab sich in der vollstationären Behandlung eine Überschneidung für die Region Reutlingen, aus der der Großteil der vollstationär behandelten Patienten stammte.

Ein Grund hierfür könnte sein, dass in Zwiefalten hauptsächlich ältere Patienten behandelt werden. Denn Zwiefalten ist durch seine Station mit Schwerpunkt der Altersdepression besonders Anlaufstelle für ältere erkrankte Depressionspatienten. Um eine spezialisierte Behandlung zu erhalten, könnten Patienten bereit sein, sich wohnortfern behandeln zu lassen und die längere Anfahrt auf sich zu nehmen.

Es lässt sich ein ähnliches Einzugsgebiet im teilstationären Bereich der Klinik PP.rt und der Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung feststellen. In der Klinik PP.rt stammte ein Großteil der depressiv erkrankten Patienten aus den Gemeinden Reutlingen, Pfullingen und Eningen unter Achalm. Die Klinik Zwiefalten bietet nur eine vollstationäre Behandlung an. Eine Tagesklinik ist an der Klinik Zwiefalten nicht angeschlossen, sodass die Patienten aus den oben genannten Gemeinden die wohnortnahe Versorgung in Reutlingen wahrnehmen können. Für Patienten, die weiter entfernt von der Klinik PP.rt

wohnen, z. B. depressiv Erkrankte aus den Gemeinden Münsingen oder Hettingen, wäre eine teilstationäre Behandlung in der Klinik Zwiefalten wohnortnäher.

5.3.2 Klinik Bad-Schussenried und Klinik Ehingen

Vor allem aus der Gemeinde Ehingen (Donau) stammt eine große Anzahl an depressiv erkrankten Patienten, die sich für eine vollstationäre Behandlung in den Kliniken Bad Schussenried und der Klinik Ehingen entschieden haben. Die Entscheidung von insgesamt 22 % (Absolutzahl: 24) der depressiv erkrankten Patienten aus der Gemeinde Ehingen, sich in der Klinik Ehingen vollstationär behandeln zu lassen, lässt sich durch die geografische Nähe erklären. Aus der Gemeinde Ehingen haben sich 7 % (Absolutzahl: 36) der Patienten, die im Jahr 2011 in der Klinik Bad Schussenried vollstationär behandelt wurden, entschlossen, die weiter entfernt liegende Klinik Bad Schussenried aufzusuchen. Eine Erklärung ist die begrenzte Bettenanzahl mit 12 Behandlungsplätzen in der Klinik Ehingen, so dass es durchaus möglich ist, dass die Patienten aufgrund der begrenzten Kapazität keinen Behandlungsplatz in unmittelbarer Zukunft erhielten. Durch das Kartenmaterial wird klar, dass die Gemeinde Ehingen (Donau) deutlich innerhalb des Umkreises von 40 km liegt. Trotz längerer Anfahrt ist eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet.

5.3.3 Tagesklinik Biberach und Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung

Es ergeben sich Überschneidungen für die Gemeinde Ehingen an der Donau. 15 depressiv Erkrankte (37 % der Patienten) stammten aus der Gemeinde Ehingen (Donau), die sich teilstationär in der Klinik Ehingen, von den insgesamt 41 depressiv teilstationär behandelten Patienten im Jahr 2011, in Behandlung begaben. Aus der Gemeinde Ehingen (Donau) stammten 16 Patienten (12 %), die die Tagesklinik Biberach mit einer Gesamtzahl von 130 depressiv behandelten Patienten im Jahr 2011 aufsuchten.

Für die Gemeinde Laupheim lässt sich eine weitere Überschneidung des Einzuggebiets darstellen. Die Gemeinde Laupheim liegt geografisch näher an der Klinik Ehingen, aber auch für die Klinik Bad Schussenried ist das Einzugsgebiet von 30 km erfüllt. Eine naheliegende Erklärung für das Aufsuchen der Klinik Ehingen ist sicherlich die geografische Nähe. Die Klinik Ehingen selbst bietet 12 Behandlungsplätze an. Die Tagesklinik Biberach hingegen verfügt über 20 Tagesklinikplätze. Es ist möglich, dass sich die Patienten aus der Gemeinde Ehingen an der Donau in der Tagesklinik Biberach behandeln ließen und eine weitere Anfahrt auf sich nahmen aufgrund der begrenzten Behandlungsplätze. Es muss daher überprüft werden, inwieweit die Anzahl der Behandlungsplätze eine

ausreichende Versorgung ermöglicht.

5.3.4 Klinik Weissenau und Klinik Wangen

Sowohl für die vollstationäre als auch für die teilstationäre Behandlung kann man ein gemeinsames Einzugsgebiet für die Gemeinde Wangen im Allgäu festhalten. Aus der Gemeinde Wangen im Allgäu stammten 16 depressiv erkrankte Patienten (36 %), die sich in der Klinik Wangen von den insgesamt 45 dort aufgenommenen depressiv Erkrankten behandeln ließen. 31 depressiv erkrankte Patienten (5 %) stammten aus der Gemeinde Wangen im Allgäu, die in der Klinik Weissenau behandelt wurden. Insgesamt wurden in dieser Klinik 626 depressiv erkrankte Patienten vollstationär behandelt. Bei Betrachtung der Zahlen fällt auf, dass lediglich 36 % der Patienten (Absolutzahl: 16), die sich in die Behandlung in der Klinik Wangen begaben, aus der Gemeinde Wangen im Allgäu stammen. Dieser geringe Anteil (1/3 der Gesamtzahl der depressiv behandelten Patienten) schließt eine Kapazitätsbegrenzung der Klinik Wangen aus, d. h. trotz verfügbarer Behandlungsplätze haben sich die Patienten dazu entschlossen, die Klinik Weissenau aufzusuchen. Sie nahmen eine längere Anfahrt in Kauf, obwohl die Klinik Wangen näher gelegen ist. Die Gemeinde Wangen im Allgäu ist in einem 40 km Umkreis von der Klinik Weissenau enthalten, d. h. sie nehmen zwar eine längere Anfahrt in Kauf, dennoch ist diese Entfernung als wohnortnah zu bewerten. Es stellt sich die Frage, warum sich die Patienten in die Klinik Weissenau zur stationären Behandlung begeben und nicht in der näheren Klinik Wangen blieben. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die Patienten sich in der Klinik Weissenau behandeln lassen, da sie ein spezielles Therapieangebot in Anspruch nehmen wollen. Zudem besteht die Möglichkeit, dass die Patienten es vorziehen, sich wohnortfern behandeln zu lassen, um nicht aufgrund ihrer Erkrankung stigmatisiert zu werden.

Eine weitere Überschneidung ließ sich für die beiden Kliniken Weissenau und Wangen für die teilstationäre Behandlung beobachten. Die Patienten stammen aus der Gemeinde Leutkirch im Allgäu und suchten sowohl die Klinik Weissenau als auch die Klinik Wangen auf. Die Gemeinde liegt deutlich näher an der Klinik Wangen. Das Kriterium des Umkreises von 30 km ist hierbei erfüllt. Für die Klinik Weissenau lässt sich feststellen, dass nur ein Teil der Gemeinde innerhalb des Umkreises von 30 km liegt. D. h. manche Patienten nehmen unter Umständen eine noch längere Anfahrt in Kauf, nur um in der Klinik Weissenau behandelt zu werden. Eine Erklärung kann die unterschiedliche Anzahl an Therapieplätze sein. Die Klinik Wangen bietet 8 Therapieplätze, die Klinik Weissenau hingegen 22 Plätze. Wie bereits beschrieben war die Kapazität der Klinik Wangen verhältnismäßig im Vergleich zur Klinik Weissenau nicht ausgeschöpft, dennoch könnte eine zeitlich punktuelle Überlastung vorgelegen haben. Es kann sich die Notwen-

digkeit ergeben haben, eine weiter entfernte Klinik aufzusuchen, um eine Behandlung zu erhalten.

5.3.5 Klinik Weissenau und Klinik Friedrichshafen

Auch für die vollstationäre Behandlung in der Klinik Weissenau und Friedrichshafen wurde festgestellt, dass die Patienten aus der Gemeinde Friedrichshafen in die weiter entfernte Klinik Weissenau gehen, um sich vollstationär behandeln zu lassen. Auch hier liegt die Gemeinde für beide Kliniken in dem Umkreis von 40 km, daher bieten beide Kliniken eine wohnortnahe Versorgung an. Dass sich die Patienten dennoch in die Klinik Weissenau zur Behandlung begeben, könnte daran liegen, dass es in der Klinik Weissenau eine Spezialstation für die Behandlung depressiv Erkrankter gibt und die Patienten dieses spezielle Angebot in Anspruch nehmen wollen. Die Klinik Friedrichshafen bietet mit drei Stationen ebenfalls ein breites Therapieangebot. Daher ist auch denkbar, dass viele der Patienten dennoch eine wohnortferne Behandlung wünschen, damit sie nicht von Bekannten in der Klinik gesehen werden.

In diese Untersuchung wurde die Verkehrsstruktur nicht berücksichtigt, die ein erhebliches Gewicht für die Versorgungsstrukturen aufweist. Es ist möglich, dass sich depressiv erkrankte Patienten in einer Klinik behandeln ließen, allein aufgrund der Tatsache, dass die Verkehrsanbindung besser ausgebaut ist. Andererseits ist es auch möglich, dass Patienten sich nicht einer Therapie in einer speziellen Klinik unterziehen konnten, da sie eine zu lange Anfahrt auf sich nehmen hätten müssen. Beispielsweise trifft dies für die Gemeinde Ehingen (Donau) und die Klinik Bad Schussenried zu. Mit den öffentlichen Verkehrsmitteln sind Patienten aus der Gemeinde Ehingen (Donau) auf mindestens zwei, wenn nicht sogar drei oder vier Zugverbindungen angewiesen, um die Klinik Bad Schussenried zu erreichen. Die Anfahrtszeit beträgt rund 2 Stunden. Andererseits ist die Klinik Weissenau und die Gemeinde Friedrichshafen bzw. die Klinik Friedrichshafen und die Gemeinde Weissenau sehr gut über eine Zug und Busverbindung erreichbar und nimmt weniger als eine halbe Stunde Fahrtzeit in Anspruch (Deutsche Bahn, 2015).

5.4 Versorgungsforschung

5.4.1 Aspekte der Versorgungsstruktur national und international

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, der demographischen Alterung und der finanziellen Problematik steht nicht nur das deutsche Gesundheitssystem vor der

Herausforderung, eine ausreichende Versorgung gewährleisten zu können, sondern auch international ergeben sich Hürden, denen auch andere Länder wie die Niederlande, England und die USA gegenüberstehen. Die Versorgung von chronisch kranken Patienten ist ein zentrales Problem in allen Ländern. Erler et al. (2011) untersuchten die unterschiedlichen Strategien in den Niederlanden („Patient-Centred Medical Homes"), England („General Practice commissioning") und den USA („care organisations") und analysierten wertvolle Anregungen zur Entwicklung der Primärversorgung in Deutschland. Eine Lösung findet sich sicherlich in der Verbesserung der Versorgungsstruktur, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren muss. Vor allem die Integration und Kooperation muss nach Erler et al. (2011) verbessert werden, zum Beispiel durch die Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams oder hausärztlich geleiteter Gesundheitszentren oder Polikliniken (Erler et al., 2011).

Vor allem die Depression im Alter nimmt einen besonderen Stellenwert ein. Die eingeschränkte Mobilisation von älteren Patienten ist ein Hindernis, Behandlungen in Anspruch nehmen zu können. Neben der Mobilität ist zu beachten, dass trotz der vermehrten Inanspruchnahme der Gesundheitsstrukturen die Diagnose der Depression unterdiagnostiziert ist (Mitchell et al., 2010). Es entsteht eine Versorgungslücke, die durch spezielle Behandlungsmethoden geschlossen werden kann. Nach Skultety und Zeiss (2006) muss für die Versorgung von depressiv erkrankten Patienten eine besondere Versorgung angewendet werden. Sie schlagen zum einen *Geriatric Evaluation Managment* (GEM) vor, eine Behandlung, die von einem gesondert ausgebildeten Team für multimorbide Patienten im Alter angeboten wird. Zum anderen integrierte Versorgungsmodelle, welche im primärärztlichen Rahmen angesiedelt sind und fachspezifische Expertise beinhalten (Skultet and Zeiss, 2006). Beispiele für diese Versorgungsmodelle sind IMPACT (*Improving Mood Promotion Access to Collaborated Treatment*), PRISM-E (*Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly*) und PROSPECT (*Primary Care Elderly Collaborative Trial*) (Riedel-Heller et al., 2012). Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf untersucht in der AgeMooDe-Studie seit 2012 den Versorgungsbedarf, die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und deren Kosten. Erste Ergebnisse stehen noch immer aus (König, 2012-2014). Eine wohnortnahe Versorgung spielt für dieses Patientengut eine äußerst wichtige Rolle. Um eine gute Behandlung der Patienten zu realisieren, sollte eine wohnortnahe Versorgung für jedes Patientenkollektiv gewährleistet werden.

Nach dem *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) findet die Versorgung von 90 % der Patienten mit der Diagnose Depression in der Primärversorgung statt. In diesem Rahmen wird vor allem die medikamentöse Therapie eingesetzt (National Institute for Clinical Excellence (NICE)., 2011). Eine Verbesserung der primärärztlichen

Behandlung stellt eine sehr komplexe Aufgabe dar. Bower et al. (2006) identifizierten in ihrem Review vier wichtige Prädikatoren, um das Ergebnis der Behandlung zu verbessern. Hierzu zählt eine systematische Identifizierung der Patienten, ein professionell gestaltetes Team und eine Supervision durch einen Spezialisten (Bower et al., 2006).

Gunn et al. (2006) berichten in ihrem systematischen Review, wie die Behandlung für chronische Krankheiten wie die Depression im primärärztlichen Rahmen gestaltet werden sollte. Sie arbeiten in ihrer Studie heraus, welche Faktoren für die Versorgung chronisch Kranker beachtet werden müssen. Sie schlossen die Studien ein, die bestimmte Konzepte in ihre Behandlungen erfassten. Zu diesen Konzepten zählte ein multiprofessionelles Behandlungsteam, ein Hausarzt und eine weitere professionelle Betreuung durch beispielsweise einen Psychiater. An zweiter Stelle nennen die Autoren einen strukturierten Behandlungsplan, der sowohl die pharmakologische als auch nicht-pharmakologische Therapie einschließt. Geplante weitere Terminvereinbarungen zur Kontrolle stehen laut den Autoren an dritter Stelle. Dieser Punkt umfasst eine oder mehrere Kontrolltermine, um die Therapien und Behandlungen fortzuführen. An letzter Stelle nennen die Autoren eine verbesserte interprofessionelle Kommunikation, die u. a. Besprechungen über die Behandlungen und die Supervision einschlossen. Sofern eine primärzärztliche Behandlung all diese Punkte einschloss und die Patienten eine antidepressive Medikation einnahmen, konnten die Autoren eine moderat erhöhte Genesung der depressiv erkrankten Patienten beobachten (Gunn et al., 2006). Diese Metaanalyse zeigt, dass die Kommunikation und die Kooperation zwischen den Behandlern besonders wichtig ist, um eine ausreichende Versorgung mit einem reibungslosen Übergang der verschiedenen Behandlungsschritte zu gewährleisten. Die Studie zeigt auch, dass eine regionale Versorgung die kooperative Zusammenarbeit und Planung der Therapie zwischen Ärzten und Patienten für den Erfolg einer Behandlung erfordert.

Ein weiterer erfolgversprechender Ansatz zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Patienten stellt nach Gilbody et al. (2003) die sog. „Collaborative Care“ dar. Dazu zählt eine intensivierte Behandlung, die eine Patientenedukation und eine Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Psychiater und Psychologe enthält. Damit ließen sich laut Gilbody et al. (2003) auch die Gesamtkosten der Behandlung bei Patienten, die unter einer Major Depression litten, senken (Gilbody et al., 2003). Auch die Autoren des 2012 veröffentlichten Reviews der *Cochrane Collaboration* kommen zu dem Schluss, dass „Collaborative Care“ zu einer signifikanten Verbesserung des Behandlungsergebnisses bei Depressionen und Angsterkrankungen führt im Vergleich zu der herkömmlichen Behandlung. Daher sollte dieses Behandlungskonzept für Depressionen und Angsterkrankungen in den klinischen Alltag integriert werden (Archer et al., 2012).

Gilbody et al. (2003) beschrieben in ihrer Veröffentlichung das sog. „Case manage-

ment“. Eine Person übernimmt aus dem Gesundheitswesen die Verantwortung für die Nachsorgeuntersuchungen, die dauerhafte Medikamenteneinnahme des Patienten sowie die Beteiligung an psychologischen Behandlungen. Der Verantwortliche trägt Sorge dafür, dass der Fortschritt des Patienten dokumentiert wird und greift bei Problemen ein (Gilbody et al., 2003)(Korff and Goldberg, 2001).

Cibis et al. (2008) untersuchten, wie es zu einer Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Patienten kommen kann. Sie nennen Interventionen auf Bevölkerungsebene als einen wichtigen Ansatzpunkt. Als Beispiel beschreiben sie das „Deutsche Bündnis gegen Depression“, welches zuerst als Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ erprobt wurde. Inzwischen ist dieses in 40 lokale Antidepressionenskampagnen in Deutschland gegliedert. Eine Kampagne für den Bereich Neckar-Alb dient den Patienten in dieser Region als Anlaufstelle. Es handelt sich um einen Zusammenschluss von Institutionen auf kommunaler Ebene, die die Versorgungssituation depressiv Erkrankter verbessern wollen. Auf vier Ebenen sollen Veränderungen bewirkt werden, um dieses Ziel zu erreichen. Die Kooperation mit Hausärzten, die Aufklärung der Öffentlichkeit, die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren und spezielle Angebote für Betroffene und Angehörige sind die entscheidenden Ebenen, um wie bei dem Modellprojekt in Nürnberg einen Rückgang der suizidalen Handlungen um 24 % innerhalb von 2 Jahren beobachten zu können (Cibis et al., 2008). Dieser Ansatz zeigt eine wichtige Möglichkeit, die Versorgungsstruktur für depressiv erkrankte Patienten durch bundesweite Projekte besser zu vernetzen.

