

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. (HG.)

Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer  
Krankenhausbehandlung

Projektbericht

20. Oktober 2013

Autorengruppe

Borbé\*, Raoul; Öhrlich\*, Winnie; Gebhardt, Ralf; Krüger, Ulrich;  
Heinz, Andreas; Schmidt-Michel, Paul-Otto; Kunze, Heinrich

\*haben zu gleichen Teilen beigetragen

# Inhaltsverzeichnis

1. Handlungsempfehlungen .....	5
1.1 Versorgungs- und Qualitätsziele von Krankenhausbehandlung für Personen mit psychischen Erkrankungen .....	5
1.2 Handlungsempfehlungen mit Begründung .....	8
2. Ausgangssituation .....	32
3. Ziele und Bezugspunkte .....	35
3.1 Psychiatrie-Personalverordnung .....	36
3.2 UN-BRK .....	37
3.3 Gesetzesänderungen und Urteile .....	38
3.4 Zusammenfassung .....	39
4. Vorgehen/Methodik .....	40
4.1 TeilnehmerInnen der Projektgruppe, Projektbeginn und Projektdurchführung .....	40
4.2 TeilnehmerInnen und Treffen der Arbeitsgruppe, Expertengruppe und des wissenschaftlichen Beirats .....	41
4.3 Klinikbesuche und Interviews .....	43
4.4 Auswahl der Kliniken .....	44
4.5 Qualitative Methode: Begründung der Methodenwahl, Erhebung und Auswertung, Gütekriterien .....	46
4.5.1 Begründung der Methodenwahl .....	46
4.5.2 Erhebung .....	46
4.5.3 Auswertung .....	47
4.5.4 Gütekriterien .....	55
4.6 Gutachten Prof. Dr. Richter .....	59
4.7 Standardisierte Onlinebefragung zu Qualitätskriterien .....	59
4.8 Stärken und Schwächen des gewählten methodischen Zugangs .....	60
4.8.1 Diskussion der qualitativen Untersuchung .....	60
4.8.2 Diskussion der standardisierten Onlinebefragung .....	62
4.8.3 Diskussion der Methode des Gutachtens .....	62
4.8.4 Methodentriangulation .....	62
5. Ergebnisse: „Steuerungswirkungen durch Finanzierung“ Stellungnahme zum Gutachten von .. Prof. Richter .....	62
6. Ergebnisse der standardisierten Onlinebefragung .....	64
7. Ergebnisse der Qualitativen Studie: Übersicht über besuchte Kliniken und interviewte Gruppen .....	66
7.1 Die Durchführung der Besuche und Interviews in den Kliniken .....	66
7.2 Interviewte Gruppen .....	68
7.2.1 Ärztliche, Pflegedienst- und Kaufmännische Leitung .....	68
7.2.2 MitarbeiterInnen .....	69
7.2.3 PatientInnen .....	70
7.2.4 Angehörige .....	71
7.2.5 VertreterInnen von Selbsthilfeorganisationen .....	72
7.3 Vorstellung der Kliniken .....	72

