

Aus der
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt)

**Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im
städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung
einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Götz, Eva Tabea

2022

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle

2. Berichterstatter: Professor Dr. C. Laske

Tag der Disputation: 11.05.2021

Meinen Eltern gewidmet

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	XI
Abkürzungsverzeichnis	XIV
1 Einleitung	1
1.1 Von der Psychiatrie-Enquête zur aufsuchenden Behandlung	1
1.1.1 Psychiatrische Deinstitutionalisierung und die Entstehung aufsuchender Behandlungsformen	2
1.1.2 Implementierungsstand aufsuchender Behandlungen in Deutschland	4
1.1.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Merkmale der StäB	7
1.2 Abgrenzung der StäB von anderen Arten der aufsuchenden Behandlung – ein internationaler Vergleich	9
1.3 Aktueller Stand der Wissenschaft zu aufsuchenden Behandlungsformen	12
1.4 Fragestellung	16
2 Methoden und Material	18
2.1 Ethikvotum	18
2.2 Studienpopulation	18
2.2.1 Anzahl der Studienteilnehmer	18
2.2.2 Rekrutierung, Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien	18
2.3 Studiendesign und -aufbau	19
2.3.1 Studiendesign	19
2.3.2 Selbst entwickelte Fragebögen	20
2.3.2.1 Entwicklung der Fragebögen	20
2.3.2.2 Fragebogen zur Zufriedenheit der Patient*innen	20
2.3.2.3 Fragebogen zur Zufriedenheit der Angehörigen und Mitbewohner*innen	21
2.3.2.4 Fragebogen zur Zufriedenheit der Behandelnden	21
2.3.3 Ablauf der Umfrage	22
2.4 Methoden zur Operationalisierung der Fragestellungen	23
2.4.1 Patientenkollektiv	23
2.4.1.1 Soziodemographische Daten und Basisdokumentation	23
2.4.1.2 Abteilung	24
2.4.1.3 Form der Zuweisung	25
2.4.1.4 Behandlungsdauer	25
2.4.1.5 Unterbrechung	25
2.4.1.6 OPS-Daten	26

2.4.2	Soziodemographische Unterschiede zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen	27
2.4.3	Zufriedenheit der an der stationsäquivalenten Behandlung beteiligten Personen	28
2.4.4	Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen	29
2.4.5	Unterschiede zwischen Stadt und Land	30
2.5	Statistische Auswertung.....	31
3	Ergebnisse	33
3.1	Deskriptive Statistik des Patientenkollektivs.....	33
3.1.1	Darstellung der soziodemographischen Daten	33
3.1.2	Basisdokumentation.....	40
3.1.3	Abteilung (N = 50).....	46
3.1.4	Form der Zuweisung (N = 50)	47
3.1.5	Behandlungsdauer (N = 50).....	47
3.1.6	Unterbrechung (N = 50)	47
3.1.7	OPS-Daten (N = 50).....	48
3.2	Demographische Unterschiede zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen.....	50
3.3	Zufriedenheit der an der stationsäquivalenten Behandlung beteiligten Personen	57
3.3.1	Darstellung der Zufriedenheit der StäB-Patient*innen	57
3.3.2	Darstellung der Zufriedenheit der Angehörigen/Mitbewohner*innen.....	63
3.3.3	Darstellung der Zufriedenheit der Behandelnden	65
3.4	Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen.....	70
3.5	Unterschiede zwischen Stadt und Land	73
3.5.1	Soziodemographische Unterschiede der StäB-Patient*innen zwischen Stadt und Land	73
3.5.2	Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit der StäB-Patient*innen zwischen Stadt und Land	88
4	Diskussion	90
4.1	Deskriptive Statistik des Patientenkollektivs.....	90
4.1.1	Soziodemographische Daten	90
4.1.2	Basisdokumentation.....	92
4.1.3	Abteilung.....	96
4.1.4	Form der Zuweisung	96
4.1.5	Behandlungsdauer	96
4.1.6	Unterbrechung	97
4.1.7	OPS-Daten	97

4.2	Demographische Unterschiede zwischen StäB-Patient* innen und stationären Patient*innen.....	98
4.3	Zufriedenheit der an der stationsäquivalenten Behandlung beteiligten Personen	102
4.3.1	Zufriedenheit der StäB-Patient*innen	103
4.3.2	Zufriedenheit der Angehörigen und Mitbewohner*innen.....	107
4.3.3	Zufriedenheit der Behandelnden	108
4.4	Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen.....	110
4.5	Unterschiede zwischen Stadt und Land	112
4.5.1	Soziodemographische Unterschiede der StäB-Patient*innen zwischen Stadt und Land.....	112
4.5.2	Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit der StäB-Patient*innen zwischen Stadt und Land.....	115
4.6	Schlussfolgerung	116
5	Zusammenfassung	118
6	Literaturverzeichnis.....	120
7	Erklärungen zum Eigenanteil.....	138
8	Veröffentlichungen	139
9	Anhang.....	140
9.1	Befragung der Patient*innen.....	140
9.1.1	Informationsblatt für Patient*innen	140
9.1.2	Einwilligungserklärung für Patient*innen	141
9.1.3	Fragebogen für Patient*innen	143
9.2	Befragung der Angehörigen und Mitbewohner*innen.....	146
9.2.1	Informationsblatt für Angehörige und Mitbewohner*innen	146
9.2.2	Einwilligungserklärung für Angehörige und Mitbewohner*innen	148
9.2.3	Einwilligungserklärung für Patientinnen zur Befragung von Angehörigen oder Mitbewohner*innen	149
9.2.4	Fragebogen für Angehörige und Mitbewohner*innen	150
9.3	Fragebogen für Behandelnde	153
9.4	Zur Entwicklung der neuen Fragebögen herangezogene Fragebögen.....	156
9.4.1	Fragebogen der PP.rt	156
9.4.2	Fragebogen des ZfP Südwürttemberg	160
9.5	Übersicht der Items der Basisdokumentation	163
9.6	Zusätzliche Tabellen zu den soziodemographischen Unterschieden zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen.....	164

9.7	Zusätzliche Tabellen und Abbildungen zur Zufriedenheit der an der StäB beteiligten Personen	167
9.7.1	Übersicht der invers kodierten Fragen	167
9.7.2	Abbildung zur Zufriedenheit der Angehörigen und Mitbewohner*innen	168
9.7.3	Abbildung zur Zufriedenheit der Behandelnden	168
9.7.4	Wörtliche Antworten zu den offenen Fragen sortiert nach Clustern	169
9.8	Ergänzende Tabellen und Abbildungen zu den Unterschieden zwischen Stadt und Land	177
	Danksagung	182

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ICD-Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen.....	23
Abbildung 2: Altersverteilung der Patient*innen in Jahren (N = 50)	33
Abbildung 3: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen unter den StäB-Patient*innen gemäß der ICD-10-Klassifikation (N = 50)	34
Abbildung 4: Dreistellige ICD-Klassifikation der in der Stichprobe als psychiatrische Hauptdiagnosen vorkommenden psychischen Erkrankungen	35
Abbildung 5: Übersicht aller psychiatrischen Hauptdiagnosen gegliedert nach ICD-10 Kapiteln (N = 50). Vgl. Abbildung 4 zur Erläuterung der einzelnen Diagnoseschlüssel.	36
Abbildung 6: Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen pro Patient*in (ND = Nebendiagnose, N = 50)	37
Abbildung 7: Gesamtübersicht aller psychiatrischen Nebendiagnosen gemäß der Codierung nach ICD-10. Da hierbei eine Gesamtauswertung vorgenommen wurde und einige Patient*innen mehrere psychiatrische Nebendiagnosen aufweisen, weicht die Anzahl der Nebendiagnosen (N = 76) von der Stichprobengröße (N = 50) ab. Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.....	38
Abbildung 8: Einschätzung der Schweregrade der Erkrankungen der Patient*innen (N = 48). Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.	41
Abbildung 9: Übersicht über den Zustand der Patient*innen bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme (N = 48)	46
Abbildung 10: Übersicht über die Dauer der StäB in Tagen (N = 50)	47
Abbildung 11: Geschlechterverteilung der StäB-Patient*innen (N = 50)	50
Abbildung 12: Geschlechterverteilung der stationären Patient*innen (N = 1124).....	50
Abbildung 13: Verteilung der Altersgruppen unter den StäB-Patient*innen (N = 50) und den stationären Patient*innen (N = 1123).....	51
Abbildung 14: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen der StäB-Patient*innen gemäß der ICD-10-Klassifikation (N = 50)	52
Abbildung 15: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen der stationären Patient*innen gemäß der ICD-10-Klassifikation (N = 1124). Diagnosegruppen mit < 1% wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit in diesem Diagramm nicht berücksichtigt.	52
Abbildung 16: Verteilung der StäB-Patient*innen in Abteilungen (N = 50).....	53
Abbildung 17: Verteilung der stationären Patient*innen in Abteilungen (N = 1124) ...	53
Abbildung 18: Darstellung der Schweregrade der Erkrankungen unter den StäB-Patient*innen (N = 50) und den stationären Patient*innen (N = 931). Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab. Die Kategorien „Grenzfall psychiatrischer Behandlung“, „Nur leicht krank“ und „Nicht krank“ mit jeweils < 1% Häufigkeit wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit in diesem Diagramm nicht berücksichtigt.....	54

Abbildung 19: Anzahl der Vorbehandlungen der StäB-Patient*innen (N = 50)	55
Abbildung 20: Anzahl der Vorbehandlungen der stationären Patient*innen (N = 969).....	55
Abbildung 21: Übersicht über die prozentuale Zustimmung zu den jeweiligen Fragen des Zufriedenheits-Fragebogens für Patient*innen. 100% entsprechen einer maximalen Zustimmung (im Fragebogen bei normal kodierten Fragen: „stimme uneingeschränkt zu“). 0% entsprechen der geringsten Zustimmung (im Fragebogen bei normal kodierten Fragen: „Stimme überhaupt nicht zu“). Frage 11 ist als einzige negativ formuliert, sodass die Zuordnung für diese Frage invers kodiert wurde. Die Fragen sind in der gleichen Reihenfolge aufgeführt, wie sie im Fragebogen zu finden sind. Vgl. Tabelle 12 zur Übersicht der einzelnen Fragen.	59
Abbildung 22: Geschlechterverteilung der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt, N = 50	73
Abbildung 23: Geschlechterverteilung der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten des ZfP, N = 50.....	73
Abbildung 24: Verteilung der Altersgruppen unter den städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 50) und den ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50)	74
Abbildung 25: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt gemäß der ICD-10-Klassifikation (N = 50)	75
Abbildung 26: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten gemäß der ICD-10-Klassifikation (N = 50).....	76
Abbildung 27: Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt pro Patient*in, ND = Nebendiagnose, N = 50	77
Abbildung 28: Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten pro Patient*in, ND = Nebendiagnose, N = 50... ..	77
Abbildung 29: Darstellung der Schweregrade der Erkrankungen unter den städtischen Patient*innen (N = 48) und den ländlichen Patient*innen (N = 50). Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.....	79
Abbildung 30: Darstellung des Familienstandes der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 50)	79
Abbildung 31: Darstellung des Familienstandes der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50)	80
Abbildung 32: Anzahl der Vorbehandlungen der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt, N = 50	81
Abbildung 33: Anzahl der Vorbehandlungen der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten, N = 50.....	81
Abbildung 34: Darstellung der gruppierten Behandlungsdauer unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 50) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50)	87

Abbildung 35: Übersicht der prozentualen Zustimmung zu den jeweiligen Fragen des Zufriedenheits-Fragebogens für Angehörige und Mitbewohner*innen. 100% entsprechen einer maximalen Zustimmung, 0% entsprechen der geringsten Zustimmung. Die Fragen sind in der gleichen Reihenfolge aufgeführt, wie sie im Fragebogen zu finden sind. Vgl. Tabelle 18 zur Übersicht der einzelnen Fragen.	168
Abbildung 36: Übersicht der prozentualen Zustimmung zu den jeweiligen Fragen des Zufriedenheits-Fragebogens für Behandelnde. 100% entsprechen einer maximalen Zustimmung, 0% hingegen entsprechen der geringsten. Die Fragen sind in der gleichen Reihenfolge aufgeführt, wie sie im Fragebogen zu finden sind. Vgl. Tabelle 21 zur Übersicht der einzelnen Fragen.....	168
Abbildung 37: Verteilung der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 50) in Abteilungen	180
Abbildung 38: Verteilung der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50) in Abteilungen.....	180
Abbildung 39: Darstellung der Mittelwerte der Zufriedenheitsbefragung unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten. Die Grundgesamtheit variiert je nach Frage und kann in Tabelle 32 eingesehen werden.....	181

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zuordnung von Zahlenwerten zu den Antwortmöglichkeiten der Fragebögen.....	29
Tabelle 2: Liste der identischen Fragen in den Fragebögen für stationäre und StäB-Patient*innen. Anmerkungen in Klammern unterscheiden sich zwischen beiden Fragebögen.	30
Tabelle 3: Gesamtübersicht aller somatischen Nebendiagnosen gemäß der Codierung nach ICD-10. Da hierbei eine Gesamtauswertung vorgenommen wurde und einige Patient*innen keine oder mehrere somatische Nebendiagnosen aufweisen, weicht die Anzahl der Nebendiagnosen (N = 36) von der Stichprobengröße (N = 50) ab. ND = Nebendiagnosen. Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.	39
Tabelle 4: Hauptsächlicher Lebensunterhalt der Patient*innen zum Zeitpunkt der Aufnahme (N = 50).....	42
Tabelle 5: Darstellung der Wohnformen der Patient*innen vor der Aufnahme (N = 50).....	42
Tabelle 6: Anzahl vorangegangener stationär-psychiatrischer Behandlungen vor der Aufnahme in die StäB (N = 50).....	43
Tabelle 7: Auflistung der angewendeten Therapieverfahren mit Darstellung der Häufigkeiten, N = 47. Da einzelne Patient*innen mehrere Therapien erhalten können, weicht die Summe der Prozentwerte von 100% ab.	44
Tabelle 8: Auflistung der Arten der Weiterbehandlung nach Entlassung mit Darstellung der Häufigkeiten, N = 47. Da einzelne Patient*innen mehrere Arten der Weiterbehandlung nach Entlassung erhalten können, weicht die Summe der Prozentwerte von 100% ab.	45
Tabelle 9: Darstellung der Therapiezeiten der einzelnen Berufsgruppen pro Patient*in in Minuten (N = 50), für Psycholog*innen N = 38.....	48
Tabelle 10: Darstellung der Häufigkeit aufsuchender Kontakte durch die jeweiligen Berufsgruppen (N = 50). Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.	49
Tabelle 11: Darstellung der Therapiezeiten der einzelnen Berufsgruppen mit den Patient*innen (N = 50).....	49
Tabelle 12: Gesamtübersicht der deskriptiven Auswertung der 18 Fragebogen-Items. Die Werte geben für normal kodierte Fragen die prozentuale Zustimmung zu den jeweiligen Fragen an. Hohe Werte stellen eine hohe Zufriedenheit dar. Auch bei negativ formulierten Fragen stehen nach inverser Kodierung hohe Werte für eine hohe Zufriedenheit.	58
Tabelle 13: Übersicht der offenen Fragen, N = 50.....	60
Tabelle 14: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Was war für Sie während der Behandlung besonders wichtig?“	60
Tabelle 15: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut gefallen?“	61
Tabelle 16: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung nicht so gut gefallen?“	62

Tabelle 17: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?“	62
Tabelle 18: Gesamtübersicht der deskriptiven Auswertung der 13 Fragebogen-Items. Die Werte geben die prozentuale Zustimmung zu den jeweiligen Fragen an. Hohe Werte stellen eine hohe Zufriedenheit dar.....	64
Tabelle 19: Übersicht über die Antworten der Angehörigen bzw. Mitbewohner*innen zu dem Item „Anregungen/Verbesserungsvorschläge“	65
Tabelle 20: Berufsgruppen der Behandelnden, N = 16. Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.	65
Tabelle 21: Gesamtübersicht der deskriptiven Auswertung der 18 Fragebogen-Items. Die Mittelwerte geben für normal kodierte Fragen die prozentuale Zustimmung zu den jeweiligen Fragen an. Hohe Werte stellen eine hohe Zufriedenheit dar. Auch bei negativ formulierten Fragen stehen nach inverser Kodierung hohe Werte für eine hohe Zufriedenheit.	67
Tabelle 22: Übersicht der offenen Fragen mit der Anzahl an Behandelnden, die diese beantwortet haben und der Anzahl an Antworten pro Frage (N = 16).....	68
Tabelle 23: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir besonders gut“	68
Tabelle 24: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir nicht so gut“	69
Tabelle 25: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Verbesserungsvorschläge/ Anregungen“	69
Tabelle 26: Zusammenstellung der Mittelwerte zu den identischen Fragen der beiden Zufriedenheitsfragebögen für StäB-Patient*innen und stationäre Patient*innen.....	72
Tabelle 27: Übersicht über den hauptsächlichen Lebensunterhalt unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 50) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50)	81
Tabelle 28: Übersicht der angewendeten Therapieverfahren mit Darstellung der Häufigkeiten. Die Tabelle ist unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 47) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50). Zu drei der städtischen Patient*innen wurden keine Angaben gemacht.	83
Tabelle 29: Auflistung der Arten der Weiterbehandlung nach Entlassung mit Darstellung der Häufigkeiten. Die Tabelle ist unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 47) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50). Da einzelne Patient*innen mehrere Arten der Weiterbehandlung nach Entlassung erhalten können, weicht die Summe der Prozentwerte von 100% ab.	84
Tabelle 30: Übersicht über den Zustand der Patient*innen bei Entlassung unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 48) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50).....	85
Tabelle 31: Übersicht über die Form der Zuweisung der Patient*innen unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 50) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50).	86

Tabelle 32: Zusammenstellung der Mittelwerte der Zufriedenheitsbefragung der Patient*innen unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten. N = Grundgesamtheit, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.....	- 89 -
Tabelle 33: Übersicht über Selbst- oder Fremdgefährdung in den 24h vor Aufnahme unterteilt in StäB-Patient*innen (N = 50) und stationäre Patient*innen (N = 1037).....	164
Tabelle 34: Übersicht über den Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahmen unterteilt in StäB-Patient*innen (N = 50) und stationäre Patient*innen (N = 1043). Die Summe der Prozentwerte der stationären Patient*innen weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.....	164
Tabelle 35: Übersicht über den Familienstand unterteilt in StäB-Patient*innen (N = 50) und stationären Patient*innen (N = 1039). Die Summe der Prozentwerte der stationären Patient*innen weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.....	165
Tabelle 36: Übersicht über die Wohnformen unterteilt nach StäB-Patient*innen (N = 50) und stationären Patient*innen (N = 1035).....	166
Tabelle 37: Übersicht über den Zustand der Patient*innen bei Entlassung unterteilt in StäB-Patient*innen (N = 48) und stationäre Patient*innen (N = 951). Die Summe der Prozentwerte der stationären Patient*innen weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.....	166
Tabelle 38: Übersicht der invers kodierten Fragen. Im Fragebogen für Angehörige und Mitbewohner*innen sind alle Fragen positiv formuliert, sodass keine inverse Kodierung notwendig war.....	167
Tabelle 39: Übersicht über Selbst- oder Fremdgefährdung in den 24h vor Aufnahme unterteilt in städtische (N = 50) und ländliche StäB-Patient*innen (N = 50).....	177
Tabelle 40: Übersicht über Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme unterteilt in städtische (N = 50) und ländliche StäB-Patient*innen (N = 50)	178
Tabelle 41: Übersicht über den Migrationshintergrund unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 50) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50).....	178
Tabelle 42: Übersicht über die Muttersprachen unterteilt in städtische (N = 50) und ländliche StäB-Patient*innen (N = 50).	179
Tabelle 43: Übersicht über Wohnformen unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 50) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50).....	179
Tabelle 44: Übersicht über Substanzmissbrauch während der Behandlung unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 48) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50). Die Summe der Prozentwerte der städtischen Patient*innen weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.....	179
Tabelle 45: Häufigkeit der gesetzlichen Betreuung nach der StäB unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt (N = 47) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (N = 50)	180

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Assertive Community Treatment
AKtiV-Studie	Studie zur Aufsuchenden Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung
APAH	Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause
BADO	Basisdokumentation
CM	Case Management
CMHT	Community Mental Health Team
CRHT	Crisis Resolution Home Treatment
CRT	Crisis Resolution Team
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HT	Home Treatment
IPB	Integrative Psychiatrische Behandlung
M	Mittelwert
N	Stichprobengröße
ND	Nebendiagnose
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PP.rt	Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SD	Standardabweichung
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
Unv. Diss.	Unveröffentlichte Dissertation
ZfP Südwürttemberg	Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

1 Einleitung

1.1 Von der Psychiatrie-Enquête zur aufsuchenden Behandlung

Nach Jahren der Verfolgung, Ausgrenzung und Tötung psychisch kranker Personen während der Zeit des Nationalsozialismus gab es in den Nachkriegsjahrzehnten trotz schlechter finanzieller und baulicher Ausstattung der psychiatrischen Kliniken eine Vielzahl an Initiativen zur Verbesserung von Therapie und Nachsorge. So wurde beispielsweise 1966 die erste Tagesklinik in Baden-Württemberg eröffnet (Croissant und Längle 2015). Durch die Unterstützung dieser Initiativen durch Gesellschaft und Politik konnte mit der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquête von 1975 (Bundestag 1975) ein Meilenstein in der Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der deutschen Gesellschaft erreicht werden. Erstmals erfolgte eine ausführliche Berichterstattung über die psychiatrische Versorgungssituation in Deutschland. Dabei wurden teilweise eklatante Zustände in den psychiatrischen Anstalten aufgezeigt, die in einem Zwischenbericht als „*elend*“ und „*menschenunwürdig*“ bezeichnet wurden (Deutscher Bundestag 1973). Somit galt die „*Gewährleistung menschenwürdiger Verhältnisse und die strukturelle Neugestaltung der psychiatrischen Krankenversorgung*“ als oberstes Ziel der Enquête (Finzen 2015). Dabei wurden unter anderem eine gemeindenahere Versorgung und eine Schwerpunktverlagerung weg von der stationären und hin zur ambulanten Versorgung als zentrale Forderungen thematisiert. Wenngleich seit der Psychiatrie-Enquête maßgebliche Umstrukturierungen und Verbesserungen der psychiatrischen Versorgungssituation in Deutschland erfolgt sind (Freyberger 2001, Schmid, Steinert et al. 2013), gibt es dennoch weiterhin Handlungsbedarf und Verbesserungspotential in der Versorgung psychisch kranker Menschen (Bramesfeld 2003, Riedel-Heller, Bramesfeld et al. 2008). So besteht beispielsweise bis heute eine „*Lücke zwischen den begrenzten Möglichkeiten ambulanter Versorgung durch das Vertragsarztsystem und der vollstationären Behandlung*“ (Längle, Holzke et al. 2018). Auch verschiedene Arten der Integrativen Versorgung nach § 140 SGB V und Modellvorhaben nach § 64b SGB

V sowie das Einrichten von Tageskliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) konnten bislang keine zuverlässige sektorübergreifende psychiatrische Behandlung gewährleisten. Trotz der positiven internationalen Studienlage (Berhe, Puschner et al. 2005, Johnson, Nolan et al. 2005, Gühne, Weinmann et al. 2011, Stulz, Wyder et al. 2020) fehlten in Deutschland bislang eine gesetzliche Grundlage und einheitliche Rahmenbedingungen zur aufsuchenden Behandlung von akut psychisch kranken Personen. Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) soll nun jene Lücke schließen und den Bogen zwischen intensiver psychiatrischer Behandlung und ambulantem Setting spannen. Somit stellt die StäB einen weiteren wichtigen Pfeiler in der psychiatrischen Versorgung und einen revolutionären Schritt in Richtung einer sektorübergreifenden Behandlung in Deutschland dar (Längle 2018). Thornicroft et al. kamen zu dem Schluss, dass die psychiatrische Versorgung im Sinne des „*Balanced-Care-Modells*“, unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen und Strukturen, nur durch ein Gleichgewicht zwischen stationärer und gemeindenaher Versorgung erreicht werden kann (Thornicroft und Tansella 2013). Somit soll die StäB der vollstationären Behandlung nicht konkurrierend gegenüberstehen, sondern vielmehr eine Ergänzung zu bereits vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten darstellen.

1.1.1 Psychiatrische Deinstitutionalisierung und die Entstehung aufsuchender Behandlungsformen

Schon lange sind gemeindepsychiatrische Ansätze ein essentieller Bestandteil der Versorgungsforschung in Deutschland. Nach Jahren der Überfüllung und desaströser Zustände in psychiatrischen Anstalten in Europa, wo der Aufenthalt mehr einer Verwahrung als einer Behandlung glich, wurde zunehmend der Wunsch nach einer integrativen Versorgung laut. Bereits in den 1920er und 30er Jahren wurden in den Niederlanden erste Modelle aufsuchender Behandlung für psychiatrische Patient*innen erprobt und sozialpsychiatrische Konzepte gewannen an Ansehen (Querido 1935, Oosterhuis 2004). In den 1940er Jahren wurden in London die ersten Tageskliniken gegründet und im Jahre 1959 folgte

in Großbritannien mit dem Mental Health Act ein großer Schritt in Richtung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. Sein Hauptziel war es, eine Entstigmatisierung psychisch kranker Personen durch Deinstitutionalisierung voranzutreiben (Kenyon 2013). Generell wurden seit den 1960er Jahren sowohl in Europa als auch in den USA zunehmend stationär-psychiatrische Betten abgebaut, wodurch die ambulante und gemeindenahere Versorgung in den Fokus der psychiatrischen Behandlung geriet und zunehmend aufsuchende Behandlungsformen erprobt wurden (Polak und Kirby 1976). Während in den USA der Community Mental Health Act von 1963 einen Wendepunkt in der Behandlung psychisch kranker Personen darstellte (Grob 2014), war es in Deutschland die Psychiatrie-Enquête von 1975, die die Missstände der psychiatrischen Behandlung systematisch erfasste und Forderungen an die politisch Verantwortlichen stellte. Erste Umsetzungsschritte in den daraus entstandenen Modellregionen wurden in den *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich* bewertet und weitere Forderungen zur Enthospitalisierung formuliert (Bundesregierung 1988). Im Rahmen der Deinstitutionalisierung gewannen ambulante aufsuchende Behandlungsarten an Popularität und in den Folgejahren wurden in den USA erste randomisierte Studien zum Thema Home Treatment (HT) durchgeführt (Pasamanick, Scarpitti et al. 1964, Langsley, Machotka et al. 1971). Ein Vorläufer des heutigen Assertive Community Treatments (ACT) wurde bereits in den 1980er Jahren durch Stein und Test erprobt (1980). In den gleichen Jahren erfolgten Studien in Kanada, Großbritannien und Australien zu verschiedenen Arten der aufsuchenden Behandlung (Fenton, Tessier et al. 1979, Hoult, Rosen et al. 1984, Dean und Gadd 1990, Muijen, Marks et al. 1992). Währenddessen entwickelten sich psychiatrische Tageskliniken und psychiatrische Institutsambulanzen in Deutschland zu etablierten gemeindenahen Behandlungsformen (Spengler 2003, Engfer 2004). Im Jahr 2000 wurde das Konzept des „Crisis Resolution Home Treatments“ (CRHT), auch als „Crisis Resolution Teams“ (CRT) bezeichnet, im Rahmen des „National Health Service Plans“ in Großbritannien verpflichtend eingeführt (Department of Health 2000,

Jones und Jordan 2010, Johnson 2013). Auch wenn die CRT in Großbritannien heute nicht mehr als obligatorische Behandlungsform angeboten werden müssen, empfehlen die nationalen Leitlinien diese Art der Behandlung weiterhin (JCPMH 2013, NICE 2014). Auch in Norwegen sind CRT fester Bestandteil psychiatrischer Versorgung, wobei auch hier die Umsetzung bislang nicht in allen Regionen vollständig geglückt ist (Hasselberg, Gråve et al. 2011).

Heute ist die Gemeindepsychiatrie als eine „*Form der psychiatrischen Versorgung in vernetzten Systemen*“ definiert, wodurch „*Ausgrenzung und institutionelle Unterbringung psychisch kranker Menschen vermieden werden*“ sollen (Pschyrembel 2014). Auch wenn sich die psychiatrische Versorgung in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert hat, ist die Umsetzung der Gemeindepsychiatrie in Deutschland bislang nicht gänzlich geglückt (Steinhart und Wienberg 2016). Viele psychisch kranke Personen sind weiterhin struktureller Diskriminierung ausgesetzt und erfahren sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld soziale Ausgrenzung (von Kardorff 2017). Deister und Wilms sehen in aufsuchenden Behandlungsformen eine Chance, die soziale Integration psychiatrischer Patient*innen durch die „*konsequente Berücksichtigung des sozialen Kontextes*“ zu verbessern (2015).

1.1.2 Implementierungsstand aufsuchender Behandlungen in Deutschland

Insgesamt gibt es in Deutschland im Vergleich zum englischsprachigen und skandinavischen Raum noch recht wenige HT-Angebote (Widmann, Bachhuber et al. 2016), sodass die StäB die erste aufsuchende Behandlungsform mit gesetzlich fest vorgeschriebenem Rahmen darstellt. Nichtsdestotrotz gab es und gibt es einige Modellprojekte aufsuchender Behandlung, die, auch wenn sie sich nicht flächendeckend durchsetzen konnten, bereits überwiegend gute Erfahrungen mit HT sammeln konnten. Einige dieser Projekte werden im Folgenden dargestellt.

Das erste Konzept einer Behandlung im häuslichen Umfeld und ein Vorläufer der StäB wurde bereits 1996 im Rahmen der „Integrativen Psychiatrischen Behandlung“ (IPB) am Alexianer-Krankenhaus in Krefeld eingeführt (Bechdorf, Skutta et al. 2011). Wie auch die StäB setzt die IPB eine stationäre Behandlungsindikation voraus und entspricht in ihrem Umfang einer vollstationären Behandlung. Die Patient*innen werden von einem multiprofessionellen Team im häuslichen Umfeld betreut, können aber zusätzlich auf Angebote der Klinik (z.B. Gruppentherapien) zurückgreifen. Ein Unterschied besteht darin, dass eine Substanzabhängigkeit als Hauptdiagnose ein Ausschlusskriterium für die IPB darstellt, während in der StäB prinzipiell alle Diagnosen behandelt werden können.

Wenige Jahre später wurde die „Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause“ (APAH) in Frankfurt am Main eingeführt. Auch diese Art der Behandlung gilt als stationärsersetzend, wenngleich nur in den ersten sechs Tagen tägliche Kontakte vorgeschrieben sind und anschließend die Frequenz der Besuche reduziert werden kann. Zu den Besonderheiten dieser Behandlung zählt, dass auch Obdachlose und demenzerkrankte Patient*innen behandelt werden (Widmann, Bachhuber et al. 2016).

Kurz darauf wurde im Jahr 2003 das „Regionale Psychiatriebudget“ in Itzehoe umgesetzt. Dieses neue Finanzierungssystem mit einem festen jährlichen Budget beinhaltet eine „*settingübergreifende und personenbezogene Finanzierung*“ (König, Heinrich et al. 2010) und ermöglicht es der Psychiatrischen Klinik Itzehoe, die Behandlung der Patient*innen noch bedarfsorientierter und individueller zu gestalten. Dadurch sollen häufige stationäre Wiederaufnahmen vermieden und stattdessen andere Behandlungssettings, darunter auch HT, gefördert werden. Eine Besonderheit stellt die Tatsache dar, dass das ursprünglich zugewiesene Team eines/r Patient*in auch für die übrigen Behandlungssettings konstant bleibt, sodass insgesamt eine hohe Behandlungskontinuität gewährleistet werden kann (Widmann, Bachhuber et al. 2016).

In Günzburg wurde 2005 die „Wohnfeldbasierte Psychiatrische Akutbehandlung“ als Modellversuch eingeführt. Auch hier stellt die stationäre Behandlungsindikation eine Voraussetzung dar und das langfristige Ziel ist es, eine durch ständige stationäre Wiederaufnahmen verursachte Chronifizierung der Erkrankung und eine daraus resultierende Hospitalisierung zu verhindern (Widmann, Becker et al. 2013). Im Gegensatz zur StäB müssen die Patient*innen zwar nicht täglich, aber mindestens dreimal pro Woche durch Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams besucht werden.

Im Jahr 2006 wurde an dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf das „Hamburger Modell“ als eine Art des ACT implementiert. Eine Besonderheit besteht darin, dass fast ausschließlich Patient*innen mit psychotischen Störungen behandelt werden (Schöttle, Ruppelt et al. 2015).

Seit 2011 wird an der LWL Klinik in Lengerich in Westfalen das Modellprojekt „HT - Behandlung zu Hause“ angeboten (Sakellaridou, Chrysanthou et al. 2018). Auch diese Behandlung hat das Ziel, stationäre Behandlungen zu verkürzen oder zu verhindern. Die Häufigkeit der Kontakte wird dabei individuell an die Bedürfnisse der Patient*innen angepasst und kann von einem Kontakt pro Woche bis hin zu mehreren aufsuchenden Kontakten pro Tag variieren. Im Gegensatz zur StäB erfolgt diese Art der Behandlung immer im Anschluss an eine stationäre Behandlung und kann daher eher als eine stabilisierende Langzeitbehandlung angesehen werden, die den Patient*innen den Übergang von der stationären Behandlung in den eigenen Alltag erleichtern soll. Mit einer durchschnittlichen Laufzeit von etwa 24 Monaten ist sie daher deutlich länger als die StäB.

In Anlehnung an das Günzburger Modell wurde 2013 auch in Donauwörth mit HT begonnen. Wie auch bei dem HT in Günzburg sind zu Beginn mindestens drei Besuche pro Woche vorgeschrieben. Im Verlauf der Behandlung können die Kontakte weiter reduziert und die Behandlung somit langsam ausgeschlichen werden (Frasch, Widmann et al. 2015).

Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Beispiele, die im Kontext der sogenannten Integrierten Versorgung (IV) an vielen Standorten deutschlandweit umgesetzt wurden. So wird beispielsweise auch am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP Südwürttemberg) seit etwa zehn Jahren ein IV-Modell angeboten (Schmid, Flammer et al. 2015).

Alle genannten Behandlungsmodelle bieten Schnittstellen mit der StäB, sind jedoch nicht mit ihr gleichzusetzen. Viele der Modelle gehen zudem über die kurzzeitige Behandlung akuter Krisen hinaus und ähneln daher eher einem langfristigen ACT (vgl. 1.2) als einer StäB (Schwarz, Zeipert et al. 2020).

1.1.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Merkmale der StäB

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.12.2016 (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 2016) wurde mit dem §115d SGB V die gesetzliche Grundlage für die StäB, eine psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, geschaffen. Seit 01.01.2018 haben alle psychiatrischen Kliniken mit regionaler Versorgungspflicht in Deutschland die Möglichkeit, Patient*innen, die einer vollstationären Behandlung bedürften, die StäB als Alternative anzubieten. Auch in der aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) wird die Behandlung zu Hause auf Basis der internationalen Studienlage und der Erprobungen anhand von Modellprojekten innerhalb Deutschlands mit hohem Empfehlungs- und Evidenzgrad empfohlen (Gühne, Weinmann et al. 2019).

Das PsychVVG gibt unter § 39 Absatz 1 SGB V vor, dass es sich bei der StäB um eine *„psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams“* handelt und dass sie *„hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung*

einer vollstationären Behandlung“ entspricht. Eine Indikation zur vollstationären Behandlung stellt also eine zwingende Voraussetzung dar, sodass die StäB nicht mit einer intensivierten ambulanten Behandlung oder einer Stabilisierungsbehandlung nach stationärem Aufenthalt gleichgesetzt werden darf. Es gibt jedoch keine Einschränkungen hinsichtlich der Diagnose der Patient*innen, sodass die StäB prinzipiell für Patient*innen aller Diagnosegruppen möglich ist. Über diese gesetzlichen Vorgaben hinaus wurden in einem Rahmenvertrag des gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verbindliche Regelungen zur Umsetzung der StäB getroffen (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2017). Dazu gehören ein geeignetes häusliches Umfeld, in dem die Behandlung ungestört stattfinden kann, sowie die Zustimmung aller im selben Haushalt lebenden volljährigen Personen. Zudem muss das Kindeswohl stets gewährleistet sein und entsprechend überprüft werden. Außerdem muss sich das multiprofessionelle Team mindestens aus Ärzt*innen und Pflegefachpersonal sowie einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psycholog*innen oder Spezialtherapeut*innen) zusammensetzen. Darüber hinaus muss täglich mindestens ein aufsuchender Kontakt mit den Patient*innen stattfinden und einmal pro Woche muss eine fachärztliche Visite erfolgen. Um dem Äquivalent einer vollstationären Behandlung gerecht zu werden, muss außerdem eine 24-stündige Rufbereitschaft an sieben Tagen der Woche durch die Klinik sichergestellt sein und in akuten Krisensituationen muss eine umgehende vollstationäre Aufnahme möglich sein. Darüber hinaus darf maximal die Hälfte der Behandlungsleistungen an Dritte (d.h. andere Leistungserbringer) delegiert werden, sodass beispielsweise auch ambulante Dienste unter der Gesamtverantwortung der jeweiligen Klinik in die Behandlung eingebunden werden dürfen.

Die denkbaren Vorteile der StäB und anderer aufsuchender Behandlungen sind zahlreich und vielfältig. Bis heute sind stationär-psychiatrische Aufenthalte mit einem Stigma behaftet, sodass nicht alle Patient*innen zu einer stationären Aufnahme bereit sind. Patient*innen, die eine vollstationäre Behandlung strikt ablehnen, könnten so auch im Falle einer akuten Krise behandelt werden und

müssten gegebenenfalls nicht gegen ihren Willen eingewiesen werden. In einem Positionspapier zur „Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bei Erwachsenen“ wurden unter anderem die *„Förderung der Fähigkeit zur selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung“* und die *„Reduzierung von Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Patienten“* als positive Aspekte der StäB angeführt (Becker, Claus et al. 2017). Außerdem sollen vollstationäre Behandlungen durch eine frühzeitige Aufnahme in die StäB abgewendet oder zumindest verkürzt werden und so insgesamt die Frequenz der Wiederaufnahmen gesenkt werden. Hepp und Stulz führen als weitere Vorteile an, dass *„der Alltag [...] unter realen Bedingungen in die Behandlung mit einbezogen werden“* kann, sodass beispielsweise Trigger im persönlichen Umfeld der Patient*innen leichter identifiziert und bearbeitet und Angehörige in die Behandlung mit einbezogen werden können (2017b). Sie sehen außerdem einen Vorteil darin, dass der *„oft schwierige Übergang aus dem stationären Setting zurück ins häusliche Umfeld“* entfällt. Mögliche Nachteile oder Risiken könnten sich durch eine stärkere Belastung der Angehörigen ergeben (Hepp und Stulz 2017b). Dem ist entgegenzusetzen, dass die StäB nur nach ausdrücklichem Einverständnis aller im Haushalt lebenden volljährigen Personen erfolgen darf, sodass die Angehörigen in die Entscheidung zur Behandlung eingebunden sind. Ein weiterer Nachteil könnte darin bestehen, dass das Therapieangebot in der StäB im Vergleich zur vollstationären Behandlung je nach Finanzierungsform geringer ausfallen könnte. Bei entsprechender Ausgestaltung ist es jedoch auch in der StäB möglich, dass die notwendigen Ressourcen gezielter und in größerem Umfang für die Patient*innen bereitgestellt werden.

1.2 Abgrenzung der StäB von anderen Arten der aufsuchenden Behandlung – ein internationaler Vergleich

In den USA, England und Skandinavien sind verschiedene Arten der aufsuchenden Behandlung schon lange eine etablierte Form der psychiatrischen Versorgung. Die strenge sektorale Trennung in stationär und ambulant, wie sie in Deutschland weiterhin vorherrscht, wurde zu Gunsten einer ganzheitlicheren

Versorgung überwunden. Längle, Holzke et al. schreiben dazu sehr treffend: *„Ambulant und stationär sind keine Gegensätze, sondern aufeinander abgestimmte Teile eines Gesamtbehandlungs- und Versorgungskonzepts“* (2018).

Hinter dem Begriff „Home Treatment“ verbirgt sich eine Vielzahl aufsuchender Behandlungsformen. In der Literatur wird der Begriff mehrheitlich für aufsuchende Behandlungen schwer psychisch kranker Menschen durch multiprofessionelle und rund um die Uhr verfügbare Teams verwendet, wobei die Behandlung im gewohnten Umfeld der Patient*innen stattfindet und die Dauer auf die akute Krankheitsphase beschränkt bleiben sollte (Marshall und Lockwood 1998, Catty, Burns et al. 2002, Widmann, Bachhuber et al. 2016). Die Unterschiede bestehen dabei vor allem in der Frequenz der aufsuchenden Kontakte sowie der Dauer und der Intensität der Behandlung. Da einige Autoren jedoch auch intensive ambulante aufsuchende Angebote, wie etwa ACT, als HT bezeichnen, fällt die Abgrenzung nicht immer leicht. Berhe et al. sehen im HT eine Alternative zur Krankenhausbehandlung, während Behandlungen wie ACT oder Case Management (CM) eher eine langfristige sowie stabilisierende und rehabilitierende Behandlung zum Ziel haben und weniger für akute Krisen geeignet sind (2005).

Durch die Vielzahl an Begrifflichkeiten und die nicht immer einheitliche Verwendung dieser, kann eine Abgrenzung der verschiedenen Behandlungsarten mitunter sehr schwierig sein. Daher werden die bekanntesten Konzepte aufsuchender und gemeindenaher Behandlung im Folgenden einander gegenübergestellt und verglichen und die StäB anschließend eingeordnet.

Crisis Resolution Teams (CRT)

Bei den CRT handelt es sich um multiprofessionelle Krisenteams, die sich im Sinne eines intensiven HT um akut psychisch kranke Menschen kümmern und in einer Krise eine stationäre Aufnahme der Patient*innen verhindern und ersetzen sollen (Johnson 2013). Das Konzept enthält eine 24-stündige Rufbereitschaft an

sieben Tagen der Woche und je nach Schwere der Krise können 2-3 aufsuchende Kontakte pro Tag stattfinden. Die CRT haben außerdem eine „Gatekeeping“-Funktion. Das bedeutet, dass sie triagierend tätig sind und entscheiden, wer vollstationär aufgenommen werden muss und wem eine Behandlung zu Hause als Alternative angeboten werden kann (Department of Health 2001). Da es sich um eine Behandlungsform zur Bewältigung einer akuten Krise handelt, sollte die Behandlungsdauer sechs Wochen in der Regel nicht überschreiten.

Community Mental Health Teams (CMHT)

Bei den CMHT handelt es sich um eine ambulante, nicht primär aufsuchende Behandlungsform. Im Gegensatz zu der akuten Krisenintervention der CRT geht es bei den CMHT eher um eine langfristige Unterstützung schwer psychisch kranker, aber psychisch stabiler Menschen im Alltag. Das Ziel ist es, den Patient*innen ein möglichst eigenbestimmtes und unabhängiges Leben zu ermöglichen.

Assertive Community Treatment (ACT)

Wie die CMHT ist auch das ACT eher als eine stabilisierende und rehabilitierende Langzeitbehandlung schwer und oftmals chronisch kranker Patient*innen anzusehen. Bei dem ACT ist die Behandlung jedoch primär aufsuchend und in der Regel intensiver und engmaschiger als bei den CMHT. Es geht vor allem darum, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und das Krankheitsgeschehen langfristig zu verbessern.

Case Management (CM)

Das CM ist als eine übergeordnete Koordinationsstelle zu betrachten und ist somit nicht vorrangig therapeutisch tätig. Die Aufgabe der Case Manager ist es, die Behandlung der Patient*innen zu koordinieren und gegebenenfalls Verlegungen oder andere Hilfsangebote zu organisieren. So haben die Patient*innen eine/n feste Ansprechpartner*in, die/der einen Überblick über die Krankheitsgeschichte mit den entsprechenden Behandlungen hat und an den/die

sie sich mit Fragen zur weiteren Behandlung wenden können. Das Ziel ist es, eine Behandlungskontinuität zu schaffen und so Unter- oder Überversorgung zu vermeiden (Herdt, Maier et al. 2007). Wie die CMHT ist auch das CM eine nicht aufsuchende Art der Behandlung.

Versucht man die StäB nun in diese Behandlungsformen einzuordnen, so ist sie am ehesten mit den CRT vergleichbar (Lambert, Karow et al. 2017, Längle, Holzke et al. 2018). Beide agieren unter gesetzlich eindeutig vorgeschriebenen Rahmenbedingungen und haben das Ziel, eine vollstationäre Behandlung zu ersetzen. Auch die Behandlungsintensität und die Zusammensetzung der Teams sind sehr ähnlich. Hinter beiden Konzepten stehen akute Behandlungsformen zur Krisenbewältigung für schwer psychisch kranke Personen, die sonst einer vollstationären Behandlung bedürften. Die anderen genannten Arten der gemeindenahen Versorgung dienen eher einer langfristigen Unterstützung der Patient*innen und sind nicht allesamt primär aufsuchend.

1.3 Aktueller Stand der Wissenschaft zu aufsuchenden Behandlungsformen

Sowohl die S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* der DGPPN als auch die NICE-Guideline für Psychosen und Schizophrenien empfehlen aufsuchende Behandlungsformen für Menschen in akuten Krankheitsphasen mit hohem Evidenzgrad (NICE 2014, Gühne, Weinmann et al. 2019). Insgesamt findet man in der Literatur viel positive Evidenz für verschiedene Arten des HT, allerdings gibt es nur wenige randomisierte kontrollierte Studien zu diesem Thema. Zusätzlich stammen jene wenigen Studien überwiegend aus dem englischsprachigen Raum und liegen meist mehrere Jahrzehnte zurück, sodass die Ergebnisse nur sehr eingeschränkt auf das heutige deutsche Versorgungssystem übertragbar sind (Weinmann, Gühne et al. 2012). Hinzu kommt, dass in vielen Studien vorrangig Patient*innen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder Patient*innen mit affektiven Störungen berücksichtigt wurden, sodass beispielsweise die

Datenlage zur aufsuchenden Behandlung von Suchtpatient*innen und gerontopsychiatrischen Patient*innen aber auch hinsichtlich anderer Diagnosegruppen bislang unzureichend ist. Da in der StäB prinzipiell alle Diagnosegruppen behandelt werden können, sind die vorliegenden Studien auch aus diesem Grund nur sehr eingeschränkt übertragbar.

Zwei frühe amerikanische Studien zeigten, dass Patient*innen nach dem HT seltener und kürzer vollstationär behandelt werden mussten als stationäre Vergleichspatient*innen (Pasamanick, Scarpitti et al. 1964, Langsley, Machotka et al. 1971). Eine kanadische Studie konnte eine deutliche Verbesserung der Symptomschwere der Patient*innen sowie eine hohe Zufriedenheit der Patient*innen und der Angehörigen mit der Behandlung nachweisen (Wasylenki, Gehrs et al. 1997).

In einer von Berhe et al. publizierten Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von HT wurden sechs Studien genauer betrachtet. Auch hier fielen die Ergebnisse größtenteils sehr positiv aus. So verbesserte sich beispielsweise bei drei von vier Studien das soziale Funktionsniveau der Patient*innen im HT in höherem Maße als das der stationären Patient*innen. In einer Studie konnte kein Unterschied zwischen beiden Gruppen festgestellt werden. Ebenso zeigten sich die Patient*innen bei drei von vier Studien mit dem HT zufriedener als Patient*innen in stationärer Behandlung. In einer Studie konnte hierzu kein Unterschied festgestellt werden (Berhe, Puschner et al. 2005).