Das Freiburger Modell „Optimal versorgt bei Depression“ ist ein Projekt, das ebenfalls die Versorgung von depressiv erkrankten Patienten zu verbessern versucht. In diesem Projekt wird die Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung untersucht, indem die Inanspruchnahme und Behandlungsangebote von 40 Ärzten und 234 Patienten analysiert wurden. Die Schlussfolgerung der Untersuchung lautet auch hier, dass eine integrierte Versorgung einer der zentralen Punkte darstellt, die eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten können (Bermejo et al., 2012).

Ein Beispiel für eine integrierte regionale Versorgung liefert das „Gesunde Kinzigtal“. In diesem integrierten regionalen Versorgungsmodell wurde seit Anfang 2006 für die Region Südbaden eine integrierte Vollversorgung entwickelt. Die Organisationsverantwortung trägt die Gemeinschaftsgründung „Gesundes Kinzigtal GmbH“, die für die Reorganisation der Versorgungsabläufe der eingeschriebenen Versicherten verantwortlich ist. Sie plant u. a. Präventions- und Gesundheitsförderangebote, Kooperationen mit Dritten und Verhandlungen mit den regionalen Leistungserbringern. Sie übernimmt nicht die Stellung einer Krankenkasse, sondern die Aufgabe der Optimierung der Versorgungssteuerung durch die Ergänzung von Zusatzvergütungen für die erbrachten Leistungen. Das Projekt

versucht vier zentrale Probleme anzugehen. Hierunter fällt die Neuorganisation der regionalen Verantwortung durch die Optimierung der Gesamtversorgung über alle Sektoren hinweg. Weiterhin eine Maximierung von Gesundheitsergebnissen und einer langfristigen Kostenersparnis entgegen der heutigen einzelwirtschaftlichen Ertragsoptimierung. Ein weiterer Ansatzpunkt sind die Unterstützung der Selbstmanagementfähigkeit und der Gesundheitsförderung. Zuletzt wird die Zeitdauer betrachtet, die in diesem Projekt auf eine lange Zeit mit einer gezielten nachhaltigen Investition und Prävention ausgerichtet ist (Hildebrandt et al., 2011).

Diese Untersuchungen zeigen, dass die aktuelle Forschung sehr viel Wert auf die Koordination und Vernetzung zwischen dem stationären und ambulanten Sektor legt. Weitere Untersuchungen oder Daten zu Patientenströmen und einer Beurteilung der Versorgungsstruktur liegen aktuell nicht vor.

5.4.2 Aspekte der finanziellen Einflussfaktoren auf die Versorgungsqualität

Nicht nur die unterschiedlichen Behandlungsangebote und deren Verfügbarkeit, sondern auch die finanziellen Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems beeinflussen die Versorgungssituation der depressiv Erkrankten in Deutschland. Das Versorgungssystem wird durch die finanzielle Umstrukturierung stark beeinflusst. Die bereits in der Einleitung dargestellten Veränderungen im Entgeltsystem der Psychiatrie müssen bei der Beurteilung einer als ausreichend eingestuften Versorgung berücksichtigt werden. Eine regionale und überregionale Versorgung kann nur dann ermöglicht werden, wenn die finanzielle Vergütung dies unterstützt. Die Prognosen hierzu sind allerdings nicht positiv (Godemann et al., 2013). Das deutsche Gesundheitssystem benötigt Strategien, um den Herausforderungen durch die Globalisierung und den demografischen Wandel begegnen zu können. Dies wird sicherlich entscheidend durch die Finanzierung des Gesundheitssystems und der primärärztlichen Versorgung beeinflusst (Erler et al., 2011). Besonders beachtet werden muss, dass das Vergütungssystem Kliniken begünstigt, die einen finanziellen Nutzen durch die Änderung des Entgeltsystems erhalten. Es kann ein finanzieller Vorteil durch die Behandlung von Patienten mit mittleren Depressionen geschaffen werden, was einer gleichwertigen Behandlung aller Patientengruppen entgegenstehen könnte. Bei geringer Infrastruktur wird durch die finanziellen Rahmenbedingungen eine Großklinik begünstigt, was wiederum eine wohnortferne Behandlung fördert. Das System sollte aber berücksichtigen, dass die Versorgung auf dem Land schwieriger ist, da die Anfahrtswege weiter sind. Die regionale Versorgung bietet viele Vorteile für die Patienten. Ihnen wird ermöglicht, dass sie im Laufe der Behandlung Aufenthalte in ihrem privaten Umfeld

planen können. Die regionale Versorgung erleichtert die Reintegration der Patienten.

Der Trend der Versorgung geht immer weiter in die Richtung der Bündelung von Kliniken. Das Bundeskartellamt geht davon aus, dass es zukünftig immer weitere Zusammenschlüsse geben wird. Die Fusion wird rechtlich durch das Bundeskartellamt überwacht (Ärzteblatt and stü, 2014). In Baden-Württemberg wurde im Mai 2014 die Fusion der Esslinger Krankenhäuser untersagt. Das Klinikum Esslingen umfasst 625 Betten, zudem zählen weitere drei Kreiskliniken mit insgesamt 1174 Betten dazu. Das Bundeskartellamt fürchtet einen marktbeherrschenden Krankenhausträger in der Region, dadurch gäbe es nicht genug Auswahlalternativen. Nach dem Bundeskartellamt kann der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern dadurch nicht erhalten bleiben (Ärzteblatt and stü, 2014). Es wurde über die Fusion von Universitätskliniken gesprochen und die Meinung hierzu wurde auf dem 107. Deutschen Ärztetag gefestigt: Eine Fusion und Schließung der Krankenhäuser wird mit großer Sorge bedacht. Die Versorgung in der Fläche wird dadurch unmöglich. Die Bundesärztekammer stellte fest, dass die Streichung von Betten und die Schließung von Häusern zu einer immer schlechteren Patientenversorgung führt. Die Schließung von Universitätskliniken führt zu einer Verminderung der Weiterbildungsstellen, was besonders vor dem Hintergrund des Nachwuchsmangels nicht haltbar ist. Es wird in dem Beschluss des 107. Deutschen Ärztetags beschrieben, dass eine niedrigere Leistungsfrequenz nicht mit schlechteren und höhere Leistungsfrequenzen nicht mit besseren Versorgungsergebnissen einhergehen. Die Qualität der Behandlungsergebnisse kann sehr unterschiedlich sein (Maas, 2004). Dies zeigt das im Jahr 2002 eingeführte Fallpauschalengesetz, das Ärzte und Ärztinnen dazu veranlasst, bestimmte Mindestmengen zu erfüllen, da sie sonst die betreffenden Leistungen nicht mehr erbringen dürfen (Maas et al., 2004). Dies zeigt umso mehr, dass eine Zentralisierung der Versorgung viele Nachteile hat und eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung erschwert.

Laut Godemann et al. (2013) wird sich der Wechsel in den Vergütungssystemen in den folgenden Jahren stark auf die Versorgungssituation auswirken. Geschätzt wird, dass etwa ein Drittel aller Krankenhäuser zukünftig defizitär arbeiten werden. Die Veröffentlichung des ersten Entgeltkatalogs hat viele Bedenken ausgelöst. Vor allem was die Qualität der Patientenversorgung angeht, besteht die Befürchtung einer deutlichen Verschlechterung. Die Verkürzung der Liegezeiten aufgrund der degressiven Erlösstruktur und die erhöhten Wiederaufnahmeraten führen dazu, dass die Patienten aufgrund dieser häufigen Unterbrechungen nicht mehr ihrem Leben nach gehen können. Daher hat die Politik darauf reagiert und einige Passagen in das Gesetz (§17d(4) KHG) aufgenommen. Die potentiellen Effekte sollen durch Begleitforschung untersucht werden. Bis zum 30.06.2016 soll ein Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden. Dieser Zeitpunkt ist noch vor Beginn der Konvergenz-

phase und kann so möglicherweise die bis dahin erkannten Effekte in der Umsetzung berücksichtigen. Auch die DGPPN und die Bundesärztekammer haben solche Begleitforschungen gefordert, damit Qualitätsaspekte berücksichtigt werden. Es wird bezweifelt, ob die Berichte die Einführung des Entgeltsystems überhaupt beeinflussen können. Es könnte sein, dass der Termin nicht eingehalten werden kann und die Ergebnisse nicht in der Umsetzung berücksichtigt werden können. Von der DGPPN und der Bundesdirektorenkonferenz wurde eine eigene Datenbank aufgebaut, die von der offiziellen Begleitforschung unabhängig verwaltet wird. Dadurch sollen die Effekte des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik untersucht werden können. 50 psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser haben sich bis 2012 bereit erklärt, sich daran zu beteiligen. Weitere Häuser sollen noch eingeschlossen werden, um die gesamte Versorgungslandschaft abbilden zu können (Godemann et al., 2013).

Vor allem psychiatrische Fachgesellschaften befürchten Nachteile in der Versorgung von aufwendigeren Patientengruppen durch eine monoton degressiv verlaufende Vergütungsstruktur, die in der Höhe rasch abfällt, durch die nicht ausreichende Berücksichtigung von Leistungen bei längeren stationären Aufenthalten und die bereits angesprochenen häufigen Wiederaufnahmen, die durch komplexe Fallzusammenführungen verhindert werden sollen.

Klimke et al. (2014) haben sich mit Alternativen beschäftigt, um eine gute Versorgung trotz finanzieller Vorgaben zu ermöglichen. Diese Überlegungen sind ein weiterer Ansatz, die Versorgung zu gewährleisten. Sie haben aufgrund der zahlreichen Schwächen des PEPP-Vergütungssystems einen alternativen Vergütungsansatz überprüft, der die Tageskosten anstatt der Fallkosten untersucht. In ihrem Vergütungsmodell untersuchten sie psychotische Störungen und schlossen dabei verschiedene Parameter ein (Tage mit Intensivbehandlung, 1:1-Betreuung, aufwendige psychologische Diagnostik, MRT-Untersuchung, akute Krisenintervention, Alter und Einfluss der ersten Behandlungstage und Entlasstag). Dieser sog. TEPP-Ansatz (tagesbezogene Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik) zeigte in den ersten drei Behandlungswochen eine deutlich bessere Abbildung des Ist-Kostenverlaufs sowie der Fallkosten. Es entfällt die abrechnungstechnische Fallzusammenführung, da es zu keiner Minimierung der Liegezeiten unter diesem Ansatz kommt. Probleme bestehen in der 1:1-Betreuung, die nach den Autoren auch in den PEPP-Grouper entstehen könnten. Unklar ist, ob sich dieser Vergütungsansatz auf die verbleibenden PEPP-Kategorien anwenden lässt. Sie kommen zu dem Schluss, dass auch ein tagesgleiches Vergütungssystem für eine ausgewählte Patientengruppe möglich ist, auf diese Weise Schwächen des PEPP-Vergütungssystems abdecken kann und somit eine wichtige Ergänzung zu den PEPP-Groupern darstellt (Klimke et al., 2014). Kritische Stimmen äußern Schepker und Fegert (2013) im Bereich der Kinder- und Jugendpsych-

iatrie. Laut der beiden Autoren wird durch die Fokussierung von PEPP auf die stationäre Behandlung der Fortschritt in der Psychiatrie behindert. Sie plädieren für die aktive Arbeit, um die Versorgungsforschung in der Psychiatrie voranzutreiben. Dafür sehen sie Bedarf im Wissen über die stationsersetzenden Behandlungsformen, über die sektorenübergreifenden Therapien und deren Effektivität, sowie über die Zufriedenheit seitens der Patienten und im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie seitens der Eltern. In dem Bereich der Vergütung wird laut der Autoren deutlich, dass die Hometreatmentmodelle, gemeinsame Versorgungsstrategien mit den niedergelassenen Kollegen und Mischfinanzierungssysteme weiterer Untersuchungen bedürfen. Die Autoren sprechen sich für ein lernendes System aus, welches ihrer Meinung nach durch die jahrelang notwendigen Kalkulationen die sektorenübergreifende Versorgung sowie ein Modell des Hometreatments oder andere Formen der teilstationären Behandlung stark blockiert (Schepker and Fegert, 2013).

5.5 Fazit und Ausblick

In den untersuchten Landkreisen besteht eine gute, flächendeckende Versorgung für psychisch kranke Menschen. Patienten mit einer F3-Diagnose werden i. d. R. wohnortnah versorgt. Eine gezielte Wanderung zu einem entfernten Standort u. a. aufgrund von Kapazitätsgründen ist erkennbar. Dem Prinzip der Gemeindenähe, aber auch dem Prinzip der freien Klinikwahl kann im ZfP Rechnung getragen werden. Falls es kein spezielles Klinikangebot in einer naheliegenden Klinik gibt, nehmen die Patienten weitere Anfahren in Kauf, um diese spezialisierte Behandlung zu erhalten. Die Versorgungsstruktur mit wohnortnahen, weniger spezialisierten und weiter entfernten spezialisierten Behandlungsangeboten scheint ein geeignetes Konzept zur Behandlung depressiv erkrankter Menschen darzustellen.

Es steht zur Diskussion, ob der Umkreis für die teilstationäre Behandlung mit 30 km bzw. für die vollstationäre Behandlung mit 40 km eine wohnortnahe Versorgung tatsächlich gewährleistet. Nicht beachtet wurde die Verkehrsanbindung der Patienten. Dies muss für Gemeinden in die Untersuchung eingeschlossen werden, die eine schlechte Anbindung zu einer Klinik aufweisen bzw. ländliche Verhältnisse aufweisen. Dies trifft wie oben beschrieben für Patienten aus der Gemeine Ehingen (Donau) zu, die sich in der Klinik Bad Schussenried behandeln lassen wollen und eine sehr lange Zeit investieren müssen, um mit öffentlichen Verkehrsmitteln die Klinik zu erreichen. Diese Fragestellung bedarf weiterer Klärung.

Bislang liegen keine Daten für die vollständige Darstellung von Patientenströmen vor. Diese Untersuchung legt die Vermutung nahe, dass es aufgrund des spezialisierten An-

gebots einiger Kliniken des ZfP zu Patientenwanderungen kommt. Welche weiteren Faktoren für die Patientenströme eine Rolle spielen, muss in zukünftigen Untersuchungen hinterfragt werden.

Diese Arbeit beschränkt sich auf die Auswertung auf das Bundesland Baden-Württemberg. In weiteren Untersuchungen ist für die Beurteilung der Versorgungsstruktur auch die Auswertung komplett wohnortferner Kliniken wichtig.

Das Alter der depressiv Erkrankten muss bei der Behandlung beachtet werden. Ein weiterer wichtiger Punkt der Versorgung ist die Zunahme der immer älteren Depressionspatienten. In dieser Untersuchung wurden die Patienten nicht nach Altersgruppen gegliedert, sodass keine Aussage über die Versorgung unterschiedlicher Altersstrukturen gemacht werden kann. Aufgrund der eingeschränkter Mobilität könnten ältere Patienten schlechtere Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung haben. Es ist eine genaue Analyse der Alters- und Wohnstruktur der Patienten notwendig, um die Versorgung darstellen zu können.

6 Zusammenfassung

Ausgangspunkt dieser Untersuchung waren die Fragestellungen zur Versorgungsrealität depressiv Erkrankter am Beispiel der Region Südwürttemberg. Die regionale und spezialisierte Versorgung im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg wurde anhand eines anonymisierten und gruppenstatistischen Regeldatensatzes aus dem Jahr 2011 mit dem Filter der F3-Diagnosen und des Wohnortes ausgewertet und grafisch veranschaulicht. Hierbei wurden folgende Hypothesen überprüft:

Erste Hypothese: Die Patienten stammen aus den an der Klinik angrenzenden Gemeinden.

Durch die Darstellung des Wohnortes der depressiv erkrankten Patienten wird klar, dass die Mehrheit der Patienten aus den Gemeinden stammt, die an die Klinik angrenzen. Die aktuelle Versorgungsforschung enthält bislang wenige Forschungsansätze, die Angaben macht, welche Entfernung den Patienten zumutbar ist bzw. ab welcher Distanz eine Behandlung als wohnortfern bezeichnet werden kann. In dieser Studie wurden zwei unterschiedliche Hypothesen aufgestellt. Zum einen wurde ein Umkreis der Aufnahmeklinik für eine stationäre Behandlung mit 40 km und 30 km für eine teilstationäre Therapie als eine wohnortnahe Versorgung definiert.

Zweite Hypothese: 80 Prozent der Patienten, die sich in eine stationäre Behandlung begeben, stammen aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km.

Für die Region Südwürttemberg kann eine sehr gute Versorgungsstruktur aufgezeigt werden. In der Klinik PP.rt stammen mehr als 80% der 388 stationär behandelten depressiv erkrankten Patienten aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km. In der Klinik Bad Schussenried wurden 483 depressiv erkrankte Patienten stationär behandelt und auch hier stammten mehr als 80% aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 40 km. Alle Hypothesen können für die 629 stationär behandelten Patienten in der Klinik Weissenau bestätigt werden. In der Klinik Wangen wurden im Jahr 2011 eine kleine Anzahl

an depressiv erkrankten Patienten behandelt, 45 Patienten befanden sich in stationärer Behandlung. Auch für diese Klinik kann eine Bestätigung der Hypothesen festgehalten werden. Zum gleichen Ergebnis kommt diese Studie für die Klinik Ehingen. Hier wurden 109 Patienten mit einer F3-Diagnose stationär behandelt. Die Hypothesen wurden bestätigt und eine wohnortnahe Versorgung kann gewährleistet werden.

Für die Klinik Zwiefalten und die Klinik Friedrichshafen konnten die Hypothesen nicht bestätigt werden. In der Klinik Zwiefalten befanden sich im Jahr 2011 insgesamt 373 depressiv erkrankte Patienten in stationärer Behandlung, allerdings stammten nur 72% aus einem Umkreis von 40 km. In der Klinik Friedrichshafen stammten 69% der 38 depressiv erkrankten Patienten, die sich in stationärer Behandlung befanden, aus einem Umkreis von 40 km.