8. Ergebnisse: Die Umsetzung der Qualitätsziele in den besuchten Kliniken .....	79
8.1 Umsetzung lebensfeldbezogener und personenzentrierter Krankenhausbehandlung am Beispiel Aufnahmen und Entlassungen.....	81
8.1.1 Umsetzung des Aufnahmeverfahren mittels Aufnahmezentrum .....	81
8.1.2 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse des Aufnahmeverfahrens mittels Aufnahmezentrum .....	83
8.1.3 Umsetzung des Aufnahmeverfahrens mittels settingübergreifenden BezugstherapeutInnen .....	84
8.1.4 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse des Aufnahmeverfahrens mittels Setting übergreifenden BezugstherapeutInnen .....	86
8.1.5 Schnelle Hin- und Herbewegung zwischen Klinik und zu Hause: die Umsetzung von flexiblen, schnell wechselnden Aufnahme- und Entlassungsverfahren und von Belastungserprobungen.....	87
8.1.6 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse von flexiblen, schnell wechselnden Aufnahme- und Entlassungsverfahren und von Belastungserprobungen.....	89
8.1.7 Umsetzung von personenzentrierter, lebensfeldbezogener Entlassungsvorbereitung und Entlassung .....	89
8.1.8 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse von personenzentrierter, lebensweltbezogener Entlassungsvorbereitung und Entlassung .....	90
8.1.9 Fazit für Anforderungen, Umsetzung und Rahmenbedingungen bei lebensfeldbezogener und personenzentrierter Krankenhausbehandlung am Beispiel Aufnahmen und Entlassungen .....	90
8.2 Personen- Lebensfeldbezug während der Behandlung .....	91
8.2.1 Die Bezugnahme zum Alltag der Patienten außerhalb der Klinik durch die klassischen Aufgaben der Sozialarbeit oder Ergotherapie .....	92
8.2.2 Einübung von Alltagspraktiken durch Milieuthérapie .....	92
8.2.3 Lebensfeldbezug durch Begleitung zu Hause und Begleitung nach Hause .....	93
8.2.4 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für Lebensfeldbezug .....	94
8.3 Umsetzung personeller und räumlicher Behandlungskontinuität .....	95
8.3.1 Bezugstherapeuten auf der Station und bei Wiederaufnahmen.....	95
8.3.2 Bezugstherapeuten als Ausnahmeprinzip über die Grenzen von Stationen, Tageskliniken und ambulanter Behandlung hinweg.....	95
8.3.3 Personelle und räumliche Überschneidungen bei stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung.....	96
8.3.4 Begleitung durch einen Bezugstherapeuten unabhängig vom Behandlungssetting (stationär, teilstationär, ambulant oder zu Hause) .....	98
8.3.5 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für Umsetzung räumlicher und personeller Kontinuität .....	101
8.4 Patientenorientierung durch Kommunikation, Mitbestimmung und therapeutische Haltung .....	102
8.4.1 Patientenorientierung - Forderungen von Seite der interviewten SelbsthilfevertreterInnen .....	102
8.4.2 Haltung der TherapeutInnen gegenüber dem/r PatientIn und in der	

therapeutischen Kommunikationssituation .....	103
8.4.3 Patientenorientierung bei der Information und Mitbestimmung von Patienten ..	105
8.4.4 Wandel der Kommunikation und Mitbestimmung durch Fortbildungen der Mitarbeiter, Hausbesuche, Besetzung von Stellen durch Betroffene, Triologseminare .....	106
8.4.5 Mitbestimmung von Betroffenen auf Planungs- und politischer Ebene .....	107
8.4.6 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für Patientenorientierung durch Kommunikation, Mitbestimmung und therapeutische Haltung.....	107
8.5 Einbezug von Angehörigen .....	108
8.5.1 Die Rolle von Angehörigen für die Behandlung aus der Perspektive von interviewten SelbsthilfevertreterInnen .....	108
8.5.2 Einbezug von Angehörigen durch Angehörigengruppen, durch das Angebot von Angehörigenvisiten, durch Art der Dokumentation und Fortbildung.....	111
8.5.3 Finanzielle Anreize für Angehörigenarbeit, insbesondere für persönliche und telefonische Beratungsangebote.....	111
8.5.4 Einbezug von Angehörigen durch die Behandlung zu Hause und im Lebensfeld ..	111
8.5.5 Einbezug von Angehörigen durch Förderung trialogischer Konstellationen bei der Behandlung und auf Planungsebene .....	113
8.5.6 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für den Einbezug von .....	114
8.6 Vernetzung der Krankenhausbehandlung mit Angeboten der psychosozialen Einrichtungen und Diensten der Gemeinde .....	114
8.6.1 Personelle Überschneidungen von Mitarbeitern in unterschiedlichen psychosozialen Einrichtungen der Gemeinde .....	115
8.6.2 Systematische Vernetzung der Klinik mit anderen psychosozialen Einrichtungen und Diensten innerhalb der Gemeindepsychiatrie.....	115
8.6.3 Finanzielle Anreize für Patientenorientierte Vernetzung .....	116
8.6.4 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für die Vernetzung der Krankenhausbehandlung mit psychosozialen Einrichtungen und Diensten der Gemeinde .....	116
9. Schlussfolgerungen aus der qualitativen Studie .....	117
10. Genderaspekte .....	119
10.1 Auf Gender abzielende Angebote .....	119
10.2 Verteilung und Relevanz von Gender unter den Interviewgruppen .....	120
11. Zusammenführung der Ergebnisse des Gutachtens, der quantitativen und der qualitativen Studie.....	122
12. Literatur und Quellenverzeichnis .....	122
12.1 Literatur .....	122
12.2 Literatur geordnet nach untersuchten Kliniken (alphabetisch nach Namen der Klinik)	128
12.3 Empirische Daten: Liste der Interviews und Protokolle, geordnet nach Kliniken und befragter Gruppe .....	133
13. Verzeichnis der Abkürzungen.....	143
14. Anhänge .....	143