Darüber hinaus konnten in Großbritannien nachweislich gute Erfolge mit CRT erzielt werden. So konnten beispielsweise einige Studien eine Reduktion vollstationärer Aufnahmen nachweisen (Johnson, Nolan et al. 2005, Glover, Arts et al. 2006), sodass sich die CRT insgesamt als kostengünstigere Alternative zur stationären Regelbehandlung erwies (McCrone, Johnson et al. 2009). Andere Studien konnten jedoch keinen Rückgang der Bettenbelegung feststellen (Keown, Mercer et al. 2008, Jacobs und Barrenho 2011), sodass auch hier noch mehr Forschungsbedarf besteht. Einige Autoren führen diese Unterschiede auf

eine unzureichende Modelltreue (engl. „model fidelity“) zurück und fordern daher klarere Implementierungsrichtlinien der CRT (Wheeler, Lloyd-Evans et al. 2015, Lloyd-Evans, Bond et al. 2016). Eine systematische Übersichtsarbeit von acht randomisierten kontrollierten Studien kam zu dem Schluss, dass kriseninterventionelle Behandlungsformen für schwer psychisch kranke Menschen eine gute Alternative zur vollstationären Behandlung darstellen, wenngleich auf diesem Gebiet noch viel Forschungsbedarf besteht (Murphy, Irving et al. 2015).

Gühne et al. kamen in einer systematischen Übersichtsarbeit zur Evidenz von aufsuchender Behandlung zu dem Ergebnis, dass HT bei schwer psychisch kranken Personen in einer akuten Krise eine mindestens so effektive Art der Behandlung darstellt wie eine vollstationäre Behandlung. Außerdem konnte für einige Kriterien eine Überlegenheit des HT gegenüber der stationären Behandlung festgestellt werden. Dazu gehören die Reduktion stationärer Aufnahmen während einer akuten Krankheitsphase, die Reduktion stationärer Behandlungszeiten, eine geringere Wiederaufnahmerate, eine geringere Abbruchrate, eine höhere Zufriedenheit der Patient*innen und Angehörigen sowie ein geringeres Belastungsempfinden der Angehörigen. Einschränkend wird erwähnt, dass die untersuchten Studien jeweils zeitlich sehr begrenzt durchgeführt wurden und daher keine verlässlichen Aussagen über Langzeitergebnisse von HT getroffen werden können (Gühne, Weinmann et al. 2011).

Auch in Deutschland wurden bereits einige, meist nicht-kontrollierte, Studien zu verschiedenen Arten des HT durchgeführt. Eine Studie zur IPB am Alexianer-Krankenhaus in Krefeld kam dabei ebenfalls zu dem Schluss, dass in der aufsuchenden Behandlung mindestens genauso gute Behandlungsergebnisse erzielt werden konnten wie in der vollstationären Vergleichsgruppe. Zudem wiesen einige Indikatoren auf eine Überlegenheit der IPB gegenüber der stationären Behandlung hin. Diese Unterschiede konnten jedoch nicht statistisch belegt werden (Bechdorf, Skutta et al. 2011). Ähnliche Ergebnisse konnten bei

einer Studie zur „Wohnfeldbasierten Psychiatrischen Akutbehandlung“, einem der IPB recht ähnlichen Konzept des HT, in Günzburg festgestellt werden (Munz, Ott et al. 2011). Eine Prä-Post-Untersuchung in Lengerich ergab eine signifikante Verbesserung der Psychopathologie, der Lebensqualität und des Funktionsniveaus der Patient*innen im HT (Sakellaridou, Chrysanthou et al. 2018). Eine randomisierte kontrollierte Studie aus der Schweiz kam zu dem Schluss, dass stationäre Behandlungszeiten in akuten Krisen durch HT reduziert werden können und dass das klinische und soziale Ergebnis sowie die Zufriedenheit der Patient*innen vergleichbar sind mit dem Outcome einer stationären Behandlung (Stulz, Wyder et al. 2020).

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der noch nicht abschließend erforscht wurde, ist die Suizidalität von Patient*innen im HT im Vergleich zur stationären Behandlung. Hunt et al. konnten bei Patient*innen im CRT-Setting eine höhere Suizidrate als bei der Vergleichsgruppe im vollstationären Setting feststellen (2014). Vergleichbare Ergebnisse lieferte eine Studie von Kapur et al. (2013). Da in diesen Studien jedoch keine eindeutigen Kausalitäten für die Suizidalität festgemacht werden konnten und bislang nur wenige Daten zu dem Thema vorliegen, kann das Suizidrisiko bislang nicht abschließend beurteilt werden (Hepp und Stulz 2017b). Ein generelles Problem stellt dabei auch die Tatsache dar, dass schwer psychisch kranke Patient*innen, z.B. akut suizidale Patient*innen, oftmals aus ethischen und Sicherheitsgründen von Studien ausgeschlossen werden (Hepp und Stulz 2017a). Somit ist es umso schwieriger, valide Daten zu diesen Fragestellungen zu erheben.

Aufgrund der in Deutschland immer noch unzureichenden Datenlage zum Thema HT fordern Hepp und Stulz für die nächsten Jahre *„randomisierte Studien im deutschsprachigen Raum mit großen Fallzahlen, um differenzierte Aussagen zur Indikation und Wirksamkeit von HT bei verschiedenen Diagnosen und Altersklassen zu ermöglichen“* (Hepp und Stulz 2017b). Ein erster Schritt in diese Richtung erfolgt im Rahmen eines Forschungsprojekts, gefördert aus dem Innovationsfond (Baumgardt, Schwarz et al. 2020), an dem auch die Klinik für

Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt) und die Klinik Zwiefalten des ZfP Südwürttemberg beteiligt sind. Eine der Besonderheiten dieses Forschungsprojekts ist es, dass alle psychiatrischen Diagnosegruppen berücksichtigt werden, was in früheren Studien zum Thema aufsuchende Behandlung häufig nicht der Fall war.

1.4 Fragestellung

Da es sich bei dieser Arbeit um eine Pilotstudie handelt und bislang nur wenige Daten zur StäB vorliegen, sollen im Rahmen dieser Studie mögliche Fragestellungen exploriert und Hypothesen generiert werden, welche dann in bundesweit angelegten großen Folgeuntersuchungen, wie beispielsweise der vom G-BA geförderten AKtiV-Studie (Baumgardt, Schwarz et al. 2020), genauer untersucht werden sollen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden erstmals fünf Fragestellungen genauer betrachtet:

1. Wie setzt sich das Patientenkollektiv der StäB-Patient*innen hinsichtlich soziodemographischer und behandlungsrelevanter Merkmale (Alter, Geschlecht, Diagnose, Schweregrad der Erkrankung, Behandlungsdauer, usw.) zusammen?
2. Gibt es Unterschiede zwischen den StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen hinsichtlich der unter 1. genannten Kriterien?
3. Wie zufrieden zeigen sich die StäB-Patient*innen, ihre Angehörigen und Mitbewohner*innen und die Behandelnden mit dieser neuen Behandlungsform?
4. Gibt es zwischen den StäB-Patient*innen und einer stationären Vergleichsgruppe Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der jeweiligen Behandlung?

5. Gibt es unter den StäB-Patient*innen Unterschiede zwischen den Standorten Reutlingen (städtisch) und Zwiefalten (ländlich) hinsichtlich
- a) der unter 1. genannten Kriterien?
 - b) der Zufriedenheit der Patient*innen mit der StäB?

2 Methoden und Material

2.1 Ethikvotum

Es liegt ein positives Ethikvotum (Aktenzeichen F-2018-17) der Landesärztekammer Baden-Württemberg für diese Studie vor.

2.2 Studienpopulation

2.2.1 Anzahl der Studienteilnehmer

Die Studienpopulation für diese Dissertation setzte sich aus $N = 50$ Patient*innen zusammen, welche zum 01.05.18 oder seither in der PP.rt in der StäB behandelt wurden und einer Studienteilnahme zustimmten. Zusätzlich wurden im Rahmen einer weiteren Dissertation am Standort Zwiefalten 50 StäB-Patient*innen rekrutiert (Hirschek, unv. Diss) und die erhobenen Daten wechselseitig zum Vergleich zwischen beiden Standorten genutzt. Für den Vergleich der StäB-Patient*innen mit stationären Patient*innen in Reutlingen wurden unabhängig von dieser Studie erhobene Zufriedenheitsdaten sowie soziodemographische Routinedaten der Patient*innen herangezogen.

2.2.2 Rekrutierung, Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien

Alle Patient*innen, die zum 01.05.2018 oder seither in der PP.rt stationsäquivalent behandelt wurden, wurden telefonisch kontaktiert und anschließend bei einem persönlichen Gespräch schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt (vgl. 9.1.1 Informationsblatt für Patient*innen). Voraussetzung für eine Studienteilnahme war die Volljährigkeit der Patient*innen sowie deren schriftliches Einverständnis (vgl. 9.1.2 Einwilligungserklärung für Patient*innen). Außerdem wurde vorausgesetzt, dass eine Indikation für eine StäB vorlag und aktuell eine StäB erfolgte. In jenen Fällen, wo die genannten Einschlusskriterien nicht gegeben waren, wurden die Patient*innen von der Studie ausgeschlossen. Gab es außerdem im selben Haushalt lebende Erwachsene, so wurden diese ebenfalls gefragt, ob sie Interesse hätten, an der Studie teilzunehmen (vgl. 9.2.1

Informationsblatt für Angehörige und Mitbewohner*innen). Sowohl die Patient*innen als auch die Angehörigen oder Mitbewohner*innen mussten hierfür ihr Einverständnis erteilen (vgl. 9.2.2 und 9.2.3 Einwilligungserklärungen für Angehörige und Mitbewohner*innen). Eine Befragung der Angehörigen oder Mitbewohner*innen war jedoch keine Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie.

Bei Vorliegen der Einschlusskriterien wurden die Patient*innen in die Studienpopulation eingeschlossen bis die Fallzahl von 50 Patient*innen erreicht war. Hierbei wurde keine Auswahl nach Diagnosen oder anderen Faktoren getroffen. Es wurde außerdem darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und somit auch eine Rücknahme der Einwilligungserklärung ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich ist.

2.3 Studiendesign und -aufbau

2.3.1 Studiendesign

Es handelt sich um eine bizenrische, prospektive Beobachtungsstudie, welche an den beiden Standorten Reutlingen (Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen) und Zwiefalten (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg: Klinik Zwiefalten) als Pilotstudie durchgeführt wurde. Ziel der Studie ist es, Hypothesen für die StäB zu generieren, um den Weg für größere Folgestudien zu ebnen. Die Erhebung der Daten am Standort Reutlingen erfolgte im Rahmen dieser Dissertation, während die Daten am Standort Zwiefalten im Rahmen einer zweiten Dissertation erhoben wurden (Hirschek, unv. Diss). Es gab innerhalb des ZfP Südwürttemberg bereits erste Erprobungsprojekte an den beiden Standorten Ehingen und Ravensburg (Längle, Holzke et al. 2018), allerdings sind die Daten dieser Studie die ersten, die in der PP.rt zur StäB erhoben werden. Somit war keine Sekundäranalyse vorhandener Datensätze möglich.

2.3.2 Selbst entwickelte Fragebögen

Die Datenerhebung erfolgte mittels dreier selbst entwickelter Fragebögen, welche die Zufriedenheit verschiedener Personengruppen mit der StäB abbilden. Mithilfe dieser Fragebögen wurden die StäB-Patient*innen, wenn möglich eine/r oder mehrere ihrer Angehörigen oder Mitbewohner*innen sowie die Behandelnden befragt.

2.3.2.1 Entwicklung der Fragebögen

Die drei Fragebögen wurden auf Basis zweier bereits bestehender Fragebögen im Rahmen einer Expertengruppe konzipiert, diskutiert und ausgearbeitet. Hierbei handelt es sich zum einen um einen Fragebogen der PP.rt, der auf den Stationen zur Befragung der Patient*innen bezüglich Ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung verwendet wird (vgl. 9.4.1 Fragebogen der PP.rt). Zum anderen wurde der Zufriedenheits-Fragebogen für stationäre Patient*innen des ZfP Südwürttemberg für den Entwurf der neuen Fragebögen herangezogen (vgl. 9.4.2 Fragebogen des ZfP Südwürttemberg). Dies geschah vor dem Hintergrund, eine Vergleichbarkeit zwischen den Zufriedenheitsdaten der StäB-Patient*innen und jenen der stationären Patient*innen herzustellen. Hierfür war eine möglichst exakte Übereinstimmung der Items erforderlich, um valide Vergleichsdaten zu erhalten. Das Layout der Fragebögen wurde in Anlehnung an das Layout des ZfP Südwürttemberg Fragebogens gestaltet. Ebenso wurde die Skalierung des ZfP Südwürttemberg Fragebogens übernommen. Studienteilnehmer*innen konnten zu jeder Single Choice Frage ihre Zustimmung auf einer fünfstufigen Likert-Skala (Stimme uneingeschränkt zu; Stimme eher zu; Bin unentschieden; Stimme eher nicht zu; Stimme überhaupt nicht zu) angeben.

2.3.2.2 Fragebogen zur Zufriedenheit der Patient*innen

Der für StäB-Patient*innen entwickelte Fragebogen enthält 18 Single Choice Fragen zum Ankreuzen auf einer fünfstufigen Likert-Skala sowie vier offene Fragen (vgl. 9.1.3. Fragebogen für Patient*innen). Bei den Fragen 4 und 5 gab

es außerdem die Möglichkeit ein extra Feld anzukreuzen, falls keine Medikamente eingenommen wurden.

Im Rahmen der Entwicklung der Fragen wurde der Großteil der Items wörtlich von dem ZfP bzw. von dem PP.rt Fragebogen übernommen. Einige Items wurden in leicht abgewandelter Form in den Fragebogen aufgenommen. Eine Frage wurde neu entwickelt. Eine detaillierte Auflistung der jeweiligen Items, die übernommen, ergänzt und neu entwickelt wurden, kann im Anhang unter 9.1.3 eingesehen werden.

Auf personenbezogene Angaben wie Alter, Geschlecht oder Aufenthaltsdauer, welche innerhalb des Fragebogens des ZfP Südwürttemberg abgefragt werden, wurde verzichtet, da jeder Fragebogen mit einer persönlichen Identifikationsnummer verschlüsselt wurde und so über die Routineabrechnungsdaten ein Rückschluss auf die entsprechenden Daten möglich war.

2.3.2.3 Fragebogen zur Zufriedenheit der Angehörigen und Mitbewohner*innen

Zu Beginn des Fragebogens für Angehörige und Mitbewohner*innen wird der Bezug zur Patientin/zum Patienten abgefragt, wobei zwischen den vier Personengruppen „Partnerin/Partner“, „Elternteil“, „Kind“ und „Sonstige“ unterschieden wird. Anschließend folgen 13 Items zum Ankreuzen auf einer fünfstufigen Likert-Skala sowie ein freies Feld für Anregungen oder Verbesserungsvorschläge (vgl. 9.2.4 Fragebogen für Angehörige und Mitbewohner*innen). Auch für diesen Fragebogen erfolgte die Zusammenstellung der Fragen in Anlehnung an die Fragebögen aus dem ZfP und der PP.rt.

2.3.2.4 Fragebogen zur Zufriedenheit der Behandelnden

Da bislang weder im ZfP Südwürttemberg noch in der PP.rt ein Fragebogen zur Zufriedenheit für Behandelnde mit der jeweiligen Behandlungsform existierte, wurde dieser Fragebogen unter Berücksichtigung der beiden anderen Fragebögen neu entwickelt. Der Fragebogen ist so konzipiert, dass er die

Behandelnden nicht patientenspezifisch, sondern allgemein zur StäB befragt. Es wurde darauf geachtet, auch invers kodierte Fragen zu verwenden, um die Aufmerksamkeit der Befragten zu fordern und eine höhere Reliabilität der Antworten zu erreichen (Weems und Onwuegbuzie 2001).

Zu Beginn des Fragebogens wird die Berufsgruppe abgefragt, wobei zwischen den vier Personengruppen „Pfleger“, „Arzt/Psychologin“, „Sozialdienst“ und „Spezialtherapeut“ unterschieden wird. Anschließend folgen 18 Fragen zum Ankreuzen auf einer fünfstufigen Likert-Skala sowie drei offene Fragen (vgl. 9.3 Fragebogen für Behandelnde). Für Frage 6 gibt es ein extra Feld zum Ankreuzen, falls Frage 5 nicht zutrifft, da diese Frage dann nicht beantwortet werden kann.

2.3.3 Ablauf der Umfrage

Die Befragung der StäB-Patient*innen bzw. deren Angehörigen oder Mitbewohner*innen erfolgte bei den Patient*innen Zuhause. Die Fragebögen wurden durch die befragten Personengruppen selbstständig und ohne Einflussnahme Dritter ausgefüllt. Bei dem Fragebogen für Patient*innen wurde zusätzlich auf Frage 11 („Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan“) hingewiesen, da diese als einzige negativ formuliert ist. Außerdem wurde darauf geachtet, dass die Befragung am Ende der StäB erfolgte, wobei ein Zeitrahmen von bis zu vier Wochen nach der Entlassung der Patient*innen toleriert wurde.

Den Behandelnden wurde der Fragebogen ausgehändigt und es wurde ein Umschlag ausgelegt, sodass die ausgefüllten Fragebögen anonym zurückgegeben werden konnten.

2.4 Methoden zur Operationalisierung der Fragestellungen

2.4.1 Patientenkollektiv

2.4.1.1 Soziodemographische Daten und Basisdokumentation

Zur Erfassung des soziodemographischen Hintergrundes der Patient*innen wurden folgende Variablen verwendet: Geschlecht, Geburtsjahr, Alter, Hauptdiagnose, psychiatrische Nebendiagnosen und somatische Nebendiagnosen. Diese Daten gehören zu den gemäß §301 SGB V an die Kostenträger zu übermittelnden Daten.

Die psychiatrischen Diagnosen wurden anhand der Einteilung psychischer Erkrankungen gemäß Kapitel V „F00-F99 Psychische Verhaltensstörungen“ der ICD-10 (Dilling, Mombour et al. 2015) kategorisiert (vgl. Abbildung 1).

<p>F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F30-F39 Affektive Störungen F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F70-70 Intelligenzstörung</p>

Abbildung 1: ICD-Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen

Außerdem wurden die Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (BADO) zur Auswertung herangezogen. Die DGPPN empfiehlt eine im Jahr 1995 durch Cording et al. entwickelte Form der BADO (Cording, Gaebel et al. 1995). Diese enthält über 70 demographische und erkrankungsbezogene Variablen, welche für alle stationären Patient*innen routinemäßig erhoben werden sollen (Spiessl 2009). Seither wurden ständig Änderungen und Kürzungen an der ursprünglichen Fassung vorgenommen, um den Bedürfnissen verschiedener Einrichtungen gerecht zu werden. Gaebel et al. beschreiben die BADO als ein „wichtiges, ausreichend valides und reliables Instrument der Qualitätssicherung, der Versorgungsforschung, des Klinikmanagements und des medizinischen

Controllings“ (2009). Ziel der BADO ist es im Rahmen des Qualitätsmanagements sowohl die Prozessqualität als auch die Struktur- und die Ergebnisqualität zu analysieren und gegebenenfalls zu verbessern. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muss die BADO ständig überarbeitet und der guten klinischen Praxis entsprechend angepasst werden (Hübner-Liebermann, Spießl et al. 2000). Es gibt jedoch auch kritische Stimmen, die die Qualität der BADO hinsichtlich verschiedener Qualitätsindikatoren in Frage stellen (Gaebel, Spießl et al. 2009).

In der PP.rt und im ZfP Südwürttemberg ist die dort eingeführte BADO fester Bestandteil der Dokumentation von Patient*innen in stationärer und stationsäquivalenter Behandlung. Diese Daten werden routinemäßig für alle Patient*innen erhoben, sodass sie für diese Studie nicht eigens erhoben werden mussten. In dieser Studie wurden 20 Items der BADO untersucht, welche sich in zwei Teile gliedern. Die ersten zehn Items werden in der Regel bei Aufnahme ausgefüllt und beziehen sich auf den Zeitraum vor der Behandlung. Die anderen zehn Items sollten nach der Entlassung ausgefüllt werden und beziehen sich auf die Behandlung sowie auf die Weiterversorgung danach. Die Auflistung aller Items kann im Anhang eingesehen werden (vgl. 9.5 Übersicht der Items der Basisdokumentation).

2.4.1.2 Abteilung

Während stationäre Patient*innen in der Regel anhand ihrer Hauptdiagnose einer Abteilung zugeordnet und dort behandelt werden, gibt es diese Aufteilung in der StäB nicht. Um die Patientenstichprobe dennoch besser charakterisieren zu können und auch, um besser mit den stationären Patient*innen vergleichen zu können, wurden Kriterien für die Zuordnung der StäB-Patientinnen zu den drei Abteilungen „Allgemeinpsychiatrie + Depression“, „Gerontopsychiatrie“ und „Suchterkrankungen“ festgelegt.

Voraussetzung für die Zuordnung zur Abteilung „Suchterkrankungen“ ist eine psychiatrische Hauptdiagnose aus dem Bereich „F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ des Kapitels V der ICD-10.

Für die Abteilung „Gerontopsychiatrie“ wurde für diese Studie die Altersschwelle bei 65 Jahren festgelegt. Alle Patient*innen, die 65 Jahre oder älter sind, wurden dieser Abteilung zugeordnet. Die übrigen Patient*innen, die keines der beiden oben genannten Kriterien erfüllten, wurden der Abteilung „Allgemeinpsychiatrie + Depression“ zugeordnet.

2.4.1.3 Form der Zuweisung

Um nachvollziehen zu können, ob die Patient*innen vor der Aufnahme in die StäB in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer Behandlung waren oder ob sie von Zuhause kamen, wurden die drei Kategorien „Zuhause“, „Teilstationär“ und „Stationär“ definiert.

Zu der Kategorie „Zuhause“ zählen alle Patient*innen, die > 7 Tage zu Hause waren, bevor sie in die StäB aufgenommen wurden. Dementsprechend beinhalten die Kategorien „Stationär“ und „Teilstationär“ jene Patient*innen, die in stationärer bzw. tagesklinischer Behandlung waren und ≤ 7 Tage zu Hause verbracht haben, ehe sie in die StäB aufgenommen wurden.

2.4.1.4 Behandlungsdauer

Anhand des Aufnahme- und Entlassdatums der Patient*innen wurde die Dauer der Behandlung in Tagen ermittelt. Die Berechnung erfolgte einschließlich des Aufnahme- und des Entlasstages.

2.4.1.5 Unterbrechung

Da es ein paar wenige StäB-Patient*innen gab, die zwischendurch auf Station verlegt wurden, wurde die Variable „Unterbrechung“ eingeführt, um mögliche Unterschiede dieser Patient*innen zu dem Rest der Studienpopulation besser überprüfen zu können. Hierfür wurden die drei Kategorien „Keine Unterbrechung“, „Unterbrechung mit zwischenzeitlichem Aufenthalt auf Station“ und „Mehrmaliger Wechsel zwischen StäB und Station“ festgelegt. Fand keine Unterbrechung der Behandlung statt, so wurden die Patient*innen der Kategorie „keine Unterbrechung“ zugeordnet.

Zu der Kategorie „Unterbrechung mit zwischenzeitlichem Aufenthalt auf Station“ wurden alle Patient*innen gezählt, deren StäB wegen eines stationären Aufenthalts einmalig unterbrochen, anschließend jedoch fortgesetzt wurde. Wurde jedoch mehr als einmal zwischen Station und StäB gewechselt, so wurden die Patient*innen der Kategorie „Mehrmaliger Wechsel zwischen StäB und Station“ zugeteilt.

2.4.1.6 OPS-Daten

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die deutsche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen und dient somit als Grundlage für die Abrechnung von medizinischen Leistungen im stationären und ambulanten Bereich. Der OPS wird jährlich vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) überarbeitet und veröffentlicht.

Seit 2018 ist in dem OPS unter 9-701 auch die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen mit den jeweiligen Therapiezeiten pro Berufsgruppe aufgeführt und verschlüsselt (DIMDI 2020). Um einen Überblick über die Therapiezeiten der StäB-Patient*innen zu erhalten, wurden die OPS-Daten ausgewertet, wobei vor allem untersucht wurde, wie viel Zeit im Schnitt pro Patient*in pro Berufsgruppe pro Tag bzw. pro Tag an dem ein aufsuchender Kontakt durch die jeweilige Berufsgruppe stattfand, aufgewendet wurde und wie viel Zeit am Tag durchschnittlich mit den Patient*innen verbracht wurde. Außerdem wurde die prozentuale Anwesenheit der Berufsgruppen bei den Patient*innen untersucht.

Zur Berechnung der Therapiezeiten wurden stets die Mittelwerte der verschlüsselten Leistungen herangezogen. Das bedeutet, dass bei der Leistung „Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte bis 30 Minuten pro Tag“ mit 15min gerechnet wurde. Bei der Leistung „Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte 30 bis 60 Minuten pro Tag“ wurde entsprechend mit 45min gerechnet, usw. Die durchschnittliche Therapiezeit einer Berufsgruppe pro Tag wurde über die gesamte Therapiezeit der jeweiligen Berufsgruppe in Minuten geteilt durch die Behandlungsdauer in Tagen berechnet. Da nicht jede Berufsgruppe jede/n

Patient*in jeden Tag aufsuchte, wurde zusätzlich die Zeit berechnet, die an Tagen mit aufsuchendem Kontakt der jeweiligen Berufsgruppe durchschnittlich mit der/m Patient*in verbracht wurde. Diese Berechnung erfolgte durch die gesamte Therapiezeit einer Berufsgruppe geteilt durch die Anzahl der abgerechneten OPS der jeweiligen Berufsgruppe für diese/n Patient*in.

Da zeitweise kein/e Psycholog*in im StäB-Team vertreten war, wurden die entsprechenden Patient*innen ohne Psycholog*innen-Kontakt bei der Berechnung der durchschnittlichen Therapiezeit der Psycholog*innen ausgeschlossen. Alle anderen Berufsgruppen waren zu jeder Zeit der Datenerhebung in dem Team vertreten.

Die durchschnittliche Kontaktzeit des StäB-Teams pro Patient*in pro Tag wurde über den Mittelwert der gesamten Therapiezeit aller Berufsgruppen geteilt durch die Behandlungstage berechnet.

Die prozentuale Anwesenheit der Berufsgruppen ergab sich über die Summe aller OPS einer Berufsgruppe anteilig an der Anzahl der OPS aller Berufsgruppen gemeinsam. Zusätzlich wurden die prozentualen Therapiezeiten der einzelnen Berufsgruppen berechnet. Hierfür wurde die Summe der Therapiezeiten einer Berufsgruppe anteilig an der gesamten Therapiezeit aller Berufsgruppen berechnet.

2.4.2 Soziodemographische Unterschiede zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen

Um mögliche Unterschiede zwischen den StäB-Patient*innen und den stationären Patient*innen herausarbeiten zu können, wurden einige der unter 2.4.1.1 beschriebenen Daten den entsprechenden Daten stationärer Patient*innen der PP.rt gegenübergestellt ($N = 1124$). Als Vergleichspopulation wurden hierfür alle Patient*innen der Stationen 8011 (Depression), 8012 (Allgemeinpsychiatrische Intensivstation), 8013 (Allgemeinpsychiatrie), 8014 (schwerpunktmäßig F3-/F4-Diagnosen ab 55 Jahren), 8016 (Gerontopsychiatrie) und 8017 (Suchterkrankungen) herangezogen, die im Zeitraum vom 01.05.18 bis 31.07.19 (identisch mit dem Erhebungszeitraum der StäB-Daten) in der PP.rt stationär in Behandlung waren. Ausgeschlossen wurde die Station 8015, da dort

schwerpunktmäßig psychosomatische Patient*innen behandelt werden, für welche die StäB nicht zugelassen ist. Außerdem wurden alle Patient*innen ausgeschlossen, die gemäß des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes, gemäß des Strafgesetzbuches, oder gemäß des Bürgerlichen Gesetzbuches unfreiwillig untergebracht waren oder an welchen Zwangsmaßnahmen, wie Fixierung, Isolation oder Zwangsmedikation, angewendet wurden. Der Grund hierfür ist, dass alle für die Studie rekrutierten StäB-Patient*innen freiwillig in Behandlung waren und keine Zwangsmaßnahmen erfuhren, sodass sich die Vergleichspopulationen ohne einen Ausschluss der oben genannten Patient*innen in diesem Aspekt zu sehr unterschieden hätte. Außerdem wurde bei den stationären Patient*innen, die im oben genannten Zeitraum mehr als einmal in stationärer Behandlung waren, nur jeweils der erste freiwillige Aufenthalt für die Datenanalyse berücksichtigt. Hintergrund hierfür ist, dass auch die StäB-Patient*innen nur jeweils einmal zu ihrer Zufriedenheit befragt und in der Statistik berücksichtigt wurden, auch wenn sie während des Erhebungszeitraums mehrmals in Behandlung waren.

2.4.3 Zufriedenheit der an der stationsäquivalenten Behandlung beteiligten Personen

Die Zufriedenheit der an der StäB beteiligten Personen mit eben jener Behandlungsform, wurde mittels dreier selbst entwickelter Fragebögen erhoben. Den Antwortmöglichkeiten der Single-Choice-Fragen der fünfstufigen Likert-Skala wurden Zahlenwerte von 0 bis 100 zugeordnet. Da Frage 11 des Fragebogens für Patient*innen („Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan“) im Vergleich zu den anderen 17 Fragen dieses Fragebogens als einzige negativ formuliert ist, wurde hier invers kodiert (vgl. Tabelle 1). Ebenso wurde mit den Fragen der beiden anderen Fragebögen verfahren. Der Fragebogen für Angehörige und Mitbewohner*innen enthält ausschließlich positiv formulierte Items, sodass keine inverse Kodierung notwendig war. In dem Fragebogen für Behandelnde gibt es hingegen drei negativ formulierte Fragen (Frage 9, Frage 11 und Frage 12), die ebenfalls invers kodiert wurden.

Tabelle 1: Zuordnung von Zahlenwerten zu den Antwortmöglichkeiten der Fragebögen

Grad der Zustimmung	Normal kodierte Fragen	Invers kodierte Fragen
Stimme überhaupt nicht zu	0	100
Stimme eher nicht zu	25	75
Bin unentschieden	50	50
Stimme eher zu	75	25
Stimme uneingeschränkt zu	100	0

Bei der Auswertung wurden die Mittelwerte der oben genannten Zahlenwerte für jedes Item berechnet. Ein hoher Mittelwert entspricht hierbei einer hohen Zufriedenheit.

Während die Single-Choice-Fragen quantitativ ausgewertet wurden, wurde für die Auswertung der offenen Fragen der Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse mittels einer induktiven Kategorienbildung nach Mayring gewählt (Mayring 2010). Die Kategorien wurden also nicht vorab festgelegt, sondern wurden aus den Antworten der Studienteilnehmer*innen abgeleitet. So konnten die Antworten zu Clustern zusammengefasst und dargestellt werden.

2.4.4 Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen

Um die Zufriedenheit der StäB-Patient*innen mit jener der stationären Patient*innen vergleichen zu können, wurden aktuelle Daten einer stationären Zufriedenheitsbefragung der PP.rt herangezogen, die vom 01.12.2018 bis 31.03.2019 erfolgte. Für jene Befragung der stationären Patient*innen wurde der ZfP Südwürttemberg Fragebogen mit 25 Single Choice Fragen zum Ankreuzen und zwei offenen Fragen verwendet, der im Anhang unter 9.4.2 eingesehen werden kann. Da nur ein Teil dieser Items mit jenen des Fragebogens für StäB-Patient*innen übereinstimmt, wurden ausschließlich diese Fragen einander gegenübergestellt (vgl. Tabelle 2). Bei der Auswertung wurden, die unter 2.4.3 beschriebenen, Mittelwerte pro Item verglichen.

Tabelle 2: Liste der identischen Fragen in den Fragebögen für stationäre und StäB-Patient*innen. Anmerkungen in Klammern unterscheiden sich zwischen beiden Fragebögen.

Frage	Fragebogen stationäre Patient*innen	Fragebogen StäB-Patient*innen
Ich habe genug Informationen bekommen, um meine Krankheit zu verstehen	Frage 5	Frage 3
Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen	Frage 7	Frage 4
Meine Ziele und Wünsche zum Verlauf der Behandlung wurden berücksichtigt	Frage 8	Frage 1
Das mich behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	Frage 13	Frage 6
Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen	Frage 14	Frage 5
Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	Frage 16	Frage 7
Die Fortsetzung meiner Behandlung [nach der Entlassung] wurde rechtzeitig eingeleitet	Frage 17	Frage 15
Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	Frage 20	Frage 9
Mir geht es nach der Behandlung in der Klinik/nach der stations-äquivalenten Behandlung besser	Frage 23	Frage 13
Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurecht zu kommen	Frage 24	Frage 14
Ich würde diese Klinik/die stations-äquivalente Behandlung bei Bedarf wieder/erneut in Anspruch nehmen	Frage 25	Frage 18

2.4.5 Unterschiede zwischen Stadt und Land

Es wurde untersucht, ob es innerhalb der StäB-Patientenpopulation zwischen dem städtischen und ländlichen Raum Unterschiede gibt. Gemäß der Stadt- und Gemeindetypen Deutschlands fällt Reutlingen aufgrund seiner Einwohnerzahl (>

100 000) unter die Kategorie „kleinere Großstadt“, während Zwiefalten mit weniger als 5000 Einwohnern zu der Gruppe der Landgemeinden gehört (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2015). Aufgrund dieser Einteilung wurden die 50 StäB-Patient*innen der PP.rt als städtische Patientenpopulation betrachtet und mit 50 StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten des ZfP Südwürttemberg als ländliche Patientenpopulation verglichen. Die Daten der 50 StäB-Patient*innen am Standort Zwiefalten wurden im Rahmen einer zweiten Dissertation erhoben (Hirscek, unv. Diss.) und die Gesamtdaten hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte verglichen.

Zur Untersuchung möglicher Unterschiede bezüglich der soziodemographischen Daten der StäB-Patient*innen zwischen Stadt und Land wurden die unter 2.4.1.1 beschriebenen Daten verglichen. Außerdem wurden die Zufriedenheitsdaten beider Standorte einander gegenübergestellt. Da die Datenerhebung mit dem gleichen Fragebogen erfolgte, konnten alle Items direkt miteinander verglichen werden.

2.5 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm IBM SPSS Statistics 25 (IBM Corp. 2017). Da es in dieser Pilotstudie vor allem um die Darstellung erster Erkenntnisse zur StäB geht, wurde der Großteil der Daten deskriptiv ausgewertet. Hierfür erfolgte zunächst eine deskriptive Darstellung der Daten der Patientenpopulation inklusive der Zufriedenheitsdaten. Anschließend wurden die einzelnen Populationen (StäB-Patient*innen vs. stationäre Patient*innen und Land vs. Stadt) miteinander verglichen und es wurde überprüft, ob es Unterschiede hinsichtlich der soziodemographischen Daten oder der Zufriedenheit zwischen den verschiedenen Gruppen gibt. Bei einzelnen Items wurden außerdem zur Überprüfung signifikanter Unterschiede statistische Tests angewandt. Für nominalskalierte Daten wurde nach Überprüfung der Verteilungsvoraussetzungen der Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Greenwood und Nikulin 1996) angewandt. Zum Vergleich der Mittelwerte wurden für normalverteilte Daten t-Tests für unabhängige Stichproben (Kim 2015) durchgeführt. Bei nicht normalverteilten Daten kam der Mann-Whitney-U-Test

(McKnight und Najab 2010) zum Einsatz. Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq 0.05$ festgelegt. Zur statistischen Analyse wurde das Buch „Intuitive biostatistics: a nonmathematical guide to statistical thinking“ als Hilfe herangezogen (Motulsky 2014).

3 Ergebnisse

Da bei einigen Patient*innen zu einzelnen Items keine Angaben gemacht wurden, weichen die Stichprobengrößen teilweise von der jeweiligen Grundgesamtheit ab. Die Prozentwerte beziehen sich immer auf die für jedes Item genannte Stichprobengröße. Sechs Patient*innen lehnten eine Studienteilnahme ab.

3.1 Deskriptive Statistik des Patientenkollektivs

3.1.1 Darstellung der soziodemographischen Daten

Geschlecht ($N = 50$)

Es zeigte sich eine ungleiche Geschlechterverteilung, wobei insgesamt 68% der befragten Patient*innen Frauen waren und 32% Männer.

Alter ($N = 50$)

Der jüngste Patient war 23 Jahre alt, wohingegen die älteste Patientin 83 Jahre alt war. Das mittlere Alter lag bei 47 Jahren ($SD = 13$). Wie in Abbildung 2 ersichtlich ist, war der Großteil der Patient*innen zwischen 40-60 Jahren alt. Die genauen prozentualen Anteile sind ebenfalls in Abbildung 2 dargestellt.

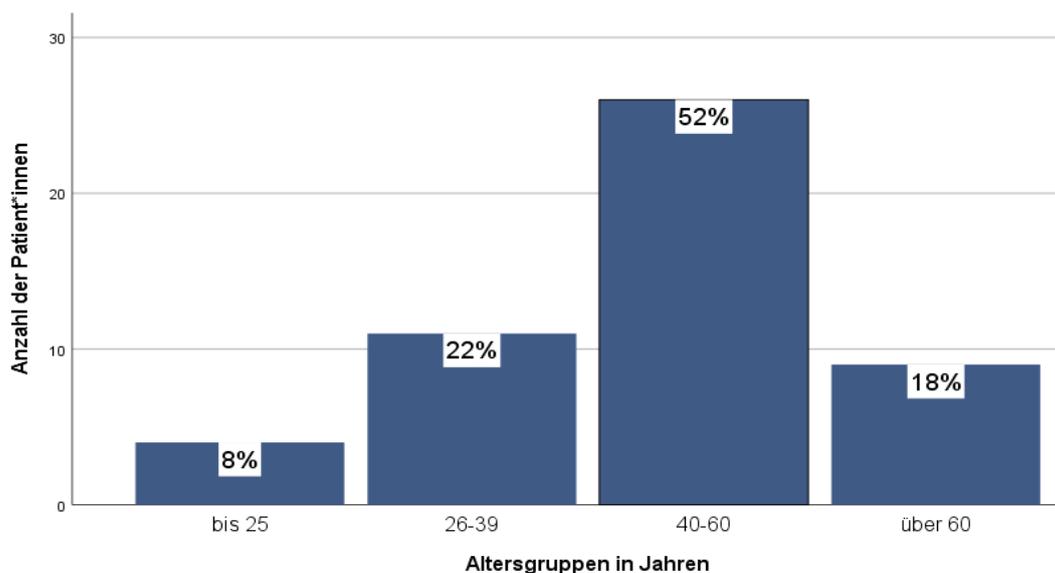


Abbildung 2: Altersverteilung der Patient*innen in Jahren ($N = 50$)

Psychiatrische Hauptdiagnosen ($N = 50$)

Wie unter 2.4.1.1 beschrieben und in Abbildung 1 dargestellt, wurden die psychiatrischen Hauptdiagnosen anhand der Einteilung psychischer Erkrankungen gemäß Kapitel V „F00-F99 Psychische Verhaltensstörungen“ der ICD-10 kategorisiert.

Bei den psychiatrischen Hauptdiagnosen überwogen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (30%). Außerdem machten die Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 24% und die affektiven Störungen mit 20% weitere große Teile des Erkrankungsspektrums aus. Seltener waren Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (14%) sowie Suchterkrankungen (10%). Den kleinsten Anteil bildeten mit 2% die organischen Störungen (vgl. Abbildung 3).

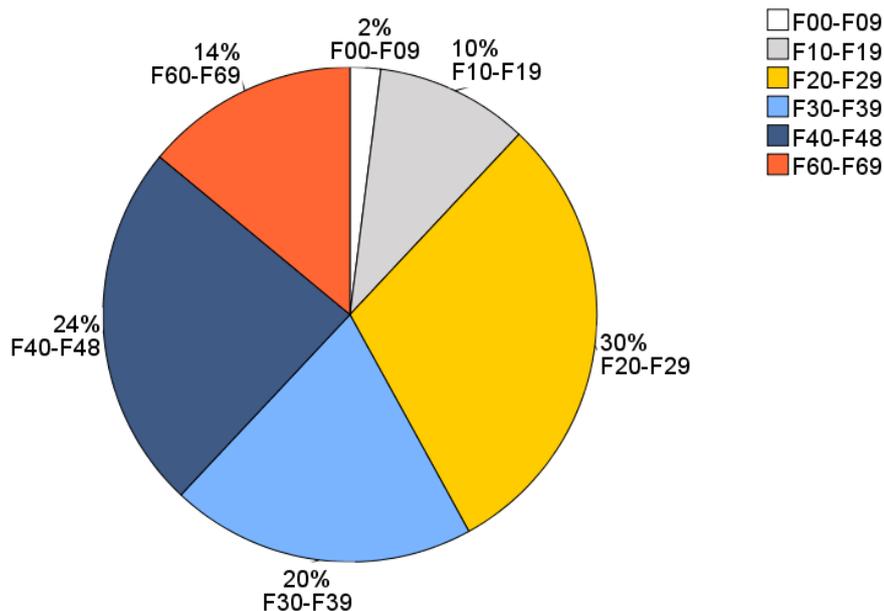


Abbildung 3: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen unter den StäB-Patient*innen gemäß der ICD-10-Klassifikation ($N = 50$)

Im Folgenden wird genauer auf die Verteilung der einzelnen psychiatrischen Hauptdiagnosen eingegangen. Gesamtübersichten der in der Stichprobe vertretenen psychiatrischen Hauptdiagnosen bieten Abbildungen 4 und 5.

F06.6	Organische emotional labile [asthenische] Störung
F10.2	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F10.7	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F13.2	Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.6	Schizophrenia simplex
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2	Anpassungsstörungen
F45.2	Hypochondrische Störung
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

Abbildung 4: Dreistellige ICD-Klassifikation der in der Stichprobe als psychiatrische Hauptdiagnosen vorkommenden psychischen Erkrankungen

Als häufigste psychiatrische Hauptdiagnose im Patientenkollektiv zeichnete sich die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) ab (16%), gefolgt von der paranoiden Schizophrenie (F20.0) mit 12%. Jeweils 10% machten die rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung aus (F60.3). Alle anderen psychiatrischen Erkrankungen waren jeweils zu weniger als 10% in der Stichprobe vertreten (vgl. Abbildung 5).

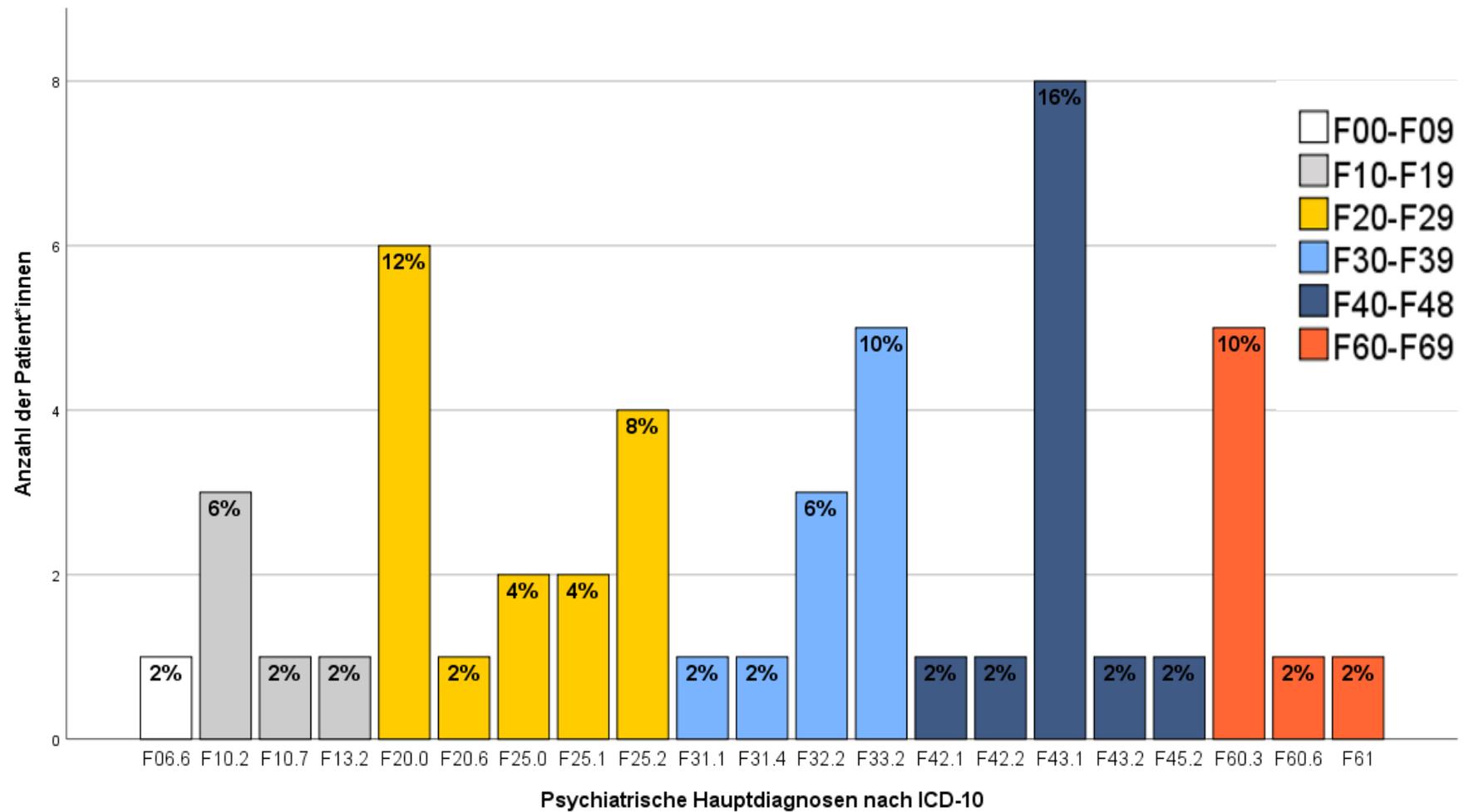


Abbildung 5: Übersicht aller psychiatrischen Hauptdiagnosen gegliedert nach ICD-10 Kapiteln ($N = 50$). Vgl. Abbildung 4 zur Erläuterung der einzelnen Diagnoseschlüssel.

Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen ($N = 50$)

Jeweils etwa ein Viertel der Patient*innen wies keine, eine oder zwei psychiatrische Nebendiagnosen auf. Die genauen Prozentwerte sind in Abbildung 6 dargestellt.

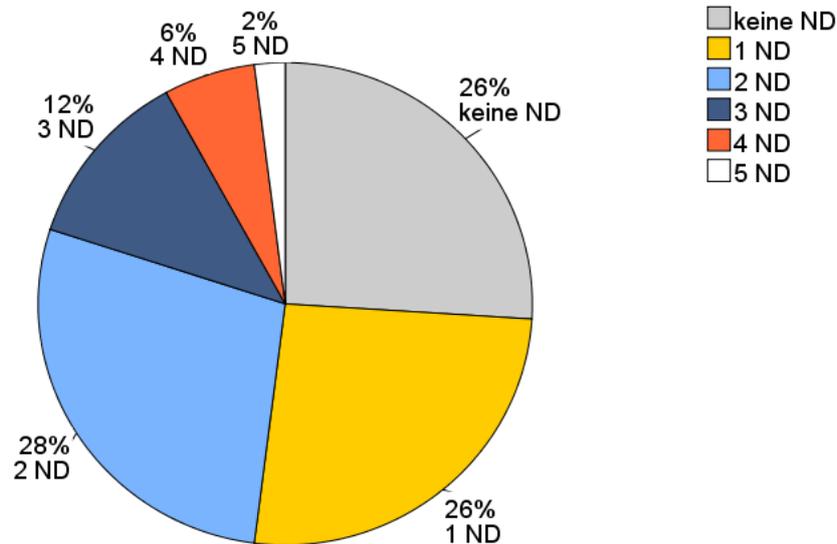


Abbildung 6: Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen pro Patient*in (ND = Nebendiagnose, $N = 50$)

Verteilung der psychiatrischen Nebendiagnosen ($N = 76$)

Da im Folgenden eine Gesamtauswertung der psychiatrischen Nebendiagnosen vorgenommen wurde und einige Patient*innen keine oder mehrere Nebendiagnosen aufwiesen, weicht die Anzahl der Nebendiagnosen ($N = 76$) von der Stichprobengröße ($N = 50$) ab.