Dritte Hypothese: Mindesten 50 Prozent der Patienten, die sich in teilstationärer Behandlung befinden, stammen aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 30 km.

Für die teilstationäre Behandlung des ZfP kann eine äußerst gute Versorgungsstruktur aufgezeigt werden. In der Klinik PP.rt stammen mehr als 50% der teilstationär behandelten 158 depressiv erkrankte Patienten aus einem Umkreis von 30 km. Für die Tagesklinik Biberach wurde ein ähnliches Ergebnis wie für die Klinik Bad Schussenried erhalten. Es wurden 130 depressiv erkrankte Patienten teilstationär im Jahr 2011 behandelt, wovon mehr als die Hälfte der Patienten aus einem Umkreis der Aufnahmeklinik von 30 km stammte. In der Klinik Weissenau wurden 129 depressiv erkrankte Patienten stationär behandelt und auch für diese trifft die dritte Hypothese zu. In der Klinik Wangen wurden teilstationär eine geringe Zahl an Patienten behandelt. Aber auch für diese 40 depressiv erkrankte Patienten in teilstationärer Behandlung kann eine Bestätigung der dritten Hypothese festgehalten werden. In der Klinik Ehingen befanden sich weitere 41 depressiv Erkrankte in teilstationärer Behandlung.

Es gibt unterschiedliche Gründe, weshalb Patienten nicht wohnortnah versorgt wurden bzw. weshalb sich Patienten in eine wohnortferne Klinik in Behandlung begaben. Eine naheliegende Erklärung für das Aufsuchen einer wohnortfernen Klinik ist das spezielle Therapieangebot. Die Klinik Zwiefalten bietet eine Spezialstation für die Behandlung depressiv Erkrankter im Alter, weshalb viele Patienten aus der Gemeinde Reutlingen, eine weitere Anfahrt in Kauf nahmen. Für die Klinik Bad Schussenried ergibt sich ebenfalls eine Überschneidung, da die Patienten sich eher in der Klinik Bad Schussenried stationär behandeln ließen, anstatt in die geografisch näher gelegene Klinik Ehingen zu gehen.

Auch hier ist die Spezialisierung der Klinik eine Erklärung. Zudem befindet sich die Klinik Bad Schussenried noch in einem Umkreis von 40 km und die Anfahrt ist somit nicht sehr weit. Weitere Erklärungsansätze sind hier die begrenzten Bettenanzahlen der Klinik Ehingen, weshalb sich die Patienten in der weiter entfernten Klinik Bad Schussenried behandeln ließen. Eine ähnliche Beobachtung kann man für die Klinik Weissenau und Klinik Wangen machen, die die Gemeinde Wangen im Allgäu einschließen, aus der ein Teil der Patienten in die Klinik Weissenau zur stationären Behandlung ging. Depressiv erkrankte Patienten entschlossen sich für eine teilstationäre Behandlung in der Klinik Weissenau, obwohl diese weiter entfernt liegt als die Klinik Wangen. Eine Erklärung für diese Entscheidung ist die begrenzte Anzahl an Behandlungsplätzen in der Klinik Wangen. Ebenfalls nahmen Patienten aus der Gemeinde Friedrichshafen eine weitere Anfahrt auf sich, um sich stationär in der Klinik Weissenau behandeln zu lassen. Patienten suchten möglicherweise weiter entfernte Kliniken auf, um nicht aufgrund ihrer Erkrankung stigmatisiert zu werden.

Literaturverzeichnis

Abbott, C., Gallegos, P., Rediske, N., Lemke, N. T., and Quinn, D. K. A Review of Longitudinal Electroconvulsive Therapy: Neuroimaging Investigations , 2014.

Adobe Systems Software Ireland Ltd ©. Adobe Acrobat Reader DC, Version 2015.009.20069 . 2011.

Albrecht, M. Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung . *Institut für Gesundheits- und Sozialforschung*, Seiten 1–70, 2007.

Alonso, J. and Angermeyer, M. C. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420:21–27, 2004.

American Psychiatric Asssociation. DSM- 5 Development , 2013.

AQUA- Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

Arbeitskreis Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer. Definition und Abgrenzug der Versorgungsforschung . *www.bundesaertzekammer.de*, 2004.

Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., and Coventry, P. Collaborative care for depression and anxiety problems (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 . *The Cochrane Collaboration*, Seiten 1–280, 2012.

Ärzteblatt. Vergütungssystem für psychiatrische Kliniken soll feinjustiert werden , 2014. URL `http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58321/Verguetungssystem-fuer-psychiatrische-Kliniken-soll-feinjustiert-werden`.

Ärzteblatt. Bündnis: Auf pauschaliertes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik verzichten , 2015.

Ärzteblatt and stü. Wettbewerbshüter rechnen mit neuen Klinikfusionen . 2014.

Berger, H. Chronisch psychisch krank-chronisch schlecht versorgt? . *Kerbe*, Seiten 13–15, 2008.

Berger, M., Adli, M., Beine, K. H., and Bschor, T. Das Krankenhaus-Psych-Budget: ein Alternativkonzept . *Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 13*, Seiten 574–576, 2015.

Bermejo, I., Hölzel, L. P., Voderholzer, U., van Terbartz Elst, L., and Berger, M. "Optimal versorgt bei Depression" - Freiburger Modell zur Inegrierten Versorgung depressiver Erkrankungen . *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ)*, Seiten 625–630, 2012.

Blum, K. and Löffert, S. Ärztemangel im Krankenhaus-Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. . *Deutsches Krankenhausinstitut e.V.*, Seiten 1–142, 2010.

Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., and Sutton, A. Collaborative care for depression in primary care: Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression . *The British Journal of Psychiatry*, 189(6):484–493, 2006. ISSN 0007-1250.

Bramesfeld, A., Ungewitter, C., Böttger, D., El Jurdi, J., Losert, C., and Kilian, R. What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study . *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21:63–72, 2012. ISSN 2045-7960.

Bruckenberger, E., Klaue, S., and Schwintowski, H. P. Krankenhausmärkte Zwischen Regulierung und Wettbewerb . *Springer Verlag*, 2006.

Bühring, P. Kleine Korrekturen genügen nicht . *Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 20*, Seite 878, 2014.

Cibis, A., Bramesfeld, A., Blume, A., Havers, I., and Hegerl, U. Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter-das Deutsche Bündnis gegen Depression . *Bundesgesundheitsblatt, 51*, Seiten 430–435, 2008.

Cueni, C., Abbruzzese, E. A., Brühl, A. B., and Herwig, U. Neuropsychologische Aspekte der Depression . *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59:103–114, 2011. ISSN 1661-4747.

Deutsche Bahn. Fahrplanauskunft, www.db.de . 2015.

Deutsche Presse-Agentur / EB. Die Optionsphase wird bis Ende 2016 verlängert . *Deutsches Ärzteblatt , Jg. 111, Heft 19*, Seite 814, 2014.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 2 . Seiten 1–262, , DOI: 10.6101/AZQ/000266, 2015.

Dwork, A., Arango, V., and Underwood, M. Absence of Histological Lesions in Primate Models of ECT and Magnetic Seizure Therapy . *Am J Psychiatry*, (161):576–578, 2004.

Ehret, A. and Berking, M. DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert? . *Verhaltenstherapie*, 23:258–266, 2013. ISSN 1423-0402.

Eisele, F., Schmid, P., Steinert, T., Uhlmann, C., Grupp, D., Rieger, W., and Flammer, E. Sektorübergreifende Analyse psychiatrischer Behandlungs- und Versorgungsleistungen mittels Routinedaten . *Psychiatrische Praxis*, 39:319–325, 2012. ISSN 0303-4259.

Erhart, M. and Stillfried, D. v. Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Zentralistitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.Seite 9. . *Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland*, Seiten 1–15, 2012.

Erler, A., Nolte, E., Beyer, M., and Gerlach, F. M. Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, USA and lessons for Germany . *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ)*, Seiten 581–584, 2011.

Fink, M. Electroshock–restoring the mind. . *Oxford University Press*, 1999.

Folkerts, H. Elektrokrampftherapie bei depressiven Erkrankungen . *Therapeutische Umschau*, 57:90–94, 2000.

Folkerts, H. Elektrokrampftherapie . *Der Nervenarzt*, 82:93–103, 2011.

Freyberger, H. Zur Versorgung psychisch Kranker aus Sicht psychiatrischer Kliniken . *Kerbe*, Seiten 25–26, 2008.

Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., and Zielasek, J. Use of health care services by people with mental illness— secondary data from three statutory health insurers and the German statutory pension insurance scheme . *Dtsch Arztebl Int*, (10(47)):799–808, 2013.

George, M. S., Padberg, F., Schlaepfer, T. E., O'Reardon, J. P., Fitzgerald, P. B., Nahas, Z. H., and Marcolin, M. A. Controversy: Repetitive transcranial magnetic stimulation or transcranial direct current stimulation shows efficacy in treating psychiatric diseases

(depression, mania, schizophrenia, obsessive-complusive disorder, panic, posttraumatic stress disorder) . *Brain Stimulation*, 2:14–21, 2009. ISSN 1935861X.

Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., and Thomas, R. Educational and organisational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review . *American Medical Association*, (289):3145–3151, 2003.

Godemann, F., Falkai, P., Hauth, I., Salize, H. J., Pollmächer, T., and Wolff-Menzler, C. Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik Begleitforschung – quo vadis? . *Der Nervenarzt*, Seiten 864–868, 2013.

Golden, R., Gaynes, B., Ekstrom, D., and Hamer, M. The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Mood Disorders: A Review and Meta-Analysis of the Evidence . *Am J Psychiatry*, Seiten 656–662, 2005.

Großimlinghaus, I., Falkai, P., Gaebel, W., Janssen, B., Reich-Erkelenz, D., Wobrock, T., and Zielasek, J. Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren . *Der Nervenarzt*, 84:350–365, 2013.

Gunn, J., Diggens, J., Hegarty, K., and Blashki, G. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care . *BMC Health Services Research*, 6(1):88, 2006. ISSN 14726963.

Häring, B. and Kutschis, M. Psychiatrie-Engelt . *http://www.psychiatrie-entgelt.de*, 2014.

Hasse-Sander, I., Müller, H., Schurig, W., Kasper, S., and Möller, H. Auswirkungen der Elektrokrampftherapie auf die kognitiven Funktionen bei therapieresistenten Depressionen . *Der Nervenarzt*, (69):609–616, 1998.

Herwig, U., Fallgatter, A. J., Höpper, J., Eschweiler, G. W., Kron, M., Hajak, G., Padberg, F., Naderi-Heiden, A., Abler, B., Eichhammer, P., Grossheinrich, N., Hay, B., Krammer, T.., Langguth, B., Laske, C., Plewnia. C., Richter, M. M., Schulz, M., Unterecker, S., Zinke, A., Spitzer, M., and Schönfeldt-Lecuona, C. Antidepressant effects of augmentative transcranial magnetic stimulation: Randomised multicentre trial . *British Journal of Psychiatry*, (191):441–448, 2007.

Hildebrandt, H., Schmitt, G., Roth, M., and Stunder, B. Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem "Gesunden Kinzigtal" . *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ)*, Seiten 585–589, 2011.

Hölter, G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen* . Deutscher Ärzte-Verlag, Seite 156-210, 2011. ISBN 978-3-7691-0550-6 (ISBN).

Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision , 2005.

Jäger, M., Frasch, K., Lang, F., and Becker, T. Psychopathologische Differenzierung depressiver Syndrome . *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 81(12):689–696, 2013.

Kammer, T., Beck, S., Thielscher, A., Laubis-Herrmann, U., and Topka, H. Motor thresholds in humans: A transcranial magnetic stimulation study comparing different pulse waveforms, current directions and stimulator types. . *Clin Neurophysiol*, (112): 250–258, 2001.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2011 . Seiten 1–79, 2011.

Klimke, A., Bader, R., Berton, R., Borrmann-Hassenbach, M., Brobeil, T., Nitschke, R., Reitel, G., Schillinger, M., and Godemann, F. Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik Studie zur Machbarkeit eines tageskostenbasierten Entgeltsystems . *Der Nervenarzt*, (85):88–96, 2014.

Koch, K., Miksch, A., Schürmann, C., Joos, S., and Sawicki, P. The German Health Care System in international comparison: the primary care physicians' perspective . *Deutsches Ärtzeblatt*, (108(15)):255–261, 2011.

König, H. AgeMooDe: Depression im Alter in der hausärztlichen Versorgung: Versorgungsbedarf, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten . *https://www.uke.de/institute/gesundheitsoekonomie-versorgungsforschung/downloads/institut-gesundheitsoekonomie-versorgungsforschung/AgeMooDe.pdf*, 2012-2014.

Korff, M. and Goldberg, D. Improving outcomes in depression: the whole process of care needs to be enhanced. . *BMJ*, (323(7319)):948–949, 2001.

Kowitz, S., Zielasek, J., and Gaebel, W. Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland . *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(23):1249–1252, 2014.

Kunze, H., Schepker, R., and Heinz, A. Wohin kann der Weg gehen? . *Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 27–28*, Seiten 1366–1368, 2013.

Kupfer, D. J. Long-term treatment of depression . *Journal of Clinical Psychiatry*, (52): 28–34, 1991.

Längle, G. and Pollmächer, T. Mitteilungen aus der Bundesdirektorenkonferenz (BDK) Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie . *Psychiat Prax*, 40:232–233, 2013.

Lieb, K., Frauenknecht, S., and Brunnhuber, S., editors. *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie* . Elsevier, 2008. ISBN 3437421328.

Maas, H. J. Durch Quantität zu Qualität? –Folgen der Konzentration und Zentralisierung von medizinischer Versorgung für die Bevölkerung . *Deutsches Ärzteblatt,*, (22):1576–1578, 2004.

Maas, H. J., Schoeller, A., Krumpaszky, H. G., and Rochell, B. Beschussprotokoll des 107. deutschen Ärztetages vom 18.- 21. MAI 2004 in Bremen . Seiten 1–115, 2004.

Maier, W., Falkai, P., and Heinz, A. Wann wird seelisches Leiden zur Krankheit? Stellungnahme der DGPPN zum DSM-5 . *NeuroTransmitter*, (24(5)):12–15, 2013.

Meißner, M. Proteste gegen neues Abrechnungssystem . *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 12: 542–543, 2012.

Melchinger, H. Umsteuerungen dringend geboten . *Deutsches Ärzteblatt*, 105:2457–2460, 2008.

Melchior, H., Schulz, H., and Härter, M. Depressionen: Viele Patienten werden unzureichend versorgt: Je nach Wohnort haben sie unterschiedliche Chancen, angemessen behandelt zu werden . *Bertelsmann Stiftung*, Seiten 1–4, 2014.

Microsoft Corporation ©. Microsoft Office Excel, 2007 (12.0.6729.5000) SP3 MSO (12.0.6725.5000) . 2007.

Mitchell, A., Rao, S., and Vaze, A. Do Primary Care Physicians Have Particular Difficulty Identifying Late-Life Depression? A Meta-Analysis Stratified by Age . *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(5):285–294, 2010. ISSN 1423-0348.

Monitor Versorgungsforschung. Der Status quo der Förderung von Versorgungsforschung in Deutschland. Forschungs−Förderung dringend gesucht. . 2008.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care , 2011.

Nelson, T., Livingston, G., and Knapp, M. Slicing the health service cake: the Islington study . *Age Ageing*, (31):445–450, 2002.

Nerlich, C., Steinhart, I., Freiberger, H. J., and Spitzer, C. Nähe in der Fläche- Erfahrungen mit der ersten psychiatrischen Tagesklinik auf Rügen . *Psychosoziale Umschau*, Seiten 16–19, 2007.

OpenStreetMap-Mitwirkende ©. www.openstreetmap.org/copyright , 2013.

Padberg, F., Großheinrich, N., Zwanzger, P., and Schönfeldt-Lecuona, C. Neue Hirnstimulationsverfahren bei Depressionen Aktueller Entwicklungsstand . *Nervenheilkunde*, Seiten 369–378, 2005.

Petrides, G., Fink, M., and Husain, M. M. ECT remission rates in psychotic versus nonpsychotic depressed patients: a report from CORE. . *Journal of ECT*, (17):244–253, 2001.

Plewnia, C. and Padberg, F. Transkranielle und invasive Hirnstimulationsverfahren bei Depression . *Der Nervenarzt*, 83(8):1006–1012, 2012.

Psychiatrie-Enquête and Deutscher Bundestag. *Bericht über die lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland* . Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 1975.

Qlik Tech International AB ©. Produktversion 11.20.12577.0: http://global.qlik.com/de/explore/products/qlikview , 2012.

Quantum GIS ©. 1.8.0- Lisaboa © OpenStreeetMap,veröffentlicht unter CC-BY-SA . 2013.

Riedel-Heller, S., Bramesfeld, A., Roick, C., Becker, T., and König, H. H. Der Ruf nach mehr Versorgungsforschung . *Psychiatrische Praxis*, 35(4):157–159, 2008.

Riedel-Heller, S. G., Weyerer, S., König, H., and Luppa, M. Depression im Alter . *Der Nervenarzt*, 83(11):1373–1378, 2012.

Sackeim, H. Vagus Nerve Stimulation (VNS™) for Treatment-Resistant Depression Efficacy, Side Effects, and Predictors of Outcome . *Neuropsychopharmacology*, 25(5): 713–728, 2001. ISSN 0893133X.

Salize, H., Rössler, W., and Becker, T. Mental health care in Germany . *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(2):92–103, 2007.

Sartorius, N. The economic and social burden of depression . *Journal of Clinical Psychiatry*, (62):8–11, 2001.

Schepker, R. and Fegert, J. M. Das neue Entgeltsystem PEPP als «lernendes System» . *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, (41):159–162, 2013.

Schulz, R., Drayer, R. A., and Rollman, B. L. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly . *Biol Psychiatry*, (52):205–225, 2002.