# 1. Handlungsempfehlungen

Ziel der Handlungsempfehlungen ist, Veränderungen der Rahmenbedingungen von Krankenhausbehandlung vorzuschlagen, die zur Verbesserung und Weiterentwicklung von Qualität und Effizienz von Krankenhausbehandlung beitragen.

## *1.1 Versorgungs- und Qualitätsziele von Krankenhausbehandlung für Personen mit psychischen Erkrankungen*

1. **Regionale Pflichtversorgung** bedeutet Aufnahmepflicht für alle Patienten aus einer definierten Region, die auf Grund einer akuten psychischen Erkrankung stationär oder teilstationär behandlungsbedürftig sind. Dies gilt sowohl für Patienten, die sich freiwillig in Behandlung begeben, als auch für gerichtlich untergebrachte Patienten. Diese Regelung bindet die Klinik, gibt ihr aber kein regionales Monopol, denn die Wahlfreiheit der Patienten wird dadurch nicht eingeschränkt.

**Empfehlung:** Die Länder regeln die regionale Pflichtversorgung und überwachen die Einhaltung.

2. **Wohnortnahe Krankenhausbehandlung** trägt dazu bei, dass die Integration, bzw. Inklusion der Patienten durch die Behandlung nicht zusätzlich eingeschränkt wird, und dass Behandlungsergebnisse wirksamer umgesetzt werden können.

**Empfehlung:** Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) prüft und legt fest, inwieweit Angaben zur wohnortnahen Krankenhausbehandlung (z. B. Anfahrtszeit von Patienten und Angehörigen) im Rahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erhoben und im Qualitätsbericht der Krankenhäuser veröffentlicht werden sollen.

3. **Die Strukturqualität „Ausstattung mit therapeutischem Personal“** ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die Prozess- und Ergebnisqualität. Eine verstärkte Verdünnung des therapeutischen Personals ist zu befürchten, wenn ab 2017 die Psych-PV nicht mehr gilt und die G-BA-„Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal“ nicht konsequent umgesetzt werden.

**Empfehlung:** Der gesetzliche Auftrag des G-BA zur Festlegung von Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal (§ 137 Abs. 1c Satz 1 SGB V) ist fristgerecht umzusetzen. Wenn die Empfehlungen des G-BA bis Ende 2016 nicht wirksam eingeführt sind, sollte die Geltung der Psych-PV gesetzlich verlängert werden.

4. **Psychotherapie** muss ein integraler Bestandteil der psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhausbehandlung für alle Patienten sein.

**Empfehlung:** Psychotherapie muss gestärkt werden, insbesondere im Bereich der Institutsambulanz.

5. **Zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Patienten, v. a. Freiheit und Sicherheit der Person** minimiert die Klinik Einschränkungen (z. B. die Schließung von Stationen), Zwangsmaßnahmen werden systematisch im internen Qualitätsmanagement evaluiert.

**Empfehlung:** Die Klinik informiert im Qualitätsbericht über die Maßnahmen und Ergebnisse zum Abbau von Fremdbestimmung durch Behandlung, z. B. gerichtliche Unterbringung und Zwangsmaßnahmen.

Die Praxis der gerichtlichen Unterbringungen muss landesweit z. B. durch Besuchskommissionen kontrollierbar sein. Wenn die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen auch durch unzureichende Personalausstattung bedingt ist, dann muss die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal geprüft werden.

6. **Das Krankenhaus organisiert die Behandlungsprozesse patientenorientiert:**

♣ die individuell notwendige *institutionelle Dosis* Behandlung wird verwendet, die am wenigsten in die Selbstbestimmung des Patienten eingreift

♣ der geeignete *Ort der Behandlung* wird gewählt in der Klinik und im Lebensfeld des Patienten

♣ die Behandlungszeit wird nach Frequenz und Dauer individuell differenziert.