Die Suchterkrankungen stellten mit 49% fast die Hälfte aller psychiatrischen Nebendiagnosen der Patientenpopulation dar. Mit etwas Abstand folgten die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 18% und die affektiven Störungen mit 17%. Die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren unter den Nebendiagnosen nicht vertreten. Weiterhin sind die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit 8% zu nennen. Alle weiteren Diagnosen kamen deutlich seltener vor (vgl. Abbildung 7).

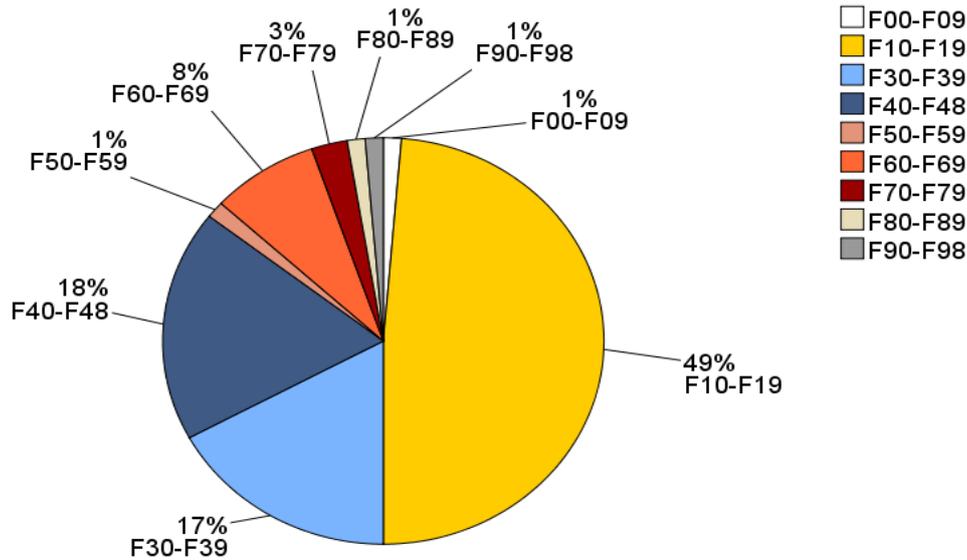


Abbildung 7: Gesamtübersicht aller psychiatrischen Nebendiagnosen gemäß der Codierung nach ICD-10. Da hierbei eine Gesamtauswertung vorgenommen wurde und einige Patient*innen mehrere psychiatrische Nebendiagnosen aufweisen, weicht die Anzahl der Nebendiagnosen ($N=76$) von der Stichprobengröße ($N=50$) ab. Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

Anzahl der somatischen Nebendiagnosen ($N = 50$)

Mehr als die Hälfte der Patient*innen (52%) wies keine somatischen Nebendiagnosen auf. Weitere 30% hatten eine, 12% zwei und 6% drei somatische Nebendiagnosen.

Verteilung der somatischen Nebendiagnosen ($N = 36$)

Da im Folgenden eine Gesamtauswertung der somatischen Nebendiagnosen vorgenommen wurde und einige Patient*innen keine oder mehrere Nebendiagnosen aufwiesen, weicht die Anzahl der Nebendiagnosen ($N=36$) von der Stichprobengröße ($N=50$) ab.

Wie in Tabelle 3 ersichtlich, waren die somatischen Nebendiagnosen weitgefächert. Erkrankungen aus dem Kapitel E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen kamen mit etwa 22% am häufigsten vor. Als zweitgrößte Gruppe sind Krankheiten des Nervensystems (G00-G99) zu nennen, welche etwa 17% der somatischen Nebendiagnosen ausmachten. Alle anderen somatischen Nebendiagnosen kamen deutlich seltener vor und können in Tabelle 3 eingesehen werden.

Tabelle 3: Gesamtübersicht aller somatischen Nebendiagnosen gemäß der Codierung nach ICD-10. Da hierbei eine Gesamtauswertung vorgenommen wurde und einige Patient*innen keine oder mehrere somatische Nebendiagnosen aufweisen, weicht die Anzahl der Nebendiagnosen ($N = 36$) von der Stichprobengröße ($N = 50$) ab. ND = Nebendiagnosen. Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

Somatische ND nach ICD-10	Häufigkeit	Prozent [%]
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1	3
C00-D48 Neubildungen	1	3
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8	22
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	6	17
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	2	6
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	2	6
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	3	8
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	2	6
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2	6
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1	3
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	3	8
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	2	6
V01-Y84 Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	2	6
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1	3
Gesamt	36	103

3.1.2 Basisdokumentation

Bei den im Folgenden ausgewerteten Daten handelt es sich um Routinedaten, die für alle Patient*innen standardmäßig erhoben werden und die daher nicht eigens für diese Studie erhoben wurden.

Rechtsgrundlage des Aufenthalts (N = 50)

Alle 50 StäB-Patient*innen wurden freiwillig behandelt.

Selbst-/Fremdgefährdung in den letzten 24h vor Aufnahme (N = 50)

Bei dem Großteil der Patient*innen (92%) lag keine Selbst- oder Fremdgefährdung in den letzten 24h vor Aufnahme vor oder jene war nicht bekannt. 4% der Patient*innen gaben selbstgefährdendes Verhalten in den 24h vor der Aufnahme an. Dazu gehören z.B. Selbstgefährdung im Straßenverkehr, Suizidgedanken oder Nahrungsverweigerung. Jeweils 2% äußerten eine Suiziddrohung oder unternahmen einen Suizidversuch kurz vor der Aufnahme.

Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme (N = 50)

84% der Patient*innen gaben keinen Substanzmissbrauch in den 24h vor ihrer Aufnahme in die StäB an. 6% hatten vor der Aufnahme Alkohol konsumiert. 2% der Patient*innen gab an, dass er/sie illegale Drogen konsumiert hatte. Weitere 2% hatten sowohl Alkohol als auch Medikamente zu sich genommen. Bei 6% war der Substanzmissbrauch nicht beurteilbar.

Schweregrad der Erkrankung (N = 48)

Wie in Abbildung 8 dargestellt, wurde der Großteil der Patient*innen als „deutlich krank“ oder „schwer krank“ eingestuft. Einige galten als „extrem schwer krank“. Kaum eine/r wurde als „mäßig krank“ eingeschätzt. Bei etwa einem Viertel der Patient*innen wurde der Schweregrad der Erkrankung als „nicht beurteilbar“ eingestuft. Für zwei Patient*innen fehlte die Einschätzung.

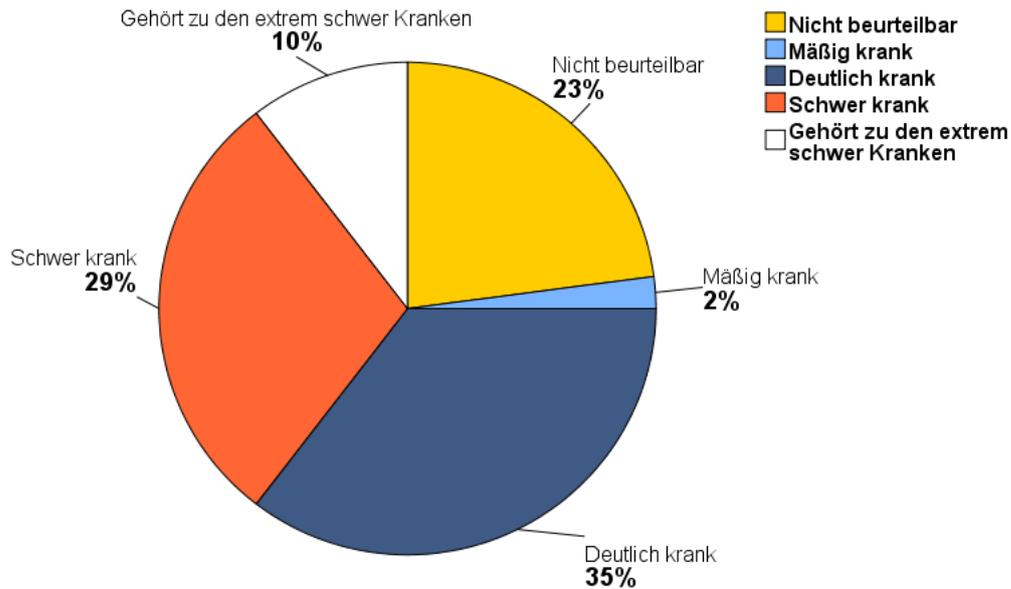


Abbildung 8: Einschätzung der Schweregrade der Erkrankungen der Patient*innen ($N = 48$). Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

Familienstand ($N = 50$)

Der Großteil der Patient*innen (40%) war ledig. Weitere 24% waren verheiratet und lebten auch mit ihren Partnern zusammen. 8% waren verheiratet, lebten jedoch von ihren Partnern getrennt. Außerdem waren 16% der Patient*innen geschieden. Bei 10% war der Familienstand unbekannt. Nur 2% waren verwitwet.

Migrationshintergrund ($N = 50$)

Der Großteil der Patient*innen (80%) wies keinen Migrationshintergrund auf. Einige Patient*innen waren zugewanderte (6%), eingebürgerte (6%) oder in Deutschland geborene Ausländer (2%). Bei 6% war der Migrationshintergrund unbekannt.

Sprache ($N = 50$)

86% der Patient*innen sprachen muttersprachlich Deutsch. Für 2% war Türkisch die Muttersprache. Weitere 12% hatten eine andere Muttersprache als Deutsch, welche jedoch in der BADO nicht genauer spezifiziert wurde.

Hauptsächlicher aktueller Lebensunterhalt ($N = 50$)

Nur 8% bestritten ihren Lebensunterhalt durch eigene Arbeitstätigkeit. Die anderen 92% erhielten finanzielle Leistungen, welche in Tabelle 4 genauer spezifiziert sind.

Tabelle 4: Hauptsächlicher Lebensunterhalt der Patient*innen zum Zeitpunkt der Aufnahme ($N = 50$)

Arten des Lebensunterhalts	Häufigkeit	Prozent [%]
Einkommen durch eigene Arbeitstätigkeit	4	8
Krankengeld	3	6
Arbeitslosengeld/Sozialhilfe/ BaFöG/...	15	30
Angehörige	1	2
Rente/Pension etc.	17	34
Unbekannt/unklar	10	20
Gesamt	50	100

Wohnform vor der Aufnahme ($N = 50$)

Die Mehrheit der Patient*innen lebte selbstständig und unbetreut. Die übrigen Patient*innen lebten in einer betreuten oder unklaren/unbekannten Wohnform oder waren ohne festen Wohnsitz (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Darstellung der Wohnformen der Patient*innen vor der Aufnahme ($N = 50$)

Wohnformen	Häufigkeit	Prozent [%]
Nicht betreute Wohnform	36	72
Betreute Wohnform	12	24
Ohne festen Wohnsitz	1	2
Unbekannt/unklar	1	2
Gesamt	50	100

Anzahl vorangegangener stationär-psychiatrischer Behandlungen ($N = 50$)

Die Mehrzahl der Patient*innen war bereits mehr als 5-mal oder 2-5-mal in stationärer psychiatrischer Behandlung (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Anzahl vorangegangener stationär-psychiatrischer Behandlungen vor der Aufnahme in die StäB ($N = 50$)

Stationäre Aufenthalte	Häufigkeit	Prozent [%]
Keine	3	6
1	4	8
2-5	13	26
Mehr als 5	20	40
Unbekannt	10	20
Gesamt	50	100

Fremdaggression während der stationsäquivalenten Behandlung (wird über SOAS-R erfasst, $N = 49$)

Bei 2% der Patient*innen wurde Fremdaggression während der StäB beschrieben und der SOAS-R Fragebogen wurde ausgefüllt. Bei den restlichen 98% wurde kein SOAS-R Fragebogen ausgefüllt, sodass anzunehmen ist, dass es zu keiner Fremdaggression während der Behandlung gekommen ist.

Substanzmissbrauch während der StäB ($N = 48$)

Bei 83% der Patient*innen wurde kein Substanzmissbrauch angegeben oder festgestellt. Bei 16% kam es zum Substanzmissbrauch während der StäB. 10% konsumierten Alkohol, 4% nahmen illegale Drogen zu sich und 2% konsumierten sowohl Alkohol als auch Medikamente. Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

Entweichung oder Suchmeldung im Verlauf mit Mitteilung an die Polizei oder Werkfeuerwehr ($N = 48$)

Für 2% der Patient*innen wurde während der StäB eine Suchmeldung aufgegeben. Bei 98% kam es weder zu einer Entweichung noch zu einer Suchmeldung.

Gravierende Komplikationen ($N = 48$)

Bei 94% der Patient*innen wurden keine gravierenden Komplikationen während der StäB dokumentiert. Bei insgesamt 6% kam es zu Komplikationen, für die Sonderberichte angefertigt wurden.

Therapien (N = 47)

Die am häufigsten angewandte Therapie war die Psychopharmakotherapie (96%). Außerdem haben 85% sozialadministrative Unterstützung erhalten. An dritter Stelle folgten Psychotherapie (als Einzelbehandlung) und Ergotherapie. Beide Therapieverfahren wurden bei jeweils 70% der Patient*innen angewendet. 62% erhielten ein Training lebenspraktischer Fertigkeiten und bei 45% erfolgte die Einbeziehung relevanter Bezugspersonen. Außerdem behandelte man bei 30% der Patient*innen zusätzlich zu der psychischen Erkrankung somatische Begleiterkrankungen. Alle anderen Therapieverfahren kamen deutlich seltener zum Einsatz (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Auflistung der angewendeten Therapieverfahren mit Darstellung der Häufigkeiten, N = 47. Da einzelne Patient*innen mehrere Therapien erhalten können, weicht die Summe der Prozentwerte von 100% ab.

Therapieverfahren	Häufigkeit	Prozent [%]
Psychopharmakotherapie	45	96
Psychotherapie mit speziellen Verfahren - Einzelbehandlung	33	70
Psychotherapie mit speziellen Verfahren - Gruppenbehandlung	0	0
Kognitives Training	2	4
Training lebenspraktischer Fertigkeiten/Handlungskompetenz in der Selbstversorgung	29	62
Psychoedukative Gruppe	0	0
Andere Gruppentherapie	1	2
Ergotherapie (Beschäftigungs-/Arbeitstherapie)	33	70
Musiktherapie/Kunsttherapie	0	0
Bewegungstherapie/Sport/KG/ Entspannung	7	15
Naturheilkundliche Verfahren	2	4
Tiergestützte Verfahren	2	4
Sozialadministrative Unterstützung	40	85
Behandlung somatischer Begleiterkrankungen	14	30
Einbeziehung relevanter Bezugspersonen (Angehörige/Betreuer)	21	45
Sonstige Therapien	7	15
Keine Therapie	0	0

Entlassungsort (N = 48)

Alle Patient*innen, für welche Angaben zum Entlassungsort gemacht wurden (N = 48), hatten einen festen Wohnsitz.

Weiterbehandlung nach Entlassung (N = 47)

Einzelne Patient*innen können mehrere Arten der Weiterbehandlung erhalten, sodass die Summe der Prozentwerte von 100% abweicht. Mit 30% am häufigsten wurden die Patient*innen in der PIA weiterbehandelt. Eine detaillierte Übersicht der verschiedenen Arten der Weiterbehandlung und deren Häufigkeiten bietet Tabelle 8.

Tabelle 8: Auflistung der Arten der Weiterbehandlung nach Entlassung mit Darstellung der Häufigkeiten, N = 47. Da einzelne Patient*innen mehrere Arten der Weiterbehandlung nach Entlassung erhalten können, weicht die Summe der Prozentwerte von 100% ab.

Weiterbehandlung nach Entlassung	Häufigkeit	Prozent [%]
Keine Weiterbehandlung	5	11
Stationäre Weiterbehandlung	1	2
Teilstationäre Weiterbehandlung	9	19
Niedergelassener Psychiater/Nervenarzt	11	23
Ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut	7	15
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	14	30
Anderer Arzt	2	4
Soziotherapie	1	2
Häusliche Pflege	2	4
Entwöhnung	0	0
Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)	0	0
Reha	1	2
Sonstige	3	6
Unbekannt	5	11

Gesetzliche Betreuung (N = 47)

Bei dem Großteil der Patient*innen (64%) lag weder ein Betreuungsverhältnis noch eine Vorsorgevollmacht vor. Für 13% bestand bereits ein Betreuungsverhältnis. 2% hatten eine Vorsorgevollmacht. Bei 21% war zu einer gesetzlichen Betreuung nichts bekannt.

Art der Beendigung der Behandlungsmaßnahme (N = 49)

96% der Patient*innen beendeten die Behandlung regulär. 4% brachen die Behandlung frühzeitig ab.

Zustand bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme (N = 48)

Bei 44% der Patient*innen wurde der Zustand bei Entlassung als „viel besser“ im Vergleich zur Aufnahme eingeschätzt. Bei jeweils etwa 20% war der Zustand „nur wenig besser“ oder „nicht beurteilbar“. Bei den restlichen Patient*innen war der Zustand entweder „unverändert“, „viel schlechter“ oder „sehr viel besser“ (vgl. Abbildung 9).

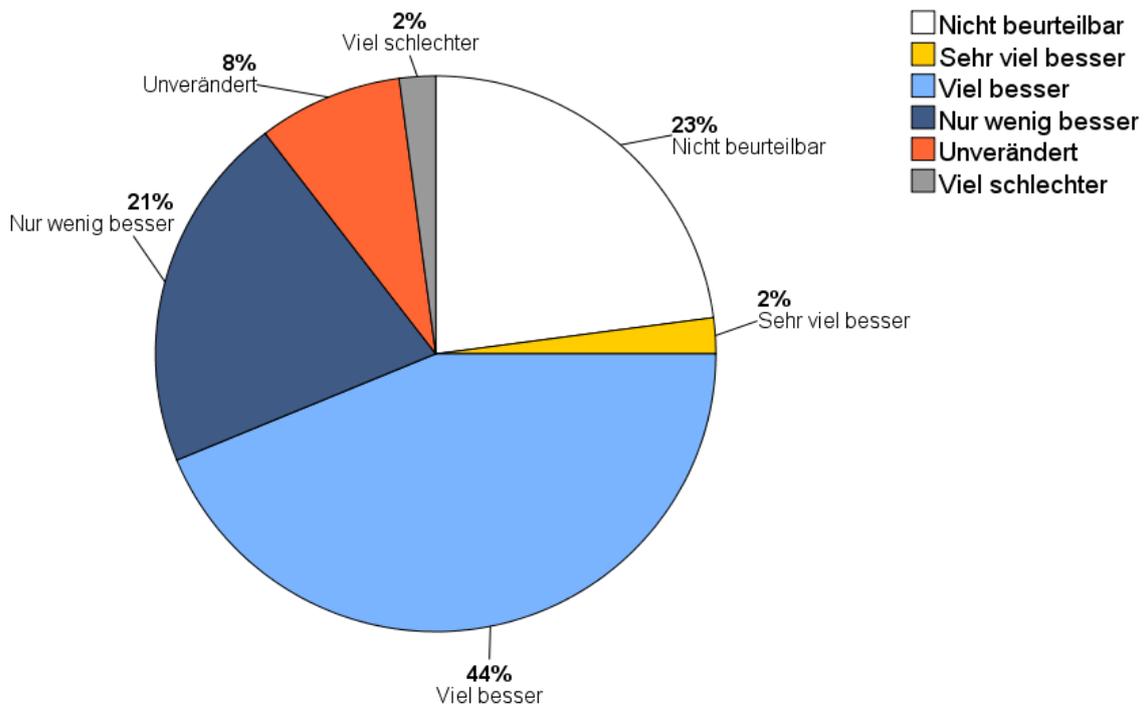


Abbildung 9: Übersicht über den Zustand der Patient*innen bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme (N = 48)

3.1.3 Abteilung (N = 50)

Die Mehrheit der Patient*innen (80%) wurde der Abteilung „Allgemeinpsychiatrie + Depression“ zugeordnet. Jeweils 10% gehörten der Abteilung „Sucht“ bzw. der Abteilung „Gerontopsychiatrie“ an.

3.1.4 Form der Zuweisung ($N = 50$)

Die Patient*innen kamen jeweils zu 46% von Station oder von zu Hause. 8% wurden aus dem teilstationären Setting (Tagesklinik) übernommen.

3.1.5 Behandlungsdauer ($N = 50$)

Die Mehrheit der Patient*innen wurde 1-60 Tage in der StäB behandelt. Am häufigsten wurden die Patient*innen 21-40 Tage behandelt. Nur ein geringer Anteil der Patient*innen war 61 Tage oder länger in Behandlung (vgl. Abbildung 10). Die kürzeste StäB dauerte elf Tage, die längste 106 Tage. Im Durchschnitt waren die Patient*innen 37 Tage ($SD = 21$) in Behandlung.

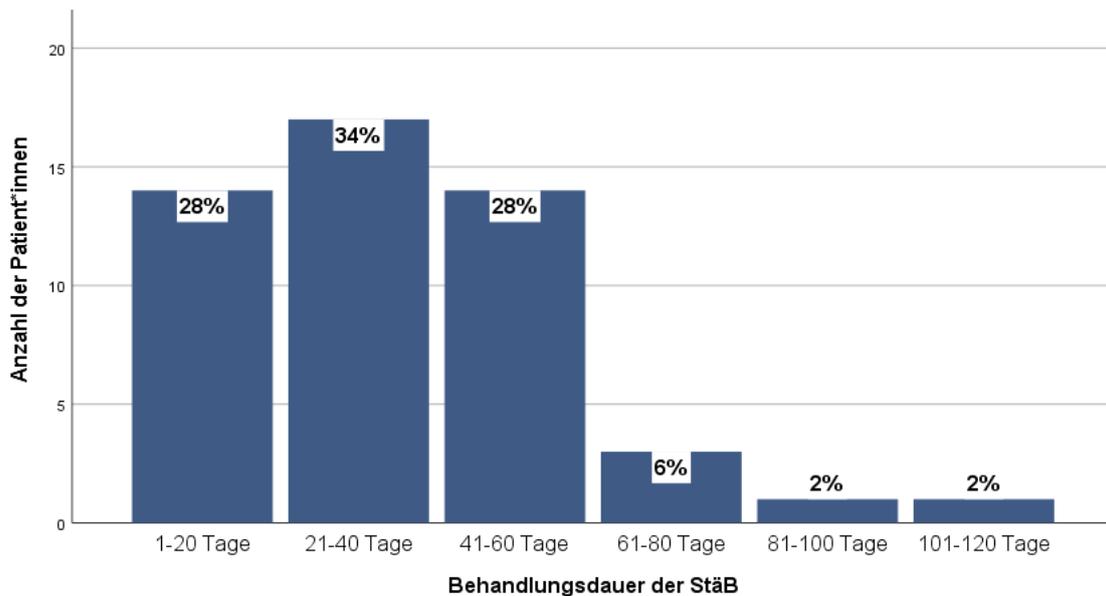


Abbildung 10: Übersicht über die Dauer der StäB in Tagen ($N = 50$)

3.1.6 Unterbrechung ($N = 50$)

Bei der Mehrheit der Patient*innen (92%) erfolgte die stationsäquivalente Behandlung am Stück ohne Unterbrechung. Bei 8% kam es zu einer Unterbrechung mit zwischenzeitlichem stationärem Aufenthalt. Kein/e Patient*in wurde der dritten vorab festgelegten Kategorie „Mehrmaliger Wechsel zwischen StäB und Station“ zugeordnet.

3.1.7 OPS-Daten ($N = 50$)

Bezieht man die Therapiedauer einer Berufsgruppe auf die Dauer der Behandlung in Tagen, so verbrachten Pflegefachkräfte und Spezialtherapeut*innen durchschnittlich die meiste Zeit mit den Patient*innen pro Tag. Betrachtet man jedoch nur jene Tage, an denen tatsächlich ein aufsuchender Kontakt durch die jeweilige Berufsgruppe stattfand, so verbrachten die Spezialtherapeut*innen mit durchschnittlich 49min und die Psycholog*innen mit durchschnittlich 45min die meiste Zeit mit den Patient*innen (vgl. Tabelle 9). Die Psycholog*innen hatten also durchschnittlich recht lange Kontaktzeiten mit den Patient*innen, die Anzahl der Kontakte war jedoch deutlich geringer als bei anderen Berufsgruppen. Da nicht alle Patient*innen durch eine/n Psycholog*in mitbetreut wurden, weicht die Stichprobengröße hinsichtlich der durch Psycholog*innen betreuten Patient*innen ($N = 38$) von der Grundgesamtheit ($N = 50$) ab. Im Schnitt lag die Kontaktzeit des StäB-Teams bei 55min pro Patient*in pro Tag.

Tabelle 9: Darstellung der Therapiezeiten der einzelnen Berufsgruppen pro Patient*in in Minuten ($N = 50$), für Psycholog*innen $N = 38$

Therapiezeiten pro Berufsgruppe pro Patient*in in Minuten

	Ärzte	Psychologen	Spezialtherapeuten	Pflegefachkräfte
Mittelwert pro Tag	6	6	20	25
Mittelwert pro Tag mit aufsuchendem Kontakt	30	45	49	39

Tabelle 10 zeigt, dass die Patient*innen am häufigsten durch Pflegefachpersonal aufgesucht wurden. Sie machten 49% der abgerechneten OPS aus. Den geringsten Anteil an den abgerechneten OPS trugen Psycholog*innen mit 7%, wobei nicht alle Patient*innen psychologisch behandelt wurden.

Wie in Tabelle 11 ersichtlich, besuchten die Pflegefachkräfte die Patient*innen nicht nur am häufigsten, sondern verbrachten insgesamt auch die meiste Zeit mit ihnen. Etwa 45% der Therapiezeit erfolgte durch Pflegefachkräfte, gefolgt von

Spezialtherapeut*innen, die etwa 36% der Therapiezeit leisteten. Anteilig an der Gesamttherapiezeit am wenigsten Zeit verbrachten Psycholog*innen mit den StäB-Patient*innen. Auch hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass nicht alle StäB-Patient*innen psychologisch behandelt wurden und auch dadurch die Gesamttherapiezeit der Psycholog*innen geringer ausfällt.

Tabelle 10: Darstellung der Häufigkeit aufsuchender Kontakte durch die jeweiligen Berufsgruppen ($N = 50$). Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

	Anzahl der abgerechneten OPS-Codes	Anzahl der OPS-Codes in Prozent
Pflegefachpersonal	1186	49
Spezialtherapeut*innen	703	29
Ärzt*innen	344	14
Psycholog*innen	172	7
Anzahl der OPS aller Berufsgruppen	2405	99

Tabelle 11: Darstellung der Therapiezeiten der einzelnen Berufsgruppen mit den Patient*innen ($N = 50$)

	Gesamte Therapiezeit in Minuten	Therapiezeit der Berufsgruppen in Prozent
Pflegefachpersonal	45060	45
Spezialtherapeut*innen	35940	36
Ärzt*innen	10560	11
Psycholog*innen	7605	8
Gesamte Therapiezeit aller Berufsgruppen	99165	100

3.2 Demographische Unterschiede zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen

Geschlecht:

Mittels eines Chi-Quadrat-Tests konnte ein signifikanter Unterschied (*Chi-Quadrat* = 9,31, $p = 0,002$) bezüglich der Geschlechterverteilung in beiden Gruppen festgestellt werden. Es zeigte sich unter den StäB-Patient*innen ein höherer Anteil an Frauen als unter den stationären Patient*innen, während unter den stationären Patient*innen annähernd genauso viele Frauen wie Männer waren (vgl. Abbildungen 11 und 12).

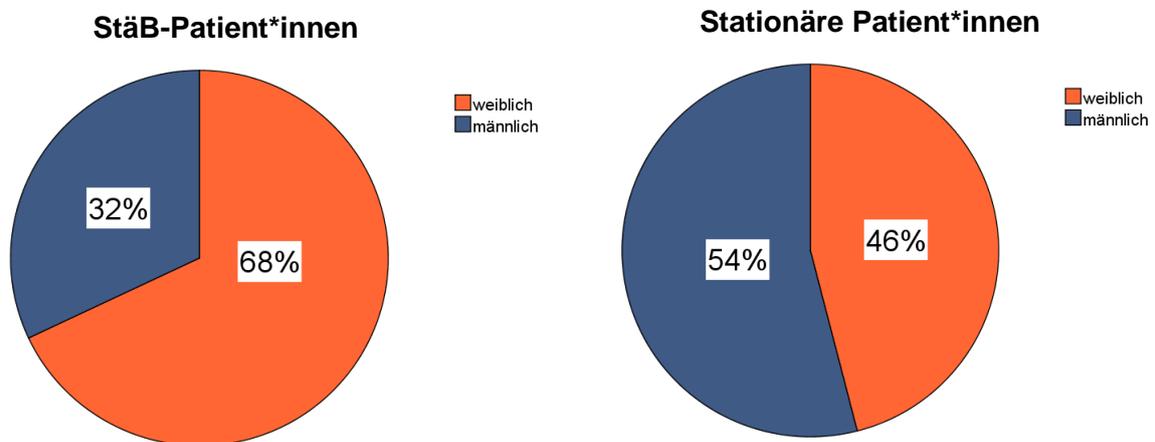


Abbildung 11: Geschlechterverteilung der StäB-Patient*innen ($N = 50$)

Abbildung 12: Geschlechterverteilung der stationären Patient*innen ($N = 1124$)

Alter:

Wie in Abbildung 13 veranschaulicht, ist die Altersverteilung bei den StäB-Patient*innen ($M = 47$, $SD = 13$, $N = 50$) und bei den stationären Patient*innen ($M = 50$, $SD = 20$, $N = 1123$) sehr ähnlich. Da der Shapiro-Wilk-Test zur Überprüfung der Normalverteilung für die Variable „Alter“ bei den stationären Patient*innen signifikant ausfiel ($p = 0,00$) und somit von nicht normalverteilten Daten ausgegangen werden muss, wurde der Mann-Whitney-U-Test für nicht normalverteilte Daten zur Signifikanztestung herangezogen. Er ergab keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Altersverteilung beider Gruppen ($U = 25807$, $p = 0,33$).

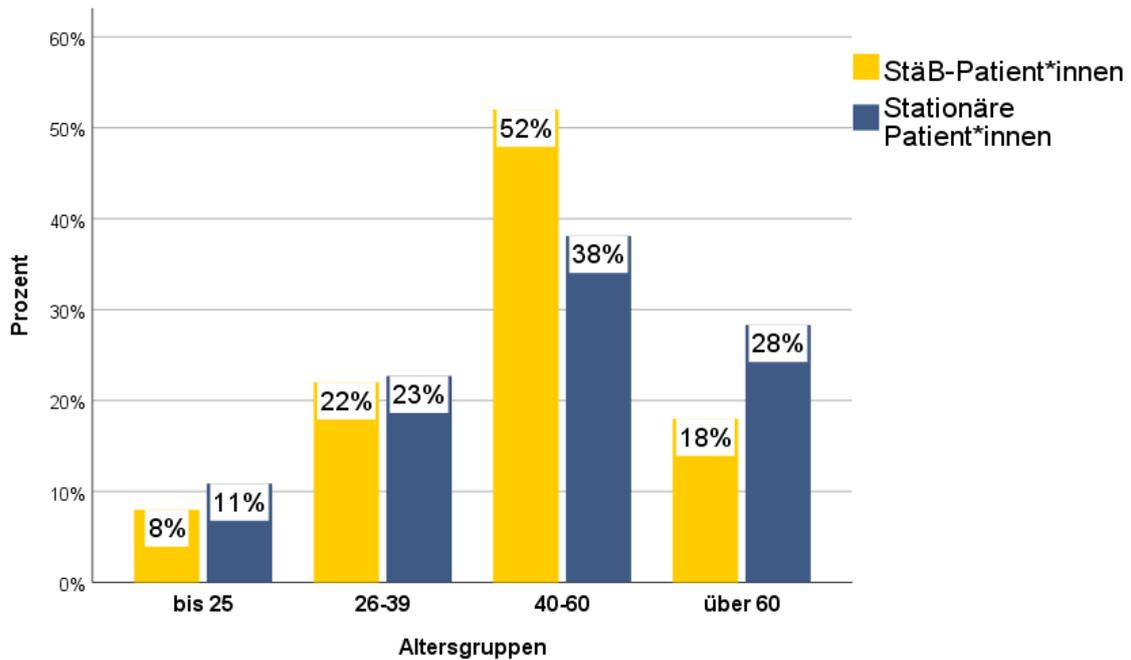


Abbildung 13: Verteilung der Altersgruppen unter den StäB-Patient*innen ($N = 50$) und den stationären Patient*innen ($N = 1123$)

Psychiatrische Hauptdiagnosen:

Wie unter 3.1.1 wurden auch hier die Hauptdiagnosen der Patient*innen gemäß Kapitel V „F00-F99 Psychische Verhaltensstörungen“ der ICD-10 sowie Kapitel VI „G00-G99 Krankheiten des Nervensystems“ kategorisiert.

Die nachfolgenden Abbildungen 14 und 15 veranschaulichen die Unterschiede beider Gruppen bezüglich der Verteilung der Hauptdiagnosen. So stellten bei den StäB-Patient*innen „Schizophrenien und schizotype wahnhaftige Störungen“ (F20-F29) den größten Teil der Diagnosen dar. Bei den stationären Patient*innen waren hingegen vorrangig „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10-F19) vertreten.

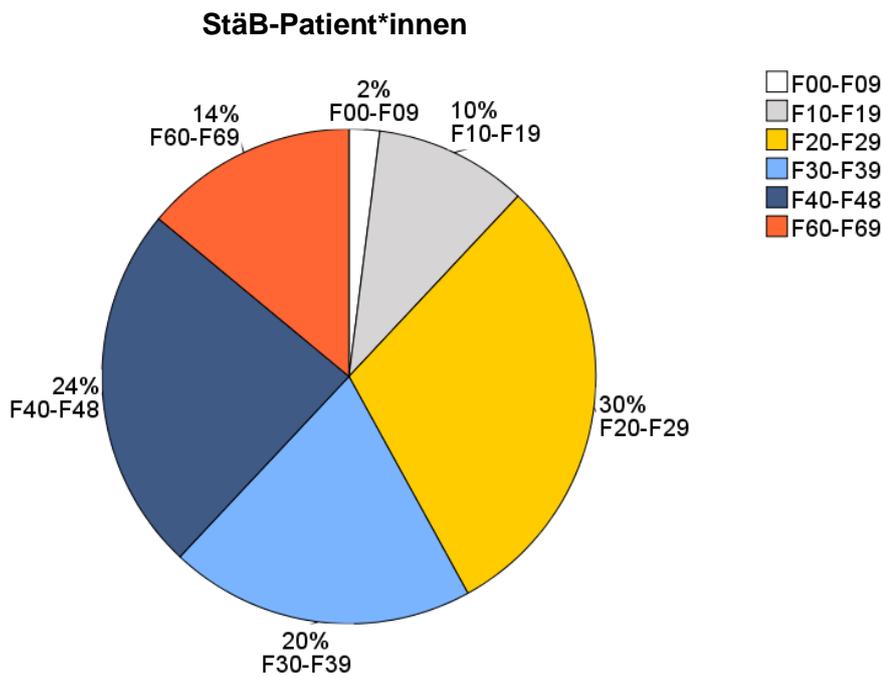


Abbildung 14: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen der StäB-Patient*innen gemäß der ICD-10-Klassifikation ($N = 50$)

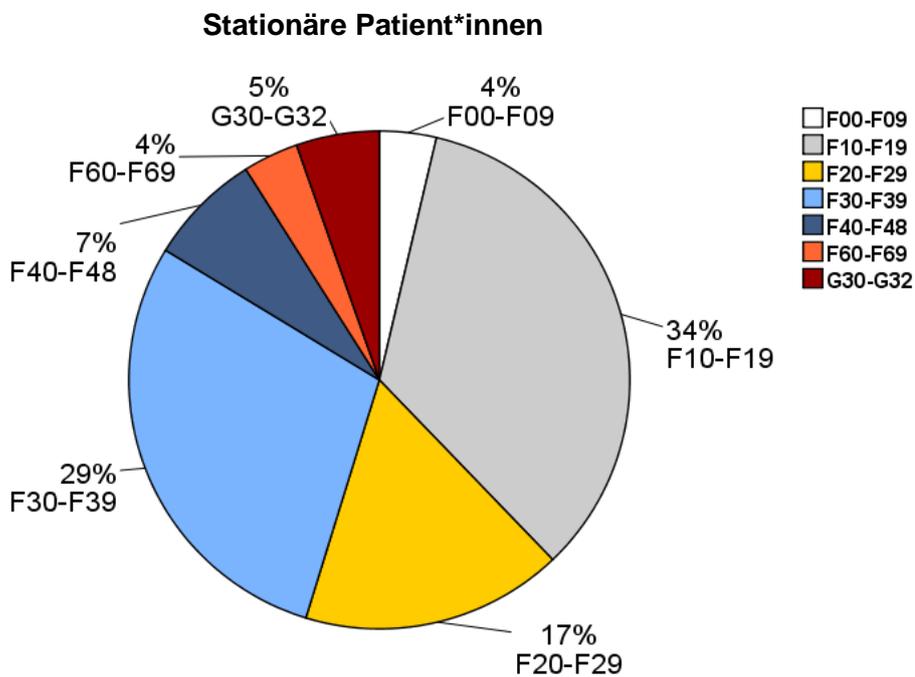


Abbildung 15: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen der stationären Patient*innen gemäß der ICD-10-Klassifikation ($N = 1124$). Diagnosegruppen mit $< 1\%$ wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit in diesem Diagramm nicht berücksichtigt.

Abteilung:

Während die überwiegende Mehrheit der StäB-Patient*innen der Abteilung „Allgemeinpsychiatrie + Depression“ zugeordnet wurde (vgl. Abbildung 16), war die Verteilung bei den stationären Patient*innen deutlich variabler (vgl. Abbildung 17). Wichtig zu erwähnen ist, dass für die StäB-Patient*innen die Altersgrenze für die Alterspsychiatrie bei 65 Jahren lag, während stationäre Patient*innen zum Teil schon mit 55 Jahren der Alterspsychiatrie zugeordnet wurden.

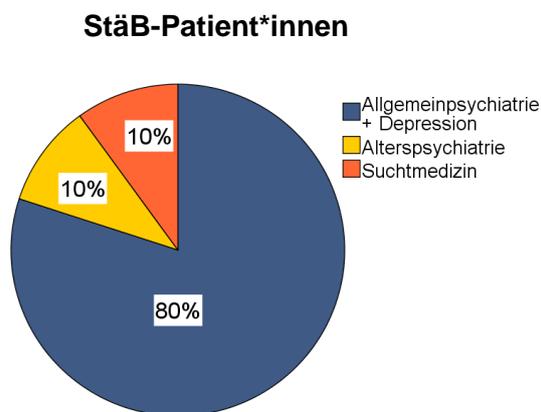


Abbildung 16: Verteilung der StäB-Patient*innen in Abteilungen (N = 50)

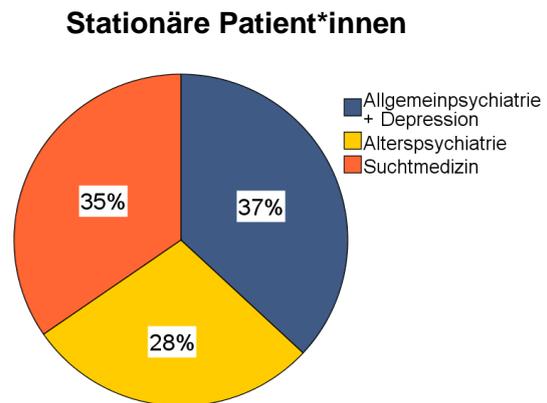


Abbildung 17: Verteilung der stationären Patient*innen in Abteilungen (N = 1124)

Rechtsgrundlage des Aufenthalts

Da alle StäB-Patient*innen (N = 50) freiwillig behandelt wurden, wurden als Vergleichsgruppe (N = 1124) lediglich jene stationären Patient*innen eingeschlossen, die ebenfalls freiwillig in Behandlung waren und während der Behandlung keine Zwangsmaßnahmen erfuhren.

Selbst-/Fremdgefährdung in den letzten 24h vor Aufnahme

Bei 92% der StäB-Patient*innen fand keine Selbst- oder Fremdgefährdung in den 24h vor Aufnahme statt oder jene war nicht bekannt. Im Gegensatz dazu waren es bei den stationären Patient*innen nur 80%, die keine Selbst- oder Fremdgefährdung in den 24h vor Aufnahme angaben. Die genauen Daten können in Tabelle 33 im Anhang eingesehen werden.

Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme

Insgesamt 84% der StäB-Patient*innen ($N = 50$) und 90% der stationären Patient*innen ($N = 1043$) gaben an, dass kein Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme stattgefunden habe. Auch die übrigen Vergleichsdaten erweisen sich in Bezug auf den Substanzmissbrauch als recht ähnlich. Eine detaillierte Übersicht bietet Tabelle 34 im Anhang.

Schweregrad der Erkrankung

Die beiden Patienten-Populationen unterscheiden sich nur geringfügig hinsichtlich des Schweregrads der Erkrankung. Es zeigt sich, dass in beiden Gruppen überwiegend deutlich bis extrem schwer kranke Patient*innen behandelt wurden. Auffällig ist auch eine relativ große Prozentzahl an nicht beurteilbaren Fällen in beiden Gruppen (vgl. Abbildung 18). Unter den stationären Patient*innen gab es außerdem jeweils $< 1\%$, die als „Grenzfall psychiatrischer Erkrankung“ oder als „Nicht krank“ eingestuft wurden. Keine/r der Patient*innen beider Gruppen wurde/n als „Nur leicht krank“ eingeschätzt.

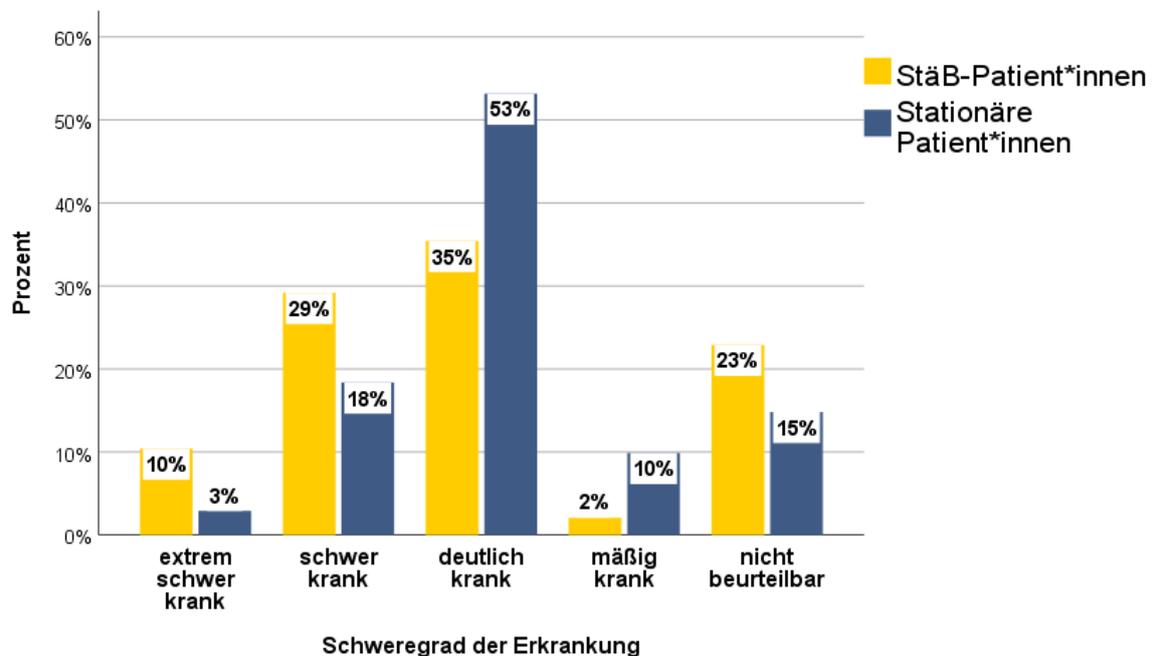


Abbildung 18: Darstellung der Schweregrade der Erkrankungen unter den StäB-Patient*innen ($N = 50$) und den stationären Patient*innen ($N = 931$). Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab. Die Kategorien „Grenzfall psychiatrischer Behandlung“, „Nur leicht krank“ und „Nicht krank“ mit jeweils $< 1\%$ Häufigkeit wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit in diesem Diagramm nicht berücksichtigt.

Familienstand

Der Großteil der Patient*innen beider Gruppen war ledig. Ein weiterer großer Anteil war verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. Es fallen keine großen Unterschiede zwischen beiden Gruppen auf. Eine detailliertere Übersicht über die einzelnen Häufigkeiten bietet Tabelle 35 im Anhang.

Wohnform vor der Aufnahme

Auch für dieses Item zeigen sich kaum Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Mehrheit der Patient*innen lebte selbstständig und unbetreut. Prozentual lebten mehr StäB-Patient*innen als stationäre Patient*innen in einer betreuten Wohnform. Die genauen Angaben können in Tabelle 36 im Anhang eingesehen werden.

Anzahl vorangegangener stationär-psychiatrischer Behandlungen

Es fällt auf, dass die StäB-Patient*innen durchschnittlich bereits öfter in stationär-psychiatrischer Behandlung waren als die stationären Patient*innen. Während nur etwa 14% der StäB-Patient*innen zuvor noch nie oder nur einmal behandelt wurden, so waren es bei den stationären Patient*innen 45%, die sich zum ersten oder zum zweiten Mal in Behandlung begaben (vgl. Abbildungen 19 und 20).

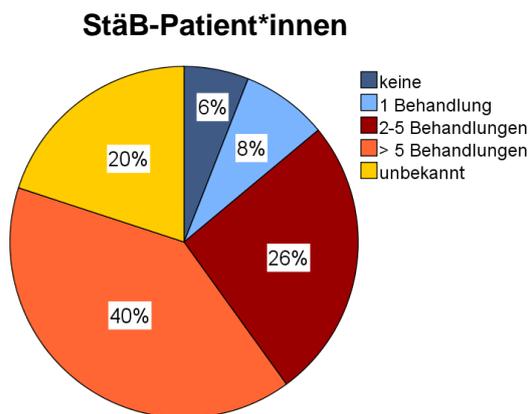


Abbildung 19: Anzahl der Vorbehandlungen der StäB-Patient*innen (N = 50)

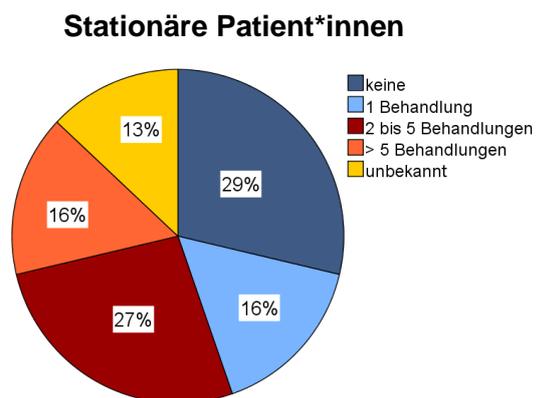


Abbildung 20: Anzahl der Vorbehandlungen der stationären Patient*innen (N = 969)

Zustand bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme

Für dieses Item zeigt sich zwischen beiden Gruppen eine sehr ähnliche Verteilung. 64% der StäB-Patient*innen ($N = 50$) und 65% der stationären Patient*innen ($N = 1124$) geht es nach der Behandlung wenig bis sehr viel besser. Auffällig ist, dass 22% der StäB-Patient*innen als nicht beurteilbar eingestuft wurden. Nur sehr wenigen Patient*innen geht es nach der Behandlung schlechter. Eine genaue Übersicht bietet Tabelle 37 im Anhang.