Skultet, M. and Zeiss, A. The treatment of depression in older adults in the primary care setting: An evidence-based review . *Health Psychology*, 25(6):665–674, 2006. ISSN 1930-7810.

Statistisches Bundesamt. Gesundheit, Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle): Fachserie 12, Reihe 6.2.1 , 2010.

Statistisches Bundesamt. Zahlen, Fakten der Länder . *https://www.destatis.de/*, 2014a.

Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 , 2014b. URL `http://www.gbe-bund.de/gbe10/hrecherche.prc_herkunft_rech?tk=51310&tk2=51311&p_fid=412&p_uid=gast&p_aid=&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=51311`.

Steinert, T., Driessen, M., Längle, G., Richter, D., and Wolfersdorf, M. Zu den Qualitätsindikatoren der DGPPN . *Der Nervenarzt*, (84):1382–1384, 2013.

Terman, M. and Terman, J. Light Therapy for Seasonal and Nonseasonal Depression: Efficacy, Protocol, Safety, and Side Effects . *CNS Spectrums*, Seiten 647–663, 2005.

Terman, M., Terman, J., Quitkin, F., McGrath, P., Stewart, J., and Rafferty, B. Light therapy for seasonal affective disorder: A Review of Efficacy . *Neuropsychoparmacology*, (2):1–22, 1989.

Tuunainen, A., Kripke, D. F., and Endo, T. Light therapy for non-seasonal depression . *Cochrane Collaboration*, Seiten 1–3, 2009.

Ungewitter, C., Böttger, D., and Choucair, B. Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmemuster und Kooperation der Leistungserbringer Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung . *http://www.forschungpsychischegesundheit.*, Seiten 1–119, 2010.

van der Linde, R., Blossom, S., Savva, G., Dening, T., and Brayne, C. Systematic reviews on behavioural and psychological symptoms in the older or demented population . *Alzheimer's Research & Therapy*, 4(4):28, 2012.

Wani, A., Trevino, K., Marnell, P., and Husain, M. Advances in brain stimulation for depression . *Annals of Clinical Psychiatry*, (25(3)):217–224, 2013.

Wirz-Justice, A. and Staedt, J. Lichttehrapie- nicht nur bei Winterdepression: Steigende Anzahl von Indikationen rückt Lichttherapie immer mehr in den Blickpunkt . *Psychiatrie 1*, Seiten 25–31, 2008.

Wittchen, H. U. Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen. Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungsnahme im Zusammenhang mit der Befragung durch den Sachverständigenrat für die Konertierte Aktion im Gesundheitswesen . *Max Planck Institut für Psychiatrie*, Seiten 1–24, 2000.

Wolfersdorf, M. *Depressionen verstehen und bewältigen* . Springer Verlag, 2011. ISBN 3884142461.

World Health Organization. The world health report 2001 . Seiten 1–169, 2001.

World Health Organization. Mental Health Atlas 2011 . Seiten 1–81, 2011.

Wormstall,, H.., Stevens, A., and Morawetz, C. Demenz und Depression- ein Beitrag zur Begriffsbestimmung und Differentialdiagnostik der sogenannten Pseudodemenz . *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 149:92–99, 1998.

Zentrum für Südwürttemberg. *Das ZfP Südwürttemberg-Leistungen, Angebote, Ansprechpartner* . Informationsbroschüre des Zentrum für Südwürttemberg, 2012.

Zentrum für Südwürttemberg. Die Kliniken , 2014a. URL `http://zfpitsm05/web/0/intra/index.php?art_id=dc_2010_03_09_4a81b9f3ef8edf5574`.

Zentrum für Südwürttemberg. Das ZfP Südwürttemberg-Psychiatrie und Psychosomatik von Stuttgart bis zum Bodensee . *Unternehmensbroschüre des ZfP*, 2014b.

Zentrum für Südwürttemberg. Beschreibung der Tagesklinik Biberach , 2014c. URL `http://zfpitsm05/web/0/intra`.

Zentrum für Südwürttemberg. Beschreibung der Tagesklinik Biberach , 2014d. URL `http://www.zfp-web.de/179.html?&con=0%253Fselect_menu%253D&MP=58-190`.

Zentrum für Südwürttemberg. Beschreibung der Klinik Weissenau , 2014e. URL `http://zfpitsm05/web/0/intra/index.php`.

Zentrum für Südwürttemberg. Beschreibung der Klinik Weissenau , 2014f. URL `http://www.zfp-web.de/26.html`.

Zentrum für Südwürttemberg. Beschreibung der Klinik Weissenau , 2014g. URL `http://www.zfp-web.de/251.html?&big=0253Fselect_menu%253D&con=0&MP=58-307`.

Zentrum für Südwürttemberg. Beschreibung der Klinik PP.rt , 2014h. URL `PP.rthttp://www.zfp-web.de/1345.html?&big=0%253Fselect_menu%253D&con=0&MP=58-309`.

Zentrum für Südwürttemberg. Beschreibung der Klinik Friedrichshafen , 2014i. URL `http://www.zfp-web.de/allgemeinepsychiatrie_fn_stat.html`.

Zentrum für Südwürttemberg. Beschreibung der Klinik Friedrichshafen , 2014j. URL `http://www.zfp-web.de/324.html?&big=0%253Fselect_menu%253D&con=0&MP=58-311`.

Zentrum für Südwürttemberg. Allgemeinpsychiatrie am Krankenhaus Wangen . *Infobroschüre des ZfP*, Seiten 1–2, 2014k.

7 Abbildungsverzeichnis

1.1 Überblick der untersuchten Kliniken des Zentrum für Südwürttembergs . 41

2.1 Übersicht Baden-Württemberg mit Darstellung der einzelnen Gemeinden 49
2.2 Vergrößerung der Gemeinden 51
2.3 Nahaufnahme mit Beschriftung der einzelnen Gemeinden 53

3.1 Karte 1, Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung 57
3.2 Karte 2, Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung 58
3.3 Karte 3, Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung 58
3.4 Karte 4, Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung 59
3.5 Karte 1, Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung 60
3.6 Karte 2, Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung 61
3.7 Karte 3, Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung 61
3.8 Karte 4, Klinik PP.rt mit teilstationärer Behandlung 62
3.9 Karte 1, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung 63
3.10 Karte 2, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung 64
3.11 Karte 3, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung 64
3.12 Karte 4, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung 65
3.13 Karte 1, Klinik Bad Schussenried mit vollstationärer Behandlung 66
3.14 Karte 2, Klinik Bad Schussenried mit vollstationärer Behandlung 67
3.15 Karte 3, Klinik Bad Schussenried mit vollstationärer Behandlung 67
3.16 Karte 4, Klinik Bad Schussenried mit vollstationärer Behandlung 68
3.17 Karte 1, Klinik Bad Schussenried mit teilstationärer Behandlung 69
3.18 Karte 2, Klinik Bad Schussenried mit teilstationärer Behandlung 70
3.19 Karte 3, Klinik Bad Schussenried mit teilstationärer Behandlung 70
3.20 Karte 4, Klinik Bad Schussenried mit teilstationärer Behandlung 71
3.21 Karte 1, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung 72
3.22 Karte 2, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung 73
3.23 Karte 3, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung 73
3.24 Karte 4, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung 74
3.25 Karte 1, Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung 75

3.26 Karte 2, Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung 76
3.27 Karte 3, Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung 76
3.28 Karte 4, Klinik Ehingen mit teilstationärer Behandlung 77
3.29 Karte 1, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung 78
3.30 Karte 2, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung 79
3.31 Karte 3, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung 79
3.32 Karte 4, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung 80
3.33 Karte 1, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung 81
3.34 Karte 2, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung 82
3.35 Karte 3, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung 82
3.36 Karte 4, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung 83
3.37 Karte 1, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung 84
3.38 Karte 2, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung 85
3.39 Karte 3, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung 85
3.40 Karte 4a, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung 86
3.41 Karte 4b, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung 86
3.42 Karte 1, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung 88
3.43 Karte 2, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung 89
3.44 Karte 3, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung 89
3.45 Karte 4, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung 90
3.46 Karte 1, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung 91
3.47 Karte 2, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung 92
3.48 Karte 3, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung 92
3.49 Karte 4, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung 93

4.1 Karte 1, Klinik PP.rt mit vollstationäre Behandlung der Patienten 95
4.2 Karte 4, Nahaufnahme der Klinik PP.rt mit vollstationärer Behandlung . 95
4.3 Karte1, Klinik Zwiefalten mit vollstationärer Behandlung 96
4.4 Karte 4, Nahaufnahme der vollstationären Behandlung in der Klinik Zwiefalten 96
4.5 Karte 1, Bad Schussenried vollstationäre Behandlung 97
4.6 Karte 1, Klinik Ehingen mit vollstationärer Behandlung 98
4.7 Karte 4, Nahaufnahme der vollstationären Behandlung in der Klinik Bad Schussenried 98
4.8 Karte 4, Nahaufnahme der vollstationären Behandlung in der Klinik Ehingen 99
4.9 Karte 1, Tagesklinik Biberach mit teilstationären Behandlung 100
4.10 Karte 1, Klinik Ehingen mit teilstationären Behandlung 100

4.11 Karte 4, Nahaufnahme der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik Biberach 101
4.12 Karte 4, Nahaufnahme der vollstationären Behandlung in der Klinik Ehingen 101
4.13 Karte1, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung 102
4.14 Karte1, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung 103
4.15 Karte 4, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung 103
4.16 Karte 4, Klinik Wangen mit vollstationärer Behandlung 104
4.17 Karte 1, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung 105
4.18 Karte 1, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung 105
4.19 Karte 4, Klinik Weissenau mit teilstationärer Behandlung 106
4.20 Karte 4, Klinik Wangen mit teilstationärer Behandlung 106
4.21 Karte 1, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung 107
4.22 Karte 1, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung 108
4.23 Karte 4, Klinik Weissenau mit vollstationärer Behandlung 108
4.24 Karte 4, Klinik Friedrichshafen mit vollstationärer Behandlung 109

8 Anhang

Im Anhang folgen die der Auswertung zugrundeliegenden Rohdaten der einzelnen Kliniken des Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg.

Daten der Klinik PP.rt vollstationär

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Nord	Blaustein	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Ehingen an der Donau	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Laichingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Untermarchtal	1	0%
Biberach	Betzenweiler	1	0%
Biberach	Burgrieden	1	0%
Biberach	Ertingen	-	-
Biberach	Riedlingen	1	0%
Biberach	Warthausen	1	0%
Bodenseekreis Ost	Friedrichshafen	2	1%
Esslingen	Altenriet	-	-
Esslingen	Bempflingen	1	0%
Esslingen	Denkendorf	1	0%
Esslingen	Esslingen am Neckar	1	0%
Esslingen	Filderstadt	2	1%
Esslingen	Frickenhausen	1	0%
Esslingen	Hochdorf	1	0%
Esslingen	Kohlberg	-	-
Esslingen	Lenningen	-	-
Esslingen	Neckartailfingen	1	0%
Esslingen	Neckartenzlingen	-	-
Esslingen	Neuffen	-	-
Esslingen	Nürtingen	-	-
Esslingen	Ostfildern	-	-
Esslingen	Wendlingen am Neckar	-	-
Esslingen	Wolfschlugen	-	-
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	-	-
Ravensburg West	Bad Waldsee	-	-
Reutlingen-Nord	Eningen unter Achalm	23	6%
Reutlingen-Nord	Grafenberg	4	1%
Reutlingen-Nord	Lichtenstein	11	3%
Reutlingen-Nord	Metzingen	13	3%
Reutlingen-Nord	Pfullingen	31	8%
Reutlingen-Nord	Pliezhausen	5	1%
Reutlingen-Nord	Reutlingen	175	45%
Reutlingen-Nord	Riederich	5	1%
Reutlingen-Nord	Walddorfhäslach	1	0%
Reutlingen-Nord	Wannweil	10	3%
Reutlingen-Süd	Bad Urach	5	1%
Reutlingen-Süd	Dettingen an der Erms	6	2%
Reutlingen-Süd	Engstingen	2	1%
Reutlingen-Süd	Gomadingen	-	-
Reutlingen-Süd	Grabenstetten	1	0%
Reutlingen-Süd	Gutsbezirk Münsingen	-	-
Reutlingen-Süd	Hohenstein	1	0%
Reutlingen-Süd	Hülben	2	1%
Reutlingen-Süd	Münsingen	9	2%
Reutlingen-Süd	Römerstein	1	0%
Reutlingen-Süd	Sonnenbühl	5	1%
Reutlingen-Süd	St. Johann	3	1%
Reutlingen-Süd	Trochtelfingen	2	1%
Reutlingen-Süd	Zwiefalten	-	-

Tübingen	Ammerbuch	-	-
Tübingen	Dettenhausen	-	-
Tübingen	Dußlingen	1	0%
Tübingen	Gomaringen	2	1%
Tübingen	Kirchentellinsfurt	3	1%
Tübingen	Kusterdingen	2	1%
Tübingen	Mössingen	4	1%
Tübingen	Nehren	1	0%
Tübingen	Rottenburg am Neckar	1	0%
Tübingen	Starzach	-	-
Tübingen	Tübingen	11	3%
Ulm	Ulm	1	0%
Andere Lkr. in BW	Aalen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Albstadt	3	1%
Andere Lkr. in BW	Allmersbach im Tal	-	-
Andere Lkr. in BW	Altensteig	-	-
Andere Lkr. in BW	Backnang	-	-
Andere Lkr. in BW	Bad Liebenzell	-	-
Andere Lkr. in BW	Balingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Besigheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Blaufelden	1	0%
Andere Lkr. in BW	Böblingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bondorf	1	0%
Andere Lkr. in BW	Burladingen	3	1%
Andere Lkr. in BW	Ebhausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Erdmannhausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Freiburg im Breisgau	-	-
Andere Lkr. in BW	Freudenstadt	-	-
Andere Lkr. in BW	Gammertingen	2	1%
Andere Lkr. in BW	Gingen an der Fils	2	1%
Andere Lkr. in BW	Göppingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Haigerloch	-	-
Andere Lkr. in BW	Haiterbach	1	0%
Andere Lkr. in BW	Hechingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Heidenheim an der Brenz	-	-
Andere Lkr. in BW	Hemmingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Hettingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Horb am Neckar	-	-
Andere Lkr. in BW	Illingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Jettingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Kernen im Remstal	-	-
Andere Lkr. in BW	Leonberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Loßburg	1	0%
Andere Lkr. in BW	Ludwigsburg	-	-
Andere Lkr. in BW	Magstadt	1	0%
Andere Lkr. in BW	Mötzingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Nagold	1	0%
Andere Lkr. in BW	Neuhausen ob Eck	1	0%
Andere Lkr. in BW	Nordheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Oberkochen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Ostrach	1	0%
Andere Lkr. in BW	Renningen	-	-
Andere Lkr. in BW	Salach	-	-
Andere Lkr. in BW	Sindelfingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Stetten am kalten Markt	1	0%
Andere Lkr. in BW	Stuttgart	2	1%

Andere Lkr. in BW	Süßen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Uhingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Vaihingen an der Enz	-	-
Andere Lkr. in BW	Waiblingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Waldenbuch	-	-
Andere Lkr. in BW	Waldshut-Tiengen	-	-
Andere Lkr. in BW	Weil im Schönbuch	-	-
Andere Lkr. in BW	Weinsberg	1	0%
Andere Lkr. in BW	Weinstadt	-	-
Andere Lkr. in BW	Wildberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Winterbach	1	0%
Bayern	Berg	-	-
Bayern	Immenstadt	-	-
Bayern	Ingolstadt	1	0%
Bayern	Kammeltal	1	0%
Bayern	Landsberg	-	-
Bayern	Leipheim	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Berlin	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Braunau	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Dortmund	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Frankfurt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Jena	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Marburg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Niederdorfelden	-	-
Total		**388**	**100%**

Daten der Klinik PP.rt teilstationär

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Esslingen	Erkenbrechtsweiler	-	-
Esslingen	Frickenhausen	1	1%
Esslingen	Neckartailfingen	-	-
Esslingen	Neckartenzlingen	1	1%
Esslingen	Nürtingen	-	-
Reutlingen-Nord	Eningen unter Achalm	15	9%
Reutlingen-Nord	Grafenberg	-	-
Reutlingen-Nord	Lichtenstein	4	3%
Reutlingen-Nord	Metzingen	8	5%
Reutlingen-Nord	Pfullingen	16	10%
Reutlingen-Nord	Pliezhausen	-	-
Reutlingen-Nord	Reutlingen	83	53%
Reutlingen-Nord	Riederich	3	2%
Reutlingen-Nord	Walddorfhäslach	1	1%
Reutlingen-Nord	Wannweil	2	1%
Reutlingen-Süd	Bad Urach	-	-
Reutlingen-Süd	Dettingen an der Erms	2	1%
Reutlingen-Süd	Engstingen	2	1%
Reutlingen-Süd	Gomadingen	-	-
Reutlingen-Süd	Grabenstetten	-	-
Reutlingen-Süd	Gutsbezirk Münsingen	-	-
Reutlingen-Süd	Hohenstein	-	-
Reutlingen-Süd	Hülben	2	1%
Reutlingen-Süd	Mehrstetten	-	-
Reutlingen-Süd	Münsingen	3	2%
Reutlingen-Süd	Pfronstetten	-	-
Reutlingen-Süd	Römerstein	-	-
Reutlingen-Süd	Sonnenbühl	1	1%
Reutlingen-Süd	St. Johann	-	-
Tübingen	Ammerbuch	-	-
Tübingen	Dußlingen	-	-
Tübingen	Gomaringen	2	1%
Tübingen	Kirchentellinsfurt	1	1%
Tübingen	Kusterdingen	2	1%
Tübingen	Mössingen	1	1%
Tübingen	Nehren	2	1%
Tübingen	Ofterdingen	1	1%
Tübingen	Rottenburg am Neckar	-	-
Tübingen	Tübingen	4	3%
Andere Lkr. in BW	Böblingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bondorf	1	1%
Andere Lkr. in BW	Burladingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Hettingen	1	1%
Andere Lkr. in BW	Renningen	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwäbisch Gmünd	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Berlin	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Niederdorfelden	-	-
Total		**158**	**100%**