**Empfehlung:** Die Flexibilisierung von Krankenhausbehandlung ist nach Bedarf und Bedürfnis der Patienten zu unterstützen.

7. **Die Kontinuität der Beziehungen zu Therapeuten und wichtigen privaten Bezugspersonen** hilft besonders Patienten, die sich aufgrund ihrer Erkrankung nicht auf neue Beziehungen und Kontexte einstellen wollen oder können.

**Empfehlung:** Die Kliniken gestalten die Behandlungsprozesse mit dem Ziel, personelle Kontinuität und Veränderung nach den individuellen Bedarfen der Patienten zu ermöglichen.

8. **Die Berücksichtigung des Lebensfelds und der dort wichtigen Bezugspersonen** fördert die Genesung durch Unterstützung in den Lebensfeldern Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Freizeit; behindert wird die Genesung durch ungeeignete Unterstützung oder fehlende Unterstützung bei allein und isoliert lebenden Menschen.

**Empfehlung:** Die Kliniken berücksichtigen bei der Behandlung die Unterstützung der Patienten in ihrem Alltag.

9. **Der Transfer von Behandlungserfolgen in das Lebensfeld oder die Behandlung im Lebensfeld des Patienten sind maßgeblich für Ergebnisqualität.**

Die Nachhaltigkeit von Behandlung wird verbessert, wenn die Behandlung auch im Alltag des Patienten stattfinden kann. Für die Beurteilung der Ergebnisqualität ist die sektoren übergreifende Perspektive bis zur ambulanten und ggf. Behandlung zu Hause notwendig.

**Empfehlung:** Die Kliniken, der MDK und der Gemeinsame Bundesausschuss

berücksichtigen die Bewährung der Behandlungsergebnisse im Alltag der Patienten für die Qualitätssicherung, besonders bei der Ermittlung der Ergebnisqualität.

10. ***Verbindliche Kooperation mit externen Diensten verkürzt die stationäre Behandlung.***

Die Vorbereitung der Entlassung beginnt mit der Behandlungsplanung bei der Aufnahme.

***Empfehlung:*** Die Klinik pflegt die Kooperation mit externen medizinischen, psychosozialen Diensten sowie der Selbsthilfeorganisationen auf der Einzelfall- und Systemebene.

11. ***Trialogische Besuchskommissionen und Komitees gewährleisten eine unabhängige Überprüfung der Umsetzung der obengenannten Prinzipien.*** Sie haben sich bereits in einigen Bundesländern bewährt.

***Empfehlung:*** Die Länder richten trialogische Besuchskommissionen und Komitees ein, die die Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen visitieren und an der Umsetzungsplanung innerhalb neuer Behandlungskonzepte beteiligt sind.

12. ***Inklusion ist eine zentrale Vorgabe für die Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität.***

Die Beachtung der Prinzipien 1 - 11 in der Krankenhausbehandlung fördert die Inklusion.

***Empfehlung:*** Die Kliniken beziehen die Ziele der UN-BRK in ihr Qualitätsmanagement ein.

### **Grundlagen der Versorgungs- und Qualitätsanforderungen**

Die Anforderungen an Versorgungs- und Behandlungsqualität wurden erstmals formuliert in den Grundsätzen der Psychiatrie-Enquete (1975), den „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988) und der Psych-PV (1990). Die Anforderungen in diesen Handlungsempfehlungen wurden weiter entwickelt unter Berücksichtigung folgender neuer Vorgaben und Erkenntnisse:

- ♣ Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) gibt die Norm vor: „§ 27 Krankenbehandlung: {...} Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen“
- ♣ Eine weitere maßgebliche Rechtsnorm, die auch für Menschen mit psychischen Störungen von erheblicher Bedeutung ist, ist mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) durch den Deutschen Bundestag 2009 hinzu gekommen: Wenn unzureichende Behandlung und Rehabilitation vermeidbare Beeinträchtigungen der Teilhabe zur Folge haben, so werden in der Konvention spezifizierte Menschenrechte verletzt.
- ♣ Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat 2011 in zwei Urteilen festgestellt, dass vor einer Einschränkung der Grundrechte bei krankheitsbedingten Gefährdungen die *Verhältnismäßigkeit* der Maßnahmen sorgfältig geprüft werden muss. Dazu gehört auch die Prüfung, ob alternative Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.
- ♣ Nach Beendigung des Projektes trat das Patientenrechtegesetz in Kraft, das die Stellung der Patienten gegenüber Leistungserbringern und Leistungsträgern stärkt.