3.3 Zufriedenheit der an der stationsäquivalenten Behandlung beteiligten Personen

Die durchschnittliche Zustimmung der an der stationsäquivalenten Behandlung beteiligten Personen zu den einzelnen Fragen wurde, wie unter 2.4.3 beschrieben, anhand der Mittelwerte verglichen. Je höher die Zustimmung zu den positiv formulierten Fragen ist, desto größer sind also die Mittelwerte. Bei den negativ formulierten Fragen wurden die Zahlenwerte gegensätzlich zugeteilt, also invers kodiert, sodass in der Gesamtauswertung ein hoher Mittelwert einer hohen Patient*innen-Zufriedenheit entspricht. Einen detaillierten Überblick über die invers kodierten Fragen bietet Tabelle 38 im Anhang.

3.3.1 Darstellung der Zufriedenheit der StäB-Patient*innen

Auswertung der Single-Choice-Fragen

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der 50 StäB-Patient*innen dargestellt. Da nicht alle Fragen von allen Patient*innen beantwortet wurden, gibt es Unterschiede in der Stichprobengröße pro Frage, welche in Tabelle 11 unter „N“ eingesehen werden können. Gesamtübersichten über die Zufriedenheit der Patient*innen bieten Tabelle 12 und Abbildung 21.

Die durchschnittliche Zufriedenheit aller Patient*innen gesamt, berechnet über den Mittelwert aller Einzelzustimmungswerte, lag bei etwa 81% ($SD = 27,28$).

Die durchschnittlich höchste Zustimmung ($M = 93$, $SD = 16,17$) erhielt die Frage 9 („Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert“).

Die geringste Zustimmung erhielt die Frage 11 („Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan“) mit einer mittleren Zustimmung von $M = 62$ ($SD = 36,84$). Dies war die einzig negativ formulierte Frage des Fragebogens. Der Mittelwert von 62 bedeutet, dass die Patient*innen zu 62% zufrieden waren mit ihrem Einfluss auf den individuellen Behandlungsplan.

Tabelle 12: Gesamtübersicht der deskriptiven Auswertung der 18 Fragebogen-Items. Die Werte geben für normal kodierte Fragen die prozentuale Zustimmung zu den jeweiligen Fragen an. Hohe Werte stellen eine hohe Zufriedenheit dar. Auch bei negativ formulierten Fragen stehen nach inverser Kodierung hohe Werte für eine hohe Zufriedenheit.

Fragen aus dem Zufriedenheitsfragebogen für Patient*innen	N	Mittelwert	Minimum	Maximum	SD
1) Meine Ziele und Wünsche zum Verlauf der stationsäquivalenten Behandlung wurden berücksichtigt	49	83	25	100	23,50
2) Die Vorbereitung meiner stationsäquivalenten Behandlung war gut organisiert	50	86	0	100	23,74
3) Ich habe genug Informationen bekommen, um meine Erkrankung zu verstehen	49	81	0	100	25,65
4) Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen	45	75	0	100	30,15
5) Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen	46	73	0	100	31,98
6) Das mich behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	50	89	25	100	17,61
7) Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	50	84	25	100	23,56
8) Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	50	86	25	100	24,83
9) Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	50	93	25	100	16,17
10) Die Behandlung erfolgte nach einem auf mich zugeschnittenen Behandlungsplan	50	79	0	100	31,14
11) Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan	49	62	0	100	36,84
12) In den Einzelgesprächen habe ich mich angenommen gefühlt	50	89	0	100	22,71
13) Mir geht es nach der stationsäquivalenten Behandlung besser	49	78	0	100	27,78
14) Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurecht zu kommen	50	77	0	100	25,17
15) Die Fortsetzung meiner Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	48	84	0	100	25,52
16) Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung nach meinem Klinikaufenthalt (z.B. Selbsthilfegruppen, sonstige Einrichtungen) wurde ich ausreichend informiert	49	79	0	100	32,28
17) In der Behandlung wurde gut auf meine Wünsche und Bedürfnisse eingegangen	50	83	0	100	25,48
18) Ich würde die stationsäquivalente Behandlung erneut in Anspruch nehmen	50	85	0	100	29,01

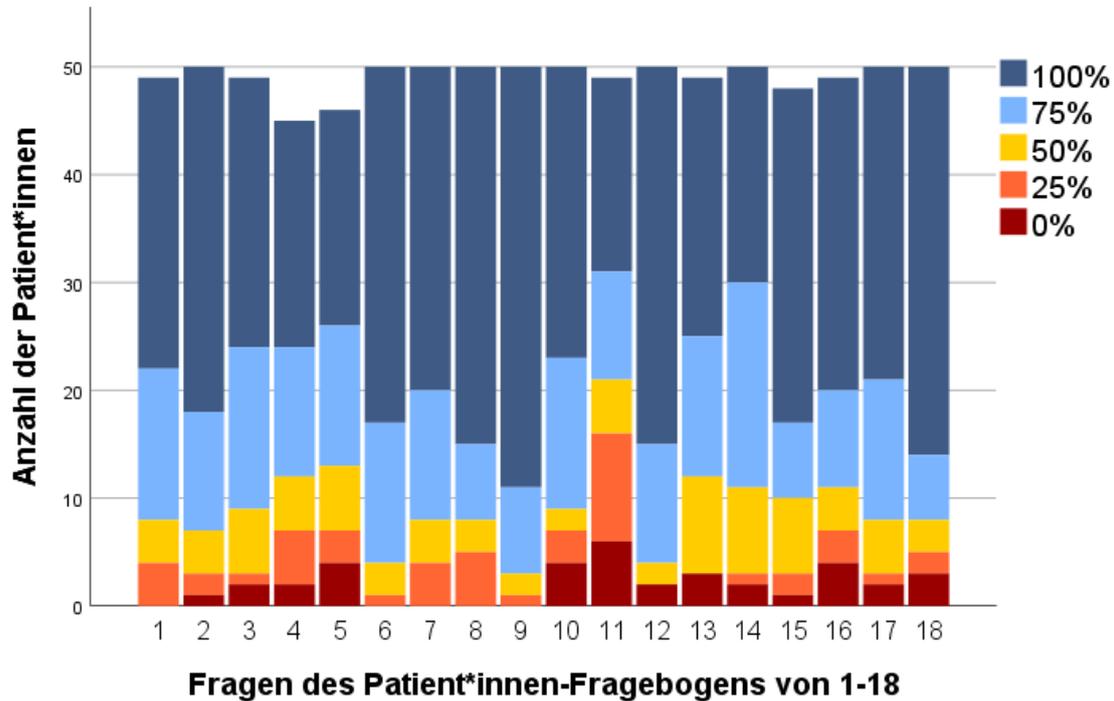


Abbildung 21: Übersicht über die prozentuale Zustimmung zu den jeweiligen Fragen des Zufriedenheits-Fragebogens für Patient*innen. 100% entsprechen einer maximalen Zustimmung (im Fragebogen bei normal kodierten Fragen: „stimme uneingeschränkt zu“). 0% entsprechen der geringsten Zustimmung (im Fragebogen bei normal kodierten Fragen: „Stimme überhaupt nicht zu“). Frage 11 ist als einzige negativ formuliert, sodass die Zuordnung für diese Frage invers kodiert wurde. Die Fragen sind in der gleichen Reihenfolge aufgeführt, wie sie im Fragebogen zu finden sind. Vgl. Tabelle 12 zur Übersicht der einzelnen Fragen.

Auswertung der offenen Fragen

Zusätzlich zu den 18 Single-Choice-Fragen gab es vier offene Fragen, die von den Patient*innen beantwortet werden konnten. Tabelle 13 bietet eine Übersicht über die Fragen mit der jeweiligen Anzahl an Patient*innen, die diese Frage beantwortet haben und der Anzahl an Antworten pro Frage.

Im Folgenden wurden die Antworten zu den einzelnen Fragen, wie unter 2.4.3 beschrieben, in Clustern zusammengefasst. Die Originalantworten können im Anhang unter 9.7.4 eingesehen werden.

Tabelle 13: Übersicht der offenen Fragen, $N = 50$

Offene Fragen	Anzahl der Patient*innen	Anzahl der Antworten
„Was war für Sie während der Behandlung besonders wichtig?“	34	60
„Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut gefallen?“	33	57
„Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung nicht so gut gefallen?“	13	14
„Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?“	24	38

Frage 1: „Was war für Sie während der Behandlung besonders wichtig?“

Wie in Tabelle 14 ersichtlich, wurden am häufigsten Antworten genannt, die zu dem Cluster „Persönliche und individuelle Betreuung und Behandlung“ zusammengefasst werden konnten. Der Großteil dieser Antworten beinhaltete das individuelle Eingehen auf persönliche Bedürfnisse und Wünsche der Patient*innen. So schrieb ein/e Patient*in, dass man sehr menschlich auf sie eingegangen sei. Ein/e andere/r Patient*in schrieb, dass das Personal auch auf unkonventionelle Behandlungswünsche, wie z.B. „Hausaufgaben“, eingegangen sei. Weiterhin wurden die Gespräche mit den Behandelnden und die Zusammenarbeit des Teams als besonders wichtig erachtet.

Tabelle 14: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Was war für Sie während der Behandlung besonders wichtig?“

Antwort-Cluster	Anzahl der Antworten
Persönliche und individuelle Betreuung und Behandlung	17
Gespräche	9
(Zusammen-) Arbeit des Personals	7
Zu Hause zu sein	4
Struktur im Alltag	4
Täglicher Kontakt	3
Erreichbarkeit	3
Ernstgenommen werden	3
Zeit	3
Kompetenz des Teams	2
Nicht zuzuordnen	5
Gesamt	60

Frage 2: „Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut gefallen?“

Wie in Tabelle 15 dargestellt, hat es den Patient*innen besonders gut gefallen, dass sie bei der StäB zu Hause bleiben konnten und sie nicht stationär in einer Klinik behandelt wurden. Auch eine intensivere und individuellere Behandlung sowie mehr Freiraum und Eigenbestimmung wurden als positives Merkmal genannt. Es wurde beispielsweise angeführt, dass keine Hospitalisierung erfolge und die Freizeitgestaltung eigenständiger geplant werden könne.

Tabelle 15: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut gefallen?“

Antwort-Cluster	Anzahl der Antworten
Zu Hause bleiben zu können	18
Intensivere und individuellere Behandlung	14
Freiraum/Eigenbestimmung	7
Vertraute Umgebung	5
Keine Mitpatienten	5
Versorgung von Kindern/Angehörigen/Tieren	4
Kompetenz des Personals	4
Gesamt	57

Frage 3: „Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung nicht so gut gefallen?“

Drei Patient*innen gaben an, dass sie sich einsamer gefühlt hätten. Auch fehlende Therapien (z.B. Bewegungstherapie, Lamatherapie) und strukturelle Mängel (z.B. keine geregelten Essenszeiten) wurden als nachteilig genannt. Zwei Patient*innen schätzten die aufsuchenden Kontakte als zu häufig ein, während sich weitere zwei Patient*innen mehr Zeit mit den Behandelnden gewünscht hätten. In zwei Fällen wurde Unzufriedenheit mit dem Personal geäußert (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung nicht so gut gefallen?“

Antwort-Cluster	Anzahl der Antworten
Einsamkeit	3
Fehlende Therapien/strukturelle Mängel	3
Zu häufige Kontakte	2
Zu kurze Behandlung/zu wenig Zeit	2
Unzufriedenheit mit dem Personal	2
Nicht zuzuordnen	2
Gesamt	14

Frage 4: „Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?“

Wie in Tabelle 17 ersichtlich, konnten die meisten Antworten zu den Clustern „Bessere Terminplanung“, „Mehr Struktur“ und „Individuellere Behandlung“ zusammengefasst werden. Bezüglich der Terminplanung wünschten sich einige Patient*innen mehr Einflussnahme auf die Terminvergabe und geregeltere Besuchszeiten. Strukturelle Verbesserungsvorschläge bezogen sich beispielsweise auf das gemeinsame Erstellen eines Tagesstrukturplans oder auf die Ausgabe eines Ordners zur Sammlung aller StäB-Unterlagen. Die Vorschläge zur individuelleren Behandlung beinhalteten vor allem ein besseres Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse der Patient*innen. Auch bei dieser Frage gab es unterschiedliche Meinungen bezüglich der Häufigkeit und der Dauer der aufsuchenden Kontakte.

Tabelle 17: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?“

Antwort-Cluster	Anzahl der Antworten
Bessere Terminplanung	5
Mehr Struktur	5
Individuellere Behandlung	5
Mehr Kontakte	4
Weniger Kontakte	3
Mehr Personal	3
Weniger Personal	3
Zusätzliche (Gruppen-) Therapien	3
Bessere Zusammenarbeit im Team	3
Nicht zuzuordnen	4
Gesamt	38

3.3.2 Darstellung der Zufriedenheit der Angehörigen/Mitbewohner*innen

An der Zufriedenheits-Befragung nahmen insgesamt sieben Angehörige bzw. Mitbewohner*innen der Patient*innen teil. Bei keiner/m der Patient*innen wurden mehr als ein/e Angehörige/r oder Mitbewohner*in befragt. Einer der Angehörigen oder Mitbewohner*innen beantwortete zwei der 13 Fragen nicht, sodass die Stichprobengröße für diese beiden Items (Fragen 11 und 12) von der Gesamtstichprobe ($N = 7$) um eins abweicht (vgl. Tabelle 18). Fünf Befragte gaben an, dass sie die Partnerin oder der Partner der Patientin/des Patienten seien. Die anderen beiden Personen wählten als Bezug zur Patientin/zum Patienten die Auswahlmöglichkeit „Sonstige“.

Auswertung der Single-Choice-Fragen

Tabelle 18 bietet eine Gesamtübersicht über die einzelnen Fragen und die jeweiligen Mittelwerte. Zusätzlich wurden die Minima und Maxima pro Frage dargestellt. Die durchschnittliche Zufriedenheit aller Angehörigen und Mitbewohner*innen gesamt, berechnet über den Mittelwert aller Einzelzustimmungswerte, lag bei etwa 79% ($SD = 31,66$).

Die höchste Zustimmung (96%) erhielt die Frage 6 („Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen“). Am wenigsten Zustimmung (61%) erhielt die Frage 13 („Für meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/meinen Mitbewohner würde ich bei Bedarf erneut die Behandlung Zuhause anstelle eines stationären Aufenthalts empfehlen“).

Eine detailliertere Übersicht der prozentualen Zustimmung zu den einzelnen Fragen bietet Abbildung 35 im Anhang.

Auswertung der offenen Fragen

Zusätzlich zu den 13 Single-Choice-Fragen gab es in dem Fragebogen ein Feld mit Platz für Anregungen bzw. Verbesserungsvorschläge. Zwei der sieben Angehörigen oder Mitbewohner*innen nannten insgesamt sieben Stichpunkte zu diesem Item. Die Antworten sind in Tabelle 19 zusammengefasst. Die Originalantworten können im Anhang unter 9.7.4 eingesehen werden.

3 Ergebnisse

Tabelle 18: Gesamtübersicht der deskriptiven Auswertung der 13 Fragebogen-Items. Die Werte geben die prozentuale Zustimmung zu den jeweiligen Fragen an. Hohe Werte stellen eine hohe Zufriedenheit dar.

Fragen aus dem Zufriedenheitsfragebogen für Angehörige/Mitbewohner*innen	N	Mittelwert	Minimum	Maximum	SD
1) Ich wurde vor Beginn der Behandlung ausreichend über das Konzept der Behandlung Zuhause (stationsäquivalente Behandlung) informiert	7	64	25	100	37,80
2) Die Vorbereitung der stationsäquivalenten Behandlung meiner Angehörigen/meines Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meines Mitbewohners war gut organisiert	7	75	25	100	35,36
3) Das behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	7	93	75	100	12,20
4) Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	7	93	50	100	18,90
5) Die Mitarbeitenden waren für meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/meinen Mitbewohner im erforderlichen Umfang zu sprechen	7	79	25	100	26,73
6) Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	7	96	75	100	9,45
7) Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	7	93	50	100	18,90
8) Die Behandlung erfolgte nach einem auf meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/meinen Mitbewohner zugeschnittenen Behandlungsplan	7	82	25	100	27,82
9) Ich habe das Gefühl, dass es meiner Angehörigen/meinem Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meinem Mitbewohner nach der Behandlung Zuhause besser geht	7	79	25	100	36,60
10) Ich bin zuversichtlich, dass meine Angehörige/mein Angehöriger/meine Mitbewohnerin/mein Mitbewohner im Alltag jetzt besser zurechtkommt	7	75	25	100	35,36
11) Die Fortsetzung der Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	6	63	0	100	44,02
12) Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung meiner Angehörigen/meines Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meines Mitbewohners nach dem Klinikaufenthalt (z.B. Selbsthilfegruppen, sonstige Einrichtungen) wurde ich ausreichend informiert	6	79	25	100	33,23
13) Für meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/ meinen Mitbewohner würde ich bei Bedarf erneut die Behandlung Zuhause anstelle eines stationären Aufenthalts empfehlen	7	61	0	100	49,70

Tabelle 19: Übersicht über die Antworten der Angehörigen bzw. Mitbewohner*innen zu dem Item „Anregungen/Verbesserungsvorschläge“

Anregungen/ Verbesserungsvorschläge	Antworten der Angehörigen/Mitbewohner*innen
Positive Rückmeldungen	<ul style="list-style-type: none"> - Sehr freundliches und zugewandtes Personal - Problemlose Verlängerung der Behandlung - jederzeit die Möglichkeit StäB zu verlängern bzw. wieder aufzunehmen: „Rückfallprophylaxe“ - (täglich) Kontakt (v.a. mit Psychologen) war sehr hilfreich
Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsplan transparenter gestalten - Längere Dauer der StäB - Häufigere Gespräche (v.a. mit Psycholog*innen)

3.3.3 Darstellung der Zufriedenheit der Behandelnden

Es wurden insgesamt 16 Behandelnde zu ihrer Zufriedenheit mit der StäB befragt. Eine/r der Behandelnden kreuzte bei Frage 6 („Zu Frage 5: Das Ausführen dieser neuen Aufgaben habe ich als positiv erlebt“) das zusätzliche Kästchen „nicht zutreffend“ an. Aus diesem Grund ist die Stichprobengröße für diese um eins kleiner ($N = 15$) als die Gesamtstichprobengröße ($N = 16$).

Berufsgruppe des/der Behandelnden

Tabelle 20 bietet eine Übersicht über die Berufsgruppen der Behandelnden, die an der Zufriedenheitsbefragung teilgenommen haben.

Tabelle 20: Berufsgruppen der Behandelnden, $N = 16$. Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

Berufsgruppe	Absolute Häufigkeit	Prozent [%]
Pflegefachkraft	11	69
Arzt/Psychologe	2	13
Sozialdienst	2	13
Spezialtherapeut*in	1	6
Gesamt	16	101

Auswertung der Single-Choice-Fragen

Tabelle 21 bietet eine Gesamtübersicht über die einzelnen Fragen und die jeweiligen Mittelwerte mit den Standardabweichungen. Abbildung 36 im Anhang bietet außerdem eine detaillierte Übersicht über die prozentuale Zustimmung der Behandelnden zu den einzelnen Fragen.

Die durchschnittliche Zufriedenheit aller Behandelnden gesamt, berechnet über den Mittelwert aller Einzelzustimmungswerte, lag bei etwa 68% ($SD = 29,87$).

Insgesamt wurden acht Fragen mit einer Zustimmung von $\geq 75\%$ beantwortet. Bei zehn Fragen lag der Mittelwert $< 75\%$.

Mit einer Zustimmung von jeweils 91% wurden die beiden Fragen 16 („Ich habe den Eindruck, dass die Patientinnen und Patienten während der Behandlung von der Nähe zum persönlichen Umfeld (eigenes Zuhause, Familie, etc.) profitieren konnten“) und Frage 17 („Durch die Behandlung Zuhause konnte eine bessere Kommunikation mit den Angehörigen der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden“) am positivsten bewertet.

Am wenigsten zufrieden zeigten sich die Behandelnden mit Frage 9 („Während der stationsäquivalenten Behandlung hat mir im Vergleich zur stationären Behandlung der tägliche Team-Kontakt gefehlt“). Ein mittlerer Zahlenwert von $M = 33$ ($SD = 28,46$) spiegelt eine geringe Zufriedenheit wider und zeigt, dass den Behandelnden der tägliche Team-Kontakt im Durchschnitt eher fehlte.

Tabelle 21: Gesamtübersicht der deskriptiven Auswertung der 18 Fragebogen-Items. Die Mittelwerte geben für normal kodierte Fragen die prozentuale Zustimmung zu den jeweiligen Fragen an. Hohe Werte stellen eine hohe Zufriedenheit dar. Auch bei negativ formulierten Fragen stehen nach inverser Kodierung hohe Werte für eine hohe Zufriedenheit.

Fragen aus dem Zufriedenheitsfragebogen für Behandelnde	N	Mittelwert	SD
1) Ich wurde vor Beginn der Behandlung ausreichend über das Konzept der StäB informiert	16	72	23,94
2) Ich wurde für die StäB ausreichend fortgebildet	16	38	28,87
3) Während der StäB habe ich im Vergleich zur stationären Behandlung mehr Verantwortung übernommen	16	72	30,10
4) Während der StäB habe ich im Vergleich zur stationären Behandlung mehr Entscheidungen selbstständig getroffen	16	77	32,23
5) Als Teil des StäB-Teams habe ich auch andere, normalerweise nicht zu meinem Berufsfeld gehörende, Aufgaben übernommen	16	77	19,30
6) Zu Frage 5): Das Ausführen dieser neuen Aufgaben habe ich als positiv erlebt	15	53	26,50
7) Die Kommunikation im Behandlungsteam war gut	16	59	23,94
8) Die Weitergabe von Informationen innerhalb des Behandlungsteams funktionierte gut	16	52	26,57
9) Während der StäB hat mir im Vergleich zur stationären Behandlung der tägliche Team-Kontakt gefehlt	16	33	28,46
10) Während der StäB habe ich im Vergleich zur stationären Behandlung den Kontakt zum Patienten intensiver erlebt	16	81	28,14
11) Während der StäB habe ich im Vergleich zur stationären Behandlung den Kontakt zum Patienten anstrengender erlebt	16	50	31,62
12) Während der StäB fiel es mir im Vergleich zur stationären Behandlung schwerer, die professionelle Distanz zum Patienten zu wahren	16	67	32,56
13) Während der StäB habe ich mich stets sicher gefühlt	16	64	24,10
14) Während der StäB konnte ich im Vergleich zur stationären Behandlung besser auf die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten eingehen	16	78	23,94
15) Ich würde gerne weiterhin in der StäB arbeiten	16	86	18,19
16) Ich habe den Eindruck, dass die Patientinnen und Patienten während der Behandlung von der Nähe zum persönlichen Umfeld (eigenes Zuhause, Familie, etc.) profitieren konnten	16	91	15,48
17) Durch die Behandlung Zuhause konnte eine bessere Kommunikation mit den Angehörigen der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden	16	91	15,48
18) Ich habe den Eindruck, dass die Patientinnen und Patienten von der Beteiligung der Angehörigen an der Behandlung profitieren konnten	16	83	17,60

Auswertung der offenen Fragen

Zusätzlich zu den 18 Single-Choice-Fragen gab es drei offene Fragen, die von den Behandelnden in einem freien Antwortfeld beantwortet werden konnten. Tabelle 22 bietet eine Übersicht über die Fragen und die Häufigkeiten der Beantwortung. Im Folgenden wurden die Antworten zu den einzelnen Fragen zu Clustern zusammengefasst. Die Originalantworten können im Anhang unter 9.7.4 eingesehen werden.

Tabelle 22: Übersicht der offenen Fragen mit der Anzahl an Behandelnden, die diese beantwortet haben und der Anzahl an Antworten pro Frage ($N = 16$)

Offene Fragen	Anzahl der Behandelnden	Anzahl der Antworten
„An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir besonders gut“	12	26
„An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir nicht so gut“	10	22
„Verbesserungsvorschläge/Anregungen“	6	16

Frage 1: „An der Arbeit in der StäB gefällt mir besonders gut“

Am häufigsten wurden Antworten genannt, die zu dem Cluster „mehr/intensivere Zeit mit den Patient*innen“ zusammengefasst werden konnten. Auch, dass bei der StäB von den einzelnen Mitarbeitern mehr Eigenverantwortung und Selbstständigkeit gefordert werden als auf Station, gefiel einigen Behandelnden besonders gut (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir besonders gut“

Antwort-Cluster	Anzahl der Antworten
Mehr/intensivere Zeit mit den Patient*innen	8
Mehr Eigenverantwortung/ Selbstständigkeit	6
Kennenlernen des Umfelds	4
Vielfalt der Arbeit	3
Autonomie der Patient*innen	3
Strukturelle Vorteile	2
Gesamt	26

Frage 2: „An der Arbeit in der StäB gefällt mir nicht so gut“

Hier wurden vor allem die Struktur und eine fehlende Leitung des StäB-Teams bemängelt (vgl. Tabelle 24). Konkret wurden unter anderem das Fehlen einer ärztlichen Vertretung und eine zu geringe Personalbesetzung genannt.

Tabelle 24: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir nicht so gut“

Antwort-Cluster	Anzahl der Antworten
Struktur/fehlende Leitung	9
Mangelnde Kommunikation im Team	6
Zeit-/Organisationsaufwand	5
Nicht zuzuordnen	2
Gesamt	22

Frage 3: „Verbesserungsvorschläge/Anregungen“

Am häufigsten wurde der Wunsch nach mehr Personal bzw. einem eigenen StäB-Team mit eigener Leitung geäußert. Auch eine bessere Kommunikation im Team mit längeren Besprechungen und gemeinsamen Übergaben schlugen einige Behandelnde vor (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Übersicht über die Antwort-Cluster zu der Frage „Verbesserungsvorschläge/Anregungen“

Antwort-Cluster	Anzahl der Antworten
Mehr Personal/eigenes StäB-Team	7
Übergaben/bessere Kommunikation im Team	5
Strukturelle Verbesserungsvorschläge	2
Nicht zuzuordnen	2
Gesamt	16

3.4 Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zweier Zufriedenheitsbefragungen der PP.rt einander gegenübergestellt. Wie unter 2.4.4 beschrieben, erfolgte die eine Zufriedenheitsbefragung vom 1.12.2018 bis 31.03.2019 und richtete sich an die stationären Patient*innen der PP.rt. Insgesamt nahmen an dieser Umfrage 135 Patient*innen teil, wobei die Fragebögen von zwölf Patient*innen nicht auswertbar waren. Somit lag die Anzahl der für die Auswertung relevanten Patient*innen bei 123. Die andere Zufriedenheitsbefragung richtete sich an die StäB-Patient*innen und wurde, wie unter 2.3.2 beschrieben, im Rahmen dieser Studie durchgeführt. Hierfür wurden 50 StäB-Patient*innen zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung befragt.

Es waren insgesamt elf Fragen in beiden Fragebögen identisch (vgl. Tabelle 2), sodass die Mittelwerte dieser Items direkt miteinander verglichen werden konnten. Da alle Items positiv formuliert sind, entsprechen die Mittelwerte der prozentualen Zustimmung zu der jeweiligen Frage und sind somit ein Maß der Zufriedenheit der Patient*innen.

Tabelle 26 bietet eine Gesamtübersicht über die identischen Fragen mit den jeweiligen Mittelwerten der StäB-Patient*innen und der stationären Patient*innen. Es fällt auf, dass bei zehn der elf Fragen die Mittelwerte der StäB-Patient*innen über jenen der stationären Patient*innen liegen. Die StäB-Patient*innen gaben also bezüglich dieser zehn Items eine höhere Zufriedenheit an als die stationären Patient*innen. Lediglich für ein Item („Ich würde diese Klinik/die stationsäquivalente Behandlung wieder/erneut in Anspruch nehmen“) ist der Mittelwert gleich.

Der größte Unterschied zeigt sich für die Frage „Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen“. Hier liegt der Mittelwert der StäB-Patient*innen bei $M = 75$, während er bei den stationären Patient*innen bei $M = 65$ liegt.

Die Zufriedenheit der StäB-Patient*innen lag bei zehn der elf Items bei $\geq 75\%$. Lediglich die Frage „Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen“ wurde mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von $< 75\%$ beantwortet.

Bei den stationären Patient*innen lag die Zufriedenheit für acht der elf Fragen bei $\geq 75\%$. Für die Fragen „Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen“, „Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen“ und „Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurecht zu kommen“ lag die durchschnittliche Zufriedenheit bei $< 75\%$.

Eine Anwendung von statistischen Tests zur Überprüfung von signifikanten Unterschieden in der Zufriedenheit zwischen beiden Gruppen ist nicht möglich, da von den stationären Patient*innen lediglich die Mittelwerte pro Frage vorliegen. Für einen aussagekräftigen Test müssten die Rohdaten der Patient*innen verglichen werden.

Tabelle 26: Zusammenstellung der Mittelwerte zu den identischen Fragen der beiden Zufriedenheitsfragebögen für StäB-Patient*innen und stationäre Patient*innen

Identische Fragen beider Fragebögen	N StäB-Patient*innen	Mittelwert StäB-Patient*innen	N stationäre Patient*innen	Mittelwert stationäre Patient*innen
Ich habe genug Informationen bekommen, um meine Krankheit zu verstehen	49	81	120	77
Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen	45	75	103	65
Meine Ziele und Wünsche zum Verlauf der Behandlung wurden berücksichtigt	49	83	120	78
Das mich behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	50	89	117	85
Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen	46	73	98	70
Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	50	84	121	82
Die Fortsetzung meiner Behandlung [nach der Entlassung] wurde rechtzeitig eingeleitet	48	84	100	80
Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	50	93	119	91
Mir geht es nach der Behandlung in der Klinik/nach der stationsäquivalenten Behandlung besser	49	78	121	76
Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurecht zu kommen	50	77	121	72
Ich würde diese Klinik/die stationsäquivalente Behandlung wieder/erneut in Anspruch nehmen	50	85	120	85

3.5 Unterschiede zwischen Stadt und Land

Wie unter 2.4.5 beschrieben, wurden die 50 StäB-Patient*innen der PP.rt im Sinne einer städtischen Patientenpopulationen den 50 StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten des ZfP Südwürttemberg im Sinne einer ländlichen Patientenpopulation gegenübergestellt. Die Daten zu den StäB-Patient*innen am Standort Zwiefalten wurden im Rahmen einer zweiten Dissertation erhoben (Hirscek, unv. Diss.). In dieser Dissertation wurde der Fokus auf den Vergleich der soziodemographischen Daten und der Zufriedenheitsdaten beider Gruppen gelegt.

3.5.1 Soziodemographische Unterschiede der StäB-Patient*innen zwischen Stadt und Land

Geschlecht:

In beiden Gruppen war der Anteil an Frauen größer als der Anteil an Männern. Insgesamt war die Geschlechterverteilung in der Stadt und auf dem Land nahezu identisch (vgl. Abbildungen 22 und 23). Ein Chi-Quadrat-Test ergab keinen signifikanten Unterschied in der Geschlechterverteilung beider Gruppen ($\chi^2 = 0,18, p = 0,67$).

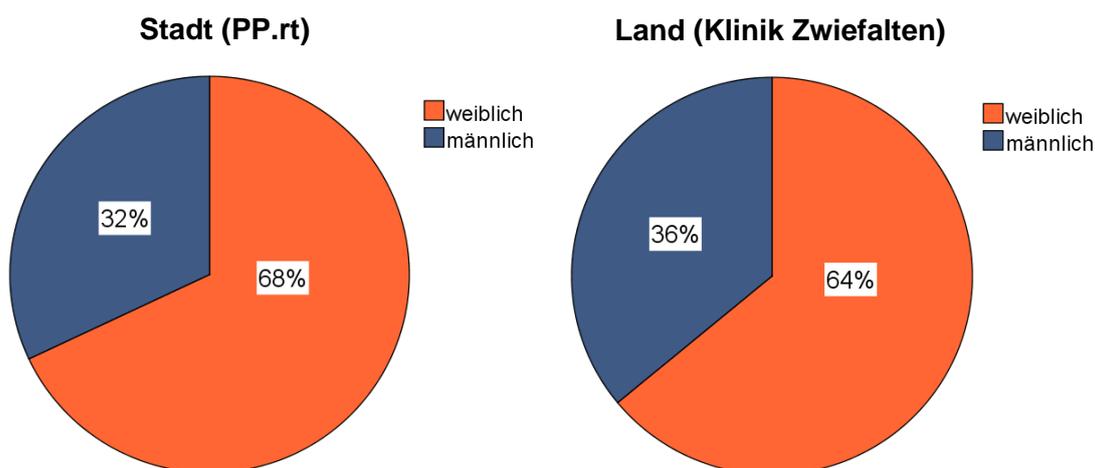


Abbildung 22: Geschlechterverteilung der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt, $N = 50$

Abbildung 23: Geschlechterverteilung der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten des ZfP, $N = 50$

Alter:

Ebenso wie die Geschlechterverteilung ist auch die Altersverteilung zwischen den städtischen Patient*innen ($M = 47$, $SD = 13$, $N = 50$) und den ländlichen Patient*innen ($M = 49$, $SD = 15$, $N = 50$) recht ähnlich. Da der Test auf Normalverteilung nach Shapiro-Wilk für die Variable „Alter“ für beide Gruppen eine Normalverteilung ergab, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Dieser ergab keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Alters zwischen den städtischen und den ländlichen Patient*innen ($t(98) = -0,67$, $p = 0,50$). Abbildung 24 gibt einen Überblick über die Verteilung der verschiedenen Altersgruppen. Die Altersspanne reichte in der Stadt von 23-83 Jahren, während sie auf dem Land bei 21-80 Jahren lag.

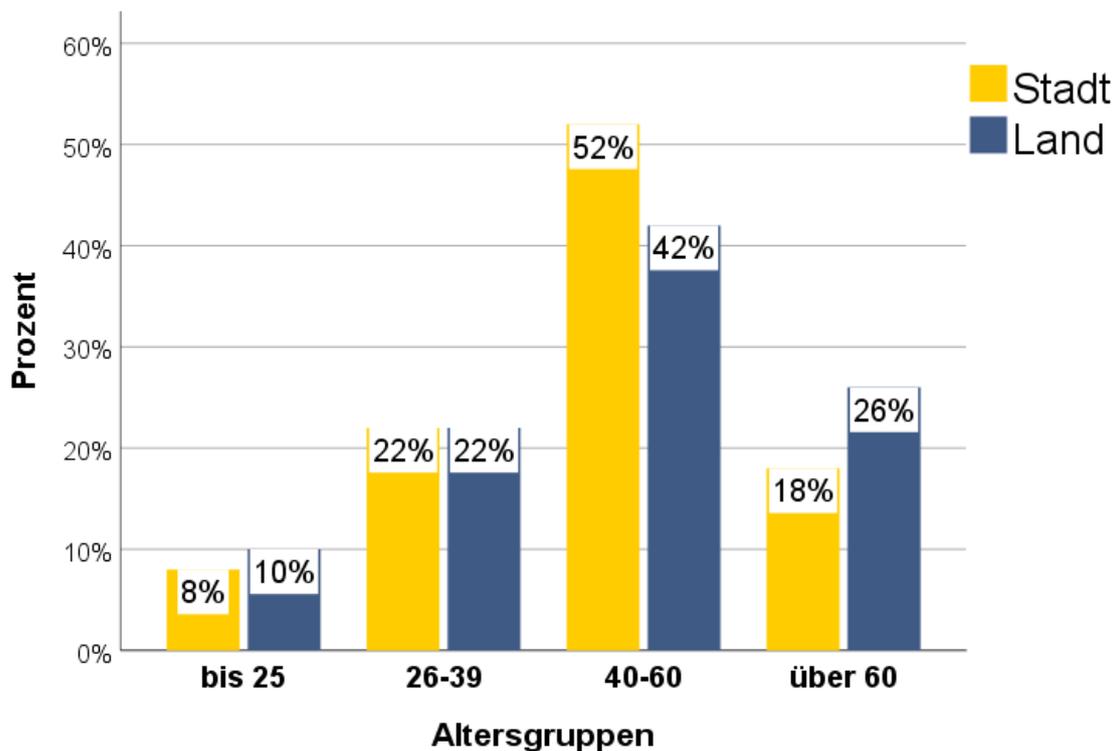


Abbildung 24: Verteilung der Altersgruppen unter den städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 50$) und den ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$)

Psychiatrische Hauptdiagnosen:

Wie in Abbildungen 25 und 26 ersichtlich, waren die psychiatrischen Hauptdiagnosen in beiden Gruppen unterschiedlich verteilt. In der Stadt machten die „Schizophrenien und schizotypen wahnhaften Störungen“ (F20-F29) den größten Teil der Hauptdiagnosen aus. Auf dem Land stellten hingegen die „Affektiven Störungen“ (F30-F39) die überwiegende Mehrheit der Diagnosen dar. In der städtischen Patientenpopulation war außerdem der Anteil an „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (F40-F48) deutlich höher als auf dem Land. Patient*innen mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F60-F69) gab es lediglich in der städtischen Patientenpopulation.

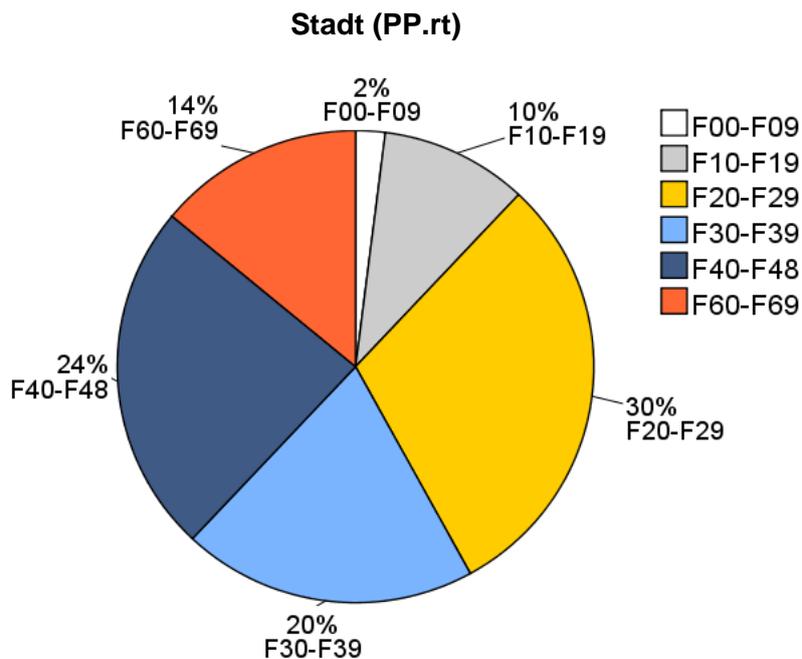


Abbildung 25: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt gemäß der ICD-10-Klassifikation ($N = 50$)

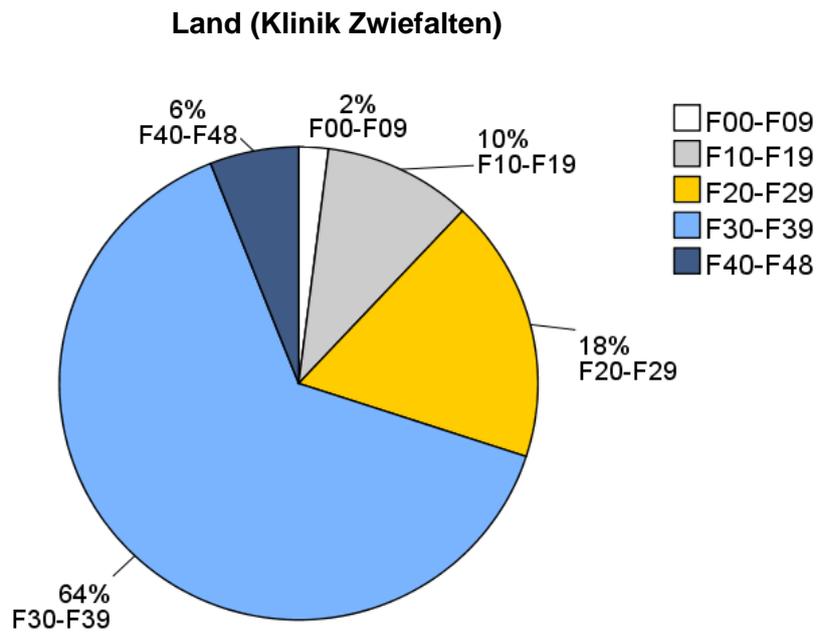


Abbildung 26: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten gemäß der ICD-10-Klassifikation ($N = 50$)

Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen:

Auch in der Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen lassen sich leichte Unterschiede zwischen beiden Gruppen erkennen (vgl. Abbildungen 27 und 28). Während jeweils etwa ein Viertel der städtischen Patient*innen keine, eine oder zwei psychiatrische Nebendiagnosen aufweist, hat der Großteil der ländlichen Patientenpopulation keine psychiatrische Nebendiagnose. Drei, vier oder fünf Nebendiagnosen kommen in beiden Gruppen etwa gleich häufig vor und machen jeweils einen eher geringen Prozentsatz aus.

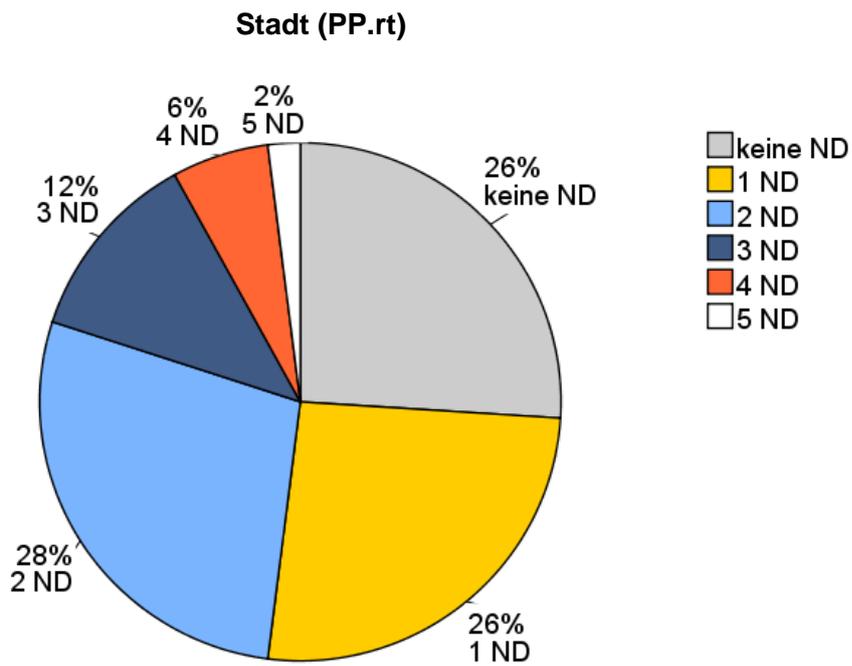


Abbildung 27: Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt pro Patient*in, ND = Nebendiagnose, $N = 50$

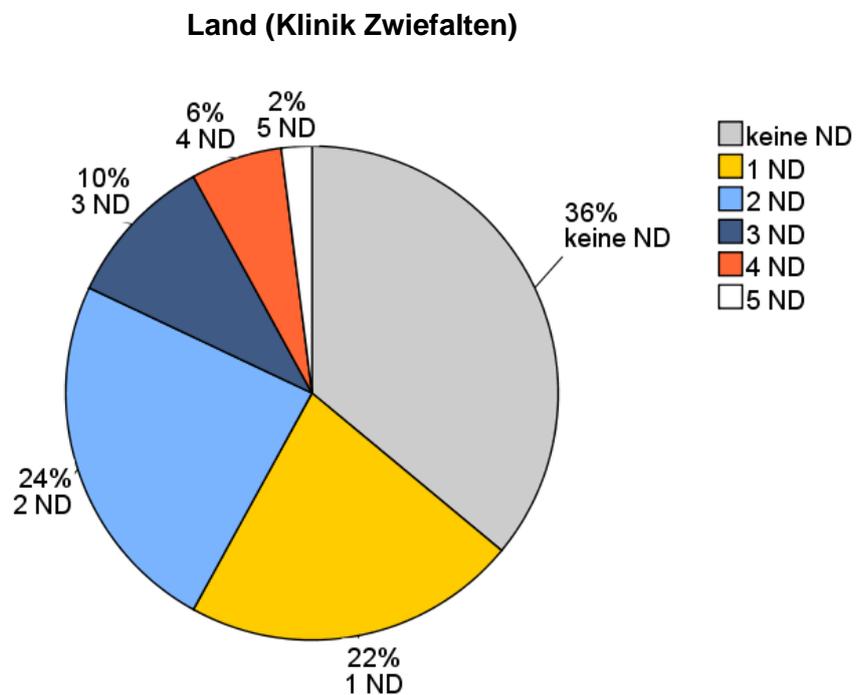


Abbildung 28: Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten pro Patient*in, ND = Nebendiagnose, $N = 50$

Rechtsgrundlage des Aufenthalts

Alle 50 Patient*innen beider Gruppen wurden freiwillig behandelt.

Selbst-/Fremdgefährdung in den letzten 24h vor Aufnahme

Bei 92% der städtischen Patient*innen ($N = 50$) und bei 88% ($N = 50$) der ländlichen Patient*innen kam es weder zu einer Selbst- noch zu einer Fremdgefährdung in den 24h vor der Aufnahme in die StäB. Eine genaue Übersicht bietet Tabelle 39 im Anhang.

Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme

Jeweils 84% der Patient*innen in der Stadt ($N = 50$) und auf dem Land ($N = 50$) gaben an, dass kein Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme stattgefunden habe. Auch die übrigen Vergleichsdaten erweisen sich in Bezug auf den Substanzmissbrauch als sehr ähnlich. Eine detaillierte Übersicht der einzelnen Daten bietet Tabelle 40 im Anhang.

Schweregrad der Erkrankung

Es zeigt sich, dass in beiden Gruppen überwiegend deutlich bis extrem schwer kranke Patient*innen behandelt wurden. In keiner der beiden Gruppen kamen Patient*innen vor, die als leicht krank oder nicht krank eingeschätzt wurden. Auffällig ist auch eine relativ große Prozentzahl an nicht beurteilbaren Fällen bei den städtischen Patient*innen (vgl. Abbildung 29).

Familienstand

Der Großteil der Patient*innen beider Gruppen war ledig. Die Anzahl an verheirateten Patient*innen war auf dem Land höher als in der Stadt. In der Stadt gab es hingegen mehr geschiedene Patient*innen und bei einigen war der Familienstand unbekannt (vgl. Abbildungen 30 und 31).