Daten Klinik Zwiefalten

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Nord	Balzheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Beimerstetten	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Blaustein	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Dornstadt	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Hüttisheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Illerkirchberg	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Langenau	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Lonsee	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Merklingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Nellingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Nerenstetten	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Staig	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Weidenstetten	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Allmendingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Altheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Berghülen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Blaubeuren	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Ehingen an der Donau	2	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emeringen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emerkingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Erbach	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Hausen am Bussen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Heroldstatt	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Laichingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Lauterach	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Munderkingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberdischingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Obermarchtal	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberstadion	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Öpfingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Rottenacker	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Schelklingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Untermarchtal	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Westerheim	-	-
Biberach	Achstetten	-	-
Biberach	Alleshausen	2	1%
Biberach	Allmannsweiler	1	0%
Biberach	Altheim	-	-
Biberach	Attenweiler	1	0%
Biberach	Bad Buchau	-	-
Biberach	Bad Schussenried	1	0%
Biberach	Betzenweiler	-	-
Biberach	Biberach an der Riß	3	1%
Biberach	Burgrieden	-	-
Biberach	Dettingen an der Iller	-	-
Biberach	Dürmentingen	-	-
Biberach	Dürnau	-	-
Biberach	Eberhardzell	-	-
Biberach	Erlenmoos	-	-
Biberach	Ertingen	-	-
Biberach	Gutenzell-Hürbel	-	-
Biberach	Hochdorf	-	-

Biberach	Ingoldingen	-	-
Biberach	Kanzach	-	-
Biberach	Kirchdorf an der Iller	-	-
Biberach	Langenenslingen	2	1%
Biberach	Laupheim	-	-
Biberach	Maselheim	-	-
Biberach	Mietingen	1	0%
Biberach	Mittelbiberach	1	0%
Biberach	Ochsenhausen	-	-
Biberach	Oggelshausen	-	-
Biberach	Riedlingen	-	-
Biberach	Rot an der Rot	-	-
Biberach	Schemmerhofen	-	-
Biberach	Schwendi	-	-
Biberach	Ummendorf	1	0%
Biberach	Unlingen	1	0%
Biberach	Uttenweiler	1	0%
Biberach	Warthausen	-	-
Bodenseekreis Ost	Eriskirch	-	-
Bodenseekreis Ost	Friedrichshafen	1	0%
Bodenseekreis Ost	Kressbronn am Bodensee	-	-
Bodenseekreis Ost	Langenargen	-	-
Bodenseekreis Ost	Meckenbeuren	-	-
Bodenseekreis Ost	Tettnang	-	-
Bodenseekreis West	Daisendorf	-	-
Bodenseekreis West	Immenstaad am Bodensee	-	-
Bodenseekreis West	Markdorf	1	0%
Bodenseekreis West	Oberteuringen	-	-
Bodenseekreis West	Owingen	-	-
Bodenseekreis West	Salem	1	0%
Bodenseekreis West	Überlingen	-	-
Bodenseekreis West	Uhldingen-Mühlhofen	-	-
Esslingen	Aichtal	-	-
Esslingen	Aichwald	-	-
Esslingen	Altbach	-	-
Esslingen	Altdorf	1	0%
Esslingen	Altenriet	-	-
Esslingen	Baltmannsweiler	-	-
Esslingen	Bempflingen	1	0%
Esslingen	Beuren	-	-
Esslingen	Bissingen an der Teck	-	-
Esslingen	Deizisau	-	-
Esslingen	Denkendorf	2	1%
Esslingen	Erkenbrechtsweiler	-	-
Esslingen	Esslingen am Neckar	2	1%
Esslingen	Filderstadt	1	0%
Esslingen	Frickenhausen	2	1%
Esslingen	Großbettlingen	-	-
Esslingen	Hochdorf	-	-
Esslingen	Kirchheim unter Teck	-	-
Esslingen	Kohlberg	-	-
Esslingen	Köngen	-	-
Esslingen	Leinfelden-Echterdingen	2	1%
Esslingen	Lenningen	-	-
Esslingen	Lichtenwald	-	-
Esslingen	Neckartailfingen	-	-

Esslingen	Neckartenzlingen	1	0%
Esslingen	Neidlingen	-	-
Esslingen	Neuffen	1	0%
Esslingen	Neuhausen auf den Fildern	-	-
Esslingen	Nürtingen	1	0%
Esslingen	Oberboihingen	-	-
Esslingen	Ohmden	-	-
Esslingen	Ostfildern	2	1%
Esslingen	Owen	1	0%
Esslingen	Plochingen	-	-
Esslingen	Reichenbach an der Fils	-	-
Esslingen	Schlaitdorf	-	-
Esslingen	Weilheim an der Teck	-	-
Esslingen	Wendlingen am Neckar	-	-
Esslingen	Wernau	1	0%
Esslingen	Wolfschlugen	-	-
Ravensburg Ost	Argenbühl	-	-
Ravensburg Ost	Bad Wurzach	-	-
Ravensburg Ost	Leutkirch im Allgäu	1	0%
Ravensburg Ost	Vogt	-	-
Ravensburg Ost	Waldburg	-	-
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	-	-
Ravensburg Ost	Wolfegg	1	0%
Ravensburg West	Altshausen	1	0%
Ravensburg West	Amtzell	-	-
Ravensburg West	Aulendorf	2	1%
Ravensburg West	Bad Waldsee	1	0%
Ravensburg West	Baienfurt	-	-
Ravensburg West	Baindt	-	-
Ravensburg West	Berg	-	-
Ravensburg West	Bodnegg	-	-
Ravensburg West	Ebersbach-Musbach	-	-
Ravensburg West	Fleischwangen	-	-
Ravensburg West	Fronreute	-	-
Ravensburg West	Grünkraut	-	-
Ravensburg West	Horgenzell	-	-
Ravensburg West	Königseggwald	1	0%
Ravensburg West	Ravensburg	3	1%
Ravensburg West	Weingarten	3	1%
Ravensburg West	Wilhelmsdorf	-	-
Ravensburg West	Wolpertswende	-	-
Reutlingen-Nord	Eningen unter Achalm	19	5%
Reutlingen-Nord	Grafenberg	5	1%
Reutlingen-Nord	Lichtenstein	5	1%
Reutlingen-Nord	Metzingen	16	4%
Reutlingen-Nord	Pfullingen	15	4%
Reutlingen-Nord	Pliezhausen	1	0%
Reutlingen-Nord	Reutlingen	47	13%
Reutlingen-Nord	Riederich	2	1%
Reutlingen-Nord	Walddorfhäslach	1	0%
Reutlingen-Nord	Wannweil	2	1%
Reutlingen-Süd	Bad Urach	11	3%
Reutlingen-Süd	Dettingen an der Erms	10	3%
Reutlingen-Süd	Engstingen	6	2%
Reutlingen-Süd	Gomadingen	3	1%
Reutlingen-Süd	Grabenstetten	1	0%

Reutlingen-Süd	Gutsbezirk Münsingen	-	-
Reutlingen-Süd	Hayingen	3	1%
Reutlingen-Süd	Hohenstein	7	2%
Reutlingen-Süd	Hülben	5	1%
Reutlingen-Süd	Mehrstetten	2	1%
Reutlingen-Süd	Münsingen	27	7%
Reutlingen-Süd	Pfronstetten	1	0%
Reutlingen-Süd	Römerstein	6	2%
Reutlingen-Süd	Sonnenbühl	7	2%
Reutlingen-Süd	St. Johann	4	1%
Reutlingen-Süd	Trochtelfingen	8	2%
Reutlingen-Süd	Zwiefalten	6	2%
Tübingen	Ammerbuch	-	-
Tübingen	Bodelshausen	2	1%
Tübingen	Dettenhausen	-	-
Tübingen	Dußlingen	-	-
Tübingen	Gomaringen	1	0%
Tübingen	Hirrlingen	1	0%
Tübingen	Kirchentellinsfurt	2	1%
Tübingen	Kusterdingen	2	1%
Tübingen	Mössingen	7	2%
Tübingen	Nehren	-	-
Tübingen	Neustetten	-	-
Tübingen	Ofterdingen	-	-
Tübingen	Rottenburg am Neckar	2	1%
Tübingen	Tübingen	3	1%
Ulm	Ulm	6	2%
Andere Lkr. in BW	Aalen	-	-
Andere Lkr. in BW	Aidlingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Albstadt	3	1%
Andere Lkr. in BW	Altensteig	1	0%
Andere Lkr. in BW	Aspach	-	-
Andere Lkr. in BW	Asperg	-	-
Andere Lkr. in BW	Backnang	-	-
Andere Lkr. in BW	Bad Krozingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Bad Saulgau	-	-
Andere Lkr. in BW	Baden-Baden	1	0%
Andere Lkr. in BW	Balingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Birenbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Bisingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bitz	-	-
Andere Lkr. in BW	Blaufelden	1	0%
Andere Lkr. in BW	Blumberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Böblingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Boll	-	-
Andere Lkr. in BW	Bondorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Buchheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Burladingen	4	1%
Andere Lkr. in BW	Calw	-	-
Andere Lkr. in BW	Deißlingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Donaueschingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Dornstetten	-	-
Andere Lkr. in BW	Ebersbach an der Fils	-	-
Andere Lkr. in BW	Ebhausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Edingen-Neckarhausen	-	-

Andere Lkr. in BW	Egenhausen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Egesheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Eisingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Eislingen/Fils	-	-
Andere Lkr. in BW	Ellwangen (Jagst)	-	-
Andere Lkr. in BW	Erdmannhausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Erligheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Eschbronn	-	-
Andere Lkr. in BW	Eschenbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Eutingen im Gäu	-	-
Andere Lkr. in BW	Fellbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Flein	-	-
Andere Lkr. in BW	Frankenhardt	-	-
Andere Lkr. in BW	Freiberg am Neckar	-	-
Andere Lkr. in BW	Freiburg im Breisgau	-	-
Andere Lkr. in BW	Gammertingen	6	2%
Andere Lkr. in BW	Gärtringen	-	-
Andere Lkr. in BW	Gäufelden	1	0%
Andere Lkr. in BW	Geisingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Geislingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Geislingen an der Steige	-	-
Andere Lkr. in BW	Giengen an der Brenz	1	0%
Andere Lkr. in BW	Gingen an der Fils	-	-
Andere Lkr. in BW	Göppingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Gottmadingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Gruibingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Haigerloch	2	1%
Andere Lkr. in BW	Hechingen	2	1%
Andere Lkr. in BW	Heidenheim an der Brenz	-	-
Andere Lkr. in BW	Heilbronn	-	-
Andere Lkr. in BW	Heiningen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Herbertingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Herdwangen-Schönach	-	-
Andere Lkr. in BW	Hermaringen	-	-
Andere Lkr. in BW	Herrenberg	2	1%
Andere Lkr. in BW	Hettingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Hildrizhausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Höchenschwand	-	-
Andere Lkr. in BW	Hohenfels	-	-
Andere Lkr. in BW	Hohenstadt	-	-
Andere Lkr. in BW	Hohentengen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Holzgerlingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Illmensee	-	-
Andere Lkr. in BW	Inzigkofen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Jettingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Jungingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Karlsruhe	-	-
Andere Lkr. in BW	Kernen im Remstal	-	-
Andere Lkr. in BW	Kirchheim am Ries	-	-
Andere Lkr. in BW	Konstanz	-	-
Andere Lkr. in BW	Kraichtal	1	0%
Andere Lkr. in BW	Leibertingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Leonberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Ludwigsburg	-	-
Andere Lkr. in BW	Mannheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Maulbronn	-	-

Andere Lkr. in BW	Mengen	-	-
Andere Lkr. in BW	Meßkirch	-	-
Andere Lkr. in BW	Meßstetten	-	-
Andere Lkr. in BW	Mosbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Mötzingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Müllheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Murr	-	-
Andere Lkr. in BW	Nagold	2	1%
Andere Lkr. in BW	Neresheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Neubulach	1	0%
Andere Lkr. in BW	Neufra	-	-
Andere Lkr. in BW	Neuler	-	-
Andere Lkr. in BW	Niederstotzingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Niefern-Öschelbronn	-	-
Andere Lkr. in BW	Oberkirch	-	-
Andere Lkr. in BW	Oberkochen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Offenburg	2	1%
Andere Lkr. in BW	Ostrach	1	0%
Andere Lkr. in BW	Pforzheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Pfullendorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Rangendingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Remseck am Neckar	-	-
Andere Lkr. in BW	Sachsenheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Salach	-	-
Andere Lkr. in BW	Scheer	-	-
Andere Lkr. in BW	Schönaich	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwäbisch Gmünd	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwäbisch Hall	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwaikheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwenningen	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwieberdingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Sigmaringen	3	1%
Andere Lkr. in BW	Sigmaringendorf	1	0%
Andere Lkr. in BW	Sindelfingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Singen	-	-
Andere Lkr. in BW	Sinzheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Steinenbronn	-	-
Andere Lkr. in BW	Steißlingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Stetten am kalten Markt	-	-
Andere Lkr. in BW	Straßberg	2	1%
Andere Lkr. in BW	Stuttgart	5	1%
Andere Lkr. in BW	Sulz am Neckar	-	-
Andere Lkr. in BW	Tiefenbronn	-	-
Andere Lkr. in BW	Tuttlingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Untermünkheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Veringenstadt	1	0%
Andere Lkr. in BW	Villingen-Schwenningen	-	-
Andere Lkr. in BW	Vöhrenbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Waiblingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Waldenbuch	-	-
Andere Lkr. in BW	Waldkirch	-	-
Andere Lkr. in BW	Waldshut-Tiengen	2	1%
Andere Lkr. in BW	Wehingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Weil der Stadt	-	-
Andere Lkr. in BW	Weil im Schönbuch	-	-
Andere Lkr. in BW	Weinsberg	1	0%

Andere Lkr. in BW	Weinstadt	-	-
Andere Lkr. in BW	Winterbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Winterlingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Zell unter Aichelberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Zimmern ob Rottweil	-	-
Bayern	Achholzhausen	-	-
Bayern	Augsburg	-	-
Bayern	Bad Neustadt	-	-
Bayern	Bellenberg	1	0%
Bayern	Benningen	-	-
Bayern	Bibertal	-	-
Bayern	Dillingen	2	1%
Bayern	Durach	1	0%
Bayern	Egg An Der Guenz	-	-
Bayern	Elchingen	1	0%
Bayern	Füssen	-	-
Bayern	Geisenfeld	-	-
Bayern	Gersthofen	-	-
Bayern	Gundelfingen	-	-
Bayern	Gundremmingen	1	0%
Bayern	Illertissen	2	1%
Bayern	Jettingen-Scheppach	-	-
Bayern	Kammeltal	-	-
Bayern	Kempten	-	-
Bayern	Kirchheim	-	-
Bayern	Leipheim	-	-
Bayern	Lindau	-	-
Bayern	Meitingen	-	-
Bayern	Memmingen	-	-
Bayern	München	-	-
Bayern	Nersingen	1	0%
Bayern	Neu-Ulm	1	0%
Bayern	Neu Ulm	-	-
Bayern	nürnberg	-	-
Bayern	Oberstaufen	-	-
Bayern	Offingen	-	-
Bayern	Pfaffenhofen	-	-
Bayern	Senden	1	0%
Bayern	Ulm	-	-
Bayern	Vöhringen	-	-
Bayern	Wasserburg	-	-
Bayern	Weissenhorn	-	-
Bayern	Weißenhorn	-	-
Bayern	Wenzenbach	-	-
Bayern	Westerheim	-	-
Bayern	Würzburg	1	0%
Bayern	Zorneding	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Aulendorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bensheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Berlin	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bremen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Büsingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Dortmund	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Dresden	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Eppelborn	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Eschwege	-	-

Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Filderstadt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Fulda	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hannover	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Heidelberg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hilden	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Illingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Jena	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Kail	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Köln	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Krefeld	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Leipzig	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Mainz	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Meißen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Möser	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Mössingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Muenster	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Münster	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neckartenzlingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neu-Ulm	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neuenhaus	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ostfildern	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Pfullingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Reutlingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Sch÷nberg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Schönberg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Sienhachenbach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Stuttgart	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Stuttgart-Hedelfingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Trochtelfingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Troisdorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ulm	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Unna	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wien	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wil	-	-
Total		**373**	**100%**

Daten Klinik Bad Schussenried vollstationär

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Nord	Altheim (Alb)	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Amstetten	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Asselfingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Ballendorf	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Balzheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Beimerstetten	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Bernstadt	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Blaustein	9	2%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Börslingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Breitingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Dietenheim	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Dornstadt	2	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Holzkirch	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Hüttisheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Illerkirchberg	2	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Illerrieden	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Langenau	2	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Lonsee	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Merklingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Neenstetten	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Nellingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Nerenstetten	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Öllingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Rammingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Schnürpflingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Setzingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Staig	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Weidenstetten	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Westerstetten	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Allmendingen	9	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Altheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Berghülen	7	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Blaubeuren	4	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Ehingen an der Donau	36	7%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emeringen	10	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emerkingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Erbach	8	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Griesingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Grundsheim	2	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Hausen am Bussen	10	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Heroldstatt	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Laichingen	4	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Lauterach	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Munderkingen	4	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberdischingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Obermarchtal	2	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberstadion	2	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Öpfingen	2	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Rechtenstein	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Rottenacker	4	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Schelklingen	4	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Untermarchtal	1	0%