## *1.2 Handlungsempfehlungen mit Begründung*

Im Zentrum stehen:

- ♣ die Kritik an der sektoralen Fragmentierung von Behandlung mit Folgeproblemen aus unterschiedlichen Perspektiven
- ♣ die Empfehlungen für Rahmenbedingungen, die eine flexiblere, stärker Patienten- und Lebensfeld-orientierte Behandlung und einen sparsameren Ressourcenverbrauch unterstützen.
- ♣ Daraus werden Qualitätskriterien für Ergebnis- Prozess- und Struktur-Qualität abgeleitet.

Das Projekt befasste sich mit den Rahmenbedingungen für Krankenhausbehandlung, aber *nicht* mit Empfehlungen für spezielle Behandlungsmethoden, Leitlinien und Verfahren der Qualitätssicherung.

### *Hintergrund und Auftrag des Projekts*

Im KHRG (2009) wurde mit dem neuen § 17d KHG der Auftrag zur Entwicklung eines neuen Finanzierungssystems für die stationäre Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erteilt. Damit sollen die im stationären Sektor *vorhandenen Finanzmittel* leistungsgerechter und transparenter verteilt werden, aber ohne Norm für die *notwendigen* Leistungen, die dafür vorzuhaltenden Versorgungsstrukturen, einschließlich der Personalausstattung und der Finanzierung.

Mit dem vorliegenden Bericht wollen wir Handlungsempfehlungen für die Qualitätssicherung der Krankenhausbehandlung vorlegen, insbesondere für die Zeit ab 2017.

Gemäß Psych-Entgeltgesetz von 2012 wird die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV, 1991) 2017 außer Kraft gesetzt. Die normative Funktion der Psych-PV zur Personalbemessung für das nach Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abzuschließende Budget wird abgelöst durch das neue Psychiatrie-Entgelt in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

Damit stellt sich die Frage, was aus den Versorgungs- und Qualitätszielen der Psych-PV, hergeleitet aus den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung ...“ (1988) und der Psychiatrie-Enquete (1975) wird?

Durch das Psych-Entgeltgesetz (in Kraft seit dem 01.08.2012) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im § 137 Abs.1 beauftragt:

*„(1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen ... insbesondere ... alterabhängige Anforderungen ... Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar einzuführen.“*



Ohne die Festlegung einer neuen Qualitätsnorm mit entsprechender Sanktionierung ist zu befürchten, dass Einsparungen beim therapeutischen Personal weiter zunehmen. Krankenhausträger und Krankenkassen können schon bisher die Psych-PV-Vorgaben ohne Konsequenzen unterschreiten - und ab 2017 möglicherweise dann die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

### **Rechtliche und inhaltliche Grundlagen der Versorgungs- und Qualitätsanforderungen**

Die Anforderungen an Versorgungs- und Behandlungsqualität wurden in Deutschland historisch nach Überwindung des „Halbierungserlasses“ des 3. Reiches für die Psychiatrie von der Psychiatrie-Enquete (1975)<sup>1</sup>, den „Empfehlungen ...1988“<sup>2</sup> und der Psych-PV (1991)<sup>3</sup> festgelegt. Im Diskurs mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe und der Expertengruppe sowie dem Wissenschaftlichen Beirat (siehe Kapitel 4) des Projekts wurden - ausgehend von den Bedarfen der Patienten - die Anforderungen weiter entwickelt, unter Berücksichtigung von neuen Vorgaben und Erkenntnissen.

1. Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) gibt die Norm vor: „§ 27 Krankenbehandlung: {...} Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen“.  
Im SGB IX stellt „§ 27 Krankenbehandlung und Rehabilitation“ klar, dass die in „§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ Absatz 1 genannten Ziele auch bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten: Der Krankenbehandlung werden als Aufgabe folgende Ziele zugewiesen: Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten verhindern oder bessern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen vermeiden oder mindern.
2. Eine maßgebliche Rechtsnorm ist mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) durch den Deutschen Bundestag 2009 hinzu gekommen: Wenn unzureichende Behandlung und Rehabilitation vermeidbare Beeinträchtigungen der Teilhabe zur Folge haben, so werden in der Konvention spezifizierte Menschenrechte verletzt (siehe Kap. 3.2)<sup>4</sup>.
3. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat 2011 in zwei Urteilen (siehe Kap. 3.3) festgestellt, dass vor einer Einschränkung der Grundrechte bei krankheitsbedingten Gefährdungen die *Verhältnismäßigkeit* der Maßnahmen kritisch geprüft werden muss. Dazu gehört auch die Prüfung, ob alternative Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Für den Gesetzgeber ergibt sich daraus die Verpflichtung, nicht nur die dafür erforderlichen rechtlichen Verfahren sondern auch die notwendigen