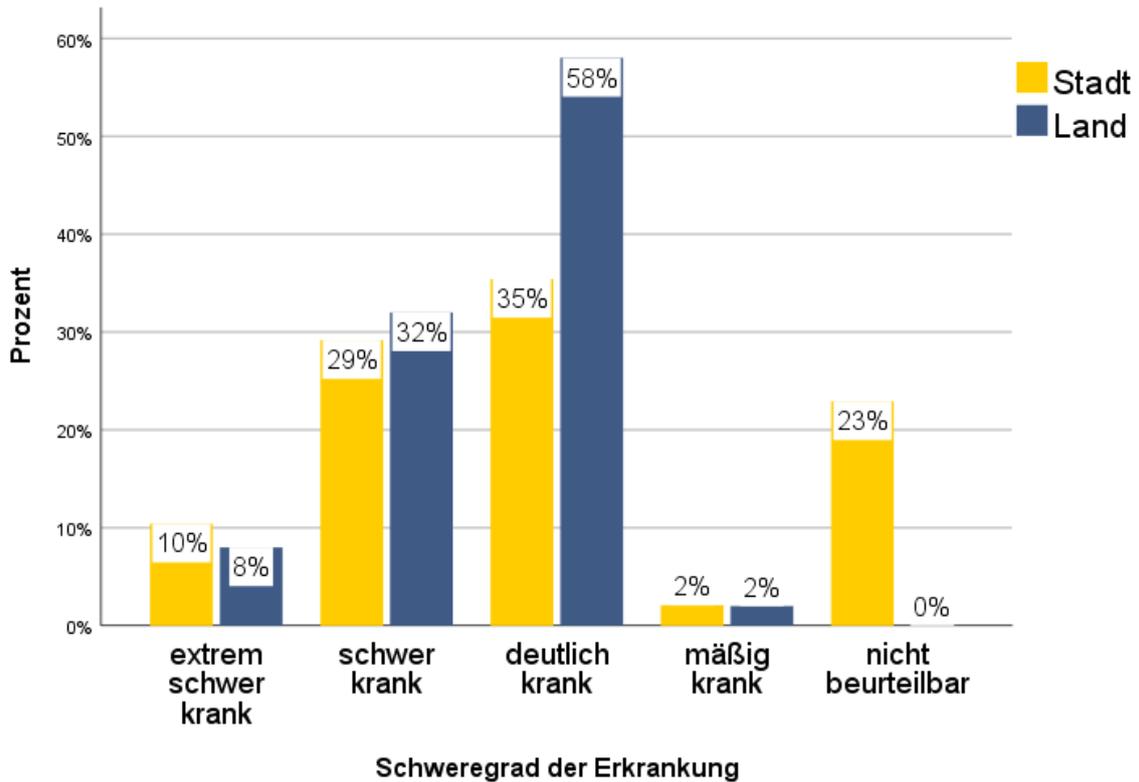


Abbildung 29: Darstellung der Schweregrade der Erkrankungen unter den städtischen Patient*innen ($N = 48$) und den ländlichen Patient*innen ($N = 50$). Die Summe der Prozentwerte weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

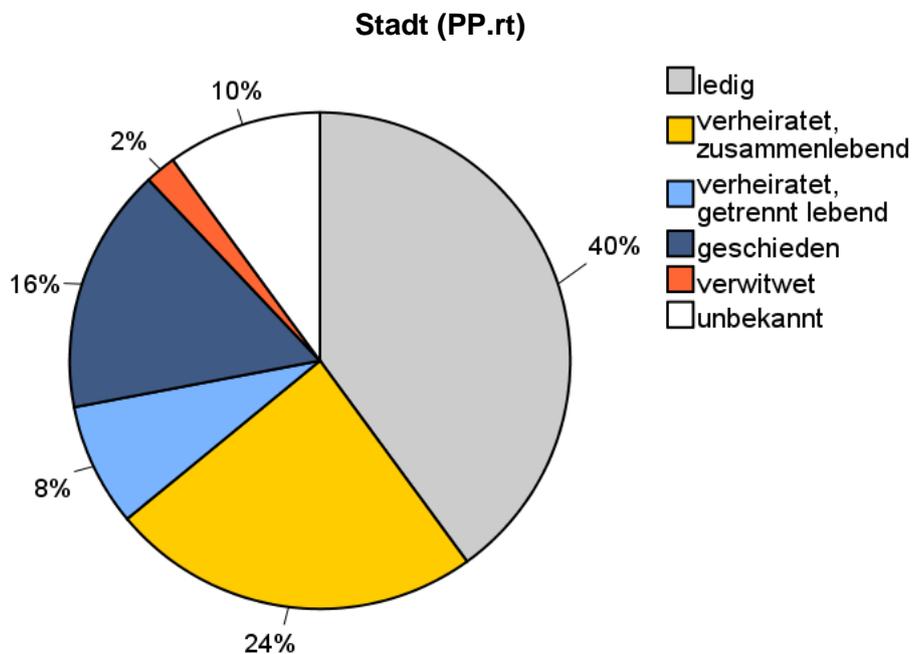


Abbildung 30: Darstellung des Familienstandes der städtischen StAB-Patient*innen der PP.rt ($N = 50$)

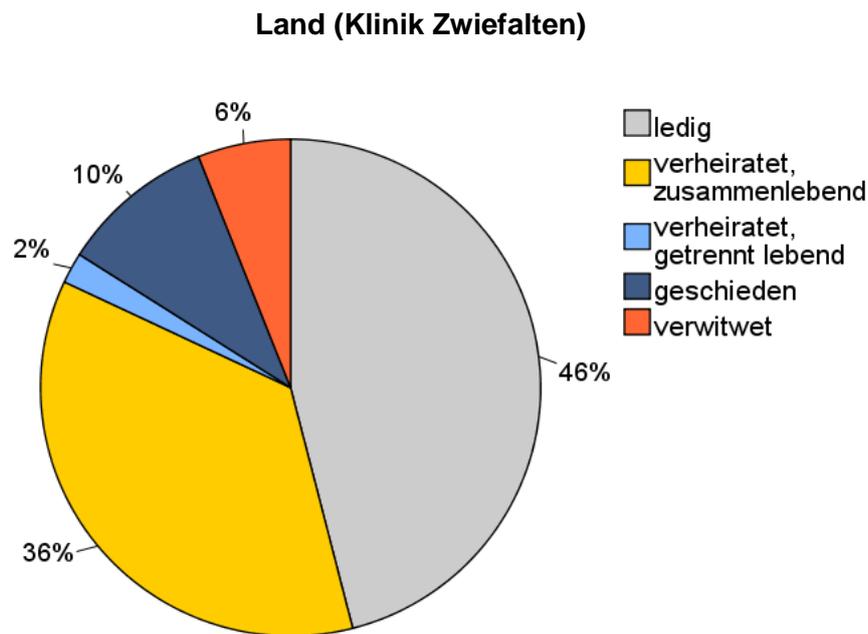


Abbildung 31: Darstellung des Familienstandes der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$)

Migrationshintergrund

Es zeigen sich kaum Unterschiede zwischen beiden Gruppen bezüglich des Migrationshintergrundes. Die meisten Patient*innen sowohl in der Stadt (80%, $N = 50$) als auch auf dem Land (82%, $N = 50$) hatten keinen Migrationshintergrund. Eine genaue Übersicht bietet Tabelle 41 im Anhang.

Muttersprache

Der Großteil der Patient*innen beider Gruppen sprach muttersprachlich deutsch. In der Stadt waren es 86% ($N = 50$) und auf dem Land 88% ($N = 50$). Lediglich jeweils eine kleine Anzahl sprach türkisch, russisch, serbokroatisch oder eine andere Sprache. Eine detaillierte Darstellung aller Muttersprachen bietet Tabelle 42 im Anhang.

Hauptsächlicher Lebensunterhalt

Es gibt einige Unterschiede hinsichtlich des hauptsächlichsten Lebensunterhalts der Patient*innen. Während auf dem Land ($N = 50$) 22% einer eigenen Arbeitstätigkeit nachgingen, waren es in der Stadt ($N = 50$) nur 8%. Alle weiteren Daten sind in Tabelle 27 dargestellt.

Tabelle 27: Übersicht über den hauptsächlichen Lebensunterhalt unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 50$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$)

Lebensunterhalt	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Eigene Arbeitstätigkeit	4	8	11	22
Krankengeld	3	6	3	6
Arbeitlosengeld/Sozialhilfe/ BaFöG etc.	15	30	14	28
Vermögen	0	0	1	2
Angehörige	1	2	5	10
Rente/Pension etc.	17	34	16	32
Unbekannt/unklar	10	20	0	0
Gesamt	50	100	50	100

Wohnform

Der Großteil der städtischen Patient*innen (72%, $N = 50$) und der ländlichen Patient*innen (84%, $N = 50$) lebte in einer nicht betreuten Wohnform. Tabelle 43 im Anhang bietet eine detaillierte Übersicht der Daten.

Anzahl vorangegangener stationär-psychiatrischer Behandlungen

Abbildungen 32 und 33 bieten Übersichten über die Anzahl vorangegangener stationär-psychiatrischer Behandlungen. In beiden Gruppen hatte die Mehrheit der Patient*innen bereits eine oder mehrere stationäre Behandlungen hinter sich. In der Stadt waren es lediglich 6%, die noch nie stationär in Behandlung waren. Auf dem Land hingegen 26%.

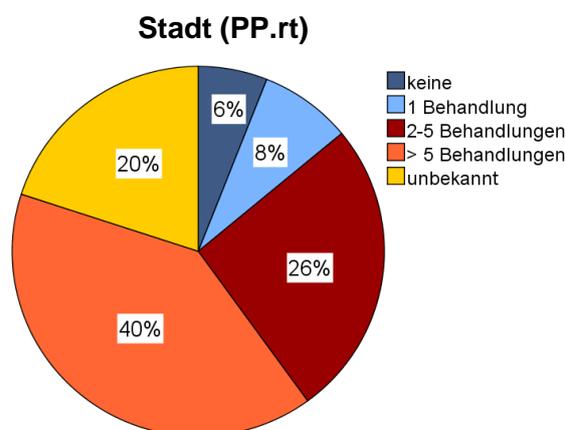


Abbildung 32: Anzahl der Vorbehandlungen der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt, $N = 50$

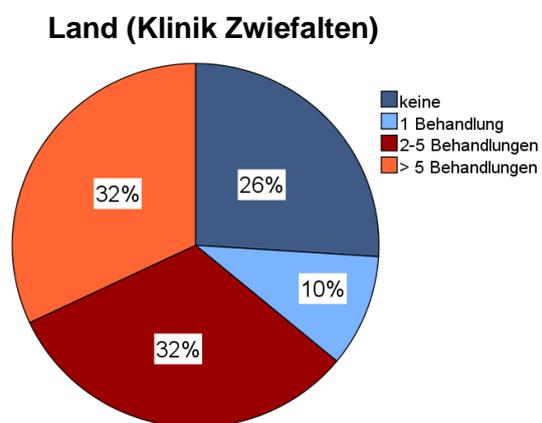


Abbildung 33: Anzahl der Vorbehandlungen der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten, $N = 50$

Fremdaggression während der Behandlung

Bei keiner/m der ländlichen StäB-Patient*innen ($N = 50$) kam es zu fremdaggressiven Handlungen während der StäB. Unter den städtischen Patient*innen ($N = 49$) gab es einen Fall (2%) von Fremdaggression. Bei den übrigen 98% kam es zu keiner Fremdaggression während der Behandlung.

Substanzmissbrauch während der Behandlung

Sowohl in der Stadt (83%, $N = 48$) als auch auf dem Land (84%, $N = 50$) kam es bei der Mehrheit der Patient*innen zu keinem Substanzmissbrauch während der Behandlung. Auch die übrigen Daten, die in Tabelle 44 im Anhang dargestellt sind, unterscheiden sich kaum.

Entweichung oder Suchmeldung im Verlauf mit Mitteilung an die Polizei oder Werkfeuerwehr

Keine/r der ländlichen StäB-Patient*innen ($N = 50$) entwich während der Behandlung. Unter den städtischen StäB-Patient*innen ($N = 48$) gab es eine Entweichung oder Suchmeldung (2%). Bei den restlichen 98% kam es zu keiner Entweichung.

Gravierende Komplikationen

Bei keiner/m der ländlichen StäB-Patient*innen ($N = 50$) kam es zu einer gravierenden Komplikation während der Behandlung. In der Stadt ($N = 48$) hingegen kam es bei 6% zu gravierenden Komplikationen, für die ein Sonderbericht ausgefüllt wurde. Bei den restlichen 94% kam es zu keinen Komplikationen.

Therapien

Die meisten Therapieverfahren wurden auf dem Land ($N = 50$) häufiger angewandt als in der Stadt ($N = 47$). Tabelle 28 bietet eine Übersicht über alle Therapieverfahren.

Tabelle 28: Übersicht der angewendeten Therapieverfahren mit Darstellung der Häufigkeiten. Die Tabelle ist unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 47$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$). Zu drei der städtischen Patient*innen wurden keine Angaben gemacht.

Therapien	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Psychopharmakotherapie	45	96	48	96
Psychotherapie mit speziellen Verfahren – Einzelbehandlung	33	70	47	94
Psychotherapie mit speziellen Verfahren - Gruppenbehandlung	0	0	0	0
Kognitives Training	2	4	1	2
Training lebenspraktischer Fertigkeiten/Handlungskompetenz in der Selbstversorgung	29	62	47	94
Psychoedukative Gruppe	0	0	9	18
Andere Gruppentherapie	1	2	0	0
Ergotherapie (Beschäftigungs-/Arbeitstherapie)	33	70	16	32
Musiktherapie/Kunsttherapie	0	0	8	16
Bewegungstherapie/Sport/ KG/Entspannung	7	15	32	64
Naturheilkundliche Verfahren	2	4	4	8
Tiergestützte Verfahren	2	4	0	0
Sozialadministrative Unterstützung	40	85	43	86
Behandlung somatischer Begleiterkrankungen	14	30	10	20
Einbeziehung relevanter Bezugspersonen (Angehörige/Betreuer)	21	45	35	70
Sonstige Therapien	7	15	0	0
Keine Therapie	0	0	0	0

Entlassungsort

Sowohl alle städtischen Patient*innen ($N = 48$) als auch alle ländlichen Patient*innen ($N = 50$) wurden in einen festen Wohnsitz entlassen.

Weiterbehandlung nach Entlassung

Auf dem Land wurden die Patient*innen vor allem in der PIA oder durch einen anderen Arzt weiterbehandelt. Alle anderen Formen der Weiterbehandlung kamen dort deutlich seltener vor. In der Stadt wurde hingegen eine größere Vielfalt an Weiterbehandlungen in Anspruch genommen. Dazu gehören unter anderem die PIA, niedergelassene Psychiater oder Nervenärzte, teilstationäre Weiterbehandlungen oder ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeuten. Eine genauere Übersicht über die verschiedenen Arten der Weiterbehandlung bietet Tabelle 29.

Tabelle 29: Auflistung der Arten der Weiterbehandlung nach Entlassung mit Darstellung der Häufigkeiten. Die Tabelle ist unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 47$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$). Da einzelne Patient*innen mehrere Arten der Weiterbehandlung nach Entlassung erhalten können, weicht die Summe der Prozentwerte von 100% ab.

Weiterbehandlung	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine Weiterbehandlung	5	11	0	0
Stationäre Weiterbehandlung	1	2	0	0
Teilstationäre Weiterbehandlung	9	19	1	2
Niedergelassener Psychiater/Nervenarzt	11	23	3	6
Ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut	7	15	4	8
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	14	30	48	96
Anderer Arzt	2	4	14	28
Soziotherapie	1	2	0	0
Häusliche Pflege	2	4	0	0
Entwöhnung	0	0	1	2
Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)	0	0	0	0
Reha	1	2	0	0
Sonstige	3	6	1	2
Unbekannt	5	11	0	0

Gesetzliche Betreuung

Sowohl bei der Mehrheit der städtischen Patient*innen (64%, $N = 47$) als auch bei dem Großteil der ländlichen Patient*innen (80%, $N = 50$) bestand weder ein Betreuungsverhältnis noch hatten sie eine Vorsorgevollmacht. Bei 15% der städtischen Patient*innen und bei 10% der ländlichen Patient*innen bestand bereits ein Betreuungsverhältnis oder eine Vorsorgevollmacht. Bei 21% der städtischen Patient*innen waren hierzu keine Angaben bekannt. Die genauen Daten können in Tabelle 45 im Anhang eingesehen werden.

Art der Beendigung der Behandlungsmaßnahme

Nahezu alle Patient*innen sowohl in der Stadt (96%, $N = 49$) als auch auf dem Land (90%, $N = 50$) beendeten die StäB regulär. Auf dem Land gab es 10%, die wegen mangelnder Motivation oder Kooperation entlassen wurden, was in der Stadt nicht vorkam. Dort wurden hingegen 4% gegen ärztlichen Rat entlassen.

Zustand bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme

Während auf dem Land ($N = 50$) der Zustand bei 12% der Patient*innen bei Entlassung als sehr viel besser eingestuft wurde, war dies in der Stadt ($N = 48$) nur bei 2% der Fall. Insgesamt wurde bei 96% der Patient*innen in Zwiefalten der Zustand bei Entlassung mindestens als wenig besser eingeschätzt. In Reutlingen waren es hingegen nur 64%. Auffällig ist allerdings, dass für 22% der städtischen Patient*innen der Zustand als nicht beurteilbar eingestuft wurde (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30: Übersicht über den Zustand der Patient*innen bei Entlassung unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 48$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$)

Zustand bei Entlassung	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Zustand ist sehr viel besser	1	2	6	12
Zustand ist viel besser	21	44	28	56
Zustand ist nur wenig besser	10	21	14	28
Zustand ist unverändert	4	8	2	4
Zustand ist viel schlechter	1	2	0	0
Nicht beurteilbar	11	23	0	0
Gesamt	48	100	50	100

Abteilung:

Die Einteilung der Patient*innen in Abteilungen ist in beiden Gruppen sehr ähnlich. Sowohl in der Stadt ($N = 50$) als auch auf dem Land ($N = 50$) wurden vorwiegend Patient*innen aus dem Bereich „Allgemeinpsychiatrie + Depression“ behandelt. Jeweils etwa 10% der Patient*innen beider Gruppen wurden den Bereichen „Gerontopsychiatrie“ oder „Suchtmedizin“ zugeordnet. Die genauen Daten können in Abbildungen 37 und 38 im Anhang eingesehen werden,

Form der Zuweisung

In der Stadt wurden etwas mehr als doppelt so viele Patient*innen von Station in die StäB übernommen als auf dem Land. Dort kam der Großteil der Patient*innen von zu Hause. In der Stadt wurden außerdem 8% aus einem teilstationären Setting in die StäB übernommen (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31: Übersicht über die Form der Zuweisung der Patient*innen unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 50$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$).

Form der Zuweisung	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Stationär	23	46	11	22
Teilstationär	4	8	0	0
Zuhause (seit > 7 Tagen zuhause)	23	46	39	78
Gesamt	50	100	50	100

Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer war auf dem Land ($M = 45$, $SD = 20$, $N = 50$) um acht Tage länger als in der Stadt ($M = 37$, $SD = 21$, $N = 50$). In der Stadt dauerte die kürzeste Behandlung elf Tage, die längste 106 Tage. Auf dem Land lag die Spannweite bei 8-81 Tagen. Ein t-Test für unabhängige Stichproben ergab einen signifikanten Unterschied ($t(98) = -2,013$, $p = 0,047$) der Behandlungsdauer zwischen den städtischen und den ländlichen Patient*innen.

Abbildung 34 stellt die Behandlungsdauer in Gruppen dar. Es ist zu erkennen, dass die Mehrheit der Behandlungen in Zwiefalten 41-60 Tage dauerten, während der Großteil der Behandlungen in Reutlingen 21-40 Tage dauerte.

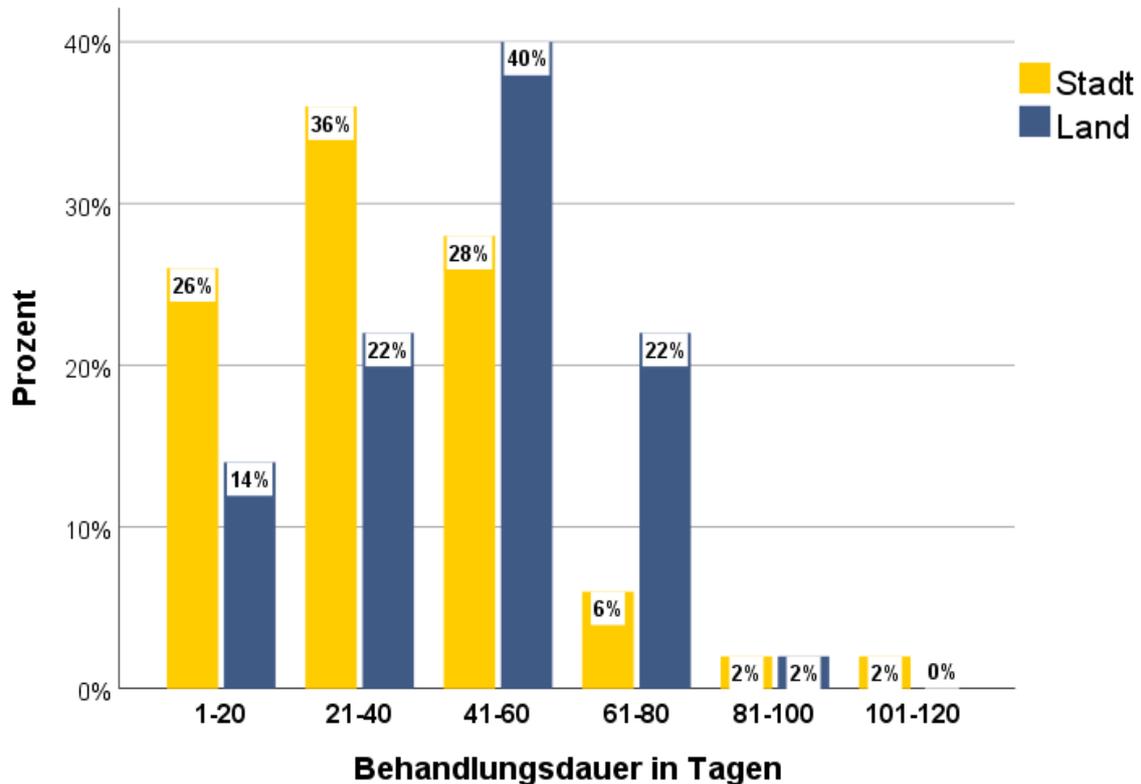


Abbildung 34: Darstellung der gruppierten Behandlungsdauer unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 50$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$)

Unterbrechung

Sowohl in der Stadt ($N = 50$) als auch auf dem Land ($N = 50$) erfolgte bei 92% der Patient*innen keine Unterbrechung der StäB. Bei jeweils 8% fand eine Unterbrechung mit zwischenzeitlichem Aufenthalt auf Station statt.

3.5.2 Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit der StäB-Patient*innen zwischen Stadt und Land

Da in Zwiefalten und in Reutlingen die Erhebung der Zufriedenheitsdaten der jeweils 50 StäB-Patient*innen mit dem gleichen Fragebogen erfolgte, konnten alle Items direkt miteinander verglichen werden. Wie unter 2.4.3 beschrieben, wurde die durchschnittliche Zustimmung der Patient*innen zu den einzelnen Fragen anhand der Mittelwerte verglichen. Da Frage 11 („Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan“) als einzige negativ formuliert ist, wurden die Zahlenwerte für diese Frage invers kodiert, sodass ein hoher Mittelwert einer hohen Patient*innen-Zufriedenheit entspricht. Bei den übrigen 17 positiv formulierten Fragen entspricht ein hoher Mittelwert einer hohen Zustimmung der Patient*innen und somit einer hohen Zufriedenheit.

Tabelle 32 bietet eine Gesamtübersicht über die Mittelwerte pro Frage und somit über die durchschnittliche Zufriedenheit der Patient*innen. Abbildung 39 im Anhang bietet eine graphische Darstellung der Zufriedenheit beider Gruppen.

Es fällt auf, dass die Mittelwerte der ländlichen StäB-Patient*innen bei 16 der 18 Fragen höher sind als bei den städtischen StäB-Patient*innen. Die größte Differenz zwischen beiden Gruppen besteht bei Frage 11 („Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan“). Der Mittelwert der städtischen Patient*innen lag bei $M = 62$ ($SD = 36,84$) während er bei den ländlichen Patient*innen bei $M = 41$ ($SD = 33,55$) lag. Auf dem Land erzielten Frage 6 („Das mich behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck“), Frage 8 („Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen“) und Frage 12 („In den Einzelgesprächen habe ich mich angenommen gefühlt“) die höchsten Mittelwerte. In der Stadt wurde hingegen Frage 9 („Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert“) am höchsten bewertet. Die Zufriedenheit beider Gruppen lag bei den gleichen 16 der 18 Items bei $\geq 75\%$. Lediglich die Fragen „Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen“ und „Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan“ wurden von beiden Gruppen mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von $< 75\%$ beantwortet.

3 Ergebnisse

Tabelle 32: Zusammenstellung der Mittelwerte der Zufriedenheitsbefragung der Patient*innen unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten. *N* = Grundgesamtheit, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Fragen aus dem Zufriedenheitsfragebogen für Patient*innen	Stadt			Land		
	N	M	SD	N	M	SD
1) Meine Ziele und Wünsche zum Verlauf der stationsäquivalenten Behandlung wurden berücksichtigt	49	83	23,50	50	91	16,67
2) Die Vorbereitung meiner stationsäquivalenten Behandlung war gut organisiert	50	86	23,74	50	89	20,95
3) Ich habe genug Informationen bekommen, um meine Erkrankung zu verstehen	49	81	25,65	50	87	22,72
4) Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen	45	75	30,15	47	80	28,38
5) Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen	46	73	31,98	46	74	27,13
6) Das mich behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	50	89	17,61	50	97	12,00
7) Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	50	84	23,56	50	93	15,19
8) Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	50	86	24,83	50	97	8,76
9) Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	50	93	16,17	50	96	15,72
10) Die Behandlung erfolgte nach einem auf mich zugeschnittenen Behandlungsplan	50	79	31,14	49	88	17,02
11) Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan	49	62	36,84	47	41	33,55
12) In den Einzelgesprächen habe ich mich angenommen gefühlt	50	89	22,71	50	97	8,21
13) Mir geht es nach der stationsäquivalenten Behandlung besser	49	78	27,78	49	86	21,08
14) Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurecht zu kommen	50	77	25,17	49	76	21,34
15) Die Fortsetzung meiner Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	48	84	25,52	48	90	21,16
16) Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung nach meinem Klinikaufenthalt (z.B. Selbsthilfegruppen, sonstige Einrichtungen) wurde ich ausreichend informiert	49	79	32,28	48	90	21,10
17) In der Behandlung wurde gut auf meine Wünsche und Bedürfnisse eingegangen	50	83	25,48	50	95	11,62
18) Ich würde die stationsäquivalente Behandlung erneut in Anspruch nehmen	50	85	29,01	49	92	22,47

4 Diskussion

4.1 Deskriptive Statistik des Patientenkollektivs

Zur Beantwortung der Fragestellung, welche Patientengruppen hinsichtlich soziodemographischer und behandlungsrelevanter Merkmale (Diagnose, Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer, etc.) für die StäB rekrutiert werden, wurden die soziodemographischen Daten und BADO-Daten der 50 StäB-Patient*innen ausgewertet und deskriptiv beschrieben. Zusammenfassend wurde, wie bereits in anderen Studien (Sjølie, Karlsson et al. 2010, Mötteli, Jäger et al. 2020), festgestellt, dass überwiegend Frauen zwischen 40-60 Jahren mit schizophrenen, affektiven und Belastungsstörungen behandelt wurden. Außerdem gibt es mehrere Indikatoren, die für ein deutlich bis sehr schwer krankes Patientenkollektiv sprechen.

Da die StäB eine sehr neue Art der Behandlung ist, liegen bislang nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse zu ihr vor. Daher musste bei der Literaturrecherche zum Vergleich auf andere Arten der Behandlung zu Hause zurückgegriffen werden. Hierbei ist es wichtig zu erwähnen, dass die einzelnen Behandlungsformen sich hinsichtlich der Rahmen- und Versorgungsbedingungen zum Teil deutlich voneinander unterscheiden und die einzelnen Stichproben daher nur eingeschränkt vergleichbar sind (vgl. 1.2 Abgrenzung der StäB von anderen Arten der aufsuchenden Behandlung).

4.1.1 Soziodemographische Daten

Unter den StäB-Patient*innen waren mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von der bundesweiten Geschlechterverteilung der stationär-psychiatrischen Patient*innen im Jahr 2016. Damals wurden durchschnittlich mehr Männer als Frauen stationär-psychiatrisch behandelt (Statistisches Bundesamt 2016). Auch andere Studien zum Thema HT fanden jedoch einen deutlich höheren Anteil an Frauen in ihrer Stichprobe (Bechdorf, Skutta et al. 2011, Munz, Ott et al. 2011, Mötteli, Jäger et

al. 2020). Das mittlere Alter der StäB-Patient*innen lag bei 47 Jahren ($SD = 13$, $R = 23-83$ Jahre), wobei die meisten Patient*innen zwischen 40-60 Jahren alt waren. Somit entspricht die Altersverteilung in etwa der aktuellen Altersstruktur in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2019). Bezüglich der psychiatrischen Hauptdiagnosen fällt auf, dass der Anteil an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis unter den StäB-Patient*innen deutlich höher ist (30%) als im bundesweiten Vergleich (Statistisches Bundesamt 2016). Dort stellten die Suchterkrankungen unter den stationär-psychiatrischen Patient*innen mit etwa 35% den größten Anteil der psychiatrischen Hauptdiagnosen dar, gefolgt von den affektiven Störungen mit ca. 24%. Schizophrene Störungen waren hingegen nur zu etwa 11% vertreten. Vergleicht man jedoch die StäB-Patient*innen mit den Kohorten anderer Studien zum Thema HT, so fällt auf, dass auch dort vorrangig Patient*innen mit schizophrenen und affektiven Störungen behandelt wurden (Hoult, Rosen et al. 1984, Brimblecombe und O'Sullivan 1999, Bechdolf, Skutta et al. 2011, Munz, Ott et al. 2011, Schöttle, Ruppelt et al. 2015, Sakellaridou, Chrysanthou et al. 2018, Wyder, Fawcett et al. 2018). Dies überrascht wenig, da bereits mehrere Studien belegen konnten, dass mit verschiedenen Arten der aufsuchenden Behandlung auch bei Patient*innen mit schweren schizophrenen Erkrankungen gute therapeutische Erfolge erzielt werden konnten, während beispielsweise Patient*innen mit primären Suchterkrankungen bis heute oftmals von diesen Studien und Behandlungsangeboten ausgeschlossen werden (Pasamanick, Scarpitti et al. 1964, Pai und Kapur 1983, Tomar, Brimblecombe et al. 2003, Cornelis, Barakat et al. 2018). Allerdings könnte die hohe Anzahl an StäB-Patient*innen mit F2- und F3-Diagnosen auch durch die Organisation des StäB-Teams in Reutlingen bedingt sein. Da zunächst überwiegend Mitarbeiter*innen aus der Allgemeinpsychiatrie in das StäB-Team übernommen wurden, ist es denkbar, dass deshalb vorwiegend Patient*innen mit schizophrenen und affektiven Störungen in die StäB aufgenommen wurden.

Außerdem fällt in der Stichprobe der große Anteil an neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen auf, der deutlich über dem stationär-psychiatrischen Bundesdurchschnitt liegt. Unter diesen Störungen war in der

Stichprobe vor allem die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vertreten, die gleichzeitig die häufigste Hauptdiagnose des Patientenkollektivs darstellte. Eine mögliche Erklärung für den Unterschied zum stationär-psychiatrischen Bundesdurchschnitt könnte darin liegen, dass diese Patient*innen eine vollstationäre Behandlung aufgrund der hohen Kontaktdichte zu den Mitpatient*innen und dem gruppenzentrierten Behandlungsansatz eher meiden, während die StäB als individuellere Behandlungsalternative im eigenen Umfeld eher in Anspruch genommen wird. Einige Studien zeigten außerdem, dass die Abbruchrate von PTBS-Patient*innen bei Gruppentherapien höher war als bei Einzeltherapien (Imel, Laska et al. 2013, Goetter, Bui et al. 2015), sodass die StäB auch hinsichtlich dieses Aspekts der vollstationären Behandlung für Patient*innen mit einer PTBS überlegen sein könnte.

Der verhältnismäßig geringe Anteil an primär Suchterkrankten in der StäB-Population könnte mit dem geringeren Anteil an männlichen Patient*innen konfundiert sein, welche häufiger an Suchterkrankungen leiden als Frauen (Regier, Farmer et al. 1990, Jacobi, Höfler et al. 2014, Asselmann, Beesdo-Baum et al. 2019). Außerdem war mit 49% der Anteil der Suchterkrankungen an den psychiatrischen Nebendiagnosen recht hoch, sodass absolut betrachtet doch einige Patient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung in dem Patientenkollektiv vertreten waren. Allerdings wird auch diskutiert, dass eine Behandlung zu Hause bei Suchterkrankten nur bedingt möglich sei, da diese Patient*innen häufig *„ein eher stärker strukturiertes Setting benötigen“* oder *„der Kontakt zum Umfeld problematisch ist“* (Schwarz, Zeipert et al. 2020), sodass diese Patient*innen eventuell zurückhaltender für die StäB rekrutiert werden.

4.1.2 Basisdokumentation

Die BADO ist eine verbindliche Art der Routinedatenerhebung in der PP.rt. Im Rahmen dieser Studie wurden 20 Items der BADO untersucht, wobei sich die ersten zehn auf den Zeitraum vor der Behandlung und die anderen zehn auf die Behandlung selbst und die Weiterversorgung danach beziehen. Da die BADO immer wieder in Kritik gerät, sollte die Qualität dieser Daten kritisch betrachtet werden. Die BADO wird durch die Behandelnden ausgefüllt und einige Items

beruhen auf der subjektiven Einschätzung der Behandelnden, sodass die Objektivität, Validität und Reliabilität der BADO immer wieder in Frage gestellt werden (Gaebel, Spießl et al. 2009). Der Theorie nach sollte der erste Teil der Daten bei Aufnahme und der zweite Teil bei Entlassung ausgefüllt werden. In der Realität werden oftmals alle Items erst nach Abschluss der Behandlung ausgefüllt, sodass es zu einem Recall Bias, einer sogenannten Erinnerungsverzerrung, kommen kann. Zudem wird die BADO oftmals nur unvollständig ausgefüllt, sodass fehlende Daten die Auswertung einzelner Items zusätzlich erschweren können. Jaeger, Flammer et al. konnten in einer Untersuchung der Qualität der BADO-Daten in der klinischen Praxis im Allgemeinen eine gute Datenqualität feststellen, wobei die Reliabilität einzelner Daten kritisch hinterfragt werden sollte (2011). Aus diesen Gründen sollte man sich bei dem Umgang mit BADO-Daten ihrer Limitationen bewusst sein und sie im Kontext mit anderen Daten stets kritisch beurteilen.

Alle StäB-Patient*innen wurden freiwillig behandelt und bei dem Großteil lag keine Selbst- oder Fremdgefährdung in den letzten 24h vor Aufnahme vor. Bei den übrigen 8% kam es entweder zu selbstgefährdendem Verhalten, einer Suiziddrohung oder einem Suizidversuch in den 24h vor der Aufnahme in die StäB. Zahlreiche andere Studien zum Thema HT hatten eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung als Ausschlusskriterium für das HT definiert (Fenton, Tessier et al. 1979, Hoult 1986, Muijen, Marks et al. 1992, Bechdorf, Skutta et al. 2011), sodass nur wenige Daten über Therapieerfolgen von HT bei akuter Selbstgefährdung vorliegen. Des Weiteren wurden fast ausschließlich deutlich bis extrem schwer kranke Patient*innen in der StäB behandelt. Auffällig ist jedoch der große Anteil an hinsichtlich des Schweregrads der Erkrankung nicht beurteilbaren Fällen in Reutlingen. Dieses Ergebnis könnte damit zusammenhängen, dass die Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung u.a. durch Berufsgruppen vorgenommen wurde, die mit dieser Aufgabe wenig vertraut waren. Im stationär psychiatrischen Alltag der PP.rt wird die Basisdokumentation in der Regel durch die behandelnden Ärzt*innen, Psycholog*innen oder Pflegekräfte durchgeführt. Im StäB-Team wurde diese

Aufgabe auch von anderen Berufsgruppen übernommen, die wenig Erfahrung damit hatten und daher eventuell eher dazu neigten, die Option „nicht beurteilbar“ zu wählen.

Die meisten Patient*innen waren ledig, hatten keinen Migrationshintergrund, sprachen muttersprachlich Deutsch und lebten in einer unbetreuten Wohnform. Interessanterweise bestritten nur 8% ihren Lebensunterhalt durch eigene Arbeitstätigkeit. Dies könnte ein weiterer Hinweis dafür sein, dass die Mehrheit des in StäB behandelten Patientenkollektivs schwer psychisch krank ist. Einen weiteren Indikator hierfür stellt die Anzahl der vorausgegangenen stationär-psychiatrischen Behandlungen dar. Es fällt auf, dass 40% der Patient*innen bereits mehr als 5-mal in stationärer psychiatrischer Behandlung waren, während nur 6% noch nie in stationärer Behandlung waren. Trotz der relativ großen Anzahl an Patient*innen mit einer Diagnose aus dem Bereich der Abhängigkeitserkrankungen (unter Berücksichtigung der psychiatrischen Nebendiagnosen), kam es nur bei 16% zu einem Substanzmissbrauch während der Behandlung, wobei vorrangig Alkohol konsumiert wurde. Wider der oben genannten These, dass Suchterkrankte für die Behandlung im häuslichen Umfeld unter Umständen ungeeignet seien, könnte dies ein Hinweis für das Gegenteil sein. Längle et al. merken an, dass eine StäB bei Suchterkrankten auch im Anschluss an einen vollstationären Entzug sehr gut denkbar wäre (2018). Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ empfiehlt eine ambulante Entzugsbehandlung vor allem dann, *„wenn keine schweren Entzugssymptome oder -komplikationen zu erwarten sind, eine hohe Adhärenz und ein unterstützendes soziales Umfeld bestehen“* (Bühringer, Klein et al. 2015). Zusätzlich sollte eine 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes gegeben sein. All diese Faktoren könnten im Rahmen einer StäB gut eruiert und umgesetzt werden, sodass geeigneten Patient*innen eine Entzugsbehandlung im häuslichen Umfeld mit engmaschiger Betreuung ermöglicht werden könnte. Bislang liegen jedoch nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse zum Erfolg der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen im häuslichen Umfeld vor, da in vielen Studien zum Thema HT Patient*innen mit Suchterkrankungen teilweise oder vollständig ausgeschlossen wurden (Fenton, Tessier et al. 1979, Hoult

1986, Muijen, Marks et al. 1992, Bechdolf, Skutta et al. 2011, Wyder, Fawcett et al. 2018). Des Weiteren beruhen die Ergebnisse hinsichtlich des Substanzmissbrauchs auf den Angaben der Patient*innen, sodass es möglicherweise eine hohe Dunkelziffer an nicht erfassten Konsumenten gibt. Bei kaum einer/m Patient*in kam es zu fremdaggressivem Verhalten, einer Suchmeldung oder zu gravierenden Komplikationen während der Behandlung. Außerdem wurde in der StäB eine Vielzahl unterschiedlicher Therapien angewandt. Dazu zählen u.a. die Psychopharmakotherapie, die Psychotherapie, die Ergotherapie, das Training lebenspraktischer Fertigkeiten und die Einbeziehung relevanter Bezugspersonen. Die meisten Patient*innen wurden anschließend in der PIA oder durch einen niedergelassenen Psychiater oder Nervenarzt weiterbehandelt. Es fällt auf, dass nur bei 2% der Patient*innen anschließend eine stationäre Weiterbehandlung indiziert war. Alle anderen Patient*innen konnten in ein teilstationäres (Tagesklinik) oder ambulantes Setting entlassen werden. Diese Ergebnisse und auch dass 96% der Patient*innen die StäB regulär beendeten, könnten Hinweise für ein gutes Therapieerfolg sein. Wirft man einen Blick auf die Daten hinsichtlich des Zustands bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme, so fällt auch hier die große Anzahl an „*nicht beurteilbaren*“ Fällen in Reutlingen auf. Diese Daten sind vergleichbar mit den bereits oben diskutierten Ergebnissen bezüglich der Einschätzung des Schweregrads der Patient*innen. Auch hier könnte die hohe Anzahl an „*nicht beurteilbaren*“ Fällen damit zusammenhängen, dass neue Berufsgruppen damit beauftragt wurden, diese Einschätzung vorzunehmen, und daher mangels Erfahrung öfter die Auswahloption „*nicht beurteilbar*“ gewählt wurde. Es sollten also besonders jene Berufsgruppen, die durch die StäB mit neuen Aufgaben betraut werden, ausreichend geschult und in die neuen Tätigkeitsfelder eingearbeitet werden, um beispielsweise Unsicherheit bei der Einschätzung der Patient*innen zukünftig zu vermeiden. Insgesamt geht es den meisten Patient*innen „viel besser“ (44%) oder „nur wenig besser“ (21%).

4.1.3 Abteilung

Wie bereits durch die Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen zu erwarten, wurden die meisten Patient*innen der Abteilung „Allgemeinpsychiatrie + Depression“ zugeordnet.

4.1.4 Form der Zuweisung

Gleich viele Patient*innen wurden entweder von Station übernommen oder kamen von zu Hause. Ein kleinerer Teil wurde aus dem teilstationären Setting (Tagesklinik) übernommen. Durch die enge Zusammenarbeit des StäB-Teams mit den Stationen der PP.rt, konnten viele Patient*innen von Station übernommen werden. Zusätzlich wurden niedergelassene Ärzt*innen, aber auch Patient*innen oder deren Angehörige nach und nach vermehrt auf die Möglichkeit der StäB aufmerksam, sodass ein großer Teil der Patient*innen von zu Hause in die StäB aufgenommen werden konnte.

4.1.5 Behandlungsdauer

Die StäB-Patient*innen wurden durchschnittlich 37 Tage ($SD = 21$) behandelt. Dies liegt über dem Bundesdurchschnitt einer psychiatrischen Behandlung gemäß der Daten des Bundesamts für Statistik, wonach stationäre psychiatrische Patient*innen im Jahr 2016 durchschnittlich 21,3 Tage in Behandlung waren (Statistisches Bundesamt 2016). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Patient*innen mit schizophrenen oder affektiven Störungen auch im stationären Setting durchschnittlich eine längere Verweildauer aufweisen als beispielsweise Patient*innen mit Suchterkrankungen (Statistisches Bundesamt 2016), sodass die Unterschiede am ehesten auf die unterschiedliche Diagnoseverteilung zwischen den StäB-Patient*innen und den stationären Patient*innen zurückzuführen sind. Vergleicht man andere Studien zum Thema HT, so fällt auf, dass auch dort die durchschnittliche Behandlungsdauer über dem Bundesdurchschnitt lag (Nyhuis und Zinkler 2019). Bei Munz et al. lag die durchschnittliche Behandlungsdauer der Patient*innen im HT bei 63,4 Tagen, während die stationäre Vergleichsgruppe im Schnitt 37,7 Tage in Behandlung

war (2011). Auch in diesen Studien wurden vorrangig Patient*innen mit schizophrenen und affektiven Störungen im HT behandelt, während Suchtpatient*innen entweder ausgeschlossen wurden oder nur zu einem sehr geringen Anteil im Patientenkollektiv vertreten waren.

4.1.6 Unterbrechung

Nur 8% der Patient*innen mussten zwischenzeitlich auf Station verlegt werden. Dass es bei keiner/m der Patient*innen zu einem mehrmaligen Wechsel zwischen StäB und Station kam, könnte ein Hinweis dafür sein, dass auch akute Krisen in der StäB effektiv bewältigt werden können. Auch andere Studien zeigten, dass der Großteil der Patient*innen im HT ohne stationäre Unterbrechung behandelt werden konnte (Berhe, Puschner et al. 2005, Bechdorf, Skutta et al. 2011).

4.1.7 OPS-Daten

Bei dem OPS handelt es sich um eine standardisierte Abrechnungsklassifikation des DIMDI (2020). Für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen wird im OPS nach Berufsgruppen und nach Therapiedauer pro Tag unterschieden. Dabei ist zu beachten, dass die einzelnen Therapiezeiten derselben Berufsgruppe eines Tages addiert und am Ende des Tages als Summe abgerechnet werden. Die OPS-Daten alleine geben also keine Auskunft darüber, wie oft die Patient*innen von den Behandelnden an einem Tag aufgesucht wurden. Jeder abgerechnete OPS-Code entspricht jedoch einem Behandlungstag mit aufsuchendem Kontakt durch die jeweilige Berufsgruppe. In seiner aktuellen Richtlinie *über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)* legt der G-BA für die StäB keine Minutenwerte fest, die durch die einzelnen Berufsgruppen pro Woche erfüllt werden müssen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020). Dennoch wurden die OPS-Daten in dieser Studie ausgewertet, um Erkenntnisse über die Häufigkeit und die Dauer aufsuchender Kontakte einzelner Berufsgruppen zu erhalten.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Pflegefachkräfte eine entscheidende Rolle in der StäB spielen. Sie besuchten die Patient*innen am häufigsten und verbrachten insgesamt die meiste Zeit mit ihnen. Betrachtet man jedoch die Dauer der einzelnen Kontakte, so fällt auf, dass die Spezialtherapeut*innen mit 49min und die Psycholog*innen mit 45min durchschnittlich die längsten Kontakte mit den Patient*innen verbrachten. Die Anzahl der Kontakte der Psycholog*innen war jedoch deutlich geringer als bei anderen Berufsgruppen. Die Anteile der Berufsgruppen an der Gesamttherapiedauer sind recht ähnlich zu den Vorgaben des G-BA für die stationär-psychiatrische Versorgung. Der Großteil der Therapiezeit entfällt auf die Pflegefachkräfte, die geringste Therapiezeit ist für Psycholog*innen vorgegeben. Ein Unterschied besteht darin, dass die Spezialtherapeut*innen bei der StäB einen relativ großen Anteil der Therapiezeit leisteten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020).

4.2 Demographische Unterschiede zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob und wie sich die StäB-Patient*innen von den stationären Patient*innen unterscheiden, wurden die soziodemographischen Daten beider Gruppen einander gegenübergestellt. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass sich die beiden Gruppen vor allem hinsichtlich der Diagnosen- und Geschlechterverteilung unterscheiden. Außerdem gibt es Hinweise dafür, dass die Patient*innen beider Gruppen überwiegend schwer krank waren und dass es ihnen nach der jeweiligen Behandlung ähnlich besser ging. Die anfängliche Befürchtung, dass sich durch die StäB eine Konzentration der Schwerstkranken auf Station ergeben könnte, konnte zumindest in diesem Datensatz nicht bestätigt werden.

Es konnte ein signifikanter Unterschied ($p = 0,002$) hinsichtlich der Geschlechterverteilung beider Gruppen festgestellt werden. In der StäB-Gruppe waren signifikant mehr Frauen als in der stationären Gruppe. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür wäre die unterschiedliche Diagnoseverteilung zwischen beiden Gruppen. Während beispielsweise die Prävalenz von primären

Suchterkrankungen, der häufigsten Diagnosegruppe unter den stationären Patient*innen, unter Männern höher ist (Regier, Farmer et al. 1990, Jacobi, Höfler et al. 2014, Asselmann, Beesdo-Baum et al. 2019), tritt die PTBS und die unipolare Depression häufiger bei Frauen auf (Bromet, Andrade et al. 2011, Glover, Jovanovic et al. 2015). Darüber hinaus könnte dieser Unterschied ein Hinweis darauf sein, dass durch die StäB neue Patient*innen erreicht werden konnten, die bislang zu keiner vollstationären Aufnahme bereit waren und die somit in keiner Statistik erfasst wurden. Denkbar sind beispielsweise alleinerziehende Mütter, die wegen ihrer Kinder keine vollstationäre Behandlung in Anspruch nehmen wollten und die nun durch die StäB im häuslichen Umfeld behandelt werden und gleichzeitig ihre Kinder versorgen können. Hinsichtlich der Altersverteilung ließen sich, wie auch schon in anderen Studien, keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen feststellen (Hoult, Rosen et al. 1984, Munz, Ott et al. 2011).