Alb-Donau-Kreis-Süd	Unterstadion	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Unterwachingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Westerheim	1	0%
Biberach	Achstetten	5	1%
Biberach	Alleshausen	13	3%
Biberach	Allmannsweiler	3	1%
Biberach	Altheim	-	-
Biberach	Attenweiler	1	0%
Biberach	Bad Buchau	6	1%
Biberach	Bad Schussenried	13	3%
Biberach	Berkheim	-	-
Biberach	Betzenweiler	1	0%
Biberach	Biberach an der Riß	57	12%
Biberach	Burgrieden	3	1%
Biberach	Dettingen an der Iller	3	1%
Biberach	Dürmentingen	5	1%
Biberach	Dürnau	-	-
Biberach	Eberhardzell	4	1%
Biberach	Erlenmoos	8	2%
Biberach	Erolzheim	4	1%
Biberach	Ertingen	8	2%
Biberach	Gutenzell-Hürbel	2	0%
Biberach	Hochdorf	2	0%
Biberach	Ingoldingen	2	0%
Biberach	Kanzach	-	-
Biberach	Kirchberg an der Iller	-	-
Biberach	Kirchdorf an der Iller	4	1%
Biberach	Langenenslingen	5	1%
Biberach	Laupheim	32	7%
Biberach	Maselheim	4	1%
Biberach	Mietingen	9	2%
Biberach	Mittelbiberach	2	0%
Biberach	Ochsenhausen	7	1%
Biberach	Oggelshausen	1	0%
Biberach	Riedlingen	8	2%
Biberach	Rot an der Rot	8	2%
Biberach	Schemmerhofen	9	2%
Biberach	Schwendi	10	2%
Biberach	Seekirch	-	-
Biberach	Steinhausen an der Rottum	1	0%
Biberach	Tannheim	5	1%
Biberach	Tiefenbach	-	-
Biberach	Ummendorf	4	1%
Biberach	Unlingen	2	0%
Biberach	Uttenweiler	5	1%
Biberach	Wain	1	0%
Biberach	Warthausen	5	1%
Bodenseekreis Ost	Eriskirch	-	-
Bodenseekreis Ost	Friedrichshafen	-	-
Bodenseekreis Ost	Kressbronn am Bodensee	-	-
Bodenseekreis Ost	Langenargen	-	-
Bodenseekreis Ost	Meckenbeuren	-	-
Bodenseekreis Ost	Neukirch	-	-
Bodenseekreis Ost	Tettnang	-	-
Bodenseekreis West	Bermatingen	-	-
Bodenseekreis West	Deggenhausertal	-	-

Bodenseekreis West	Hagnau am Bodensee	-	-
Bodenseekreis West	Immenstaad am Bodensee	-	-
Bodenseekreis West	Markdorf	-	-
Bodenseekreis West	Oberteuringen	-	-
Bodenseekreis West	Salem	-	-
Bodenseekreis West	Stetten	1	0%
Bodenseekreis West	Überlingen	-	-
Esslingen	Baltmannsweiler	-	-
Esslingen	Esslingen am Neckar	1	0%
Esslingen	Neuhausen auf den Fildern	-	-
Esslingen	Wernau	-	-
Ravensburg Ost	Aichstetten	-	-
Ravensburg Ost	Aitrach	-	-
Ravensburg Ost	Argenbühl	-	-
Ravensburg Ost	Bad Wurzach	3	1%
Ravensburg Ost	Isny im Allgäu	-	-
Ravensburg Ost	Kißlegg	-	-
Ravensburg Ost	Leutkirch im Allgäu	-	-
Ravensburg Ost	Vogt	-	-
Ravensburg Ost	Waldburg	-	-
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	-	-
Ravensburg Ost	Wolfegg	1	0%
Ravensburg West	Altshausen	-	-
Ravensburg West	Amtzell	-	-
Ravensburg West	Aulendorf	2	0%
Ravensburg West	Bad Waldsee	4	1%
Ravensburg West	Baienfurt	-	-
Ravensburg West	Baindt	-	-
Ravensburg West	Berg	-	-
Ravensburg West	Bergatreute	-	-
Ravensburg West	Bodnegg	1	0%
Ravensburg West	Boms	-	-
Ravensburg West	Ebenweiler	-	-
Ravensburg West	Ebersbach-Musbach	-	-
Ravensburg West	Fronreute	-	-
Ravensburg West	Grünkraut	-	-
Ravensburg West	Horgenzell	1	0%
Ravensburg West	Ravensburg	-	-
Ravensburg West	Riedhausen	-	-
Ravensburg West	Schlier	-	-
Ravensburg West	Weingarten	1	0%
Ravensburg West	Wilhelmsdorf	-	-
Ravensburg West	Wolpertswende	-	-
Reutlingen-Nord	Eningen unter Achalm	-	-
Reutlingen-Nord	Pfullingen	-	-
Reutlingen-Nord	Pliezhausen	-	-
Reutlingen-Nord	Reutlingen	-	-
Reutlingen-Nord	Riederich	-	-
Reutlingen-Nord	Walddorfhäslach	-	-
Reutlingen-Nord	Wannweil	-	-
Reutlingen-Süd	Bad Urach	1	0%
Reutlingen-Süd	Gomadingen	-	-
Reutlingen-Süd	Gutsbezirk Münsingen	-	-
Reutlingen-Süd	Hayingen	3	1%
Reutlingen-Süd	Mehrstetten	-	-
Reutlingen-Süd	Münsingen	2	0%

Reutlingen-Süd	Pfronstetten	-	-
Reutlingen-Süd	Römerstein	1	0%
Reutlingen-Süd	Zwiefalten	1	0%
Tübingen	Gomaringen	-	-
Tübingen	Mössingen	-	-
Tübingen	Tübingen	-	-
Ulm	Ulm	33	7%
Andere Lkr. in BW	Aalen	-	-
Andere Lkr. in BW	Albstadt	-	-
Andere Lkr. in BW	Allensbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Bad Saulgau	2	0%
Andere Lkr. in BW	Balingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bernau	-	-
Andere Lkr. in BW	Bingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Böblingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Böhmenkirch	-	-
Andere Lkr. in BW	Bopfingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Burladingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Dischingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Ebersbach an der Fils	-	-
Andere Lkr. in BW	Eislingen/Fils	-	-
Andere Lkr. in BW	Ellwangen (Jagst)	-	-
Andere Lkr. in BW	Endingen am Kaiserstuhl	1	0%
Andere Lkr. in BW	Essingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Fellbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Fichtenberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Fluorn-Winzeln	-	-
Andere Lkr. in BW	Freiburg im Breisgau	1	0%
Andere Lkr. in BW	Geislingen an der Steige	2	0%
Andere Lkr. in BW	Gerstetten	1	0%
Andere Lkr. in BW	Giengen an der Brenz	1	0%
Andere Lkr. in BW	Göppingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Gundelfingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Hechingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Heidenheim an der Brenz	1	0%
Andere Lkr. in BW	Herbertingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Herbrechtingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Herdwangen-Schönach	1	0%
Andere Lkr. in BW	Hermaringen	-	-
Andere Lkr. in BW	Herrenberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Hilzingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Hohenstadt	1	0%
Andere Lkr. in BW	Hohentengen	-	-
Andere Lkr. in BW	Illmensee	-	-
Andere Lkr. in BW	Ingersheim	1	0%
Andere Lkr. in BW	Karlsruhe	-	-
Andere Lkr. in BW	Kirchheim am Ries	-	-
Andere Lkr. in BW	Knittlingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Königsbronn	-	-
Andere Lkr. in BW	Konstanz	-	-
Andere Lkr. in BW	Kornwestheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Mainhardt	-	-
Andere Lkr. in BW	Mannheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Mengen	2	0%
Andere Lkr. in BW	Meßkirch	-	-
Andere Lkr. in BW	Michelbach an der Bilz	-	-

Andere Lkr. in BW	Möckmühl	1	0%
Andere Lkr. in BW	Mühlhausen im Täle	-	-
Andere Lkr. in BW	Murrhardt	1	0%
Andere Lkr. in BW	Neresheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Neuler	-	-
Andere Lkr. in BW	Niederstotzingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Oberkochen	-	-
Andere Lkr. in BW	Offenburg	-	-
Andere Lkr. in BW	Oppenweiler	-	-
Andere Lkr. in BW	Ostrach	1	0%
Andere Lkr. in BW	Pfedelbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Pforzheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Pfullendorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Plüderhausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Radolfzell am Bodensee	-	-
Andere Lkr. in BW	Rainau	-	-
Andere Lkr. in BW	Rechberghausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Renningen	-	-
Andere Lkr. in BW	Rheinstetten	-	-
Andere Lkr. in BW	Riesbürg	-	-
Andere Lkr. in BW	Rottweil	-	-
Andere Lkr. in BW	Rudersberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Scheer	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwäbisch Gmünd	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwaikheim	1	0%
Andere Lkr. in BW	Sigmaringen	-	-
Andere Lkr. in BW	Sigmaringendorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Singen	-	-
Andere Lkr. in BW	Steinheim am Albuch	-	-
Andere Lkr. in BW	Steinheim an der Murr	-	-
Andere Lkr. in BW	Stetten am kalten Markt	-	-
Andere Lkr. in BW	Stockach	-	-
Andere Lkr. in BW	Stuttgart	1	0%
Andere Lkr. in BW	Sulzbach-Laufen	-	-
Andere Lkr. in BW	Veringenstadt	-	-
Andere Lkr. in BW	Villingen-Schwenningen	-	-
Andere Lkr. in BW	Wald	-	-
Andere Lkr. in BW	Weinstadt	-	-
Andere Lkr. in BW	Weissach	-	-
Andere Lkr. in BW	Wildberg	1	0%
Bayern	Achstetten	-	-
Bayern	Altenstadt/Illereichen	-	-
Bayern	Bachhagel	-	-
Bayern	Bad Endorf	-	-
Bayern	Bad Schussenried	-	-
Bayern	Bellenberg	-	-
Bayern	Biberach	1	0%
Bayern	Bibertal	-	-
Bayern	Boos	-	-
Bayern	Buch	-	-
Bayern	Dürmentingen	-	-
Bayern	Dürrlauingen	-	-
Bayern	Ehingen	-	-
Bayern	Elchingen	-	-
Bayern	Emskirchen	-	-
Bayern	Fellheim	-	-

Bayern	G³nzburg	-	-
Bayern	Grainau	1	0%
Bayern	Haibach	1	0%
Bayern	Heimenkirch	1	0%
Bayern	Illertissen	1	0%
Bayern	Illertissen-Au	-	-
Bayern	Immenstadt	-	-
Bayern	Kaufbeuren	-	-
Bayern	Kettershausen	-	-
Bayern	Krumbach	-	-
Bayern	Langenau	-	-
Bayern	Lautrach	-	-
Bayern	Lindau	-	-
Bayern	Lindenberg	-	-
Bayern	Memmingen	-	-
Bayern	Memmingerberg	-	-
Bayern	Mühldorf am Inn	-	-
Bayern	München	-	-
Bayern	Münnerstadt	1	0%
Bayern	Münsingen	-	-
Bayern	Nersingen	-	-
Bayern	Neu- Ulm	-	-
Bayern	NEU-ULM	-	-
Bayern	Neu-Ulm	2	0%
Bayern	Neu Ulm	-	-
Bayern	Nonnenhorn	-	-
Bayern	Nördlingen	-	-
Bayern	Nürnberg	-	-
Bayern	Ochsenhausen	-	-
Bayern	Osterberg	-	-
Bayern	Pfronten	-	-
Bayern	Rettenberg	-	-
Bayern	Roggenburg	-	-
Bayern	Röthenbach (allgäu)	-	-
Bayern	Senden	2	0%
Bayern	Sigmarszell	-	-
Bayern	Sonthofen	-	-
Bayern	Thannhausen	1	0%
Bayern	Ulm	-	-
Bayern	Ulm-Roter Berg	-	-
Bayern	Ulm Jungingen	-	-
Bayern	Unterthingau	1	0%
Bayern	Voeringen	-	-
Bayern	Vöhringen	-	-
Bayern	Waakirchen	-	-
Bayern	Weissenhorn	-	-
Bayern	Weißenhorn	2	0%
Bayern	Wertingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Aldenhoven- Siersdorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad Gandersheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad Schussenried	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad Sobernheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Berlin	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Biberach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Blaubeuren	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bochum	-	-

Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bonn	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Braunschweig	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bremen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Crotone	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Dieburg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Dietershausen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Dornstadt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Eberhardzell	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ehingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Emerkingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Flurstedt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Frastanz	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Gardelegen OT Algenstedt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Goerlitz	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hannover	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Herrischried	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hoyerswerda	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Kaiserslautern	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Kassel	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Kirchdorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Lage	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Laichingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Laupheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Lauterbach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Loit	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Mainz	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Michelstadt	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Munderkingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Nauheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neu- Ulm	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Rennerod	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Rostock	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Rot an der Rot	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Rottenacker	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Schönwalde	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Seelze	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ulm	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ummendorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Witzenhausen	-	-
Total		**483**	**100%**

Daten Tagesklinik Biberach

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Nord	Balzheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Blaustein	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Dietenheim	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Illerrieden	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Langenau	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Merklingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Allmendingen	2	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Altheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Berghülen	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Blaubeuren	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Ehingen an der Donau	16	12%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emeringen	2	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emerkingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Erbach	3	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Griesingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Grundsheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Hausen am Bussen	3	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Heroldstatt	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Laichingen	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Lauterach	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Munderkingen	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberdischingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Obermarchtal	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberstadion	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Öpfingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Rottenacker	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Schelklingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Untermarchtal	2	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Unterstadion	-	-
Biberach	Achstetten	1	1%
Biberach	Alleshausen	2	2%
Biberach	Allmannsweiler	1	1%
Biberach	Attenweiler	-	-
Biberach	Bad Buchau	-	-
Biberach	Bad Schussenried	2	2%
Biberach	Berkheim	-	-
Biberach	Biberach an der Riß	37	28%
Biberach	Burgrieden	-	-
Biberach	Dettingen an der Iller	1	1%
Biberach	Dürmentingen	-	-
Biberach	Dürnau	-	-
Biberach	Eberhardzell	3	2%
Biberach	Erlenmoos	7	5%
Biberach	Erolzheim	-	-
Biberach	Ertingen	-	-
Biberach	Gutenzell-Hürbel	2	2%
Biberach	Hochdorf	1	1%
Biberach	Ingoldingen	1	1%
Biberach	Kanzach	-	-
Biberach	Kirchberg an der Iller	-	-
Biberach	Kirchdorf an der Iller	1	1%
Biberach	Langenenslingen	-	-

Biberach	Laupheim	9	7%
Biberach	Maselheim	4	3%
Biberach	Mietingen	1	1%
Biberach	Mittelbiberach	1	1%
Biberach	Ochsenhausen	2	2%
Biberach	Oggelshausen	1	1%
Biberach	Riedlingen	-	-
Biberach	Rot an der Rot	1	1%
Biberach	Schemmerhofen	5	4%
Biberach	Schwendi	1	1%
Biberach	Seekirch	-	-
Biberach	Steinhausen an der Rottum	-	-
Biberach	Tiefenbach	-	-
Biberach	Ummendorf	2	2%
Biberach	Unlingen	-	-
Biberach	Uttenweiler	-	-
Biberach	Wain	-	-
Biberach	Warthausen	4	3%
Ravensburg Ost	Bad Wurzach	-	-
Ravensburg Ost	Isny im Allgäu	-	-
Ravensburg Ost	Vogt	-	-
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	-	-
Ravensburg West	Aulendorf	-	-
Ravensburg West	Bad Waldsee	-	-
Ravensburg West	Boms	-	-
Ravensburg West	Ebersbach-Musbach	1	1%
Ravensburg West	Ravensburg	-	-
Ravensburg West	Wilhelmsdorf	-	-
Reutlingen-Süd	Gomadingen	-	-
Reutlingen-Süd	Gutsbezirk Münsingen	-	-
Reutlingen-Süd	Münsingen	1	1%
Reutlingen-Süd	Zwiefalten	1	1%
Ulm	Ulm	1	1%
Andere Lkr. in BW	Bad Saulgau	1	1%
Andere Lkr. in BW	Drackenstein	1	1%
Andere Lkr. in BW	Herbertingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Neuler	-	-
Andere Lkr. in BW	Renchen	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwäbisch Gmünd	-	-
Andere Lkr. in BW	Sulzbach-Laufen	-	-
Andere Lkr. in BW	Villingen-Schwenningen	-	-
Bayern	Illertissen	-	-
Bayern	Kötz	-	-
Bayern	München	-	-
Bayern	Senden	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Biberach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Herford	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Winterstettenstadt	-	-
Total		**130**	**100%**

Daten Klinik Weissenau vollstationär

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Nord	Balzheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Blaustein	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Dietenheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Dornstadt	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Illerkirchberg	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Illerrieden	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Langenau	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Merklingen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Staig	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Allmendingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Altheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Berghülen	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Blaubeuren	1	0%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Ehingen an der Donau	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Erbach	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Laichingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Lauterach	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Munderkingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Obermarchtal	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberstadion	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Schelklingen	1	0%
Biberach	Achstetten	-	-
Biberach	Alleshausen	-	-
Biberach	Allmannsweiler	-	-
Biberach	Bad Buchau	1	0%
Biberach	Bad Schussenried	-	-
Biberach	Berkheim	-	-
Biberach	Biberach an der Riß	4	1%
Biberach	Burgrieden	-	-
Biberach	Eberhardzell	2	0%
Biberach	Erlenmoos	2	0%
Biberach	Erolzheim	-	-
Biberach	Ertingen	-	-
Biberach	Hochdorf	-	-
Biberach	Ingoldingen	1	0%
Biberach	Kirchdorf an der Iller	-	-
Biberach	Langenenslingen	-	-
Biberach	Laupheim	1	0%
Biberach	Maselheim	-	-
Biberach	Mietingen	-	-
Biberach	Mittelbiberach	-	-
Biberach	Ochsenhausen	1	0%
Biberach	Oggelshausen	-	-
Biberach	Riedlingen	1	0%
Biberach	Rot an der Rot	-	-
Biberach	Schemmerhofen	-	-
Biberach	Schwendi	-	-
Biberach	Tannheim	1	0%
Biberach	Ummendorf	1	0%
Biberach	Uttenweiler	-	-
Biberach	Wain	-	-
Biberach	Warthausen	2	0%