---

<sup>1</sup> Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (...) Bundestagsdrucksache 7/ 4200, 1975

<sup>2</sup> Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen, und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn, 11. November 1988

<sup>3</sup> Aktion Psychisch Kranke e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Band 99 der Schriftenreihe des BMG, Nomos, Baden-Baden, 1998

<sup>4</sup> Heinz A, Öhrlich W: Inklusion fördernde Behandlung. S. 69-76 in: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß (Hg.): Psychiatriereform 2011... der Mensch im Sozialraum. Psychiatrie-Verlag Bonn 2012

Behandlungsressourcen sicher zu stellen.<sup>5 6</sup>

### ***Inklusion als übergeordnetes Ziel von Behandlung***

Konzeptionelle Grundlagen für eine, am Ziel der Inklusion ausgerichtete, Behandlung sind des weiteren bereits ausformuliert in:

- ▲ die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem bio-psycho-sozialen Modell für Krankheit und Gesundheit <sup>7</sup>
- ▲ der personenzentrierte Ansatz der Psych-PV, von der APK seit 20 Jahren auch für andere Bereiche weiter entwickelt.<sup>8</sup>

*Die folgenden Prinzipien fördern eine auf Inklusion ausgerichtete Behandlung:*

- ▲ Der Transfer von Behandlungsergebnissen auf den realen Alltag des Patienten - lange bekannt, wenig beachtet - ist entscheidend für die **Ergebnisqualität** von sektorenübergreifender Behandlung.
- ▲ Zentrale Merkmale von **Prozessqualität** sind (vgl. 6. bis 10. unten):
  - Flexible Wahl der institutionellen Dosis an Krankenhausbehandlung statt das zerstückelte Angebot von stationärer oder ambulanter Behandlung mit riesigem Unterschied der „Dosis“.
  - Flexible Nutzung auch des Alltagslebens des Patienten als therapeutisches Feld statt Behandlung nur am Ort der Klinik
  - Flexible Nutzung der Behandlungszeit nach Frequenz und Dauer
  - Kontinuität der Beziehungen bei Veränderung des Behandlungsbedarfs nach Dosis, Ort und Zeit der Behandlung
- ▲ Die Wohnortnähe ist für die allermeisten Patienten eine zentrale **Strukturqualität** als Voraussetzung für die beschriebene Prozessqualität.

Die Wohnortnähe ist eine Voraussetzung dafür,

- dass Patienten und Patientinnen nicht deshalb stationär behandelt werden müssen, weil teilstationäre und ambulante Krankenhausbehandlung für sie nicht erreichbar sind
- dass die Patienten während der Klinikbehandlung sich um ihre Wohnung, Familie und Haustiere kümmern, Behördengänge erledigen können und nicht etwa notwendige stationäre Behandlungen aufgrund solcher Verpflichtungen vermeiden
- dass Angehörige und Freunde zu Besuch kommen können
- dass Patienten in Probebeurlaubung die Zwischenergebnisse der Behandlung auf

---

<sup>5</sup> Müller S et al.: Zwangsbehandlung unter Rechtsunsicherheit. Nervenarzt 2012 83:1142-1149 Teil 1, 1150-1155 Teil 2

<sup>6</sup> Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012, veröffentlicht am 17.07.2012, Nervenarzt 2012 83:1209-1210

<sup>7</sup> ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2005

<sup>8</sup> Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Band I: Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band II: Ambulante Komplexleistungen - sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung Nomos, Baden-Baden, 1999