Betrachtet man die psychiatrischen Hauptdiagnosen, so fällt auf, dass in der stationären Gruppe deutlich mehr Patient*innen mit einer primären Suchterkrankung waren, während unter den StäB-Patient*innen Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis vorherrschten. Diese Verteilung entspricht dem aktuellen Kenntnisstand der Literatur, wonach vorrangig Patient*innen mit schizophrenen und affektiven Störungen im HT behandelt werden (Hoult, Rosen et al. 1984, Muijen, Marks et al. 1992, Bechdolf, Skutta et al. 2011, Munz, Ott et al. 2011). Die Diagnoseverteilung der stationären Patient*innen entspricht weitestgehend der bundesweiten Verteilung psychiatrischer Hauptdiagnosen der stationären Patient*innen im Jahr 2016 (Statistisches Bundesamt 2016).

Außerdem wurden in der StäB prozentual mehr Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen behandelt als auf Station, wobei die *Emotional instabile Persönlichkeitsstörung* die häufigste Persönlichkeitsstörung unter den StäB-Patient*innen darstellte. Längle, Holzke et al. sehen in der StäB einige Vorteile für diese Patientengruppe, da es durch die Behandlung zu Hause, wo die Patient*innen das Hausrecht haben, zu einer „*Veränderung der Rollensituation*“ kommt und sie somit Nähe und Distanz besser kontrollieren können (2018).

Darüber hinaus scheint die StäB für diese Patient*innen auch insofern eine gute Behandlungsalternative darzustellen, als die Patient*innen weiterhin eine intensive Behandlung mit hoher Therapiedichte erhalten, während ein hohes Maß an Selbstverantwortlichkeit gewahrt bleibt und mögliche Konflikte mit Mitpatient*innen vermieden werden.

Auffällig ist außerdem der relativ große Anteil an Diagnosen aus dem Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen unter den StäB-Patient*innen. Längle, Holzke et al. führen an, dass die intensivere Einzeltherapie in der StäB für diese Patient*innen von Vorteil sein kann, wobei bei bestimmten Krankheitsbildern Gruppentherapien, wie sie im stationären Setting üblich sind, gegebenenfalls überlegen seien (2018). Insgesamt könnte die Diagnoseverteilung der StäB-Patient*innen im Vergleich zu den stationären Patient*innen ein Hinweis dafür sein, dass durch die StäB „neue“ Patient*innen erreicht werden können, für die es bislang keine geeignete Art der psychiatrischen Behandlung gab.

Durch die Verteilung der Diagnosen erklären sich auch die Unterschiede beider Gruppen hinsichtlich der Zuordnung zu den Abteilungen. Die StäB-Patient*innen mit der hohen Anzahl an F2- und F3-Störungen wurden überwiegend der Abteilung „Allgemeinpsychiatrie + Depression“ zugeordnet, während es unter den stationären Patient*innen einen großen Anteil gab, der der Abteilung „Suchtmedizin“ zugeordnet wurde. Der Unterschied hinsichtlich der Abteilung „Gerontopsychiatrie“ lässt sich am ehesten durch die unterschiedliche Definition beider Gruppen für diese Abteilung erklären. Für die StäB-Patient*innen lag die Altersgrenze für die Zuordnung zur Abteilung „Gerontopsychiatrie“ bei 65 Jahren, während die stationären Patient*innen zum Teil mit 55 Jahren dieser Abteilung zugeordnet wurden.

Alle Patient*innen beider Gruppen wurden freiwillig behandelt. Der Grund hierfür ist, dass die Freiwilligkeit der Behandlung eine Voraussetzung für die StäB darstellt (Becker, Claus et al. 2017) und dementsprechend nur jene stationären Patient*innen für den Vergleich berücksichtigt wurden, die ebenfalls freiwillig und ohne Zwangsmaßnahmen behandelt wurden (vgl. 2.4.2). Während es bei 92% der StäB-Patient*innen zu keiner Selbst- oder Fremdgefährdung in den 24h vor

Aufnahme kam, waren es bei den stationären Patient*innen nur 80%. Diese Zahlen könnten darauf hinweisen, dass akut fremd- oder selbstgefährdende Patient*innen zurückhaltender für die StäB rekrutiert wurden. Eine Englisch Studie fand heraus, dass die Suizidrate bei Patient*innen im Crisis Resolution Home Treatment höher ist als bei stationär-psychiatrischen Patient*innen (Hunt, Rahman et al. 2014). Die Studie führt an, dass für bestimmte Personengruppen, die etwa alleine oder unter widrigen Lebensumständen leben, die Behandlung zu Hause keine ideale Option darstelle und dass die Patientensicherheit immer die höchste Priorität bei psychiatrischen Behandlungen darstellen solle.

Bei der Mehrheit beider Gruppen kam es zu keinem Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme. Dass die stationären Patient*innen prozentual etwas häufiger Substanzen konsumiert hatten als die StäB-Patient*innen könnte mit der höheren Prävalenz an F1-Diagnosen unter den stationären Patient*innen zusammenhängen. Hinsichtlich des Schweregrads der Erkrankung fällt auf, dass der Großteil beider Gruppen deutlich bis schwer krank war. Unter den StäB-Patient*innen waren prozentual mehr schwer bis extrem schwer kranke Patient*innen als unter den stationären Patient*innen. Diese Daten deuten darauf hin, dass die in der StäB behandelten Patient*innen zumindest nicht weniger krank waren als die stationäre Vergleichsgruppe. Da es sich hierbei jedoch um eine subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden handelt und nicht um eine objektivierbare Bewertungsskala, sind diese Daten nur bedingt vergleichbar.

Auch in anderen Studien zum Thema HT wurden überwiegend schwer kranke Patient*innen behandelt. Munz et al. stellten beispielsweise fest, dass die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme in ein HT mit zunehmendem GAF-Wert (Global Assessment of Functioning) und somit mit zunehmendem Funktionsniveau signifikant abnimmt (2011).

Sowohl die StäB-Patient*innen als auch die stationären Patient*innen waren überwiegend ledig oder verheiratet und lebten zum Großteil in einer unbetreuten Wohnform. Dass prozentual mehr StäB-Patient*innen als stationäre Patient*innen in einer betreuten Wohnform lebten, könnte ein weiterer Hinweis dafür sein, dass die StäB-Patient*innen mindestens genauso schwer krank waren wie die stationären Patient*innen. Dafür spricht auch die durchschnittlich

höhere Anzahl vorangegangener stationär-psychiatrischer Behandlungen, welche oftmals einen Indikator für ein chronifiziertes und schweres Krankheitsgeschehen darstellt. Betrachtet man diese Zahlen, so fällt auf, dass eine deutlich größere Anzahl der StäB-Patient*innen bereits mindestens zweimal in psychiatrischer Behandlung war als bei den stationären Patient*innen. Möglicherweise wurden bei der Rekrutierung der StäB-Patient*innen bevorzugt Patient*innen übernommen, die dem Behandlungsteam bereits vertraut waren (Munz, Ott et al. 2011) und die demnach schon entsprechend oft in stationärer Behandlung waren. Diese Selektionsbias könnte ein Grund für die vergleichsweise große Anzahl an Schwerstkranken unter den StäB-Patient*innen darstellen. Allerdings konnten die Behandelnden dadurch auch besser einschätzen, für wen die StäB geeignet sein könnte, was wiederum einen Grund für die hohe Zufriedenheit der StäB-Patient*innen darstellen könnte.

Hinsichtlich der Ergebnisse zum Zustand bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme fallen kaum Unterschiede zwischen beiden Gruppen auf. Der Mehrheit beider Gruppen ging es „viel besser“ oder „nur wenig besser“. Auch hier gilt es jedoch zu beachten, dass es sich, wie bei der Variablen „Schweregrad der Erkrankung“, um eine subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden handelt und die Daten dementsprechend schlecht objektivierbar und vergleichbar sind. Außerdem wurde häufig die Option „nicht beurteilbar“ gewählt, sodass die Daten nur eingeschränkt repräsentativ sind. Houlst et al. berichten ein besseres klinisches Outcome der Patient*innen im HT im Vergleich zu den stationären Patient*innen (1984).

4.3 Zufriedenheit der an der stationsäquivalenten Behandlung beteiligten Personen

Um die Zufriedenheit der an der StäB beteiligten Personen zu überprüfen, wurden im Rahmen dieser Studie mehrere Befragungen durchgeführt. Dabei wurden drei Gruppen zu ihrer Zufriedenheit befragt: Patient*innen, Angehörige bzw. Mitbewohner*innen und die Behandelnden. Es wird schon lange diskutiert, ob es sich bei Zufriedenheitsbefragung von Patient*innen um eine valide Methode zum Erlangen wissenschaftlicher Erkenntnisse handelt (Williams 1994,

Leimkühler und Müller 1996). Eine Limitation dieser Studie besteht darin, dass der Fragebogen zur Zufriedenheit der Patient*innen fast ausschließlich positiv formulierte Items enthält. Möglicherweise wäre es besser gewesen, wenn es eine Balance zwischen positiv und negativ formulierten Items gegeben hätte, um die Aufmerksamkeit der Befragten während des Ausfüllens und somit die Reliabilität des Fragebogens zu erhöhen (Weems und Onwuegbuzie 2001). Ware et al. beschreiben außerdem, dass Befragte aufgrund der Akquieszenz, einer inhaltsunabhängigen Zustimmungstendenz, einer Frage ohne Berücksichtigung des Inhalts grundsätzlich eher zustimmen. Auch sie kommen daher zu dem Schluss, dass ein Gleichgewicht zwischen positiv und negativ formulierten Items gegeben sein sollte (1983). Gruyters et al. sehen ein weiteres Problem in der sozialen Erwünschtheit bei der Zufriedenheitsbefragung von Patient*innen. Sie führen an, dass die Patient*innen dadurch eher dazu geneigt sind, übertrieben positive Antworten zu geben (1994). Insgesamt sollten daher aufgrund von Ergebnissen einer Zufriedenheitsbefragung keine direkten Rückschlüsse auf die Qualität einer Behandlung gezogen werden. Dennoch stellen diese Befragungen einen validen Teilaspekt der Behandlungsqualität dar und sollten daher bei der Qualitätssicherung berücksichtigt werden (Rentrop, Böhm et al. 1999).

Außerdem sollte die Art der Befragung der Patient*innen kritisch betrachtet werden. Um eine hohe Rücklaufquote zu gewährleisten, die bei schriftlichen Befragungen häufig eher gering ausfällt, wurden die Patient*innen von einer Doktorandin zu Hause aufgesucht und konnten dort den Fragebogen unter ihrem Beisein ausfüllen. Auch wenn keinerlei Einfluss auf die Patient*innen genommen wurde, kann eine Verzerrung der Daten durch diese Umstände nicht vollständig ausgeschlossen werden.

4.3.1 Zufriedenheit der StäB-Patient*innen

Die Befragung der Patient*innen ergab eine sehr hohe Durchschnittszufriedenheit mit der StäB. Auch in der Literatur sind hohe Zufriedenheitswerte von Patient*innen mit verschiedenen Arten des Home Treatments beschrieben (Hoult, Reynolds et al. 1983, Johnson, Nolan et al. 2005, National Collaborating Centre for Mental Health 2009, Weinmann, Puschner et al. 2009). Zusätzlich

wurde in früheren Studien gezeigt, dass psychiatrische Zufriedenheitsbefragungen aufgrund unterschiedlicher Ursachen, wie etwa sozialer Erwünschtheit, oftmals sehr hohe Zufriedenheitswerte erzielen (Sishta, Rinco et al. 1986, Gruyters 1994), sodass es bei den Ergebnissen zu einem Deckeneffekt kommen kann. Dieser muss bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse entsprechend berücksichtigt werden. Bei den offenen Fragen gab es vor allem zwei Aspekte, die die Patient*innen als besonders wichtig und positiv bewerteten. Zum einen die Tatsache, dass sie zu Hause und somit in ihrer vertrauten Umgebung behandelt wurden und zum anderen, dass während der Behandlung intensiver und individueller auf sie eingegangen wurde als auf Station.

Während eine Studie, in der Patient*innen, Angehörige und Mitarbeitende zum Thema HT befragt wurden, anführte, dass einige Patient*innen die Behandlung zu Hause als Eingriff in die Privatsphäre erachteten und sie daher ablehnten (Wyder, Fawcett et al. 2018), ergab unsere Befragung sehr hohe Zufriedenheitswerte hinsichtlich der Einhaltung der Privat- und Intimsphäre der Patient*innen durch die Behandelnden. Diese Befürchtung scheint also keinen begründeten Nachteil der Behandlung zu Hause darzustellen. Ebenfalls interessant ist, dass die Patient*innen durchschnittlich zu 85% zustimmen, dass sie die StäB erneut in Anspruch nehmen würden und zu 78%, dass es ihnen nach der StäB besser gehe. Diese Daten sind ein Hinweis dafür, dass die StäB sowohl eine therapeutisch zielführende als auch eine patientenfreundliche Art der Behandlung darstellt. Es wurde allerdings nicht danach gefragt, ob die Patient*innen die StäB der stationären Behandlung vorziehen würden, wobei die Frage „Ich würde die stationsäquivalente Behandlung erneut in Anspruch nehmen“, welche mit einem Mittelwert von 85 ($SD = 29$) beantwortet wurde, hinweisgebend dafür ist, dass die Patient*innen die StäB gegebenenfalls bevorzugen würden. Auch in anderen Studien bevorzugte die Mehrheit der Patient*innen eine Behandlung zu Hause gegenüber einer stationären Aufnahme (Bracken und Cohen 1999, Khan und Pillay 2003, Goldsack, Reet et al. 2005, Khalifeh, Murgatroyd et al. 2009). Dass die Aussage „Ich wünsche mir mehr

Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan“ mit Abstand den geringsten Mittelwert erzielte, könnte daran liegen, dass sie die einzig negativ formulierte Aussage des Fragebogens ist. Es könnte daher sein, dass die Patient*innen nach der Beantwortung der ersten Fragen intuitiv davon ausgingen, dass die Antwortmöglichkeit „Stimme uneingeschränkt zu“ grundsätzlich einer hohen Zufriedenheit entspricht und die Aussage daher nicht aufmerksam genug gelesen wurde. Diese Vermutung wird dadurch gestützt, dass auch andere Items bezüglich der Individualität der Behandlung deutlich höhere Mittelwerte erzielten und die Befragung der Patient*innen in Zwiefalten vergleichbare Ergebnisse lieferte (vgl. 4.5.2).

Auch die offenen Fragen spiegeln überwiegend eine hohe Zufriedenheit der Patient*innen mit der StäB wider. So wurden beispielsweise die persönliche und individuelle Betreuung und Behandlung, die Gespräche mit den Behandelnden und die Zusammenarbeit des Personals als besonders wichtig erachtet. Ähnliche Ergebnisse zeigte eine qualitative Studie zur Umsetzung von HT von Wyder et al. (2018). Außerdem gefiel den Patient*innen an der StäB im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut, dass sie zu Hause bleiben konnten und die Behandlung intensiver und individueller erfolgte. Diese beiden Punkte stellen große Vorteile der Behandlung zu Hause dar. So können beispielsweise alleinerziehende Eltern bei Ihren Kindern bleiben und dennoch eine intensive psychiatrische Behandlung erhalten. Außerdem schafft die Behandlung zu Hause den nötigen Freiraum für die Patient*innen, ihren Alltag mit professioneller Hilfe selbstständig zu gestalten und zu bewältigen und gleichzeitig eigenbestimmt zu leben. Auch dieser Aspekt wurde von den Patient*innen sehr geschätzt und bereits in anderen Studien aufgezeigt (Goldsack, Reet et al. 2005, Winness, Borg et al. 2010). Außerdem besteht eine Chance darin „*Ressourcen und Rahmenbedingungen des sozialen Umfelds [der Patient*innen] zur Unterstützung der therapeutischen Vorgehensweisen zu nutzen*“ (Längle, Holzke et al. 2018). Darüber hinaus kann in der StäB individueller auf die Patient*innen eingegangen werden, da die aufsuchenden Kontakte exklusiv der/dem jeweiligen Patient*in vorbehalten sind und keine Störung durch Mitpatient*innen stattfindet.

Die Gespräche fielen laut der Patient*innen dadurch intensiver und persönlicher aus. Außerdem seien die Erkrankungen und das Verhalten mancher Mitpatient*innen auf Station für einige Patient*innen zusätzlich belastend, sodass sie die Behandlung im eigenen Umfeld bevorzugen. Ähnliche Erfahrungen der Patient*innen beschrieben auch Schwarz et al. (2020).

Zu den Kritikpunkten gehörten unter anderem Einsamkeit und mangelnde Therapieoptionen (z.B. Bewegungstherapie). Die Patient*innen gaben an, dass sie sich in der StäB einsamer gefühlt hätten als auf Station. Für manche alleinlebende Patient*innen ist die StäB daher unter Umständen keine ideale Art der Behandlung, wenn die Patient*innen von sozialen Kontakten profitieren würden. Außerdem bemängelten einige Patient*innen, dass ihnen die Kontakte mit den Behandelnden zu häufig wären, während andere sich mehr Kontakte gewünscht hätten. Um dieses Problem zu lösen, könnte die Frequenz der aufsuchenden Kontakte im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und strukturellen Möglichkeiten noch besser an die Bedürfnisse der einzelnen Patient*innen angepasst werden.

Als Verbesserungsvorschläge äußerten die Patient*innen vor allem eine bessere Terminplanung, mehr Struktur und eine individuellere Behandlung. Wie auch schon in anderen Studien ging es bei der Terminplanung vor allem darum, dass die Patient*innen gerne feste Besuchszeiten gehabt hätten und bei der Terminabsprache gerne mehr berücksichtigt worden wären (Kalucy, Thomas et al. 2004, Ampelas, Robin et al. 2005, Carpenter und Tracy 2015). Sicherlich sind Termine im klinischen Alltag mit unvorhersehbaren Krisen nicht immer vollständig planbar, allerdings ist besonders für psychiatrische Patient*innen eine verlässliche Tagesstruktur wichtig zur Stabilisierung und besseren Organisation des Alltags. Auch der häufige Wechsel der Behandelnden und das Gefühl der Patient*innen, ihre Geschichte immer wieder von vorne erzählen zu müssen, wurde in anderen Studie bereits als Kritikpunkt angeführt (Hopkins und Niemiec 2007, Carpenter und Tracy 2015).

4.3.2 Zufriedenheit der Angehörigen und Mitbewohner*innen

Auch bei den Angehörigen und Mitbewohner*innen zeigte sich durchschnittlich eine sehr hohe Zufriedenheit mit der StäB. Mit einer Stichprobengröße von nur sieben Personen sind die Ergebnisse allerdings lediglich hinweisgebend und keinesfalls repräsentativ für die Gesamtheit der Angehörigen und Mitbewohner*innen von StäB-Patient*innen und müssen entsprechend kritisch betrachtet werden. Die kleine Stichprobengröße lässt sich vor allem dadurch begründen, dass die StäB-Patient*innen überwiegend alleine lebten. Folglich gab es nur wenige Personen, die für eine Befragung in Betracht kamen. Nichtsdestotrotz konnte auch in anderen Studien eine hohe Zufriedenheit der Angehörigen von Patient*innen im HT nachgewiesen werden (Hoult, Rosen et al. 1984, Wasylenki, Gehrs et al. 1997, Ampelas, Robin et al. 2005).

Die Angehörigen und Mitbewohner*innen zeigten sich vor allem zufrieden mit der Zusammenarbeit der Behandelnden und deren Kompetenz und Fachkunde. Während sie der Frage „Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen“ zu 96% zustimmten, stimmten sie der gleichen Frage mit Bezug auf den/die Patient*in nur zu 79% zu. Auch bei den offenen Fragen wurde der Wunsch nach häufigeren Kontakten der Behandelnden mit den Patient*innen geäußert. Außerdem stimmten die Angehörigen oder Mitbewohner*innen zu 61% zu, dass sie der Patientin/dem Patienten bei Bedarf erneut eine StäB anstatt einer stationären Behandlung empfehlen würden. Obwohl diese Frage die geringste Zustimmung erhielt, deutet das Ergebnis dennoch daraufhin, dass die Angehörigen oder Mitbewohner*innen, wie bereits in anderen Studien gezeigt (Wasylenki, Gehrs et al. 1997), die Behandlung zu Hause gegenüber eines stationären Aufenthalts für ihre/n Angehörige/n eher bevorzugen würden. Des Weiteren stimmt die Mehrheit der Angehörigen oder Mitbewohner*innen zu, dass es der Patientin/dem Patienten nach der Behandlung besser geht und dass sie zuversichtlich sind, dass er/sie im Alltag nun besser zurechtkommen wird. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. forderte in einer Stellungnahme unter anderem, dass die Angehörigen bei einer Behandlung zu Hause nicht in die Rolle eines Hilfspflegers gedrängt werden

dürften (2016). In dieser Studie äußerte keine/r der Angehörigen oder Mitbewohner*innen, dass er oder sie durch die StäB vermehrt zur Verantwortungsübernahme gedrängt worden wären, allerdings wurde nicht explizit danach gefragt, sodass diese Befürchtung nicht vollständig außer Acht gelassen werden sollte.

Zwei Angehörige / Mitbewohner*innen verfassten zudem einige Stichpunkte zu der Frage „Anregungen bzw. Verbesserungsvorschläge“. Der Großteil der Antworten waren positive Rückmeldungen (z.B. zur Freundlichkeit des Personals und zum guten Nutzen der täglichen Kontakte). Als Verbesserungsvorschläge wurden eine längere Dauer der StäB und häufigere Gespräche (v.a. mit Psycholog*innen) sowie eine transparentere Gestaltung der StäB angeführt.

4.3.3 Zufriedenheit der Behandelnden

In früheren Reviews wurde bemängelt, dass die Zufriedenheit der Behandelnden hinsichtlich verschiedener Arten des HTs in vielen Studien nicht ausreichend untersucht und berücksichtigt wurde (Irving, Adams et al. 2006). Dabei stellt die Zufriedenheit der Behandelnden einen wichtigen Aspekt des HTs dar, da die Mitarbeiter*innen maßgeblich zum Gelingen der StäB beitragen. Bauer et al. konnten außerdem aufzeigen, dass das klinische Outcome der Patient*innen im HT entscheidend von der Einsatzbereitschaft und dem Engagement der Mitarbeitenden abhängt (2016). Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten lassen auf eine recht hohe Zufriedenheit der Behandelnden mit der StäB schließen, wenngleich die Zufriedenheit geringer ausfiel als bei den Patient*innen oder Angehörigen/Mitbewohner*innen. Die Hauptkritikpunkte waren eine unzureichende Kommunikation innerhalb des Teams und andere strukturelle Mängel (z.B. Personalmangel, fehlende Leitung), welche am ehesten darauf zurückzuführen sind, dass die StäB eine sehr neue Art der Behandlung darstellt und dementsprechend viele Abläufe erst noch erprobt und Mängel identifiziert und verbessert werden müssen. Einige der im Verlauf der Studie benannten Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge konnten bereits in den Folgemonaten aufgenommen und umgesetzt werden.

Im Vergleich zu den anderen beiden befragten Gruppen (Patient*innen bzw. Angehörige/Mitbewohner*innen) fiel die durchschnittliche Zufriedenheit der Behandelnden etwas niedriger aus. Diesbezüglich sind vor allem zwei Aspekte zu nennen: Zum einen gaben die Behandelnden an, dass sie sich für die Behandlung zu Hause eher nicht ausreichend fortgebildet sahen. Zum anderen legen die Ergebnisse nahe, dass den Behandelnden, wie in anderen Studien bereits gezeigt (Wyder, Fawcett et al. 2018), der tägliche Team-Kontakt durchschnittlich eher fehlte. Trotz dieser strukturellen Mängel stimmten die Behandelnden zu 86% zu, dass sie gerne weiterhin in der StäB arbeiten würden. Dieses Ergebnis und auch die Tatsache, dass die drei letzten Fragen bezüglich der Behandlung im gewohnten Umfeld der Patient*innen sehr hohe Mittelwerte erzielten, legen nahe, dass die Behandelnden gerne in der StäB arbeiten und dass sie das Konzept der Behandlung im häuslichen Umfeld der Patient*innen als sinnvoll erachten. Weiterhin fanden Wyder et al. heraus, dass es den Mitarbeitenden schwer fiel „*in diesem kollegialen Rahmen Professionalität und Abgrenzung aufrechtzuerhalten*“ (2018). Die meisten Behandelnden der PP.rt gaben hingegen an, dass sie die professionelle Distanz zu den Patient*innen recht gut wahren konnten. Es gab jedoch auch Mitarbeitende, die angaben, dass sie damit Schwierigkeiten hatten. Auch Schwarz et. al führten an, dass den Mitarbeiter*innen die Abgrenzung zu den Patient*innen bei einer Behandlung zu Hause teilweise schwerer fiel als auf Station (2020). Es ist daher wichtig, die Behandelnden für die StäB und andere Formen des HTs ausreichend fortzubilden und sie im Umgang mit den Patient*innen in deren privatem Umfeld explizit zu schulen, um die Grenze zwischen therapeutischer und freundschaftlicher Beziehung zu wahren. Des Weiteren stimmten die Behandelnden mehrheitlich zu, dass sie während der StäB mehr Verantwortung und neue Aufgaben übernahmen und mehr Entscheidungen selbstständig trafen als auf Station üblich. Diese Ergebnisse legen nahe, dass die StäB eine Art der Behandlung ist, die mehr Flexibilität und Eigenständigkeit fordert als beispielsweise die Arbeit auf Station (Wyder, Fawcett et al. 2018). Eben jenen Aspekt führten einige Behandelnde bei den offenen Fragen als besonders positiv an. Besonders gut gefiel den Mitarbeitenden auch, dass sie mehr Zeit mit den

Patient*innen verbringen konnten und diese intensiver erlebt wurde. Auch Schwarz et al. beschrieben ähnliche Aussagen der Behandelnden im HT (2020). Zusätzlich wurde das Kennenlernen des Umfelds der Patient*innen und das dadurch geschaffene partnerschaftliche Therapieklima positiv beurteilt.

Zu den Kritikpunkten gehörten vor allem eine mangelnde Struktur, wie etwa eine zu geringe Personalbesetzung und fehlende Leitung sowie eine unzureichende Kommunikation innerhalb des Teams. Außerdem wurde der Zeit- und Organisationsaufwand bemängelt, da akute Krisen unter Umständen sehr zeitaufwendig sein können und die Zeit dann an anderen Stellen fehle. Es fällt auf, dass es sich fast ausschließlich um organisatorische und strukturelle Mängel handelt und weniger um Kritik an dem Konzept der Behandlung. Da die StäB eine sehr neue Art der Behandlung ist und die Datenerhebung kurz nach der Einführung der StäB in der PP.rt erfolgte, sind die genannten Probleme am ehesten darauf zurückzuführen, dass sich das Team zu diesem Zeitpunkt noch im Aufbau befand und es daher noch einige Unsicherheiten bezüglich der Abläufe und organisatorische Hürden gab.

Die Verbesserungsvorschläge der Behandelnden ergeben sich fast vollständig aus den Kritikpunkten, sodass mehr Personal, ein eigenes StäB-Team mit eigener Leitung, bessere Kommunikation innerhalb des Teams mit häufigeren Besprechungen und andere strukturelle Verbesserungsvorschläge geäußert wurden. Ein Großteil dieser Vorschläge konnte mittlerweile umgesetzt werden.

4.4 Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen

Um mögliche Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit zwischen den StäB-Patient*innen und den stationären Patient*innen aufzuzeigen, wurden die Ergebnisse der im Rahmen dieser Studie durchgeführten Zufriedenheitsbefragung der StäB-Patient*innen mit den Daten einer aktuellen stationären Zufriedenheitsbefragung der PP.rt, die vom 01.12.2018 bis 31.03.2019 erfolgte, verglichen.

Betrachtet man die Ergebnisse, so fällt auf, dass sich in beiden Gruppen eine recht hohe Zufriedenheit mit der jeweiligen Behandlung abzeichnet. Insgesamt liegen die Mittelwerte der StäB-Patient*innen immer etwas über jenen der stationären Patient*innen. Lediglich für die Frage „Ich würde diese Klinik / die stationsäquivalente Behandlung erneut in Anspruch nehmen“ erzielten beide Gruppen einen gleich hohen Mittelwert. Die StäB-Patient*innen scheinen mit ihrer Behandlung demnach mindestens so zufrieden zu sein wie die stationären Patient*innen. Andere Studien beschrieben eine Überlegenheit des HTs im Vergleich zur stationären Behandlung hinsichtlich der Zufriedenheit der Patient*innen (Hoult, Rosen et al. 1984, Johnson, Nolan et al. 2005). Berhe et al. relativierten diese Aussage jedoch, da, wie in dieser Studie auch, die absolute Zufriedenheit der stationären Patient*innen ebenfalls recht hoch ausfiel (2005). Generell sind hohe Zufriedenheiten von 70-100% bei der Befragung von psychiatrischen Patient*innen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich üblich (Weinstein 1979, Lebow 1983, Sishta, Rinco et al. 1986), sodass ein möglicher Deckeneffekt bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte. Lebow et al. führten an, dass der Anteil der Patient*innen, die sich in den Befragung als ausdrücklich unzufrieden äußern, in der Regel weniger als 10% darstellt (1983).

Außerdem könnten die Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit beider Gruppen auf die Art der Befragung zurückzuführen sein. Während die stationären Patient*innen den Fragebogen ausgehändigt bekamen und selbstständig ausfüllen und anonym abgeben konnten, wurden die StäB-Patient*innen durch eine Doktorandin zu Hause aufgesucht und konnten dort unter Beisein der Doktorandin eigenständig den Fragebogen ausfüllen. Unter Umständen waren die StäB-Patient*innen daher weniger geneigt, ihre Unzufriedenheit anzugeben, als sie es in einem anonymeren Setting gewesen wären. LeVois fand heraus, dass mündliche Befragungen durchschnittlich etwa 10% höhere Zufriedenheitswerte erzielen als schriftliche Befragungen (1981). In diesem Fall handelte es sich zwar nicht um eine mündliche Befragung im eigentlichen Sinne, dennoch könnte bereits die Anwesenheit einer kliniknahen Person während des Ausfüllens des Fragebogens zu Verzerrungen geführt haben. Außerdem sollte

berücksichtigt werden, dass sich in dieser Studie die Stichprobengrößen beider Gruppen deutlich unterscheiden, sodass die Ergebnisse in Folgestudien unter kontrollierten Bedingungen überprüft werden sollten.

4.5 Unterschiede zwischen Stadt und Land

Zur Untersuchung möglicher Unterschiede zwischen Stadt und Land wurden die 50 StäB-Patient*innen der PP.rt (Stadt) den 50 StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten (Land), deren Daten im Rahmen einer zweiten Dissertation erhoben wurden (Hirschek, unv. Diss.), einander gegenübergestellt. In dieser Arbeit wurden vor allem die soziodemographischen Daten und die Zufriedenheitsdaten beider Gruppen verglichen.

4.5.1 Soziodemographische Unterschiede der StäB-Patient*innen zwischen Stadt und Land

Weder hinsichtlich der Geschlechter- noch der Altersverteilung konnten signifikante Unterschiede festgestellt werden. In beiden Gruppen wurden mehr Frauen als Männer und überwiegend Personen zwischen 40-60 Jahren behandelt. Erste Unterschiede zeichnen sich jedoch bei der Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen ab. Das Spektrum der Hauptdiagnosen war in Reutlingen größer als in Zwiefalten. Während in Zwiefalten die Mehrheit der Patient*innen an affektiven Störungen litt, gab es in Reutlingen zusätzlich einen großen Anteil an Patient*innen mit schizophrenen Erkrankungen oder Belastungsstörungen. Auch andere Studien untersuchten Unterschiede bezüglich der psychiatrischen Diagnoseverteilung zwischen Stadt und Land, wobei es jedoch keine international einheitlichen Definitionen für die Begriffe „Stadt“ bzw. „städtisch“ (engl. „urban“) und „Land“ bzw. „ländlich“ (engl. „rural“) gibt (Marsella 1998). Dadurch variieren die Voraussetzungen der Studien mitunter deutlich, sodass sie teilweise nicht direkt miteinander verglichen werden können. Peen et al. führten anhand von 20 Studien eine Meta-Analyse bezüglich der Prävalenz von psychiatrischen Erkrankung im ländlichen und städtischen Raum durch (2010). Dabei stellten sie fest, dass die Prävalenz von psychischen

Erkrankungen in der Stadt höher ist als auf dem Land. Andere Studien konnten zeigen, dass unter anderem Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis deutlich häufiger in städtischen Gebieten auftreten als auf dem Land (Freeman 1994, Mortensen, Pedersen et al. 1999). Als mögliche Gründe für die höhere Prävalenz von Schizophrenie in Städten wurden unter anderem toxische Einflüsse, Stress, Infektionen, Ernährungsgewohnheiten oder Migration genannt (Vassos, Agerbo et al. 2016). Diese Erkenntnisse könnten eine Erklärung für die Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen zwischen Reutlingen und Zwiefalten darstellen. Eine weitere mögliche Erklärung wäre eine unterschiedliche Herangehensweise der StäB-Teams beider Standorte hinsichtlich der Rekrutierung der StäB-Patient*innen. Möglicherweise wurde in Zwiefalten zunächst der Fokus auf Ersterkrankte mit affektiven Störungen gelegt und die StäB so etabliert und erprobt, während in Reutlingen von Beginn an viele chronisch kranke, oftmals schizophrene Patient*innen aus der Klinik übernommen wurden.

Außerdem gibt es mehrere Anhaltspunkte dafür, dass die städtischen Patient*innen durchschnittlich etwas kränker waren als die ländlichen Patient*innen. So gab es beispielsweise in Reutlingen mehr Patient*innen mit mindestens einer psychiatrischen Nebendiagnose, ein deutlich geringerer Teil ging einer eigenen Arbeitstätigkeit nach und fast alle Patient*innen waren bereits mindestens einmal stationär-psychiatrisch behandelt worden. Ein Grund für das etwas kränkere Patientenkollektiv in Reutlingen könnten die Unterschiede in der Form der Zuweisung sein. In Reutlingen wurden mehr Patient*innen von Station oder aus der Tagesklinik übernommen als auf dem Land, wo die Mehrheit der Patient*innen von zu Hause aus in die StäB aufgenommen wurde und ein größerer Anteil Erstaufnahmen waren, die oftmals durch niedergelassene Hausärzte vermittelt wurden. Häufige stationäre Wiederaufnahmen sprechen eher für ein chronifiziertes Krankheitsgeschehen und somit für einen eher schweren Verlauf der Krankheit. Dafür spricht auch, dass der Zustand bei Entlassung bei den ländlichen Patient*innen durchschnittlich besser war als bei den städtischen Patient*innen. Da es allerdings in der Stadt einen großen Anteil

an nicht beurteilbaren Fällen gab, könnte es dadurch zu Verzerrungen gekommen sein.

Gegen die Hypothese, dass die städtischen Patient*innen durchschnittlich etwas kränker waren als die ländlichen Patient*innen spricht, dass es kaum Unterschiede in der Beurteilung des Schweregrads der Erkrankung gibt. Demnach wurden in beiden Gruppen vor allem deutlich bis extrem schwer kranke Patient*innen behandelt. Dabei handelt es sich jedoch um eine subjektive Einschätzung der Behandelnden, die nicht vollständig objektivierbar und somit nur eingeschränkt vergleichbar ist.

Hinsichtlich der übrigen Items wie Migrationshintergrund, Muttersprache, Substanzmissbrauch vor oder während der StäB, Komplikationen, usw. gab es kaum Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Behandlungsdauer war auf dem Land signifikant länger als in der Stadt. Das könnte jedoch den Grund haben, dass ein Großteil der Patient*innen in Reutlingen von Station übernommen wurde und somit die Behandlungsdauer in der StäB durch die stationäre Anfangsbehandlung etwas kürzer ausfiel. Auf dem Land kam der Großteil der Patient*innen hingegen von zu Hause, sodass die gesamte Behandlung in der StäB erfolgte und daher entsprechend länger ausfiel.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die beiden Populationen hinsichtlich der soziodemographischen Daten recht ähnlich sind. Die Unterschiede lassen sich am ehesten darauf zurückführen, dass in Zwiefalten mehr Erstaufnahmen mit affektiven Störungen behandelt wurden, während in Reutlingen Patient*innen mit häufigen stationären Voraufenthalten und vermehrt schizophrenen oder Belastungsstörungen behandelt wurden. Außerdem sind die Tageskliniken in Reutlingen eng mit der StäB vernetzt, sodass die Unterschiede hinsichtlich der Zuweisung am ehesten durch die Versorgungsstruktur vor Ort zu erklären sind.

4.5.2 Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit der StäB-Patient*innen zwischen Stadt und Land

Auch die Daten zur Zufriedenheit beider Gruppen lassen kaum Unterschiede erkennen. Sowohl die städtischen als auch die ländlichen Patient*innen zeigten sich mit der Behandlung sehr zufrieden. Es fällt auf, dass die Mittelwerte der ländlichen Patient*innen bei fast allen Fragen etwas höher ausfielen als die der städtischen Patient*innen. Dieser Unterschied könnte sich durch die unterschiedliche Diagnoseverteilung beider Gruppen begründen lassen. In verschiedenen Studien wurde untersucht, ob soziodemographische Daten oder psychiatrische Diagnosen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlung haben. Während Hansson et al. keine Unterschiede in der Zufriedenheit der Patient*innen hinsichtlich der Diagnosen feststellen konnten (1989), fanden Kelstrup et al. heraus, dass Patient*innen mit affektiven Störungen eine höhere Zufriedenheit angaben als Patient*innen mit schizophrenen Störungen (1993).

Des Weiteren könnte die Art der Datenerhebung einen Grund für die durchschnittlich höhere Zufriedenheit auf dem Land darstellen. Während in Reutlingen eine unabhängige Doktorandin die Befragung der Patient*innen durchführte, geschah dies in Zwiefalten durch einen Doktoranden, der gleichzeitig als ärztlicher Mitarbeiter im StäB-Team tätig ist. Unter Umständen könnten diese Voraussetzungen dazu geführt haben, dass die Patient*innen in Zwiefalten eher dazu geneigt waren, sozial erwünscht zu antworten. Ruggeri et al. stellten fest, dass Vertraulichkeit bei der Beantwortung der Fragen unbedingt gegeben sein sollte, da Patient*innen sonst weniger dazu geneigt sind, Unzufriedenheit anzugeben (1994). Dass die Frage „Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan“ bei beiden Gruppen deutlich niedrigere Mittelwerte erzielte als die übrigen Fragen, könnte, wie bereits unter *4.3.1 Zufriedenheit der StäB-Patient*innen* angeführt, am ehesten damit zusammenhängen, dass es die einzig negativ formulierte Frage war.

4.6 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die StäB für sämtliche Diagnose- und Altersgruppen und auch für schwer psychisch kranke Patient*innen eine gute Behandlungsalternative zur stationären Behandlung darstellen kann. Vor der Einführung der StäB bestand die Befürchtung, dass dort vorrangig „gesündere“ Patient*innen behandelt werden würden und die StäB für schwer psychisch kranke Patient*innen ungeeignet sei. Hierfür konnten in dieser Studie keine Hinweise gefunden werden. Im Gegenteil, die Ergebnisse legen nahe, dass die StäB-Patient*innen mindestens so schwer krank und mit ihrer Behandlung mindestens so zufrieden waren wie die stationäre Vergleichsgruppe. Generell konnte in allen drei befragten Gruppen (Patient*innen, Angehörige/Mitbewohner*innen, Behandelnde) eine hohe Zufriedenheit mit der StäB nachgewiesen werden, sodass die StäB nicht nur eine therapeutisch sinnvolle, sondern auch eine nutzerfreundliche Art der Behandlung darzustellen scheint. Außerdem konnten anhand der Zufriedenheitsdaten der Patient*innen zwei besonders wichtige und positive Aspekte der StäB identifiziert werden. Zum einen leistet die StäB eine intensivere und individuellere Behandlung als sie auf Station möglich ist. Zum anderen schätzen die Patient*innen die Tatsache, dass die Behandlung in ihrem gewohnten Umfeld stattfindet und dass somit mehr Freiraum und Eigenbestimmung erhalten bleiben als auf Station. Auch die hohen Zufriedenheitswerte der Angehörigen und Mitbewohner*innen lassen vermuten, dass die Behandlung zu Hause für die Angehörigen und Mitbewohner*innen eine sinnvolle und zumutbare Behandlungsalternative zur stationär-psychiatrischen Behandlung darstellt. Die Behandelnden kritisierten überwiegend strukturelle Mängel, zeigten sich aber mit der Behandlung an sich ebenfalls sehr zufrieden. Hier gilt es, Abläufe noch besser zu erproben, Probleme zu identifizieren und fortbestehende Mängel (z.B. Personalmangel, unzureichende Kommunikation) zu beheben. Der Stadt-Land-Vergleich ergab kaum Unterschiede zwischen beiden Populationen. Sowohl in Reutlingen als auch in Zwiefalten wurden schwer kranke Patient*innen behandelt, wobei es Hinweise gibt, dass die Patient*innen in der Stadt durchschnittlich etwas kränker waren. Dieser Unterschied konnte am ehesten auf die Form der Zuweisung zurückgeführt werden. Die Zufriedenheit

beider Gruppen erwies sich als ähnlich hoch, sodass insgesamt an beiden Standorten gute Erfolge mit der StäB erzielt werden konnten.

Die Limitationen dieser Studie ergeben sich am ehesten durch die fehlende Randomisierung der Gruppen und die relativ kleine Fallzahl der Stichproben. Dadurch ist der Vergleich zwischen den StäB-Patient*innen und den stationären Patient*innen nur bedingt möglich. Da im Rahmen dieser Studie kein Follow-Up der Patient*innen erfolgte, sind weitere Untersuchungen notwendig, um langfristige Behandlungserfolge der StäB im Vergleich zur stationären Behandlung abbilden zu können. Eine mögliche Hypothese wäre, dass StäB-Patient*innen über einen gewissen Zeitraum eine signifikant geringere stationär-psychiatrische Wiederaufnahmerate haben als stationäre Patient*innen. Diese Hypothese soll unter anderem im Rahmen der AKtiV-Studie, einer explorativen, naturalistischen, multizentrischen quasi-experimentellen, Mixed-Methods-Kohortenstudie mit Vorher-Nachher-Messung (Baumgardt, Schwarz et al. 2020), getestet werden.

Außerdem könnten zukünftige Studien auf Grundlage dieser Ergebnisse genauer untersuchen, ob die StäB auch bei Suchtpatient*innen eine zielführende Art der Behandlung darstellt und ob bestimmte Patientengruppen besonders von der StäB profitieren. Des Weiteren wäre es interessant, die Zufriedenheit und Erfahrung der an der Behandlung beteiligten Gruppen anhand von größeren Fallzahlen zu untersuchen, um so beispielsweise spezifische Wirk- und Störfaktoren der StäB zu identifizieren. Auch diese Fragestellung soll im Rahmen der AKtiV-Studie (Baumgardt, Schwarz et al. 2020) geklärt werden. Bei einer Zufriedenheitsbefragung sollte auf eine Balance zwischen positiv und negativ formulierten Items im Fragebogen geachtet werden und eine möglichst anonyme Beantwortung gewährleistet werden.

5 Zusammenfassung

Spätestens seit der Psychiatrie-Enquête von 1975 wurde der Sinn für gemeindenahere psychiatrische Versorgungskonzepte in Deutschland geschärft. Nichtsdestotrotz gab es bislang keine aufsuchende psychiatrische Behandlungsform mit festen gesetzlichen Rahmenbedingungen, wie sie in anderen europäischen Ländern und den USA längst üblich ist. Stattdessen herrscht noch immer eine sektorale Trennung in stationär und ambulant vor, wodurch eine große Lücke ungenutzter Versorgungsmöglichkeiten entsteht. Diese Lücke soll nun durch die stationsäquivalente Behandlung (StäB), wenn nicht geschlossen, so doch verringert werden. Die StäB ist eine seit 01.01.2018 bestehende psychiatrische Akutbehandlung, die es schwer psychisch kranken Menschen ermöglicht, durch ein multiprofessionelles Team fachgerecht im häuslichen Umfeld versorgt und behandelt zu werden. Wie der Name vermuten lässt, entspricht die StäB sowohl hinsichtlich der Flexibilität als auch der Komplexität einer vollstationären Behandlung.

Ziel dieser Pilotstudie war es, erste wissenschaftliche Erkenntnisse zur StäB zu sammeln und daraus mögliche Hypothesen für größere Folgestudien abzuleiten. Dabei lag das Augenmerk vor allem auf soziodemographischen Aspekten der StäB-Patient*innen sowie der Zufriedenheit der an der Behandlung beteiligten Personen (Patient*innen, Angehörige/Mitbewohner*innen, Behandelnde).

Die Studie erfolgte bizenitrisch an der PP.rt in Reutlingen und dem ZfP Südwürttemberg an der Klinik Zwiefalten. An beiden Standorten wurden jeweils die ersten 50 Patient*innen, die bereit waren an der Studie teilzunehmen und die Einschlusskriterien erfüllten, in die Studie eingeschlossen. Die Erhebung in Reutlingen erfolgte im Rahmen dieser Arbeit, während die Daten in Zwiefalten im Rahmen einer zweiten Dissertation erhoben wurden. Zur Auswertung wurden sowohl soziodemographische Daten (z.B. Geschlecht, Alter, Hauptdiagnose) als auch Daten der psychiatrischen Basisdokumentation und weitere Variablen (z.B. Behandlungsdauer, Unterbrechung) herangezogen und verglichen. Zusätzlich wurden drei Zufriedenheitsfragebögen entwickelt, mit welchen die Patient*innen, gegebenenfalls deren Angehörige oder Mitbewohner*innen sowie die

Behandelnden zu ihrer Zufriedenheit mit der StäB befragt wurden. In einem nächsten Schritt wurden die StäB-Patient*innen der PP.rt mit einer stationären Vergleichsgruppe der PP.rt hinsichtlich der oben genannten Kriterien verglichen. Abschließend erfolgte ein Stadt-Land-Vergleich, wobei die StäB-Patient*innen aus Reutlingen als städtische Patientenpopulation betrachtet wurden und mit den StäB-Patient*innen aus Zwiefalten als ländlicher Patientenpopulation verglichen wurden.

Unter den StäB-Patient*innen waren überwiegend Frauen zwischen 40-60 Jahren mit schizophrenen, affektiven und Belastungsstörungen. Außerdem deuteten einige Indikatoren auf ein schwer bis sehr schwer krankes Patientenkollektiv hin. So bestritten beispielsweise nur 8% ihr Einkommen durch eigene Arbeitstätigkeit und 40% waren zuvor bereits über 5-mal in stationär-psychiatrischer Behandlung gewesen. Bei der Zufriedenheitsbefragung konnten für alle drei Gruppen sehr hohe Zufriedenheitswerte festgestellt werden. Der Vergleich mit den stationären Patient*innen ergab, dass in der StäB signifikant mehr Frauen behandelt wurden als auf Station. Außerdem zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Diagnoseverteilung beider Gruppen. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die StäB-Patient*innen mindestens so schwer krank und mit ihrer Behandlung mindestens so zufrieden waren wie die stationäre Vergleichsgruppe. Im Stadt-Land-Vergleich konnten vor allem Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsdauer und der Diagnoseverteilung festgestellt werden. Die übrigen Variablen zeigten kaum Unterschiede und auch die Zufriedenheit beider Patientengruppen war vergleichbar hoch.