Bodenseekreis Ost	Eriskirch	3	0%
Bodenseekreis Ost	Friedrichshafen	85	14%
Bodenseekreis Ost	Kressbronn am Bodensee	7	1%
Bodenseekreis Ost	Langenargen	8	1%
Bodenseekreis Ost	Meckenbeuren	17	3%
Bodenseekreis Ost	Neukirch	2	0%
Bodenseekreis Ost	Tettnang	19	3%
Bodenseekreis West	Bermatingen	4	1%
Bodenseekreis West	Daisendorf	-	-
Bodenseekreis West	Deggenhausertal	2	0%
Bodenseekreis West	Frickingen	1	0%
Bodenseekreis West	Hagnau am Bodensee	1	0%
Bodenseekreis West	Heiligenberg	4	1%
Bodenseekreis West	Immenstaad am Bodensee	10	2%
Bodenseekreis West	Markdorf	17	3%
Bodenseekreis West	Meersburg	6	1%
Bodenseekreis West	Oberteuringen	9	1%
Bodenseekreis West	Owingen	2	0%
Bodenseekreis West	Salem	18	3%
Bodenseekreis West	Sipplingen	1	0%
Bodenseekreis West	Stetten	3	0%
Bodenseekreis West	Überlingen	24	4%
Bodenseekreis West	Uhldingen-Mühlhofen	4	1%
Esslingen	Altbach	-	-
Esslingen	Baltmannsweiler	1	0%
Esslingen	Beuren	-	-
Esslingen	Denkendorf	1	0%
Esslingen	Esslingen am Neckar	2	0%
Esslingen	Filderstadt	-	-
Esslingen	Kirchheim unter Teck	-	-
Esslingen	Leinfelden-Echterdingen	-	-
Esslingen	Plochingen	-	-
Esslingen	Wendlingen am Neckar	-	-
Esslingen	Wernau	-	-
Ravensburg Ost	Achberg	1	0%
Ravensburg Ost	Aichstetten	-	-
Ravensburg Ost	Aitrach	3	0%
Ravensburg Ost	Argenbühl	6	1%
Ravensburg Ost	Bad Wurzach	10	2%
Ravensburg Ost	Isny im Allgäu	15	2%
Ravensburg Ost	Kißlegg	9	1%
Ravensburg Ost	Leutkirch im Allgäu	12	2%
Ravensburg Ost	Vogt	4	1%
Ravensburg Ost	Waldburg	3	0%
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	31	5%
Ravensburg Ost	Wolfegg	4	1%
Ravensburg West	Altshausen	7	1%
Ravensburg West	Amtzell	2	0%
Ravensburg West	Aulendorf	7	1%
Ravensburg West	Bad Waldsee	18	3%
Ravensburg West	Baienfurt	10	2%
Ravensburg West	Baindt	6	1%
Ravensburg West	Berg	6	1%
Ravensburg West	Bergatreute	2	0%
Ravensburg West	Bodnegg	2	0%
Ravensburg West	Boms	2	0%

Ravensburg West	Ebenweiler	-	-
Ravensburg West	Ebersbach-Musbach	2	0%
Ravensburg West	Eichstegen	2	0%
Ravensburg West	Fleischwangen	-	-
Ravensburg West	Fronreute	2	0%
Ravensburg West	Grünkraut	2	0%
Ravensburg West	Guggenhausen	1	0%
Ravensburg West	Horgenzell	3	0%
Ravensburg West	Hoßkirch	1	0%
Ravensburg West	Königseggwald	-	-
Ravensburg West	Ravensburg	62	10%
Ravensburg West	Riedhausen	-	-
Ravensburg West	Schlier	3	0%
Ravensburg West	Weingarten	24	4%
Ravensburg West	Wilhelmsdorf	5	1%
Ravensburg West	Wolpertswende	4	1%
Reutlingen-Nord	Reutlingen	-	-
Reutlingen-Süd	Mehrstetten	-	-
Reutlingen-Süd	St. Johann	-	-
Reutlingen-Süd	Trochtelfingen	-	-
Reutlingen-Süd	Zwiefalten	-	-
Tübingen	Gomaringen	-	-
Tübingen	Kusterdingen	1	0%
Tübingen	Nehren	-	-
Tübingen	Rottenburg am Neckar	-	-
Tübingen	Tübingen	1	0%
Ulm	Ulm	3	0%
Andere Lkr. in BW	Aach	-	-
Andere Lkr. in BW	Aalen	-	-
Andere Lkr. in BW	Albstadt	-	-
Andere Lkr. in BW	Allensbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Asperg	-	-
Andere Lkr. in BW	Bad Krozingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bad Mergentheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Bad Saulgau	3	0%
Andere Lkr. in BW	Bartholomä	1	0%
Andere Lkr. in BW	Bietigheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Bingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bisingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Blumberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Böblingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bodman-Ludwigshafen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bretten	-	-
Andere Lkr. in BW	Calw	-	-
Andere Lkr. in BW	Deckenpfronn	-	-
Andere Lkr. in BW	Deißlingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Dischingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Dogern	-	-
Andere Lkr. in BW	Donaueschingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Donzdorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Dossenheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Dunningen	-	-
Andere Lkr. in BW	Eggingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Ehrenkirchen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Ellwangen (Jagst)	-	-
Andere Lkr. in BW	Engen	-	-

Andere Lkr. in BW	Eppelheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Fellbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Fichtenau	-	-
Andere Lkr. in BW	Fichtenberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Freiburg im Breisgau	1	0%
Andere Lkr. in BW	Gaildorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Gailingen am Hochrhein	-	-
Andere Lkr. in BW	Gammertingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Geisingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Geislingen an der Steige	1	0%
Andere Lkr. in BW	Gerstetten	-	-
Andere Lkr. in BW	Giengen an der Brenz	-	-
Andere Lkr. in BW	Göppingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Gosheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Gottmadingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Hechingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Heidelberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Heidenheim an der Brenz	1	0%
Andere Lkr. in BW	Heilbronn	-	-
Andere Lkr. in BW	Herbertingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Herbrechtingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Herdwangen-Schönach	2	0%
Andere Lkr. in BW	Hettingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Heubach	-	-
Andere Lkr. in BW	Hilzingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Hohenfels	-	-
Andere Lkr. in BW	Hohentengen	-	-
Andere Lkr. in BW	Horb am Neckar	-	-
Andere Lkr. in BW	Igersheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Illmensee	-	-
Andere Lkr. in BW	Immendingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Inzigkofen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Kandern	-	-
Andere Lkr. in BW	Karlsruhe	1	0%
Andere Lkr. in BW	Kehl	-	-
Andere Lkr. in BW	Kenzingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Knittlingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Königsfeld im Schwarzwald	1	0%
Andere Lkr. in BW	Konstanz	2	0%
Andere Lkr. in BW	Korntal-Münchingen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Kornwestheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Kraichtal	-	-
Andere Lkr. in BW	Krauchenwies	-	-
Andere Lkr. in BW	Kuchen	-	-
Andere Lkr. in BW	Küssaberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Lahr/Schwarzwald	-	-
Andere Lkr. in BW	Lauchheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Lauterbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Leimen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Leonberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Lörrach	-	-
Andere Lkr. in BW	Ludwigsburg	-	-
Andere Lkr. in BW	Mannheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Mengen	-	-
Andere Lkr. in BW	Meßkirch	-	-
Andere Lkr. in BW	Meßstetten	-	-

Andere Lkr. in BW	Möckmühl	-	-
Andere Lkr. in BW	Moos	-	-
Andere Lkr. in BW	Mudau	-	-
Andere Lkr. in BW	Mühlacker	-	-
Andere Lkr. in BW	Mühlhausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Mühlheim an der Donau	-	-
Andere Lkr. in BW	Murg	1	0%
Andere Lkr. in BW	Mutlangen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Nattheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Neuhausen ob Eck	-	-
Andere Lkr. in BW	Neuler	-	-
Andere Lkr. in BW	Niederstetten	-	-
Andere Lkr. in BW	Niederstotzingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Öhningen	-	-
Andere Lkr. in BW	Orsingen-Nenzingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Ostrach	3	0%
Andere Lkr. in BW	Pfullendorf	6	1%
Andere Lkr. in BW	Radolfzell am Bodensee	1	0%
Andere Lkr. in BW	Ratshausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Reichenau	-	-
Andere Lkr. in BW	Remseck am Neckar	-	-
Andere Lkr. in BW	Remshalden	-	-
Andere Lkr. in BW	Rielasingen-Worblingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Rosenberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Sauldorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Scheer	-	-
Andere Lkr. in BW	Schlierbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Schömberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Schönau im Schwarzwald	-	-
Andere Lkr. in BW	Schopfheim	1	0%
Andere Lkr. in BW	Schorndorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Schramberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwäbisch Gmünd	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwäbisch Hall	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwarzach	-	-
Andere Lkr. in BW	Schwenningen	1	0%
Andere Lkr. in BW	Seitingen-Oberflacht	-	-
Andere Lkr. in BW	Sersheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Sigmaringen	2	0%
Andere Lkr. in BW	Sigmaringendorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Sindelfingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Singen	-	-
Andere Lkr. in BW	Spaichingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Steinheim am Albuch	-	-
Andere Lkr. in BW	Stetten am kalten Markt	-	-
Andere Lkr. in BW	Stockach	1	0%
Andere Lkr. in BW	Straßberg	1	0%
Andere Lkr. in BW	Stuttgart	-	-
Andere Lkr. in BW	Sulzbach-Laufen	-	-
Andere Lkr. in BW	Tengen	-	-
Andere Lkr. in BW	Trossingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Tuttlingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Uhingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Vaihingen an der Enz	-	-
Andere Lkr. in BW	Veringenstadt	1	0%
Andere Lkr. in BW	Villingen-Schwenningen	1	0%

Andere Lkr. in BW	Volkertshausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Wald	-	-
Andere Lkr. in BW	Weinheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Weinstadt	1	0%
Andere Lkr. in BW	Westhausen	-	-
Andere Lkr. in BW	Winnenden	2	0%
Andere Lkr. in BW	Wolfach	-	-
Andere Lkr. in BW	Wört	-	-
Bayern	Aichach	-	-
Bayern	Altenstadt	2	0%
Bayern	Altusried	1	0%
Bayern	Aschaffenburg	-	-
Bayern	Augsburg	-	-
Bayern	Bad Kissingen	-	-
Bayern	Bad Woerishofen	-	-
Bayern	Bellenberg	-	-
Bayern	Benningen	-	-
Bayern	Bergtheim	-	-
Bayern	Bobingen	-	-
Bayern	Bodolz	1	0%
Bayern	Buch	-	-
Bayern	Buchenberg	-	-
Bayern	Burgberg	-	-
Bayern	Buxheim	-	-
Bayern	Dachau	-	-
Bayern	Deggendorf	-	-
Bayern	Diedorf	-	-
Bayern	Dürrlauingen	-	-
Bayern	Eggenthal	-	-
Bayern	Ellzee	1	0%
Bayern	Friedrichshafen	-	-
Bayern	Fürth	-	-
Bayern	Geroldsgrün	-	-
Bayern	Gestratz	-	-
Bayern	Gruenenbach	-	-
Bayern	Günzburg	-	-
Bayern	Haldenwang	1	0%
Bayern	Heimenkirch	1	0%
Bayern	Heimertingen	-	-
Bayern	Hergatz	3	0%
Bayern	Hergensweiler	1	0%
Bayern	Hergenzweiler	-	-
Bayern	Holzgünz	-	-
Bayern	Illertissen	1	0%
Bayern	Immenstadt	-	-
Bayern	Ingolstadt	-	-
Bayern	Isny	-	-
Bayern	Karlshuld	-	-
Bayern	Kaufbeuren	-	-
Bayern	Kempten	-	-
Bayern	Krumbach	-	-
Bayern	Langenargen	-	-
Bayern	Legau	-	-
Bayern	Leipheim	-	-
Bayern	Leutkirch	-	-
Bayern	Lindau	4	1%

Bayern	Lindenberg	1	0%
Bayern	Maierh÷fen	-	-
Bayern	Maierhoefen	-	-
Bayern	Maierhofen	-	-
Bayern	Maierhöfen	-	-
Bayern	Markt Schwaben	-	-
Bayern	Meierhöfen	-	-
Bayern	Memmingen	1	0%
Bayern	Miesbach	-	-
Bayern	Mindelheim	-	-
Bayern	Missen-Wilhams	-	-
Bayern	Muenchen	-	-
Bayern	Muennerstadt	-	-
Bayern	München	1	0%
Bayern	Nersingen	-	-
Bayern	Neu-Ulm	3	0%
Bayern	Nonnenhorn	-	-
Bayern	Oberreute	-	-
Bayern	Oberstaufen	-	-
Bayern	Oberstdorf	-	-
Bayern	Ofterschwang	-	-
Bayern	Opfenbach	1	0%
Bayern	Ottobeuren	-	-
Bayern	Pastetten	-	-
Bayern	Peissenberg	-	-
Bayern	Pfronten	-	-
Bayern	Prosselsheim	1	0%
Bayern	Ravensburg	-	-
Bayern	Regensburg	-	-
Bayern	Rettenbach	-	-
Bayern	Rettenberg	-	-
Bayern	Rieneck	-	-
Bayern	Roggenburg	-	-
Bayern	Rosenheim	-	-
Bayern	Röthenbach	-	-
Bayern	Rott	-	-
Bayern	Scheidegg	-	-
Bayern	Scherstetten	-	-
Bayern	Schonungen	1	0%
Bayern	Senden	-	-
Bayern	Sigmarszell	-	-
Bayern	Sigmarszell-Niederstaufen	-	-
Bayern	Sonthofen	-	-
Bayern	Trossingen	-	-
Bayern	Trunkelsberg	-	-
Bayern	Überlingen	-	-
Bayern	Ulm	-	-
Bayern	Vaterstetten	-	-
Bayern	Vöhringen	-	-
Bayern	Waal	-	-
Bayern	Wasserburg	-	-
Bayern	Wasserburg (Bodensee)	-	-
Bayern	Weidenberg	-	-
Bayern	Weiler-Simmerberg	1	0%
Bayern	Weiler - Simmerberg	-	-
Bayern	Weißenhorn	-	-

Bayern	Weißensberg	-	-
Bayern	Weitnau	-	-
Bayern	Wengen	-	-
Bayern	Woringen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Aachen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ahlen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Aix en Provence	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Argenbühl	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad-Soden, Salmünster	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad Kreuznach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad Waldsee	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad Wurzach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bensheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Berlin	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bochum	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bonn	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Boppard	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bremen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bremerhaven	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Buxtehude	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Coppenbruegge	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Daisendorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Deggenhausertal	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Detmold	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Dornbirn	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Dresden	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Düsseldorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Eitorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Elmshorn	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Eltville	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Erfurt	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Eschborn	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Frankenthal	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Frankfurt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Friedberg	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Friedrichshafen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Fulda	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Gerolsheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Göttingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Großenstein	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hambergen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hamburg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hanau	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hemslingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Herrnhut-Ruppersdorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hilzingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hornburg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Immenstaad	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Isny	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Itzehoe	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Jever	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Kaiserdorf	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Kassel	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Koeln	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Kölleda	-	-

Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Köln	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Konstanz-Litzelstetten	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Köthen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Leopoldshöhe	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Lotte	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Luxemburg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Mainz	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Merlebach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Moers	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Mühlheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neu-Anspach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neuberg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neuilly	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neunkirchen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neustadt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Niederkrüchten	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Nümbrecht	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Offenbach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Öhningen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Osthofen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Oßmannstedt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Pirna	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Porto	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Raciborz	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Radolfzell	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ratingen	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ravensburg	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Rheine	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Sachsenheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Salem	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Steinefrenz	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Stockach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Sulzberg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Trierweiler	1	0%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Überlingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ullersdorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Vogt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wangen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wasserburg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wees	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Werneuchen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Westerburg	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Westerrönfeld	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wiesbaden	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wiggensbach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wilhelmsdorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wittichenau	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Worms	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wünsdorf	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wuppertal	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Ziethen	-	-
Total		**626**	**100%**

Daten Klinik Weissenau teilstationär

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Süd	Ehingen an der Donau	1	1%
Biberach	Allmannsweiler	1	1%
Biberach	Bad Schussenried	1	1%
Biberach	Berkheim	-	-
Biberach	Biberach an der Riß	1	1%
Biberach	Ingoldingen	-	-
Biberach	Laupheim	-	-
Biberach	Rot an der Rot	-	-
Bodenseekreis Ost	Eriskirch	-	-
Bodenseekreis Ost	Friedrichshafen	11	9%
Bodenseekreis Ost	Kressbronn am Bodensee	-	-
Bodenseekreis Ost	Langenargen	1	1%
Bodenseekreis Ost	Meckenbeuren	2	2%
Bodenseekreis Ost	Neukirch	1	1%
Bodenseekreis Ost	Tettnang	4	3%
Bodenseekreis West	Bermatingen	-	-
Bodenseekreis West	Daisendorf	-	-
Bodenseekreis West	Deggenhausertal	-	-
Bodenseekreis West	Frickingen	-	-
Bodenseekreis West	Hagnau am Bodensee	1	1%
Bodenseekreis West	Heiligenberg	-	-
Bodenseekreis West	Immenstaad am Bodensee	1	1%
Bodenseekreis West	Markdorf	-	-
Bodenseekreis West	Meersburg	-	-
Bodenseekreis West	Oberteuringen	-	-
Bodenseekreis West	Owingen	1	1%
Bodenseekreis West	Salem	-	-
Bodenseekreis West	Überlingen	1	1%
Bodenseekreis West	Uhldingen-Mühlhofen	-	-
Esslingen	Esslingen am Neckar	-	-
Ravensburg Ost	Achberg	-	-
Ravensburg Ost	Aichstetten	-	-
Ravensburg Ost	Aitrach	-	-
Ravensburg Ost	Argenbühl	3	2%
Ravensburg Ost	Bad Wurzach	1	1%
Ravensburg Ost	Isny im Allgäu	2	2%
Ravensburg Ost	Kißlegg	3	2%
Ravensburg Ost	Leutkirch im Allgäu	8	6%
Ravensburg Ost	Vogt	3	2%
Ravensburg Ost	Waldburg	1	1%
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	13	10%
Ravensburg Ost	Wolfegg	3	2%
Ravensburg West	Altshausen	-	-
Ravensburg West	Amtzell	-	-
Ravensburg West	Aulendorf	-	-
Ravensburg West	Bad Waldsee	4	3%
Ravensburg West	Baienfurt	7	5%
Ravensburg West	Baindt	-	-
Ravensburg West	Berg	-	-
Ravensburg West	Bergatreute	-	-
Ravensburg West	Bodnegg	2	2%
Ravensburg West	Boms	-	-

Ravensburg West	Ebenweiler	-	-
Ravensburg West	Ebersbach-Musbach	-	-
Ravensburg West	Fleischwangen	-	-
Ravensburg West	Fronreute	-	-
Ravensburg West	Grünkraut	1	1%
Ravensburg West	Guggenhausen	1	1%
Ravensburg West	Horgenzell	-	-
Ravensburg West	Ravensburg	29	22%
Ravensburg West	Riedhausen	-	-
Ravensburg West	Schlier	2	2%
Ravensburg West	Weingarten	13	10%
Ravensburg West	Wilhelmsdorf	1	1%
Ravensburg West	Wolpertswende	2	2%
Reutlingen-Süd	St. Johann	-	-
Andere Lkr. in BW	Aalen	-	-
Andere Lkr. in BW	Bad Saulgau	1	1%
Andere Lkr. in BW	Gundelfingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Illmensee	-	-
Andere Lkr. in BW	Inzigkofen	-	-
Andere Lkr. in BW	Konstanz	-	-
Andere Lkr. in BW	Mengen	-	-
Andere Lkr. in BW	Müllheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Ostrach	-	-
Andere Lkr. in BW	Pfullendorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Sigmaringen	-	-
Andere Lkr. in BW	Stetten am kalten Markt	-	-
Andere Lkr. in BW	Stuttgart	-	-
Bayern	Altusried	-	-
Bayern	Grünenbach	1	1%
Bayern	Heimenkirch	-	-
Bayern	Hergatz	-	-
Bayern	Hergenzweiler	-	-
Bayern	Immenstadt	-	-
Bayern	Leutkirch	-	-
Bayern	Lindau	-	-
Bayern	Lindenberg	-	-
Bayern	Opfenbach	-	-
Bayern	Pastetten	-	-
Bayern	Wangen	-	-
Bayern	Weiler-Simmerberg	-	-
Bayern	Wertach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hamburg	1	1%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Isny	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Köln	-	-
Total		**129**	**100%**

Daten Klinik Wangen vollstationär

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Nord	Langenau	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Schelklingen	-	-
Biberach	Rot an der Rot	-	-
Biberach	Schwendi	-	-
Bodenseekreis Ost	Friedrichshafen	-	-
Bodenseekreis Ost	Neukirch	-	-
Bodenseekreis Ost	Tettnang	-	-
Bodenseekreis West	Meersburg	-	-
Bodenseekreis West	Überlingen	-	-
Esslingen	Beuren	-	-
Ravensburg Ost	Achberg	-	-
Ravensburg Ost	Aichstetten	-	-
Ravensburg Ost	Aitrach	1	2%
Ravensburg Ost	Argenbühl	3	7%
Ravensburg Ost	Bad Wurzach	2	4%
Ravensburg Ost	Isny im Allgäu	7	16%
Ravensburg Ost	Kißlegg	4	9%
Ravensburg Ost	Leutkirch im Allgäu	5	11%
Ravensburg Ost	Vogt	-	-
Ravensburg Ost	Waldburg	-	-
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	16	36%
Ravensburg Ost	Wolfegg	-	-
Ravensburg West	Amtzell	-	-
Ravensburg West	Aulendorf	-	-
Ravensburg West	Baienfurt	-	-
Ravensburg West	Bergatreute	-	-
Ravensburg West	Bodnegg	-	-
Ravensburg West	Ravensburg	-	-
Ravensburg West	Schlier	-	-
Andere Lkr. in BW	Bad Krozingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Göppingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Hilzingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Karlsruhe	-	-
Andere Lkr. in BW	Konstanz	-	-
Andere Lkr. in BW	Ludwigsburg	-	-
Andere Lkr. in BW	Ostrach	-	-
Andere Lkr. in BW	Pfullendorf	-	-
Andere Lkr. in BW	Stockach	1	2%
Bayern	Altusried	-	-
Bayern	Gestratz	-	-
Bayern	Heimenkirch	-	-
Bayern	Hergatz	2	4%
Bayern	Hergensweiler	-	-
Bayern	Illertissen	-	-
Bayern	Leutkirch	-	-
Bayern	Lindau	-	-
Bayern	Lindenberg	-	-
Bayern	Maierhoefen	-	-
Bayern	Maierhöfen	-	-
Bayern	München	1	2%
Bayern	Neu-Ulm	-	-
Bayern	Oberreute	-	-

Bayern	Opfenbach	1	2%
Bayern	Regensburg	-	-
Bayern	Rettenberg	-	-
Bayern	Weiler-Simmerberg	1	2%
Bayern	Weitnau	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Argenbühl	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad-Soden, Salmünster	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad Wurzach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Berlin	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Dornbirn	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Isny	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Köln	1	2%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Leutkirch	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Neu-Anspach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Überlingen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Vogt	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wuppertal	-	-
Total		**45**	**100%**

Daten Klinik Wangen teilstationär

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Biberach	Rot an der Rot	-	-
Bodenseekreis Ost	Friedrichshafen	1	3%
Bodenseekreis Ost	Neukirch	-	-
Bodenseekreis Ost	Tettnang	-	-
Ravensburg Ost	Achberg	-	-
Ravensburg Ost	Aichstetten	-	-
Ravensburg Ost	Aitrach	-	-
Ravensburg Ost	Argenbühl	3	8%
Ravensburg Ost	Bad Wurzach	1	3%
Ravensburg Ost	Isny im Allgäu	2	5%
Ravensburg Ost	Kißlegg	3	8%
Ravensburg Ost	Leutkirch im Allgäu	8	20%
Ravensburg Ost	Vogt	3	8%
Ravensburg Ost	Waldburg	1	3%
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	13	33%
Ravensburg Ost	Wolfegg	-	-
Ravensburg West	Amtzell	-	-
Ravensburg West	Bad Waldsee	-	-
Ravensburg West	Bergatreute	-	-
Ravensburg West	Bodnegg	1	3%
Ravensburg West	Guggenhausen	1	3%
Ravensburg West	Ravensburg	1	3%
Ravensburg West	Schlier	-	-
Ravensburg West	Weingarten	-	-
Andere Lkr. in BW	Herdwangen-Schönach	-	-
Andere Lkr. in BW	Müllheim	-	-
Andere Lkr. in BW	Stuttgart	-	-
Bayern	Altusried	-	-
Bayern	Grünenbach	1	3%
Bayern	Heimenkirch	-	-
Bayern	Hergatz	-	-
Bayern	Hergenzweiler	-	-
Bayern	Immenstadt	-	-
Bayern	Leutkirch	-	-
Bayern	Lindau	-	-
Bayern	Lindenberg	-	-
Bayern	Opfenbach	-	-
Bayern	Wangen	-	-
Bayern	Weiler-Simmerberg	-	-
Bayern	Wertach	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Hamburg	1	3%
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Isny	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Köln	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Leutkirch	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Wangen	-	-
Total		**40**	**100%**

Daten Klinik Ehingen vollstationär

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Nord	Balzheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Blaustein	2	2%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Dornstadt	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Illerkirchberg	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Langenau	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Merklingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Nellingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Nerenstetten	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Schnürpflingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Staig	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Westerstetten	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Allmendingen	3	3%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Altheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Berghülen	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Blaubeuren	6	6%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Ehingen an der Donau	24	22%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emeringen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emerkingen	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Erbach	7	6%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Griesingen	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Grundsheim	2	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Hausen am Bussen	8	7%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Heroldstatt	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Laichingen	3	3%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Lauterach	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Munderkingen	3	3%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberdischingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Obermarchtal	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberstadion	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Öpfingen	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Rechtenstein	2	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Rottenacker	2	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Schelklingen	4	4%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Untermarchtal	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Unterstadion	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Unterwachingen	1	1%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Westerheim	1	1%
Biberach	Achstetten	1	1%
Biberach	Allmannsweiler	1	1%
Biberach	Altheim	-	-
Biberach	Attenweiler	-	-
Biberach	Bad Schussenried	1	1%
Biberach	Betzenweiler	1	1%
Biberach	Biberach an der Riß	1	1%
Biberach	Burgrieden	-	-
Biberach	Eberhardzell	-	-
Biberach	Erlenmoos	-	-
Biberach	Gutenzell-Hürbel	-	-
Biberach	Hochdorf	-	-
Biberach	Kirchberg an der Iller	-	-
Biberach	Langenenslingen	-	-
Biberach	Laupheim	8	7%

Biberach	Maselheim	-	-
Biberach	Mietingen	3	3%
Biberach	Mittelbiberach	-	-
Biberach	Ochsenhausen	-	-
Biberach	Oggelshausen	-	-
Biberach	Riedlingen	2	2%
Biberach	Rot an der Rot	-	-
Biberach	Schemmerhofen	1	1%
Biberach	Schwendi	-	-
Biberach	Ummendorf	-	-
Biberach	Unlingen	1	1%
Biberach	Uttenweiler	1	1%
Biberach	Wain	-	-
Biberach	Warthausen	-	-
Bodenseekreis Ost	Tettnang	-	-
Ravensburg Ost	Bad Wurzach	-	-
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	-	-
Ravensburg West	Ravensburg	-	-
Reutlingen-Nord	Pfullingen	-	-
Reutlingen-Süd	Bad Urach	-	-
Reutlingen-Süd	Gomadingen	-	-
Reutlingen-Süd	Gutsbezirk Münsingen	-	-
Reutlingen-Süd	Hayingen	3	3%
Reutlingen-Süd	Mehrstetten	-	-
Reutlingen-Süd	Münsingen	2	2%
Reutlingen-Süd	Zwiefalten	-	-
Ulm	Ulm	1	1%
Andere Lkr. in BW	Allensbach	-	-
Andere Lkr. in BW	Bad Saulgau	-	-
Andere Lkr. in BW	Endingen am Kaiserstuhl	1	1%
Andere Lkr. in BW	Fichtenberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Geislingen an der Steige	-	-
Andere Lkr. in BW	Heidenheim an der Brenz	-	-
Andere Lkr. in BW	Herbertingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Hohenstadt	1	1%
Andere Lkr. in BW	Ingersheim	1	1%
Andere Lkr. in BW	Meßkirch	-	-
Andere Lkr. in BW	Murrhardt	1	1%
Andere Lkr. in BW	Schwäbisch Gmünd	-	-
Bayern	Achstetten	-	-
Bayern	Augsburg	-	-
Bayern	Ehingen	-	-
Bayern	Haibach	1	1%
Bayern	Illertissen-Au	-	-
Bayern	Mühldorf am Inn	-	-
Bayern	Münsingen	-	-
Bayern	Neu-Ulm	-	-
Bayern	Rettenberg	-	-
Bayern	Ulm	-	-
Bayern	Unterthingau	1	1%
Bayern	Vöhringen	-	-
Bayern	Waakirchen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Bad Sobernheim	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Blaubeuren	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Rottenacker	-	-
Total		**109**	**100%**

Daten Klinik Ehingen teilstationär

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Nord	Balzheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Blaustein	-	-
Alb-Donau-Kreis-Nord	Dietenheim	1	2%
Alb-Donau-Kreis-Nord	Merklingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Allmendingen	1	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Altheim	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Berghülen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Blaubeuren	2	5%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Ehingen an der Donau	15	37%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emeringen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Emerkingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Erbach	3	7%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Griesingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Hausen am Bussen	2	5%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Heroldstatt	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Laichingen	1	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Lauterach	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Munderkingen	2	5%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberdischingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Obermarchtal	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Oberstadion	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Öpfingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Rechtenstein	1	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Rottenacker	1	2%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Schelklingen	-	-
Alb-Donau-Kreis-Süd	Untermarchtal	3	7%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Unterstadion	-	-
Biberach	Achstetten	1	2%
Biberach	Allmannsweiler	1	2%
Biberach	Altheim	-	-
Biberach	Attenweiler	-	-
Biberach	Biberach an der Riß	1	2%
Biberach	Burgrieden	-	-
Biberach	Gutenzell-Hürbel	-	-
Biberach	Hochdorf	-	-
Biberach	Laupheim	2	5%
Biberach	Mietingen	-	-
Biberach	Riedlingen	-	-
Biberach	Schemmerhofen	-	-
Biberach	Schwendi	-	-
Biberach	Ummendorf	-	-
Biberach	Warthausen	-	-
Reutlingen-Süd	Gomadingen	-	-
Reutlingen-Süd	Gutsbezirk Münsingen	-	-
Reutlingen-Süd	Münsingen	1	2%
Reutlingen-Süd	Zwiefalten	1	2%
Ulm	Ulm	1	2%
Andere Lkr. in BW	Drackenstein	1	2%
Andere Lkr. in BW	Schwäbisch Gmünd	-	-
Bayern	Augsburg	-	-
Bayern	Kötz	-	-
Bayern	München	-	-

Bayern	Ulm	1	2%
Total		**41**	**100%**

Daten Klinik Friedrichshafen

	Jahr	2011	2011
Sektor	**Gemeinde**	Anzahl Patienten	in %
Alb-Donau-Kreis-Nord	Merklingen	1	3%
Alb-Donau-Kreis-Süd	Altheim	-	-
Biberach	Allmannsweiler	-	-
Biberach	Eberhardzell	-	-
Biberach	Laupheim	1	3%
Bodenseekreis Ost	Eriskirch	-	-
Bodenseekreis Ost	Friedrichshafen	4	11%
Bodenseekreis Ost	Langenargen	1	3%
Bodenseekreis Ost	Meckenbeuren	2	5%
Bodenseekreis Ost	Neukirch	-	-
Bodenseekreis Ost	Tettnang	1	3%
Bodenseekreis West	Bermatingen	1	3%
Bodenseekreis West	Daisendorf	-	-
Bodenseekreis West	Hagnau am Bodensee	-	-
Bodenseekreis West	Heiligenberg	-	-
Bodenseekreis West	Immenstaad am Bodensee	-	-
Bodenseekreis West	Markdorf	3	8%
Bodenseekreis West	Meersburg	-	-
Bodenseekreis West	Oberteuringen	-	-
Bodenseekreis West	Owingen	-	-
Bodenseekreis West	Salem	1	3%
Bodenseekreis West	Überlingen	2	5%
Bodenseekreis West	Uhldingen-Mühlhofen	-	-
Esslingen	Baltmannsweiler	1	3%
Esslingen	Denkendorf	1	3%
Esslingen	Kirchheim unter Teck	-	-
Ravensburg Ost	Argenbühl	1	3%
Ravensburg Ost	Isny im Allgäu	2	5%
Ravensburg Ost	Kißlegg	-	-
Ravensburg Ost	Wangen im Allgäu	-	-
Ravensburg West	Aulendorf	1	3%
Ravensburg West	Bad Waldsee	1	3%
Ravensburg West	Baienfurt	2	5%
Ravensburg West	Eichstegen	1	3%
Ravensburg West	Horgenzell	-	-
Ravensburg West	Ravensburg	4	11%
Ravensburg West	Weingarten	-	-
Ulm	Ulm	-	-
Andere Lkr. in BW	Albstadt	1	3%
Andere Lkr. in BW	Bad Saulgau	-	-
Andere Lkr. in BW	Ellwangen (Jagst)	-	-
Andere Lkr. in BW	Engen	-	-
Andere Lkr. in BW	Geisingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Geislingen an der Steige	1	3%
Andere Lkr. in BW	Herbertingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Hilzingen	1	3%
Andere Lkr. in BW	Karlsruhe	1	3%
Andere Lkr. in BW	Knittlingen	-	-
Andere Lkr. in BW	Konstanz	1	3%
Andere Lkr. in BW	Rottweil	-	-
Andere Lkr. in BW	Rudersberg	-	-
Andere Lkr. in BW	Stetten am kalten Markt	-	-

Andere Lkr. in BW	Stuttgart	-	-
Andere Lkr. in BW	Weinstadt	1	3%
Andere Lkr. in BW	Wört	-	-
Bayern	Günzburg	-	-
Bayern	Illertissen	-	-
Bayern	Lachen	-	-
Bayern	Lindau	1	3%
Bayern	München	-	-
Bayern	Scheidegg	-	-
Bayern	Tuntenhausen	-	-
Bayern	Wengen	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Lindau (Bodensee)	-	-
Nicht aus BW u. Bay. oder unbe	Osthofen	-	-
Total		**38**	**100%**

9 Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen unter Betreuung von Prof. Dr. med. Gerhard Längle durchgeführt. Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Gerhard Längle (Ärztliche Leitung und 2. stellvertretender Geschäftsführer) und Dr. med. Frank Schwärzler (Chefarzt). Sämtliche grafische Darstellungen wurden von mir eigenständig durchgeführt. Die statistische Auswertung erfolgte eigenständig nach Anleitung durch Prof. Dr. med. Gerhard Längle. Ich versichere, das Manuskript selbständig nach Anleitung durch Prof. Dr. med. Gerhard Längle verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Reutlingen, den 24.01.2016

10 Veröffentlichungen

Rometsch, C.; Längle, G.; Schwärzler, F. (2015): Analyse der Versorgungsrealität depressiv Erkrankter am Beispiel der Region Südwürttemberg. Posterpräsentation auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2015. Berlin.

11 Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt meinen Betreuern Dr. med. Gerhard Längle und Dr. med. Frank Schwärzler. Ich möchte mich für Ihr Engagement, die Geduld und die Zusammenarbeit in einer stets angenehmen Atmosphäre bedanken.

Bei Prof. Dr. med. Längle möchte ich mich insbesondere für die Unterstützung bei meiner Posterpräsentation auf dem DGPPN 2015 in Berlin bedanken, die mir stets in Erinnerung bleiben wird.