Zusammenfassend konnte diese Studie zahlreiche Hinweise dafür finden, dass die StäB auch für schwer psychisch kranke Menschen und über sämtliche Diagnosegruppen hinweg eine ebenso therapeutisch sinnvolle wie nutzerfreundliche Art der Behandlung darstellt. Für die Zukunft gilt es jedoch, diese Überlegungen in größeren, im besten Falle multizentrischen Studien zu überprüfen und gegebenenfalls besonders von der StäB profitierende Patientengruppen zu identifizieren.

6 Literaturverzeichnis

- Ampelas, J., M. Robin, A. Caria, I. Basbous, F. Rakowski, V. Mallat, L. Zeltner, M. Bronchard, F. Mauriac und A. Waddington (2005). "Patient and their relatives' satisfaction regarding a home-based crisis intervention provided by a mobile crisis team." L'Encephale **31**(2): 127-141.
- Asselmann, E., K. Beesdo-Baum, A. Hamm, C. O. Schmidt, J. Hertel, H. J. Grabe und C. A. Pané-Farré (2019). "Lifetime and 12-month prevalence estimates for mental disorders in northeastern Germany: findings from the Study of Health in Pomerania." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci **269**(3): 341-350.
- Bauer, E., K. Kleine-Budde, C. Stegbauer, P. Kaufmann-Kolle, K. Götz, B. Bestmann, J. Szecsenyi und A. Bramesfeld (2016). "Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons: a naturalistic study." BMC psychiatry **16**(1): 242.
- Baumgardt, J., J. Schwarz, S. von Peter, M. Holzke, G. Längle, P. Brieger, R. Kilian, J. Timm, M. Heinze, S. Weinmann und A. Bechdorf (2020). "Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV) - Eine naturalistische multizentrische kontrollierte Studie zur Evaluierung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung in Deutschland." Nervenheilkunde **39**(11): 739-745.
- Bechdorf, A., M. Skutta und A. Horn (2011). "Psychiatrische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett–Klinische Wirksamkeit von „Home Treatment“ am Beispiel der „Integrativen Psychiatrischen Behandlung (IPB)“ am Alexianer-Krankenhaus Krefeld." Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie **79**(01): 26-31.
- Becker, T., S. Claus, A. Deister, M. Driessen, K. Frasch, J. Gallinat, U. Gühne, I. Hauth, A. Heinz und A. Horn (2017). "Leistungsbeschreibung der

stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bei Erwachsenen." Psychiatr Prax **44**: 310-312.

Berhe, T., B. Puschner, R. Kilian und T. Becker (2005). „Home treatment “für psychische Erkrankungen." Der Nervenarzt **76**(7): 822-831.

Bracken, P. und B. Cohen (1999). "Home treatment in Bradford." Psychiatric Bulletin **23**(6): 349-352.

Bramesfeld, A. (2003). "Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland?" Psychiatr Prax **30**(05): 256-265.

Brimblecombe, N. und G. H. O'Sullivan (1999). "Diagnosis, assessments and admissions from a community treatment team." Psychiatric Bulletin **23**(2): 72-74.

Bromet, E., L. H. Andrade, I. Hwang, N. A. Sampson, J. Alonso, G. De Girolamo, R. De Graaf, K. Demyttenaere, C. Hu und N. Iwata (2011). "Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode." BMC medicine **9**(1): 90.

Bühringer, G., M. Klein, J. Reimer, G. Reymann, R. Thomasius und K. U. Petersen (2015). S3-Leitlinie screening, diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Springer.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (2015). "Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzungen: Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland." from https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp_node.html.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2016). Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Bundesgesetzblatt (BGBl) Teil I Nr 63. Bonn, Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz.

Bundesregierung, E. (1988). "Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung." Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn.

Bundestag, D. (1975). "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Expert report on psychiatry)–Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie-Enquete)." BT-Drucksache 7: 4200.

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (2016). "Stellungnahme des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK) für den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)."

Carpenter, R. A. und D. K. Tracy (2015). "Home treatment teams: what should they do? A qualitative study of patient opinions." Journal of Mental Health **24**(2): 98-102.

Catty, J., T. Burns, M. Knapp, H. Watt, C. Wright, J. Henderson und A. Healey (2002). "Home treatment for mental health problems: a systematic review." Psychological medicine **32**(3): 383.

Cording, C., W. Gaebel, A. Spengler, R. Stieglitz, H. Geiselhart, U. John, D. Netzold, H. Schönell, P. Spindler und S. Krischker (1995). "Die neue

psychiatrische Basisdokumentation." Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-) stationären Bereich. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde **24**: 3-41.

Cornelis, J., A. Barakat, J. Dekker, T. Schut, S. Berk, H. Nusselder, N. Ruhl, J. Zoeteman, R. Van und A. Beekman (2018). "Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: A multicentre randomized controlled trial." BMC psychiatry **18**(1): 1-11.

Croissant, D. und G. Längle (2015). "Psychiatrische Versorgung zwischen Zweitem Weltkrieg und Psychiatrieenquete: Frühe Reformansätze in Württemberg." Psychiatrische Praxis **42**(02): 102-104.

Dean, C. und E. Gadd (1990). "Home treatment for acute psychiatric illness." BMJ **301**(6759): 1021-1023.

Deister, A. und B. Wilms (2015). "Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie—Chance für eine zukunftsfähige Versorgung." Psychiatrische Praxis **42**(01): 8-10.

Department of Health (2000). The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform, Stationery Office.

Department of Health (2001). "The Mental Health Policy Implementation Guide."

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017). "Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V."

Deutscher Bundestag (1973). Der Zwischenbericht der Sachverständigenkommission. Bonn, Deutscher Bundestag.

- Dilling, H., W. Mombour, M. Schmidt und WHO (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD–10 Kapitel V (F) – Klinisch–diagnostische Leitlinien. Bern, Hogrefe AG.
- DIMDI (2020). OPS Version 2020 Band I: Systematisches Verzeichnis, Kohlhammer.
- Engfer, R. (2004). Die psychiatrische Tagesklinik: Kontinuität und Wandel, Psychiatrie-Verlag.
- Fenton, F. R., L. Tessier und E. L. Struening (1979). "A comparative trial of home and hospital psychiatric care: one-year follow-up." Archives of General Psychiatry **36**(10): 1073-1079.
- Finzen, A. (2015). "Auf dem Wege zur Reform–die Psychiatrie-Enquete wird 40." Psychiatrische Praxis **42**(07): 392-396.
- Frasch, K., F. Widmann und G. Bachhuber (2015). "Ein Jahr Home Treatment in Donauwörth." Psychiatrische Praxis **42**(01): 50-51.
- Freeman, H. (1994). "Schizophrenia and city residence." The British Journal of Psychiatry **164**(S23): 39-50.
- Freyberger, H. J. (2001). "Zur Bedeutung störungsspezifischer vs. allgemeiner Therapieansätze aus der Sicht der Psychiatrie." Psychother Psychosom Med Psychol **51**(11): 413-417.
- Gaebel, W., H. Spießl und T. Becker (2009). Routinedaten in der Psychiatrie: sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung, Springer Science & Business Media.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen

der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)."

Glover, E. M., T. Jovanovic und S. D. Norrholm (2015). "Estrogen and extinction of fear memories: implications for posttraumatic stress disorder treatment." Biological psychiatry **78**(3): 178-185.

Glover, G., G. Arts und K. S. Babu (2006). "Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England." The British Journal of Psychiatry **189**(5): 441-445.

Goetter, E. M., E. Bui, R. A. Ojserkis, R. J. Zakarian, R. W. Brendel und N. M. Simon (2015). "A systematic review of dropout from psychotherapy for posttraumatic stress disorder among Iraq and Afghanistan combat veterans." Journal of Traumatic Stress **28**(5): 401-409.

Goldsack, S., M. Reet, H. Lapsley und M. Gingell (2005). "Experiencing a recovery-oriented acute mental health service: home based treatment from the perspectives of service users, their families and mental health professionals." Wellington: Mental Health Commission.

Greenwood, P. E. und M. S. Nikulin (1996). A guide to chi-squared testing, John Wiley & Sons.

Grob, G. N. (2014). From asylum to community: Mental health policy in modern America, Princeton University Press.

Gruyters, T. (1994). "Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten. Resultate und Probleme der systematischen Erforschung." Psychiatrische Praxis **21**(3): 88-95.

- Gühne, U., S. Weinmann, K. Arnold, E.-S. Atav, T. Becker und S. Riedel-Heller (2011). "Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland." Psychiatrische Praxis **38**(03): 114-122.
- Gühne, U., S. Weinmann, S. G. Riedel-Heller und T. Becker (2019). S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Springer-Verlag.
- Hansson, L. (1989). "Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. A study of a 1-year population of patients hospitalized in a sectorized care organization." Eur Arch Psychiatry Neurol Sci **239**(2): 93-100.
- Hasselberg, N., R. W. Gråwe, S. Johnson und T. Ruud (2011). "An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role?" BMC health services research **11**(1): 96.
- Hepp, U. und N. Stulz (2017a). "Home Treatment: Von der Forschung zur klinischen Umsetzung." Psychiatrische Praxis **44**(07): 371-373.
- Hepp, U. und N. Stulz (2017b). "„Home treatment“ für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen." Der Nervenarzt **88**(9): 983-988.
- Herdt, J., M. Maier und V. Claussen (2007). "Das Bezugspersonensystem im Case Management der Psychiatrie." Bezugspersonensystem und individuelle Fallführung in stationären psychiatrischen Einrichtungen als Voraussetzung für ein funktionierendes Case Management. Psychiatrie **2**: 28-33.
- Hirschek, D. "Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie". Unveröffentlichte Dissertation, Tübingen.

- Hopkins, C. und S. Niemiec (2007). "Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders." Journal of psychiatric and mental health nursing **14**(3): 310-318.
- Hoult, J. (1986). "Community care of the acutely mentally ill." The British Journal of Psychiatry **149**(2): 137-144.
- Hoult, J., I. Reynolds, M. Charbonneau-Powis, P. Weekes und J. Briggs (1983). "Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial." Australian and New Zealand Journal of Psychiatry **17**(2): 160-167.
- Hoult, J., A. Rosen und I. Reynolds (1984). "Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment." Soc Sci Med **18**(11): 1005-1010.
- Hübner-Liebermann, B., H. Spießl, P. Spindler und C. Cording (2000). "Verbesserte Erfassung des Behandlungsprozesses mit einer modifizierten BADO." Krankenhauspsychiatrie **11**(03): 102-104.
- Hunt, I. M., M. S. Rahman, D. While, K. Windfuhr, J. Shaw, L. Appleby und N. Kapur (2014). "Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011." The Lancet Psychiatry **1**(2): 135-141.
- IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY, IBM Corp.
- Imel, Z. E., K. Laska, M. Jakupcak und T. L. Simpson (2013). "Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder." Journal of consulting and clinical psychology **81**(3): 394.
- Irving, C. B., C. E. Adams und K. Rice (2006). "Crisis intervention for people with severe mental illnesses." Cochrane Database of Systematic Reviews(4).

- Jacobi, F., M. Höfler, J. Strehle, S. Mack, A. Gerschler, L. Scholl, M. A. Busch, U. Maske, U. Hapke, W. Gaebel, W. Maier, M. Wagner, J. Zielasek und H. U. Wittchen (2014). "Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung." Der Nervenarzt **85**(1): 77-87.
- Jacobs, R. und E. Barrenho (2011). "Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England." The British Journal of Psychiatry **199**(1): 71-76.
- Jaeger, S., E. Flammer und T. Steinert (2011). "Basisdokumentation in der klinischen Praxis: Wie zuverlässig sind BADO-Daten?" Psychiatrische Praxis **38**(05): 244-249.
- JCPMH, J. C. P. f. M. H. (2013). Guidance for commissioners of acute care – Inpatient and crisis home treatment.
- Johnson, S. (2013). "Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model." Advances in psychiatric treatment **19**(2): 115-123.
- Johnson, S., F. Nolan, S. Pilling, A. Sandor, J. Hoult, N. McKenzie, I. R. White, M. Thompson und P. Bebbington (2005). "Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study." Bmj **331**(7517): 599.
- Jones, R. und S. Jordan (2010). "The implementation of crisis resolution home treatment teams in Wales: results of the national survey 2007-2008." The open nursing journal **4**: 9.
- Kalucy, R., L. Thomas, B. Lia, T. Slattery und D. Norris (2004). "Managing increased demand for mental health services in a public hospital emergency department: A trial of 'Hospital-in-the-Home' for mental health consumers." International Journal of Mental Health Nursing **13**(4): 275-281.

- Kapur, N., I. Hunt, K. Windfuhr, C. Rodway, R. Webb, M. Rahman, J. Shaw und L. Appleby (2013). "Psychiatric in-patient care and suicide in England, 1997 to 2008: a longitudinal study." Psychological Medicine **43**(1): 61-71.
- Kelstrup, A., K. Lund, B. Lauritsen und P. Bech (1993). "Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients Relationship to diagnosis and medical treatment." Acta Psychiatrica Scandinavica **87**(6): 374-379.
- Kenyon, F. E. (2013). Psychiatric Emergencies and the Law: The Impact of the Mental Health Act (1959), Butterworth-Heinemann.
- Keown, P., G. Mercer und J. Scott (2008). "Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006." Bmj **337**: a1837.
- Khalifeh, H., C. Murgatroyd, M. Freeman, S. Johnson und H. Killaspy (2009). "Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis: a qualitative study." Psychiatric Services **60**(5): 634-639.
- Khan, I. und K. Pillay (2003). "Users' attitudes towards home and hospital treatment: a comparative study between South Asian and white residents of the British Isles." Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing **10**(2): 137-146.
- Kim, T. K. (2015). "T test as a parametric statistic." Korean journal of anesthesiology **68**(6): 540.
- König, H.-H., S. Heinrich, D. Heider, A. Deister, D. Zeichner, T. Birker, C. Hierholzer, M. C. Angermeyer und C. Roick (2010). "Das Regionale Psychriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende

Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen?" Psychiatrische Praxis **37**(01): 34-42.

Lambert, M., A. Karow, J. Gallinat und A. Deister (2017). "Evidenzbasierte Implementierung von stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland." Psychiatrische Praxis **44**(02): 62-64.

Längle, G. (2018). "Stationsäquivalente Behandlung (StäB)–Ein großer Schritt in die richtige Richtung–Pro." Psychiatrische Praxis **45**(03): 122-123.

Längle, G., M. Holzke und M. Gottlob (2018). Psychisch Kranke zu Hause versorgen: Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung. Stuttgart, Kohlhammer W., GmbH.

Langsley, D. G., P. Machotka und K. Flomenhaft (1971). "Avoiding mental hospital admission: A follow-up study." American Journal of Psychiatry **127**(10): 1391-1394.

Lebow, J. L. (1983). "Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings." Evaluation and program planning **6**(3-4): 211-236.

Leimkühler, A. und U. Müller (1996). "Patientenzufriedenheit–Artefakt oder soziale Tatsache?" Der Nervenarzt **67**(9): 765-773.

LeVois, M., T. D. Nguyen und C. C. Attkisson (1981). "Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings." Evaluation and program planning **4**(2): 139-150.

Lloyd-Evans, B., G. R. Bond, T. Ruud, A. Ivanecka, R. Gray, D. Osborn, F. Nolan, C. Henderson, O. Mason und N. Goater (2016). "Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams." BMC psychiatry **16**(1): 427.

- Marsella, A. J. (1998). "Urbanization, mental health, and social deviancy: A review of issues and research." American Psychologist **53**(6): 624.
- Marshall, M. und A. Lockwood (1998). "Assertive community treatment for people with severe mental disorders." Cochrane database of systematic reviews(2).
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11. Aufl. Beltz, Weinheim.
- McCrone, P., S. Johnson, F. Nolan, A. Sandor, J. Hault, S. Pilling, I. R. White, P. Bebbington und N. McKENZIE (2009). "Impact of a crisis resolution team on service costs in the UK." Psychiatric Bulletin **33**(1): 17-19.
- McKnight, P. E. und J. Najab (2010). "Mann-Whitney U Test." The Corsini encyclopedia of psychology: 1-1.
- Mortensen, P. B., C. B. Pedersen, T. Westergaard, J. Wohlfahrt, H. Ewald, O. Mors, P. K. Andersen und M. Melbye (1999). "Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia." New England Journal of Medicine **340**(8): 603-608.
- Mötteli, S., M. Jäger, U. Hepp, L. Wyder, S. Vetter, E. Seifritz und N. Stulz (2020). "Home Treatment for Acute Mental Healthcare: Who Benefits Most?" Community mental health journal: 1-8.
- Motulsky, H. (2014). Intuitive biostatistics: a nonmathematical guide to statistical thinking, Oxford University Press, USA.
- Muijen, M., I. M. Marks, J. Connolly, B. Audini und G. McNamee (1992). "The daily living programme: preliminary comparison of community versus hospital-based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission." The British Journal of Psychiatry **160**(3): 379-384.

- Munz, I., M. Ott, H. Jahn, A. Rauscher, M. Jäger, R. Kilian und K. Frasch (2011). "Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung („Home Treatment“)." Psychiatrische Praxis **38**(03): 123-128.
- Murphy, S. M., C. B. Irving, C. E. Adams und M. Waqar (2015). "Crisis intervention for people with severe mental illnesses." Cochrane Database of Systematic Reviews(12).
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (Update). Leicester (UK), British Psychological Society.
- NICE, N. I. f. H. a. C. E. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management.
- Nyhuis, P. W. und M. Zinkler (2019). "Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit." Der Nervenarzt **90**(7): 695-699.
- Oosterhuis, H. (2004). "Between institutional psychiatry and mental health care: social psychiatry in The Netherlands, 1916–2000." Medical history **48**(4): 413-428.
- Pai, S. und R. Kapur (1983). "Evaluation of home care treatment for schizophrenic patients." Acta Psychiatrica Scandinavica **67**(2): 80-88.
- Pasamanick, B., F. R. Scarpitti, M. Lefton, S. Dinitz, J. J. Wernert und H. McPheeters (1964). "Home vs hospital care for schizophrenics." Jama **187**(3): 177-181.

- Peen, J., R. A. Schoevers, A. T. Beekman und J. Dekker (2010). "The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders." Acta Psychiatrica Scandinavica **121**(2): 84-93.
- Polak, P. R. und M. W. Kirby (1976). "A model to replace psychiatric hospitals." Journal of Nervous and Mental Disease.
- Pschyrembel, W. (2014). Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 266. aktual. Aufl, Berlin, Boston: De Gruyter.
- Querido, A. (1935). Community mental hygiene in the city of Amsterdam, National Committee for Mental Hygiene.
- Regier, D. A., M. E. Farmer, D. S. Rae, B. Z. Locke, S. J. Keith, L. L. Judd und F. K. Goodwin (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study." Jama **264**(19): 2511-2518.
- Rentrop, M., A. Böhm und W. Kissling (1999). "Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung." Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie **67**(10): 456-465.
- Riedel-Heller, S., A. Bramesfeld, C. Roick, T. Becker und H.-H. König (2008). "Der Ruf nach mehr Versorgungsforschung." Psychiatrische Praxis **35**(04): 157-159.
- Ruggeri, M. (1994). "Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **29**(5): 212-227.
- Sakellaridou, E., C. Chrysanthou und A. Nienaber (2018). "„HT – Behandlung zu Hause“ in Lengerich (Westfalen) – ein Modellprojekt gemeindenaher, psychiatrischer Versorgung." Gesundheitswesen **80**(12): 1095-1098.

- Schmid, P., E. Flammer, D. Grupp und T. Steinert (2015). "Evaluation eines Modells zur sektorübergreifenden Integrierten Versorgung mittels Leistungsnutzung, Zufriedenheit und Symptomlast." Psychiatrische Praxis **42**(08): 448-454.
- Schmid, P., T. Steinert und R. Borbé (2013). "Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland." Psychiatr Prax **40**(08): 414-424.
- Schöttle, D., F. Ruppelt, A. Karow und M. Lambert (2015). "Home treatment–aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der integrierten Versorgung." PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie **65**(03/04): 140-145.
- Schwarz, J., M. Zeipert, Y. Ignatyev, S. Indefrey, B. Rehr, J. Timm, M. Heinze und S. von Peter (2020). "Implementierungsstand und Erfahrungen der Stakeholder mit der Zuhause-Behandlung in psychiatrischen Modellvorhaben (nach § 64b SGB V)–Eine Mixed-Methods Untersuchung." PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie **70**(02): 65-71.
- Sishta, S. K., S. Rinco und J. C. Sullivan (1986). "Clients' satisfaction survey in a psychiatric inpatient population attached to a general hospital." Can J Psychiatry **31**(2): 123-128.
- Sjølie, H., B. Karlsson und H. Kim (2010). "Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome—a literature review." Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing **17**(10): 881-892.
- Spengler, A. (2003). "Psychiatrische Institutsambulanzen." Der Nervenarzt **74**(5): 476-480.

- Spiessl, H. (2009). Von der BADO zum sektorübergreifenden Datenset. Routinedaten in der Psychiatrie: Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. W. Gaebel, H. Spiessl und T. Becker. Heidelberg, Steinkopff: 1-7.
- Statistisches Bundesamt (2016). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Fachserie.
- Statistisches Bundesamt (2019). "Bevölkerung im Wandel, Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung."
- Stein, L. I. und M. A. Test (1980). "Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation." Archives of general psychiatry **37**(4): 392-397.
- Steinhart, I. und G. Wienberg (2016). "Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen– Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe." Psychiatrische Praxis **43**(02): 65-68.
- Stulz, N., L. Wyder, L. Maeck, M. Hilpert, H. Lerzer, E. Zander, W. Kawohl, M. grosse Holtforth, U. Schnyder und U. Hepp (2020). "Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial." The British Journal of Psychiatry **216**(6): 323-330.
- Thornicroft, G. und M. Tansella (2013). "The balanced care model: the case for both hospital-and community-based mental healthcare." The British Journal of Psychiatry **202**(4): 246-248.
- Tomar, R., N. Brimblecombe und G. O'Sullivan (2003). "Service innovations: Home treatment for first-episode psychosis." Psychiatric Bulletin **27**(4): 148-151.

- Vassos, E., E. Agerbo, O. Mors und C. B. Pedersen (2016). "Urban–rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in Denmark." The British Journal of Psychiatry **208**(5): 435-440.
- von Kardorff, E. (2017). Diskriminierung von seelisch Beeinträchtigten. Handbuch Diskriminierung, Springer: 565-592.
- Ware Jr, J. E., M. K. Snyder, W. R. Wright und A. R. Davies (1983). "Defining and measuring patient satisfaction with medical care." Evaluation and program planning **6**(3-4): 247-263.
- Wasylenki, D., M. Gehrs, P. Goering und B. Toner (1997). "A Home-Based Program for the Treatment of Acute Psychosis." Community Mental Health Journal **33**(2): 151-162.
- Weems, G. H. und A. J. Onwuegbuzie (2001). "The impact of midpoint responses and reverse coding on survey data." Measurement and Evaluation in Counseling and Development **34**(3): 166.
- Weinmann, S., U. Gühne, M. Kösters, W. Gaebel und T. Becker (2012). "Teambasierte Gemeindepsychiatrie." Der Nervenarzt **83**(7): 825-831.
- Weinmann, S., B. Puschner und T. Becker (2009). "Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland." Der Nervenarzt **80**(1): 31-39.
- Weinstein, R. M. (1979). "Patient attitudes toward mental hospitalization: a review of quantitative research." Journal of Health and Social Behavior: 237-258.
- Wheeler, C., B. Lloyd-Evans, A. Churchard, C. Fitzgerald, K. Fullarton, L. Mosse, B. Paterson, C. G. Zugaro und S. Johnson (2015). "Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review." BMC psychiatry **15**(1): 74.

- Widmann, F., G. Bachhuber, A. Riedelsheimer, A. Schiele, S. Ullrich, R. Kilian, T. Becker und K. Frasch (2016). "Home treatment." Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie **84**(01): 42-49.
- Widmann, F., T. Becker und K. Frasch (2013). "Psychiatrische Akutbehandlung im gewohnten Umfeld." DNP-Der Neurologe und Psychiater **14**(4): 48-55.
- Williams, B. (1994). "Patient satisfaction: a valid concept?" Social science & medicine **38**(4): 509-516.
- Winness, M. G., M. Borg und H. S. Kim (2010). "Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review." Journal of Mental Health **19**(1): 75-87.
- Wyder, L., C. Fawcett, U. Hepp, M. grosse Holtforth und N. Stulz (2018). "Wie gelingt Home Treatment in der Praxis? Eine qualitative Studie unter Einbezug von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden." Psychiatrische Praxis **45**(08): 405-411.

7 Erklärungen zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt) unter Betreuung von Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte durch Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Frank Schwärzler, Herrn Dr. Hubertus Friederich, Frau Melanie Gottlob und Frau Svenja Raschmann. Es erfolgte eine gemeinsame Planung und Durchführung dieser Dissertation und der Dissertation von Herrn Denis Hirschek. Dabei wurde in beiden Dissertationen die gleiche Methodik angewandt und die jeweils erhobenen Daten wurden wechselseitig zum Vergleich zwischen den Standorten genutzt.

Die Rekrutierung der Patient*innen und die Datenerhebung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem StäB-Team der PP.rt durch mich.

Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung durch das Institut für Biometrie und mit Unterstützung von Herrn Dr. Erich Flammer durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbständig nach Anleitung durch Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 12.11.20

Eva Götz

8 Veröffentlichungen

Teile der vorliegenden Dissertationsschrift wurden bereits in den folgenden Publikationen veröffentlicht:

Götz, E., D. Hirschek, M. Gottlob, S. Raschmann, F. Schwärzler, G. Längle (2019, 27.-30. November). „Zufriedenheitsbefragung von an der stationsäquivalenten Behandlung beteiligten Personen“ (Poster Präsentation). DGPPN Kongress, Berlin.

Hirschek, D., E. Götz, M. Gottlob, H. Friederich, G. Längle (2019, 27.-30. November). „Stationsäquivalente Behandlung – Wer entscheidet sich für die neue Behandlungsform, wer könnte profitieren? Erste wissenschaftliche Erkenntnisse“ (Poster Präsentation). DGPPN Kongress, Berlin.

Raschmann, S., E. Götz, D. Hirschek, G. Längle. „StäB – Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der neuen Behandlungsform?“ Psychiatrische Praxis. Zur Veröffentlichung eingereicht im Oktober 2020.

9 Anhang

9.1 Befragung der Patient*innen

9.1.1 Informationsblatt für Patient*innen

Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zur Studie
--

Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen und städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie fragen, ob Sie bereit sind, an einer klinischen Studie teilzunehmen. Das vorliegende Informationsblatt soll dazu dienen, Ihnen den Hintergrund der Studie zu erläutern und die Entscheidung bezüglich der Studienteilnahme zu erleichtern.

Das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg am Standort Zwiefalten führt in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Reutlingen eine Pilotstudie zum Thema stationsäquivalente Behandlung durch. Dazu sollen Patienten zu ihren Erfahrungen sowie zu ihrer Zufriedenheit mit dieser neuen Behandlungsform befragt werden.

Es sollen insgesamt ca. 100 Patienten in die Studie aufgenommen werden. Davon jeweils 50 Patienten in Zwiefalten und 50 Patienten in Reutlingen.

Die Studie wird insgesamt voraussichtlich 1 1/2 Jahre dauern. Dabei beschränkt sich Ihre Teilnahme auf einen Tag, an dem wir Sie gerne mittels eines Fragebogens zu Ihrer Zufriedenheit mit der stationsäquivalenten Behandlung befragen möchten. Diese Befragung sollte nicht länger als 1 Stunde in Anspruch nehmen.

Welche Daten werden erhoben?

Im Rahmen eines Fragebogens werden wir Daten zu Ihrer eigenen Zufriedenheit sowie mögliche Verbesserungsvorschläge erfragen. Dabei sind Ihre Angaben zu jedem Zeitpunkt freiwillig.

Wie werden die Daten gespeichert und geschützt?

Die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz werden im Rahmen dieser Studie eingehalten. Es werden nur pseudonymisierte (= verschlüsselte) Datenbögen ohne Namensnennung weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen.

Welcher Nutzen ergibt sich für mich persönlich?

Persönlich können Sie keinen unmittelbaren Vorteil oder Nutzen aus der Teilnahme an der Studie erwarten. Die Ergebnisse sind dabei ausschließlich zu Forschungszwecken bestimmt. Sie sollen dazu beitragen, die Behandlung psychisch kranker Menschen zu verbessern.

Entsteht für mich ein finanzieller Vorteil aus der Nutzung meiner Daten?

Für die Teilnahme an der Studie erhalten Sie kein Entgelt.

Ergeben sich für mich irgendwelche Nachteile, wenn ich der Teilnahme an der Studie nicht zustimme?

Die Einwilligung zur Teilnahme an der oben beschriebenen Studie ist vollkommen freiwillig. Ihre Zustimmung oder Ablehnung hat keine Auswirkungen auf Ihre weitere Behandlung und Betreuung.

Die Teilnahme an dieser Studie ist selbstverständlich freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Nachteile für die weitere medizinische Versorgung zurückziehen. Sie können im Falle eines Widerrufs auch die Löschung der bis dahin erhobenen Daten verlangen, soweit nicht rechtliche Dokumentations- oder Meldepflichten entgegenstehen.

Wer ist mein Ansprechpartner für weitere Fragen?

Prof. Dr. Gerhard Längle
ZfP Südwürttemberg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Pfarrer-Leube-Straße 29
88427 Bad Schussenried
E-Mail: gerhard.laengle@zfp-zentrum.de
Telefon: +49 07583 33 1585

9.1.2 Einwilligungserklärung für Patient*innen

Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten zur Studie

Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen und städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie

Ich willige ein, dass meine Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben für medizinische Forschungszwecke verwendet werden.

Ich habe die Informationsschrift erhalten und gelesen und hatte bei der mündlichen Aufklärung über die Studie zusätzlich die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung zurückziehen kann. Beim Widerruf meiner Einwilligung habe ich das Recht, die Löschung der bis dahin erhobenen Daten zu verlangen, soweit nicht rechtliche Dokumentations- oder Meldepflichten entgegenstehen.

Datenschutzerklärung

Mir wurde versichert, dass die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz im Rahmen dieser Studie eingehalten werden und dass nur pseudonymisierte (d.h. verschlüsselte) Datenbögen ohne Namensnennung weitergegeben werden.

Ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -weitergabe einverstanden. Mir wurde versichert, dass Dritte keinen Einblick in Originalunterlagen erhalten.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Beim Widerruf werden auf mein Verlangen die erhobenen Daten vernichtet bzw. gelöscht.

Eine Kopie der Patienten-/Probandeninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Patient/Patientin

(Datum)

(Name, Vorname des/r Patienten/in in Blockschrift)

(Unterschrift des/der Patient/in)

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Patienten/Probanden eingeholt.

Behandelnde/r Arzt/Ärztin

(Datum)

(Name, Vorname des/r Arztes/Ärztin in Blockschrift)

(Unterschrift des/der Arztes/Ärztin)

9.1.3 Fragebogen für Patient*innen

Fragen 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 13 und 14 wurden wörtlich von dem ZfP Fragebogen übernommen. Inhaltlich wurde lediglich die stationäre Behandlung durch die stationsäquivalente Behandlung ersetzt. Fragen 15 und 18 wurden in leicht abgewandelter Form, aber inhaltlich identisch, von dem ZfP Fragebogen übernommen. Frage 8 wurde inhaltlich erweitert.

Fragen 2, 10, 11, 12 und 16 wurden wörtlich von dem PP.rt Fragebogen übernommen. Wieder wurde lediglich die stationäre Behandlung durch die stationsäquivalente Behandlung ersetzt. Frage 17 wurde selbstständig erarbeitet und ergänzt. Die erste und letzte der offenen Fragen wurden von dem ZfP Fragebogen übernommen.

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit im Rahmen der Studie

„Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen und städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Studie teilzunehmen. Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und im beiliegenden Umschlag verschlossen an uns zurückzugeben. Kreuzen Sie die Fragen so an, wie Sie es persönlich erlebt haben - es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Die offenen Fragen am Ende des Fragebogens dienen Ihnen als Ort für mögliche Ergänzungen. Da die Fragebögen gemeinsam und pseudonymisiert ausgewertet werden, kann leider keine persönliche Rückmeldung erfolgen.

Die Beantwortung des Fragebogens hat keinerlei Auswirkungen auf Ihre derzeitige und weitere Behandlung und Betreuung.

Ihre Teilnahme an der Studie ist selbstverständlich freiwillig. Es gelten zu jedem Zeitpunkt die Datenschutzbestimmungen, wie sie in der Einwilligungserklärung aufgeführt wurden. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihre Klinikleitung

Fallnummer:

Inwieweit können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?	Stimme uneingeschränkt zu	Stimme eher zu	Bin unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1) Meine Ziele und Wünsche zum Verlauf der stationsäquivalenten Behandlung wurden berücksichtigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Die Vorbereitung meiner stationsäquivalenten Behandlung war gut organisiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Ich habe genug Informationen bekommen, um meine Erkrankung zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen <i>Falls keine Medikamente: hier ankreuzen: <input type="radio"/></i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen <i>Falls keine Medikamente: hier ankreuzen: <input type="radio"/></i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Das mich behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Die Behandlung erfolgte nach einem auf mich zugeschnittenen Behandlungsplan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) In den Einzelgesprächen habe ich mich angenommen gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Mir geht es nach der stationsäquivalenten Behandlung besser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9 Anhang

14) Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurecht zu kommen	<input type="radio"/>				
15) Die Fortsetzung meiner Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	<input type="radio"/>				
16) Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung nach meinem Klinikaufenthalt (z.B. Selbsthilfegruppen, sonstige Einrichtungen) wurde ich ausreichend informiert	<input type="radio"/>				
17) In der Behandlung wurde gut auf meine Wünsche und Bedürfnisse eingegangen	<input type="radio"/>				
18) Ich würde die stationsäquivalente Behandlung erneut in Anspruch nehmen	<input type="radio"/>				

Die folgenden Fragen können Sie beantworten, wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten.

Was war für Sie während der Behandlung besonders wichtig?
Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut gefallen?
Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung nicht so gut gefallen?

Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

Vielen Dank!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen in den beiliegenden Umschlag und verschließen Sie diesen.

9.2 Befragung der Angehörigen und Mitbewohner*innen

9.2.1 Informationsblatt für Angehörige und Mitbewohner*innen

Informationsblatt für Angehörige und Mitbewohner/Mitbewohnerinnen zur Studie

Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen und städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie

Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrter Angehöriger,
sehr geehrte Mitbewohnerin, sehr geehrter Mitbewohner,

wir möchten Sie fragen, ob Sie bereit sind, an einer klinischen Studie teilzunehmen. Das vorliegende Informationsblatt soll dazu dienen, Ihnen den Hintergrund der Studie zu erläutern und die Entscheidung bezüglich der Studienteilnahme zu erleichtern.

Das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg am Standort Zwiefalten führt in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Reutlingen eine Pilotstudie zum Thema stationsäquivalente Behandlung durch. Dazu sollen Patienten und Ihre Angehörigen bzw. Mitbewohner zu ihren Erfahrungen sowie zu ihrer Zufriedenheit mit dieser neuen Behandlungsform befragt werden.

Es sollen insgesamt ca. 100 Patienten und deren Angehörige/Mitbewohner in die Studie aufgenommen werden. Davon jeweils 50 Patienten in Zwiefalten und 50 Patienten in Reutlingen.

Die Studie wird insgesamt voraussichtlich 1 1/2 Jahre dauern. Dabei beschränkt sich Ihre Teilnahme auf einen Tag, an dem wir Sie gerne mittels eines Fragebogens zu Ihrer Zufriedenheit mit der stationsäquivalenten Behandlung Ihres Angehörigen/Ihres Mitbewohners befragen möchten. Diese Befragung sollte nicht länger als 1 Stunde in Anspruch nehmen.

Welche Daten werden erhoben?

Im Rahmen eines Fragebogens werden wir Daten zu Ihrer Zufriedenheit sowie mögliche Verbesserungsvorschläge erfragen. Dabei sind Ihre Angaben zu jedem Zeitpunkt freiwillig.

Wie werden die Daten gespeichert und geschützt?

Die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz werden im Rahmen dieser Studie eingehalten. Es werden nur pseudonymisierte (= verschlüsselte) Datenbögen ohne Namensnennung weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen.

Welcher Nutzen ergibt sich für mich persönlich?

Persönlich können Sie keinen unmittelbaren Vorteil oder Nutzen aus der Teilnahme an der Studie erwarten. Die Ergebnisse sind dabei ausschließlich zu Forschungszwecken bestimmt. Sie sollen dazu beitragen, die Behandlung psychisch kranker Menschen zu verbessern.

Entsteht für mich ein finanzieller Vorteil aus der Nutzung meiner Daten?

Für die Teilnahme an der Studie erhalten Sie kein Entgelt.

Ergeben sich für mich irgendwelche Nachteile, wenn ich der Teilnahme an der Studie nicht zustimme?

Die Einwilligung zur Teilnahme an der oben beschriebenen Studie ist vollkommen freiwillig. Ihre Zustimmung oder Ablehnung hat keine Auswirkungen auf die weitere Behandlung und Betreuung Ihres Angehörigen/Ihres Mitbewohners.

Die Teilnahme an dieser Studie ist selbstverständlich freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Nachteile für die weitere medizinische Versorgung Ihres Angehörigen/Ihres Mitbewohners zurückziehen. Sie können im Falle eines Widerrufs auch die Löschung der bis dahin erhobenen Daten verlangen, soweit nicht rechtliche Dokumentations- oder Meldepflichten entgegenstehen.

Wer ist mein Ansprechpartner für weitere Fragen?

Prof. Dr. Gerhard Längle
ZfP Südwürttemberg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Pfarrer-Leube-Straße 29
88427 Bad Schussenried
E-Mail: gerhard.laengle@zfp-zentrum.de
Telefon: +49 07583 33 1585

9.2.2 Einwilligungserklärung für Angehörige und Mitbewohner*innen

Einwilligungserklärung für Angehörige und Mitbewohner/Mitbewohnerinnen zur Studie

Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen und städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie

Ich willige ein, dass meine Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben für medizinische Forschungszwecke verwendet werden.

Ich habe die Informationsschrift erhalten und gelesen und hatte bei der mündlichen Aufklärung über die Studie zusätzlich die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für meinen Angehörigen/meine Angehörige, meinen Mitbewohner/meine Mitbewohnerin zurückziehen kann. Beim Widerruf meiner Einwilligung habe ich das Recht, die Löschung der bis dahin erhobenen Daten zu verlangen, soweit nicht rechtliche Dokumentations- oder Meldepflichten entgegenstehen.

Datenschutzerklärung

Mir wurde versichert, dass die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz im Rahmen dieser Studie eingehalten werden und dass nur pseudonymisierte (d.h. verschlüsselte) Datenbögen ohne Namensnennung weitergegeben werden.

Ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -weitergabe einverstanden. Mir wurde versichert, dass Dritte keinen Einblick in Originalunterlagen erhalten.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Beim Widerruf werden auf mein Verlangen die erhobenen Daten vernichtet bzw. gelöscht.

Eine Kopie der Angehörigen-/Mitbewohnerinformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Angehörige/Mitbewohner/Mitbewohnerin

(Datum)

(Name, Vorname des/r Angehörigen in Blockschrift)

(Unterschrift des/der Angehörigen)

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des/der Angehörigen, des Mitbewohners/der Mitbewohnerin eingeholt.

Behandelnde/r Arzt/Ärztin

(Datum)

(Name, Vorname des/r Arztes/Ärztin in Blockschrift)

(Unterschrift des/der Arztes/Ärztin)

9.2.3 Einwilligungserklärung für Patientinnen zur Befragung von Angehörigen oder Mitbewohner*innen

Einwilligungserklärung der Patientinnen und Patienten zur Befragung eines Angehörigen/Mitbewohners

Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen und städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie

Ich willige ein, dass mein Angehöriger/meine Angehörige bzw. meine Mitbewohnerin/mein Mitbewohner im Rahmen der Studie zur Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen und städtischen Raum befragt werden darf und die Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben, für medizinische Forschungszwecke verwendet werden.

Beim Widerruf meiner Einwilligung habe ich das Recht, die Löschung der bis dahin erhobenen Daten zu verlangen, soweit nicht rechtliche Dokumentations- oder Meldepflichten entgegenstehen.

Datenschutzerklärung

Mir wurde versichert, dass die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz im Rahmen dieser Studie eingehalten werden und dass nur pseudonymisierte (d.h. verschlüsselte) Datenbögen ohne Namensnennung weitergegeben werden.

Ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -weitergabe einverstanden. Mir wurde versichert, dass Dritte keinen Einblick in Originalunterlagen erhalten.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Beim Widerruf werden auf mein Verlangen die erhobenen Daten vernichtet bzw. gelöscht.

Eine Kopie der Patienten-/Probandeninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Patient/Patientin		
_____	_____	_____
(Datum)	(Name, Vorname des/r Patienten/in in Blockschrift)	(Unterschrift des/der Patient/in)

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Patienten/Probanden eingeholt.

Behandelnde/r Arzt/Ärztin		
_____	_____	_____
(Datum)	(Name, Vorname des/r Arztes/Ärztin in Blockschrift)	(Unterschrift des/der Arztes/Ärztin)

9.2.4 Fragebogen für Angehörige und Mitbewohner*innen

<p style="text-align: center;">Fragebogen zur Zufriedenheit der im selben Haushalt wohnenden Erwachsenen im Rahmen der Studie „Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen und städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie“</p>

Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrter Angehöriger, sehr geehrte Mitbewohnerin, sehr geehrter Mitbewohner,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Studie teilzunehmen. Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und im beiliegenden Umschlag verschlossen an uns zurückzugeben. Kreuzen Sie die Fragen so an, wie Sie es persönlich erlebt haben - es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Die Beantwortung des Fragebogens hat keinerlei Auswirkungen auf die derzeitige und weitere Behandlung und Betreuung Ihrer Angehörigen/Ihres Angehörigen/Ihrer Mitbewohnerin/Ihres Mitbewohners.

Ihre Teilnahme an der Studie ist selbstverständlich freiwillig. Es gelten zu jedem Zeitpunkt die Datenschutzbestimmungen, wie sie in der Einwilligungserklärung aufgeführt wurden. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihre Klinikleitung

Fallnummer:

Mein Bezug zur Patientin/ zum Patienten:	Partnerin/Partner ○	Elternteil ○	Kind ○	Sonstige ○
---	------------------------	-----------------	-----------	---------------

FRAGEBOGEN FÜR IM SELBEN HAUSHALT WOHNENDE ERWACHSENE					
Inwieweit können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?	Stimme uneingeschränkt zu	Stimme eher zu	Bin unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1) Ich wurde vor Beginn der Behandlung ausreichend über das Konzept der Behandlung Zuhause (stationsäquivalente Behandlung) informiert	○	○	○	○	○
2) Die Vorbereitung der stationsäquivalenten Behandlung meiner Angehörigen/meines Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meines Mitbewohners war gut organisiert	○	○	○	○	○
3) Das behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	○	○	○	○	○
4) Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	○	○	○	○	○
5) Die Mitarbeitenden waren für meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/meinen Mitbewohner im erforderlichen Umfang zu sprechen	○	○	○	○	○
6) Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	○	○	○	○	○
7) Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	○	○	○	○	○
8) Die Behandlung erfolgte nach einem auf meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/ meinen Mitbewohner zugeschnittenen Behandlungsplan	○	○	○	○	○

9) Ich habe das Gefühl, dass es meiner Angehörigen/meinem Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meinem Mitbewohner nach der Behandlung Zuhause besser geht	<input type="radio"/>				
10) Ich bin zuversichtlich, dass meine Angehörige/mein Angehöriger/meine Mitbewohnerin/mein Mitbewohner im Alltag jetzt besser zurechtkommt	<input type="radio"/>				
11) Die Fortsetzung der Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	<input type="radio"/>				
12) Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung meiner Angehörigen/meines Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meines Mitbewohners nach dem Klinikaufenthalt (z.B. Selbsthilfegruppen, sonstige Einrichtungen) wurde ich ausreichend informiert	<input type="radio"/>				
13) Für meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/ meinen Mitbewohner würde ich bei Bedarf erneut die Behandlung Zuhause anstelle eines stationären Aufenthalts empfehlen	<input type="radio"/>				

Den folgenden Platz können sie nutzen, falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten.

Anregungen/Verbesserungsvorschläge:

Vielen Dank!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen in den beiliegenden Umschlag und verschließen Sie diesen.

9.3 Fragebogen für Behandelnde

Fragebogen zur Zufriedenheit der Behandelnden im Rahmen der
Studie

„Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen und städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie“

Sehr geehrte Behandelnde, sehr geehrter Behandelnder,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Studie teilzunehmen. Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und im beiliegenden Umschlag verschlossen an uns zurückzugeben.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihre Klinikleitung

Berufsgruppe:	Pflege <input type="radio"/>	Arzt/Psychologe <input type="radio"/>	Sozialdienst <input type="radio"/>	Spezialtherapeut <input type="radio"/>
----------------------	------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---

FRAGEBOGEN FÜR BEHANDELNDE					
Inwiefern können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin unentschieden	Stimme eher zu	Stimme uneingeschränkt zu
1) Ich wurde vor Beginn der Behandlung ausreichend über das Konzept der stationsäquivalenten Behandlung informiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Ich wurde für die stationsäquivalente Behandlung ausreichend fortgebildet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Während der stationsäquivalenten Behandlung habe ich im Vergleich zur stationären Behandlung mehr Verantwortung übernommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Während der stationsäquivalenten Behandlung habe ich im Vergleich zur stationären Behandlung mehr Entscheidungen selbstständig getroffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inwiefern können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin unentschieden	Stimme eher zu	Stimme uneingeschränkt zu
5) Als Teil des StäB-Teams habe ich auch andere, normalerweise nicht zu meinem Berufsfeld gehörende, Aufgaben übernommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Zu Frage 5): Das Ausführen dieser neuen Aufgaben habe ich als positiv erlebt <i>Falls Frage 5) nicht zutrifft: hier ankreuzen</i> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Die Kommunikation im Behandlungsteam war gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Die Weitergabe von Informationen innerhalb des Behandlungsteams funktionierte gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Während der stationsäquivalenten Behandlung hat mir im Vergleich zur stationären Behandlung der tägliche Team-Kontakt gefehlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Während der stationsäquivalenten Behandlung habe ich im Vergleich zur stationären Behandlung den Kontakt zum Patienten intensiver erlebt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Während der stationsäquivalenten Behandlung habe ich im Vergleich zur stationären Behandlung den Kontakt zum Patienten anstrengender erlebt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Während der stationsäquivalenten Behandlung fiel es mir im Vergleich zur stationären Behandlung schwerer, die professionelle Distanz zum Patienten zu wahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Während der stationsäquivalenten Behandlung habe ich mich stets sicher gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Während der stationsäquivalenten Behandlung konnte ich im Vergleich zur stationären Behandlung besser auf die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten eingehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Ich würde gerne weiterhin in der stationsäquivalenten Behandlung arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Ich habe den Eindruck, dass die Patientinnen und Patienten während der Behandlung von der Nähe zum persönlichen Umfeld (eigenes Zuhause, Familie, etc.) profitieren konnten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9 Anhang

17) Durch die Behandlung Zuhause konnte eine bessere Kommunikation mit den Angehörigen der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden	<input type="radio"/>				
18) Ich habe den Eindruck, dass die Patientinnen und Patienten von der Beteiligung der Angehörigen an der Behandlung profitieren konnten	<input type="radio"/>				

Die folgenden Fragen können Sie beantworten, wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten.

An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir besonders gut:

An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir nicht so gut:

Verbesserungsvorschläge/Anregungen:

Vielen Dank!

Geben Sie den ausgefüllten Bogen bitte an uns zurück.

9.4 Zur Entwicklung der neuen Fragebögen herangezogene Fragebögen

9.4.1 Fragebogen der PP.rt

Die folgenden Aussagen sind durch Ankreuzen auf einer Skala zu beantworten.
Kreuzen Sie bitte die Zahl im Kästchen an, die für Sie am ehesten zutrifft.

- Setzen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage.
- Setzen Sie kein Kreuz zwischen die Kästchen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen, auch auf der Rückseite.

Beispiel:

Ich wünsche mir, dass es noch mehr Fernsehsender gibt.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

1. Mit den **vorhandenen Wegweisern** war die Klinik leicht erreichbar.

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

2. Die **Vorbereitung** meiner stationären/ teilstationären Behandlung war gut organisiert.

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

3. Ich empfand bei **Aufnahme** das Klima auf der Station/ in der Tagesklinik vertrauenserweckend.

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

4. Ich wurde darüber informiert, wer die für mich **zuständigen Ansprechpartner** sind (Arzt/ Therapeut, Pflege).

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

5. Ich war mit den gegebenen **Informationen über meine Erkrankung** und über die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten durch meinen behandelnden **Arzt / Psychologen** zufrieden.

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

6. Mit der **Aufklärung** über die angewandten **Untersuchungsmethoden** (Fragebogen, Tests, medizinische Untersuchungen, ...) war ich zufrieden.

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

7. Mit der **Aufklärung** über die **Wirkungen** und **Nebenwirkungen** der mir verabreichten Medikamente war ich zufrieden.

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

8. Meine Behandlung erfolgte nach einem auf mich zugeschnittenen **Behandlungsplan**.

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

9. Ich wünsche mir mehr **Einflussmöglichkeiten** auf meinen **Behandlungsplan**.

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

10. Die **Gruppen-Psychotherapie** hat mir geholfen.

trifft überhaupt nicht zu 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 trifft vollkommen zu

11. Die mir **verabreichten Medikamente** haben mir geholfen.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

12. Die Bewegungstherapie / Krankengymnastik hat mir geholfen.
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

13. Die Beschäftigungstherapie / Ergotherapie hat mir geholfen.
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

14. Bei dem behandelnden Arzt / Psychologen fühlte ich mich verstanden.
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

15. In den Einzelgesprächen habe ich mich angenommen gefühlt.
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

16. Beim Stationsteam/ Tagesklinikteam habe ich mich gut aufgehoben gefühlt.
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

17. Mein behandelnder Arzt / Psychologe verfügt über gute fachliche Kompetenz (fachliches Können).
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

18. Das Pflegepersonal verfügt über gute fachliche Kompetenz (fachliches Können).
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

19. Die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes verfügen über gute fachliche Kompetenz (fachliches Können).
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

20. Mit der Behandlung durch die Mitarbeiter aus dem Bereich der Bewegungstherapie / Krankengymnastik war ich zufrieden.
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

21. Mit der Behandlung durch die MitarbeiterInnen aus dem Bereich der Beschäftigungstherapie / Ergotherapie war ich zufrieden.
trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

22. Die Zusammenarbeit der MitarbeiterInnen (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, MitarbeiterInnen aus den übrigen Therapiebereichen) bezogen auf meine Behandlung war gut.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

23. Mit den **sanitären Anlagen** (Duschen, WC, ...) war ich zufrieden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

24. Das **Essen** auf der Station/ in der Tagesklinik hat mir geschmeckt.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

25. Mit der **Ausgangsregelung** war ich einverstanden. (Entfällt für die Tagesklinik und Station 5)

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

26. *Beantwortung nur, wenn zutreffend:* Bei der **Durchführung der Zwangsmaßnahmen** (Zwangsmedikation, Fixierung) wurde meine Würde als Mensch geachtet.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

27. *Beantwortung nur, wenn zutreffend:* Nach der Zwangsmaßnahme erfolgte eine für mich ausreichende **Nachbesprechung**.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

28. Mit dem **Freizeitangebot** in der Klinik und außerhalb der Therapiezeiten (Fernsehraum, Radio, Tageszeitung, Sport, Spiele, Computer, etc) war ich zufrieden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

29. Die **Weiterbehandlung** nach meinem Klinikaufenthalt ist sichergestellt und gut organisiert betreffend:

a) PIA, Tagesklinik, niedergelassener Facharzt, Sozialpsychiatrischer Dienst

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

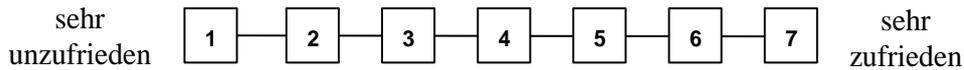
b) Psychotherapie

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

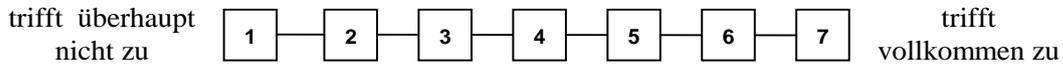
30. Über die verschiedenen Arten der **Behandlung und Betreuung** nach meinem Klinikaufenthalt (z.B. Adressen von Selbsthilfegruppen, sonstigen Einrichtungen, ...) wurde ich ausreichend informiert.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

31. Mit meinem Aufenthalt als Patient/Patientin in der PP.rt bin ich **insgesamt**



32. Die Mitarbeiterinnen an der **Informationszentrale** sind freundlich und geben kompetent Auskunft.



33. Bitte tragen Sie hier Ihre Wünsche für Veränderungen in der Klinik ein:

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

© PP.rt Reutlingen 2014
 modifiziert nach Tübinger Bogen zur
 Behandlungszufriedenheit
 (3.überarb. Version/ TÜBB 2000)

9.4.2 Fragebogen des ZfP Südwürttemberg

Befragung der Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 unterstützen Sie uns in unseren Bemühungen, besser zu werden. Wir bitten Sie deshalb, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Kreuzen Sie die Fragen so an, wie Sie es persönlich erlebt haben – es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Die Befragung ist absolut anonym und wird von einem externen Institut (ceus consulting in Köln) unter strenger Beachtung der Datenschutzrichtlinien ausgewertet. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.
 Ihre Klinikleitung

PATIENTENFRAGEBOGEN Station				
Alter:	18 – 24 <input type="radio"/>	25 - 44 <input type="radio"/>	45 - 64 <input type="radio"/>	65 und älter <input type="radio"/>
Geschlecht:	weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>		

Ihre Aufenthaltsdauer: unter 1 Woche <input type="radio"/> 1-2 Wochen <input type="radio"/> 2-4 Wochen <input type="radio"/> über 4 Wochen <input type="radio"/>
Aufnahme erfolgte: mit Ihrer Zustimmung <input type="radio"/> gegen Ihren Willen <input type="radio"/>

Inwieweit können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?	stimme uneingeschränkt zu	stimme eher zu	bin unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
1) Ich habe bei der Aufnahme die für mich notwendigen Informationen erhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Das Personal hat in der Aufnahmesituation Mitgefühl und Verständnis gezeigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Die Qualität der Mahlzeiten war gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Die Räumlichkeiten (z.B. Ausstattung, Zimmergröße, Flure) haben zu meinem Wohlbefinden beigetragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Ich habe genug Informationen bekommen, um meine Krankheit zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Sauberkeit und Hygiene auf der Station waren gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen <i>Falls keine Medikamente: hier ankreuzen</i> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Meine Ziele und Wünsche zum Verlauf der Behandlung wurden berücksichtigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Meine Anregungen wurden ernst genommen <i>Falls keine Anregungen: hier ankreuzen</i> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Meine Beschwerden wurden ernst genommen <i>Falls keine Beschwerden: hier ankreuzen</i> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Die Therapeuten (Ärzte/Ärztinnen und Psychologen/Psychologinnen) waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Die Behandlungsangebote, an denen ich teilgenommen habe, waren hilfreich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Das mich behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14) Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen <i>Falls keine Medikamente: hier ankreuzen</i> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Meine Kontakte zur Familie, zu Freunden und Bekannten wurden unterstützt <i>Falls nicht erforderlich: hier ankreuzen</i> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	<input type="radio"/>				
17) Die Fortsetzung meiner Behandlung nach der Entlassung wurde rechtzeitig eingeleitet <i>Falls nicht erforderlich: hier ankreuzen</i> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Das Miteinander hier auf der Station habe ich als angenehm empfunden	<input type="radio"/>				
19) Das Personal hat meine persönlichen Rechte beachtet	<input type="radio"/>				
20) Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	<input type="radio"/>				
21) Die Stationsregeln waren in Ordnung	<input type="radio"/>				
22) Die Behandlung meiner körperlichen Erkrankungen ist kompetent und fachkundig durchgeführt worden <i>Falls nicht vorgekommen: hier ankreuzen</i> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
23) Mir geht es nach der Behandlung in der Klinik besser	<input type="radio"/>				
24) Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurecht zu kommen	<input type="radio"/>				
25) Ich würde diese Klinik wieder in Anspruch nehmen, wenn ich wieder in stationäre Behandlung müsste	<input type="radio"/>				

Was war für Sie während der Behandlung besonders wichtig?

Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

Vielen Dank!

Geben Sie den ausgefüllten Bogen nun in den beiliegenden Umschlag und verschließen Sie diesen. Den verschlossenen Umschlag können Sie entweder in die versiegelte Sammelbox im Stationszimmer oder in die versiegelte Sammelbox an der Informationszentrale einwerfen.

9.5 Übersicht der Items der Basisdokumentation

1. Rechtsgrundlage des Aufenthalts
2. Selbst-/Fremdgefährdung in den letzten 24h vor Aufnahme
3. Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme
4. Schweregrad der Erkrankung
5. Familienstand
6. Migrationshintergrund
7. Sprache
8. Hauptsächlicher Lebensunterhalt (aktuell)
9. Wohnform vor Aufnahme
10. Anzahl vorangegangener stationär-psychiatrischer Behandlungen
11. Fremdaggression während der stationären Behandlung (wird über SOAS-R erfasst)
12. Substanzmissbrauch während der stationären Behandlung
13. Entweichung oder Suchmeldung im Verlauf mit Mitteilung an die Polizei oder Werkfeuerwehr
14. Gravierende Komplikationen
15. Therapien (Erläuterungen)

- 16. Entlassungsort
- 17. Weiterbehandlung nach Entlassung
- 18. Gesetzliche Betreuung
- 19. Entlassungsart/Entlassungsgrund
- 20. Zustand bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme

9.6 Zusätzliche Tabellen zu den soziodemographischen Unterschieden zwischen StäB-Patient*innen und stationären Patient*innen

Selbst-/Fremdgefährdung in den letzten 24h vor Aufnahme

Tabelle 33: Übersicht über Selbst- oder Fremdgefährdung in den 24h vor Aufnahme unterteilt in StäB-Patient*innen ($N = 50$) und stationäre Patient*innen ($N = 1037$)

Selbst- oder Fremdgefährdung	StäB-Patient*innen		Stationäre Patient*innen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine/keine bekannt	46	92	834	80
Gewaltandrohung	0	0	5	1
Behandlung im anderen Krankenhaus wegen > 24h zurückliegendem Suizidversuch	0	0	6	1
Sachbeschädigung	0	0	3	< 1
Selbstgefährdung	2	4	55	5
Selbstverletzung ohne Suizidabsicht	0	0	15	1
Suiziddrohung	1	2	64	6
Suizidversuch	1	2	35	3
tätliche Fremdaggression	0	0	20	2
Gesamt	50	100	1037	100

Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme

Tabelle 34: Übersicht über den Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahmen unterteilt in StäB-Patient*innen ($N = 50$) und stationäre Patient*innen ($N = 1043$). Die

Summe der Prozentwerte der stationären Patient*innen weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

Substanzmissbrauch	StäB-Patient*innen		Stationäre Patient*innen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keiner	42	84	939	90
Alkohol	3	6	10	1
Illegale Drogen	1	2	26	3
Medikamente	1	2	7	1
Nicht beurteilbar	3	6	61	6
Gesamt	50	100	1043	101

Familienstand

Tabelle 35: Übersicht über den Familienstand unterteilt in StÄB-Patient*innen ($N = 50$) und stationären Patient*innen ($N = 1039$). Die Summe der Prozentwerte der stationären Patient*innen weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

Familienstand	StäB-Patient*innen		Stationäre Patient*innen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ledig	20	40	435	42
Verheiratet/ Lebenspartnerschaft	16	32	333	32
Geschieden	8	16	100	10
Verwitwet	1	2	80	8
Unbekannt	5	10	91	9
Gesamt	50	100	1039	101

Wohnform vor der Aufnahme

Tabelle 36: Übersicht über die Wohnformen unterteilt nach StäB-Patient*innen ($N = 50$) und stationären Patient*innen ($N = 1035$).

Wohnform	StäB-Patient*innen		Stationäre Patient*innen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Nicht betreute Wohnform	36	72	829	80
Betreute Wohnform	12	24	123	12
Ohne festen Wohnsitz	1	2	20	2
Unbekannt/unklar	1	2	63	6
Gesamt	50	100	1035	100

Zustand bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme

Tabelle 37: Übersicht über den Zustand der Patient*innen bei Entlassung unterteilt in StäB-Patient*innen ($N = 48$) und stationäre Patient*innen ($N = 951$). Die Summe der Prozentwerte der stationären Patient*innen weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

Zustand bei Entlassung	StäB-Patient*innen		Stationäre Patient*innen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Zustand ist sehr viel besser	1	2	75	8
Zustand ist viel besser	21	44	341	36
Zustand ist nur wenig besser	10	21	319	34
Zustand ist unverändert	4	8	74	8
Zustand ist etwas schlechter	0	0	12	1
Zustand ist viel schlechter	1	2	10	1
Zustand ist sehr viel schlechter	0	0	1	< 1
Nicht beurteilbar	11	23	119	13
Gesamt	48	100	951	101

9.7 Zusätzliche Tabellen und Abbildungen zur Zufriedenheit der an der StäB beteiligten Personen

9.7.1 Übersicht der invers kodierten Fragen

Tabelle 38: Übersicht der invers kodierten Fragen. Im Fragebogen für Angehörige und Mitbewohner*innen sind alle Fragen positiv formuliert, sodass keine inverse Kodierung notwendig war.

Invers kodierte Fragen	Fragebogen für Patient*innen	Fragebogen für Behandelnde
Ich wünsche mir mehr Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan	Frage 11	
Während der stationsäquivalenten Behandlung hat mir im Vergleich zur stationären Behandlung der tägliche Team-Kontakt gefehlt		Frage 9
Während der stationsäquivalenten Behandlung habe ich im Vergleich zur stationären Behandlung den Kontakt zum Patienten anstrengender erlebt		Frage 11
Während der stationsäquivalenten Behandlung fiel es mir im Vergleich zur stationären Behandlung schwerer, die professionelle Distanz zum Patienten zu wahren		Frage 12

9.7.2 Abbildung zur Zufriedenheit der Angehörigen und Mitbewohner*innen

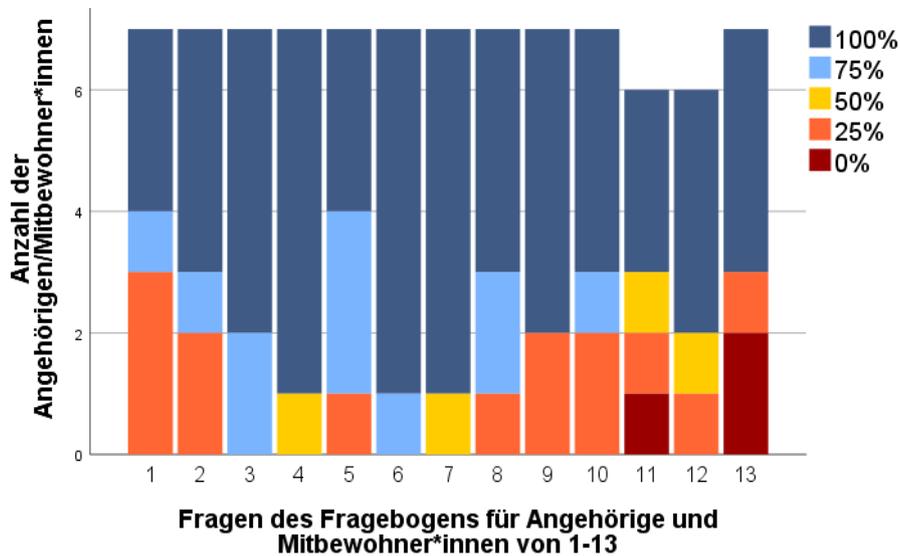


Abbildung 35: Übersicht der prozentualen Zustimmung zu den jeweiligen Fragen des Zufriedenheits-Fragebogens für Angehörige und Mitbewohner*innen. 100% entsprechen einer maximalen Zustimmung, 0% entsprechen der geringsten Zustimmung. Die Fragen sind in der gleichen Reihenfolge aufgeführt, wie sie im Fragebogen zu finden sind. Vgl. Tabelle 18 zur Übersicht der einzelnen Fragen.

9.7.3 Abbildung zur Zufriedenheit der Behandelnden

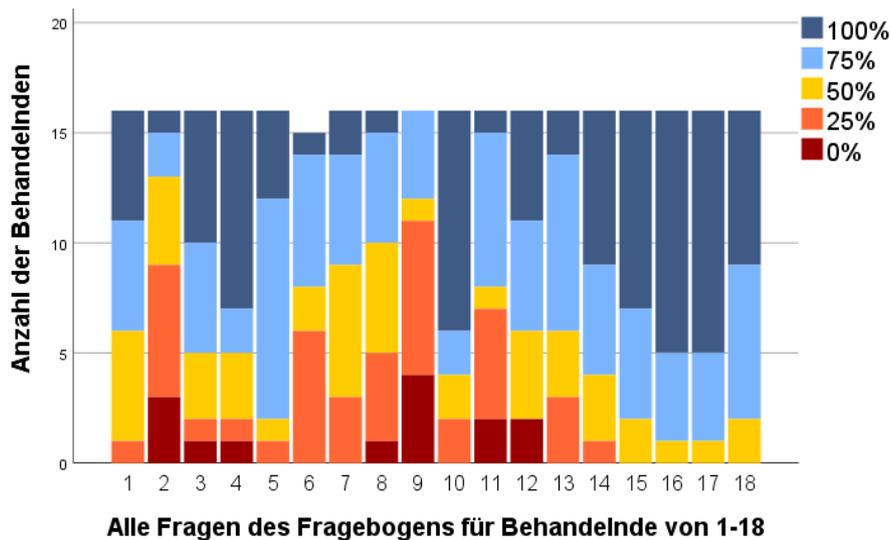


Abbildung 36: Übersicht der prozentualen Zustimmung zu den jeweiligen Fragen des Zufriedenheits-Fragebogens für Behandelnde. 100% entsprechen einer maximalen Zustimmung, 0% hingegen entsprechen der geringsten. Die Fragen sind in der gleichen Reihenfolge aufgeführt, wie sie im Fragebogen zu finden sind. Vgl. Tabelle 21 zur Übersicht der einzelnen Fragen.

9.7.4 Wörtliche Antworten zu den offenen Fragen sortiert nach Clustern

Patient*innen:

Was war für Sie während der Behandlung besonders wichtig?

Persönliche und individuelle Betreuung und Behandlung

- es wurde mehr auf mich eingegangen
- Zeit für einen selbst (nicht 18 andere, wie auf Station)
- dass auf meine persönlichen Bedürfnisse (z.B. Aufräumen) sehr gut eingegangen wurde
- Personal geht auch auf unkonventionelle Behandlungswünsche ein (z.B. „Hausaufgaben“)
- dass ich wieder (Treppen) laufen kann
- Angstzustände verringern
- Dass die Behandler sehen, was genau die Probleme sind; im Gegensatz zur Station, wo man seine Probleme nicht immer mitbringt
- Selbstbestimmtheit, Vertrauen, Respekt
- dass man sehr menschlich auf mich eingegangen ist
- dass man auf meine Wünsche und Vorstellungen eingeht
- dass sich jemand kümmert und für mich interessiert
- Spaziergänge
- Selbstverantwortung
- es war mir wichtig, dass man mich und meine Person versteht
- der persönliche Kontakt mit dem StäB Team
- gute Inspiration meinen weiteren Weg zu gehen
- die sozialen Kontakte, die sich „um einen kümmern“ (1:1 Betreuung); im Klinikalltag läuft man so nebenher, bei StäB hat man die volle Aufmerksamkeit

Gespräche

- Die Gespräche waren intensiver als bei dem Klinikaufenthalt
- Einzelgespräche
- Ansprechpartner
- dass immer jemand „vom Fach“ für mich zum Reden da war
- positives Einführungsgespräch
- Gespräche
- gute Gespräche
- Gespräche
- persönliche Gespräche

(Zusammen-) Arbeit des Personals

- Keine Anspruchshaltung des Personals
- sehr geduldiges Personal
- gute Zusammenarbeit
- Gute Absprache des StäB-Personals
- dass ich ein Team erlebe, dass sehr individuell arbeitet
- die Ergotherapie: gemeinsam tätig sein macht Spaß
- Test von Dr. XY (*Name entfernt*) war für mich gut

Zu Hause zu sein

- dass die Therapeuten zu MIR kamen
- in meinem gewohnten Umfeld zu sein

- Besuch von StäB hauptsächlich Zuhause
- die aufsuchenden Kontakte

Struktur im Alltag

- kontrollierte Tablettenausgabe (keine Missbrauchsgefahr)
- wieder den Alltag zu gestalten und zu meistern
- man hat durch die Termine + Therapien seine feste Struktur (Tagesablauf)
- den Antrieb wiederfinden

Täglicher Kontakt

- regelmäßige Betreuung und Ansprache → Sicherheit
- dass täglich jemand kam (und kompetent war)
- persönliche Gespräche auf täglicher Basis

Erreichbarkeit

- gute Erreichbarkeit
- Möglichkeit anzurufen, wenn was ist
- Die ständige Rufbereitschaft ist ein großer Vorteil

Ernstgenommen werden:

- dass meine Wünsche ernstgenommen wurden
- dass man Verständnis hat bzw. zeigt
- Nicht mit meinen Problemen allein gelassen zu werden

Zeit

- genügend Zeit
- genügend Zeit
- dass man sich Zeit für mich nimmt

Kompetenz des Teams

- (dass täglich jemand kam) und kompetent war
- sehr kompetente und interessierte Ergotherapeutin + Psychologin

Nicht zuzuordnen

- die Auszeit, dass ich im Programm war
- man strengt sich mehr an, z.B. mit dem Haushalt
- Suizidgedanken loswerden
- gesund werden
- es gab Taschengeld (*Anmerkung: Ausnahme, weil das betreute Wohnen es auch so gehandhabt hatte*)

Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut gefallen?

Zu Hause bleiben zu können:

- durfte daheim bleiben
- dass ich nicht stationär aufgenommen wurde
- Zuhause zu sein, Zuhause zu schlafen
- dass man Zuhause sein kann
- dass ich Zuhause bleiben konnte und nicht dem stressigen Treiben auf der Station ausgesetzt war. Mein privates Umfeld tut mir einfach besser.
- dass ich mich daheim auseinandersetzen konnte

- Zuhause zu sein
- mir hat besonders gut gefallen, dass durch StäB die Möglichkeit besteht, die Therapie von Zuhause aus zu machen
- weil man Zuhause angebunden ist und dadurch den Bezug für Zuhause nicht verliert
- ich konnte zu Hause bleiben
- daheim war für mich der Ausstieg aus dem Funktionsmodus einfacher
- Zuhause sein
- man kommt daheim mehr zur Ruhe
- Dass ich Zuhause bleiben konnte
- Hausgespräche
- dass ich Zuhause bleiben konnte
- Alltag kann „normal“ weitergehen
- meinen Tätigkeiten (Haushalt, Unterlagen, etc.) weiterhin nachgehen zu können

Intensivere und individuellere Behandlung

- Die Gespräche waren intensiver als bei meinem Klinikaufenthalt
- es wurde mehr auf mich eingegangen
- Individuelle Behandlung
- jeden Tag Kontakt
- Dr. XY (*Name entfernt*) hat sich (im Gegensatz zur TK) meinen Zwangsordner mit meinen Gedanken angeschaut
- bessere Betreuung
- Visite mit Herrn Dr. XY (*Name entfernt*)
- Therapeuten haben mehr Zeit für die Patienten, schnellere Bindung zum Personal
- intensive Behandlung
- Personal war viel besser als auf Station X, weil die Zeit nicht reichte
- dass der Arzt und die Pfleger mehr Zeit für mich hatten
- Visite ausreichend Zeit
- Schnelle Aufnahme
- Das vor Ort meine Lebensverhältnisse gesehen und erlebt wurden

Freiraum/Eigenbestimmung

- mehr Freiraum als in der stationären Behandlung
- Selbstständigkeit bleibt erhalten, keine Hospitalisierung
- Eigenständigkeit in der Freizeitgestaltung, Einkaufen, kochen
- persönlicher Freiraum
- man kann sein Leben nach seinen eigenen Bedürfnissen gestalten
- Miteinbringen
- Ich konnte wieder in meinen Alltag hineinwachsen (nach der Zeit auf Station)

Vertraute Umgebung

- gewohntes Umfeld
- ich konnte im eigenen Umfeld agieren
- man fühlt sich offener, weniger gestresst! Sehr angenehm!
- Man kann in seinem gewohnten Umfeld bleiben
- ungezwungenes Setting

Keine Mitpatienten

- Keine Mitpatienten (v.a. Alkoholiker) um einen herum
- Ich konnte mich besser auf meine eigenen Probleme konzentrieren, da es keine

anderen Patienten gab, die hätten stören können (durch ihre Probleme, Lärm auf der Station durch knallende Türen oder zu lautem Radio, usw.)

- Keine Rücksicht nehmen müssen auf Mitpatienten
- Man hat den stressigen Alltag und die teilweise aufgrund ihrer Krankheit aggressiven Mitpatienten nicht um sich; man wird im Allgemeinen durch die Krankheit der Anderen nicht beeinflusst
- Man wird nicht Zeuge von Fixierungen oder sonstigen „schwierigen Szenen“ im Psychiatriealltag

Versorgung von Kindern/Angehörigen/Tieren

- ich konnte meine Kinder wieder um mich haben
- dass meine Kinder bei mir bleiben konnten
- mein Hund konnte bei mir sein
- dass ich mich um mein Kind habe kümmern können

Kompetenz des Personals

- die Unterschiedlichkeit von jedem einzelnen Mitarbeiter von StäB
- freundliches und kompetentes Personal
- gutes Personal
- die Zusammenarbeit mit der ambulanten Therapeutin

Was hat Ihnen am Vergleich zur stationären Behandlung nicht so gut gefallen?

Einsamkeit

- Alleine sein
- Alleine sein
- Mehr Einsamkeit

Fehlende Therapien/strukturelle Mängel

- es fehlt Bewegungstherapie, Lamatherapie, etc.
- geregelte Essenszeiten und Mahlzeiten
- so gut wie keinen Einfluss auf die entsprechenden Termine

Zu häufige Kontakte

- manchmal hatte ich 2-3 Termine täglich (1x ambulante Betreuerin); das hielt ich für übertrieben
- Der Terminstress ist ähnlich dem einer stationären Behandlung

Zu kurze Behandlung/zu wenig Zeit

- Der geschätzte Rahmen fiel eher geringer aus
- manchmal (*auf Station*) mehr Zeit

Unzufriedenheit mit Personal

- Krankenschwester meinte ich sei selbst schuld, weil ich mich geschnitten hatte; die gleiche Krankenschwester hat mich verunsichert, weil sie sagte man darf die Krankenkarte nicht während StäB benutzen, obwohl dies eigentlich abgesprochen war
- Dass man auf Nachbarschaftskonflikte nicht einging

Nicht zuzuordnen

- die Kreativtherapie in der TK musste ich ablehnen, weil sie mir nichts bringt (keine kreative Ader) und mir der Weg dorthin zu weit war. Zudem hätte es eventuell Probleme und Auseinandersetzungen mit anderen Patienten gegeben.
- mich nicht zu 100% auf mich zu konzentrieren

Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

Bessere Terminplanung

- stabilere Zeiten
- Plan rechtzeitig bekommen
- Ich wünsche mir eine bessere Absprache der Termine, da ich zur selben Zeit ambulant betreut werde und an einem bestimmten Tag immer meine Haushaltshilfe kommt
- bessere Organisation
- besseres Eingehen auf den Patienten, was die Termine betrifft

Mehr Struktur

- Tagesstrukturplan erarbeiten
- Einen Ordner für den Patienten, wo alle Unterlagen gesammelt werden können (z.B. Infoblätter, Strategien-Infoblatt, Vitalparameter, etc.)
- Grundausstattung (z.B. Handschuhe) beim Patienten
- Zielsetzung vor der Behandlung (und am Ende) Ergebnisauswertung
- Öfter rausgehen

Individuellere Behandlung

- Auf die Krankheit des Patienten achten und nicht alle gleich behandeln
- Bessere Medikamenteneinstellung → zu viele Schmerzen
- Noch mehr Informationen über meine Krankheit zu bekommen
- Besser auf Bedürfnisse eingehen
- Helfen, die Gedanken loszulassen

Mehr Kontakte

- 2x am Tag aufsuchender Kontakt
- 2 Psychologengespräche pro Woche, bzw. wenn akut etwas ist, dass das StäB Team (Psychologen) zu erreichen sind
- Vielleicht sollte man weniger Zeitdruck reinbringen; vor allem, wenn dadurch ein stationärer Aufenthalt verhindert werden soll
- Mehr Zeit für den Patienten, mehr Gespräche und mehr körperliche Untersuchungen von Ärzten

Weniger Kontakte

- 1 Besuch täglich reicht
- Aufsuchende Kontakte bei Gesprächen auf ca. 45min beschränken
- Manchmal ist es auch zu viel an Betreuung und es geht einem der Gesprächsstoff aus ... ich suche dann verzweifelt nach Themen, um die Stille zu füllen

Mehr Personal

- Mehr Personal einstellen
- Ausreichend Personal einstellen
- Mehr Facharzt- bzw. Psychologen-Kontakte

Weniger Personal

- kleinerer Personenkreis
- weniger Wechsel bei den zuständigen Fachkräften
- besser wäre es, wenn die gleichen Pfleger, Psychologen und Sozialarbeiter in dem Zeitraum kommen würden, dann muss man nicht verschiedenen Menschen alles von vorne erzählen

Zusätzliche Therapien und Gruppentherapien

- mehr Unternehmungen (z.B. Puzzle, Malen, etc.)
- (ambulante) Bewegungstherapie einführen!!
- Physiotherapiemöglichkeit

Bessere Zusammenarbeit im Team

- Bessere Zusammenarbeit zwischen Psychiater und anderen Fachärzten
- Im Team besser absprechen
- Mehr Teamsitzungen, am besten täglich

Nicht zuzuordnen

- Manchmal ist es schwer, die Balance zwischen freundschaftlichem und professionellem Verhältnis zu halten
- Wenn ich daran denke, dass alles, was ich sage, dokumentiert wird, ist mir das sehr unangenehm
- Man fühlt sich manchmal durch Äußerungen der Betreuer, die im Wortgefecht fallen, peinlich berührt und traut sich eventuell nicht, das anzusprechen (die Gefahr, dass einer jemandem zu nahe kommt ist viel größer)
- Ohne vorherige Behandlung an StäB teilnehmen

Keine Verbesserungsvorschläge:

- Es hat immer gut funktioniert, auch mit der Absprache von Terminen (ich wurde mit dem PKW mitgenommen); insgesamt nur positive Eindrücke mit allen Mitarbeitern gesammelt
- Alles gut
- Keine

Angehörige und Mitbewohner*innen:

Anregungen/Verbesserungsvorschläge:

- Ich würde es begrüßen, wenn das StäB-Modell nicht „nur“ 10 Tage oder 14 Tage ginge (*Anmerkungen: war in diesem konkreten Fall so*)
- Es war sehr hilfreich, jeden Tag zu wissen, es kommt jemand. Insbesondere ein Gespräch mit den Psychologen war sehr hilfreich und war für unsere derzeitige Situation zugeschnitten. Das kam bei StäB in dieser kurzen Zeit zu kurz.

- Es wurde uns gesagt, wir hätten jederzeit die Möglichkeit StäB zu verlängern bzw. wieder aufzunehmen: „Rückfallprophylaxe“
- Behandlungsplan war nicht so richtig transparent
- Das behandelnde Personal war sehr freundlich und zugewandt
- Die Behandlung konnte problemlos verlängert werden (Genesungsprozess war langsamer als zunächst gedacht)

Behandelnde:

An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir besonders gut

Mehr/intensivere Zeit mit den Patient*innen

- Intensive Zeit mit Patienten
- Mehr Zeit für die Patienten
- Zeit für Patienten zu haben
- Intensiver Kontakt mit Patienten
- 1:1 Kontakte
- Intensive Gespräche mit Patienten
- Zeit für Patienten
- Individuelleres Eingehen auf Bedürfnisse der Patienten

Mehr Eigenverantwortung/Selbständigkeit

- Selbstständigkeit und viel Zeit für Patienten
- Mehr eigene Entscheidungsfreiheit
- Mehr Eigenverantwortlichkeit für Pflegemitarbeiter
- Selbstständiges Arbeiten
- Kleines, festes Team mit selbstständigen Mitarbeitern
- Das selbstständige Arbeiten

Kennenlernen des Umfelds

- Patienten in ihrem Zuhause zu erleben
- Die Gastrolle des Therapeuten: diese reduziert die „Anpassungsleistung“ des Patienten und schafft ein deutlich partnerschaftlicheres Therapieklima
- Persönliches Umfeld der Patienten besser kennenlernen
- Der Kontakt zum direkten Umfeld

Vielfalt der Arbeit

- Vielfalt der unterschiedlichen Situationen
- Die Abwechslung
- Arbeiten außerhalb der Klinikräume

Autonomie der Patient*innen

- Patienten werden nicht abhängig von der Klinik → eigenständiges Leben wird gefördert
- Größere Autonomie der Patienten
- Der Patient stimmt jedem Kontakt zu und will ihn – er könnte mich ja sonst nicht reinlassen

Strukturelle Vorteile

- Kaum Störfaktoren
- Flexibilität

An der Arbeit in der stationsäquivalenten Behandlung gefällt mir nicht so gut

Struktur/fehlende Leitung

- Wenig Zeit für Strukturelles
- StäB nicht als eigenes Team, sondern aus den Abteilungen heraus
- Sehr ressourcenaufwendig: Auto, Laptop, etc.
- Keine Psycholog*in
- Keine ärztliche Vertretung
- Keine Bewegungstherapie
- In StäB ist man außerhalb der Klinik. Wenn gleichzeitig Aufmerksamkeit auf Prozesse innerhalb der Klinik versorgt werden müssen, macht das Stress. Man muss „den Rücken frei haben“.
- Fehlende Leitung
- Zu geringe Personalbesetzung

Mangelnde Kommunikation im Team

- Kein wöchentlicher Austausch der aktuell arbeitenden Mitarbeiter
- Keine Möglichkeit für Übergaben
- Informationsfluss ist von Kollege zu Kollege unterschiedlich ausgeprägt: manche Infos gehen unter
- Keine Teambesprechungen
- Kommunikation teilweise schwierig
- Erfordert hohe Kommunikationsfähigkeit & Transparenz innerhalb des Teams
→ klappt nicht immer/zuverlässig

Zeit-/Organisationsaufwand

- Wenig Flexibilität der aufsuchenden Kontakte → manchmal schwierig die vorgegebene Zeit zu füllen, Akute Krisen können nicht so einfach aufgefangen werden
- Viel Zeit durch die Fahrten geht verloren
- Dokumentation braucht viel Zeit, da keine mündliche Übergabe möglich ist
- Krisen sind zeitlich aufwändig, dadurch Zeitdruck an anderen Stellen → konnte oft nicht pünktlich Feierabend machen
- Sehr hoher Organisationsaufwand

Nicht zuzuordnen

- Die Arbeitszeiten (ich schichte gerne)
- Anstrengend ist der Umgang mit Hunden, die sind gelegentlich „schlecht erzogen“, vor Hunden hatte ich mehr Angst als vor Patienten!

Verbesserungsvorschläge/Anregungen

Mehr Personal/eigenes StäB-Team

- Mehr Personal, um strukturelle Aufgaben besser verteilen zu können
- Mehr Personal!
- Ausreichende ärztliche Vertretungsorganisation
- Psycholog*in im Team bzw. mehr Therapeuten
- Berechenbarkeit von StäB-Zeit („Rücken frei“): StäB-Ärzte sollten wenigstens in Klinikbereitschaftsdienste nicht einspringen müssen
- StäB als EIGENES Team mit EIGENER Leitung
- Leitung + Stellvertretung

Übergaben im Team/bessere Kommunikation

- Längere Teamzielplanung bei 10 Patienten
- Mehr Besprechungszeiten/Begegnungszeiten der StäB-Mitarbeiter
- Handlungsleitfäden (Stationskonzept/Abläufe) → mehr Teambesprechungen
- Gemeinsame Übergaben
- bessere Vernetzung im Team, mehr Austausch

Struktur verbessern

- Organisationstreffen für Strukturarbeit
- Schulung der Behandelnden: → wie wird mit Patienten umgegangen, was sind die Aufgaben der Pflege → Konzepte

Nicht zuzuordnen

- StäB S-Pedelegs für Stadtverkehr
- In Abhängigkeit der Verkehrssituation großzügigere Zeitpuffer einplanen

9.8 Ergänzende Tabellen und Abbildungen zu den Unterschieden zwischen Stadt und Land

Selbst-/Fremdgefährdung in den letzten 24h vor Aufnahme

Tabelle 39: Übersicht über Selbst- oder Fremdgefährdung in den 24h vor Aufnahme unterteilt in städtische ($N = 50$) und ländliche StäB-Patient*innen ($N = 50$)

Selbst- oder Fremdgefährdung	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine/keine bekannt	46	92	44	88
Selbstverletzung ohne Suizidabsicht	0	0	1	2
Suiziddrohung	1	2	5	10
Suizidversuch	1	2	0	0
Selbstgefährdung	2	4	0	0
Gesamt	50	100	50	100

Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme

Tabelle 40: Übersicht über Substanzmissbrauch in den 24h vor Aufnahme unterteilt in städtische ($N = 50$) und ländliche StäB-Patient*innen ($N = 50$)

Substanzmissbrauch	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine	42	84	42	84
Alkohol	3	6	2	4
Alkohol + Medikamente	1	2	0	0
Illegale Drogen	1	2	1	2
Illegale Drogen + Medikamente	0	0	1	2
Nicht beurteilbar	3	6	4	8
Gesamt	50	100	50	100

Migrationshintergrund

Tabelle 41: Übersicht über den Migrationshintergrund unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 50$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$).

Migrationshintergrund	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keiner	40	80	41	82
Zugewanderter Ausländer	3	6	1	2
In Deutschland geborener Ausländer	1	2	0	0
Eingebürgerter Ausländer	3	6	4	8
Spätaussiedler	0	0	1	2
Person mit mindestens einem Elternteil, das die genannten (Migrations-)Kriterien erfüllt	0	0	3	6
Unbekannt	3	6	0	0
Gesamt	50	100	50	100

Muttersprache

Tabelle 42: Übersicht über die Muttersprachen unterteilt in städtische ($N = 50$) und ländliche StäB-Patient*innen ($N = 50$).

Muttersprache	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Deutsch	43	86	44	88
Türkisch	1	2	1	2
Russisch	0	0	1	2
Serbokroatisch	0	0	3	6
Andere Muttersprache	6	12	1	2
Gesamt	50	100	50	100

Wohnform

Tabelle 43: Übersicht über Wohnformen unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 50$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$).

Wohnform	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Nicht betreute Wohnform	36	72	42	84
Betreute Wohnform	12	24	8	16
Ohne festen Wohnsitz	1	2	0	0
Unbekannt/unklar	1	2	0	0
Gesamt	50	100	50	100

Substanzmissbrauch während der Behandlung

Tabelle 44: Übersicht über Substanzmissbrauch während der Behandlung unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 48$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$). Die Summe der Prozentwerte der städtischen Patient*innen weicht aufgrund von Rundungen geringfügig von 100% ab.

Substanzmissbrauch	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine	40	83	42	84
Alkohol	5	10	5	10
Alkohol + Medikamente	1	2	0	0
Illegale Drogen	2	4	3	6
Gesamt	48	99	50	100

Gesetzliche Betreuung

Tabelle 45: Häufigkeit der gesetzlichen Betreuung nach der StäB unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 47$) und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$)

Gesetzliche Betreuung	Stadt		Land	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Kein Betreuungsverhältnis/ keine Vorsorgevollmacht	30	64	40	80
Betreuungsverhältnis besteht bereits	6	13	4	8
Betreuungsverhältnis angeregt	0	0	4	8
Vorsorgevollmacht besteht	1	2	1	2
Nicht bekannt	10	21	1	2
Gesamt	47	100	50	100

Abteilung

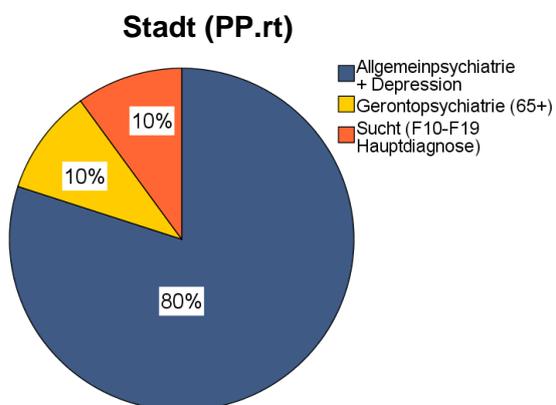


Abbildung 37: Verteilung der städtischen StäB-Patient*innen der PP.rt ($N = 50$) in Abteilungen

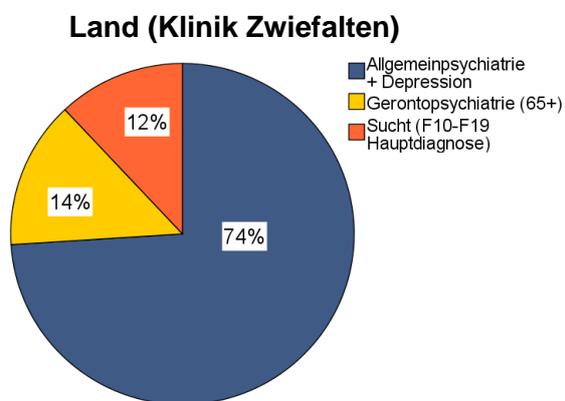


Abbildung 38: Verteilung der ländlichen StäB-Patient*innen der Klinik Zwiefalten ($N = 50$) in Abteilungen

Zufriedenheit der StäB-Patient*innen

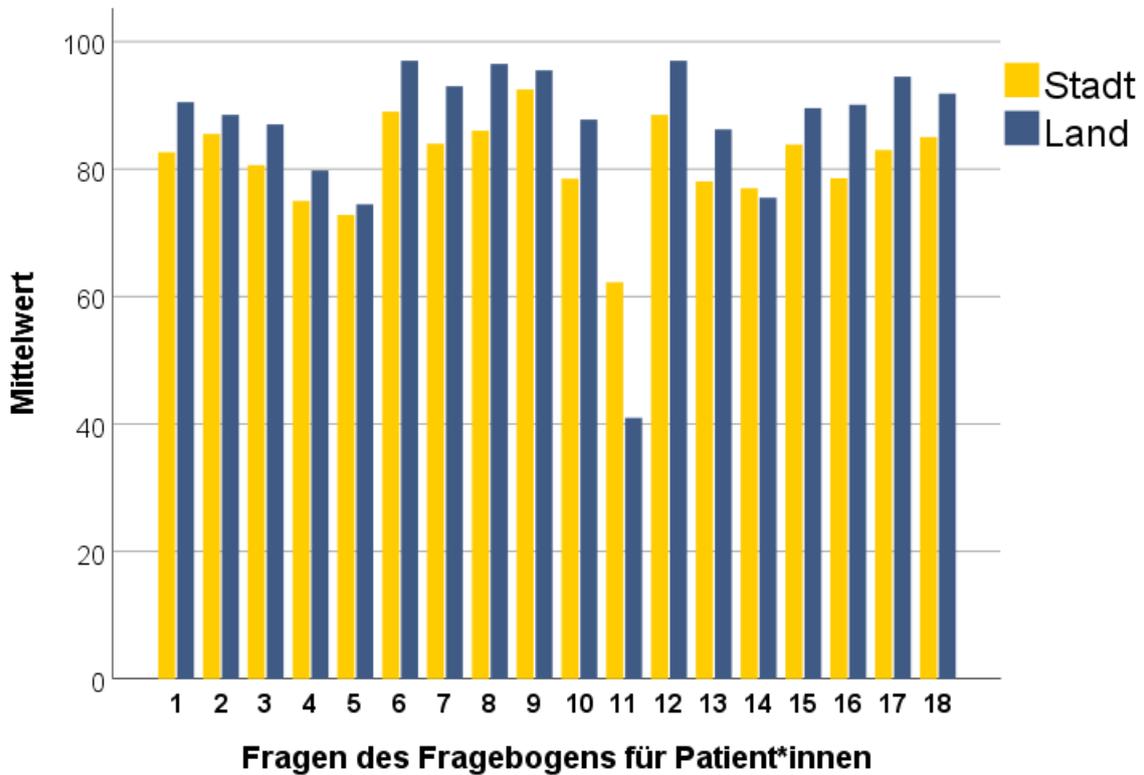


Abbildung 39: Darstellung der Mittelwerte der Zufriedenheitsbefragung unterteilt in städtische StäB-Patient*innen der PP.r und ländliche StäB-Patient*innen der Klinik Ziefalten. Die Grundgesamtheit variiert je nach Frage und kann in Tabelle 32 eingesehen werden.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen, die mich bei der Anfertigung dieser Arbeit tatkräftig unterstützt und die Fertigstellung ermöglicht haben, herzlich bedanken. Einigen Personen gebührt besonderer Dank.

Zuallererst möchte ich mich bei meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Längle, für die Überlassung des spannenden Themas, die immerzu reibungslose Kommunikation, die ausgezeichnete Betreuung und die vielen zeitintensiven Besprechungen und wertvollen Ratschläge bedanken.

Auch möchte ich Herrn Prof. Dr. Wildgruber und Herrn Dr. Schwärzler für die zusätzliche Betreuung meiner Doktorarbeit herzlich danken.

Mein besonderer Dank gilt außerdem Frau Raschmann, für die unzähligen wertvollen Hilfestellungen und Ratschläge und für die viele Zeit, die in die Überarbeitung dieser Doktorarbeit geflossen ist.

Des Weiteren möchte ich mich recht herzlich bei Herrn Dr. Flammer für die statistische Unterstützung und die zahlreichen zeitintensiven Telefonate bedanken. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch Frau Dr. Brendel für die methodische Beratung herzlich danken.

Mein Dank gilt auch Herrn Dr. Noetzel für die vielen Patientenaufklärungen und die stets aufmunternden Worte sowie dem gesamten StäB-Team für die tatkräftige Unterstützung während der Datenerhebung.

Abschließend möchte ich mich von ganzem Herzen bei meiner Familie und meinem Freund Bjarni bedanken, die mich durch ihren Zuspruch stets ermutigt und mich in meinen Fähigkeiten bestärkt haben. Ohne diesen Rückhalt wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Danke!