Tauglichkeit in ihrem Alltag erproben und üben können

- dass die Klinik-Therapeuten mit den regionalen professionellen Diensten belastbare Kooperationsformen u. a. für die Entlassungsplanung entwickeln können: Haus- und Fachärzte, somatische Kliniken, Psychiater und Psychotherapeuten, medizinische und berufliche Rehabilitation, unterstütztes Wohnen und Arbeiten, regionale Hilfeplan-konferenz, Schuldnerberatung, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Polizei bei Krisen, Jugendhilfe, Suchtberatung, Pflegedienste und Altenhilfe
- dass professionelle Dienste mit Patienten und deren Therapeuten während der Krankenhausbehandlung Kontakt halten oder aufnehmen können

Diese Prinzipien werden aktuell durch die UN-Behindertenrechts-Konvention und die neuen Bundesgerichtsurteile zum sorgfältigeren Umgang mit - und zur Vermeidung von - „fürsorglichem Zwang“ in der Behandlung betont.

### ***Patienten mit psychischen Erkrankungen - Besonderheiten im Vergleich zu Patienten mit somatischen Erkrankungen***

Die Unterschiede sind für die Struktur, Organisation und Finanzierung von Krankenhausbehandlung von großer Bedeutung.

Die erlebte Bedrohung schwerer *somatischer* Erkrankungen kann Patienten emotional sehr aufwühlen, doch sind ihre psychischen Fähigkeiten, sich damit auseinander zu setzen, nicht grundlegend beeinträchtigt (außer bei Bewusstseinsstörungen in Folge der somatischen Erkrankung).

Bei Patienten mit schweren *psychischen* Erkrankungen können die Wahrnehmung, das Denken, Fühlen und Urteilen, also zentrale psychische Funktionen der Person, soweit gestört sein, dass zeitweise die Fähigkeit erheblich beeinträchtigt ist, die eigene Erkrankung nach bisherigen persönlichen Maßstäben einzuschätzen und entsprechend im Verhältnis zu sich selbst und zu anderen Menschen im Alltag zu handeln.

Viele Patienten erleben von ihren gesunden Anteilen der Persönlichkeit her subjektiv die Veränderungen an sich selber und erleben entsprechende Reaktionen von Bezugspersonen. Das führt zu erheblicher Verunsicherung, zu Ängsten, Scham, Selbstvorwürfen. Oft versuchen sie mit massiven Anstrengungen, die durch die psychische Erkrankung entstehenden Defizite zu kompensieren oder zu kaschieren. Die eigenen Zweifel und die Reaktionen (Vorwürfe, Druck...) von Bezugspersonen, die davon nichts ahnen, können beim Patienten Reaktionen wie Rückzug, Verzweiflung, Aggressionen und Suizidversuche verstärken.

Wenn Therapeuten und Angehörige auf das subjektive Erleben der Patienten mit ihrer Erkrankung und der mit den Behandlungserfahrungen eingehen, so kann oft die Ausübung von Zwang vermieden, oder wenn doch notwendig, verkürzt werden - dadurch dass eine Einsicht in die Notwendigkeit Hilfe zu brauchen schneller entsteht oder dass Hilfe besser angenommen werden kann.

Auch die Verläufe von Erkrankungen und Behandlungen werden stark vom Lebens- und Behandlungskontext der Patienten beeinflusst, das heißt von der subjektiven Verarbeitung der erlebten Veränderungen durch die Erkrankung sowie der Reaktionen von wichtigen Bezugspersonen und die Erfahrungen mit früheren Behandlungen, die als hilfreich oder traumatisierend erlebt wurden.

Die Krankheitssymptome können Beeinträchtigungen von privaten Beziehungen und in Bereichen wie Schule, Bildung und Arbeit zur Folge haben, die wiederum die Stressbelastung erhöhen, was krankheitsverstärkend wirkt.

Je schwerer Menschen psychisch sind, umso mehr sind sie vulnerabel für Vernachlässigung:

- ▲ weil sie umso weniger ihre Behandlung selber einleiten und ggf. einfordern,
- ▲ weil sie umso stärker von Stigma betroffen werden,
- ▲ und weil sie für die Krankenkassen und Kliniken im Wettbewerb nicht interessant sind und von Sozialhilfe abhängig werden.

### ***Innovationsstau bei der Entwicklung und Anpassung von Strukturen und Prozessen in psychiatrischen Kliniken***

Internationale Erfahrungen und wissenschaftliche Evaluationen moderner Behandlungsformen sind in Deutschland bisher unzureichend aufgenommen worden. Beispielhaft stehen dafür Community Mental Health Teams (CMHT), Assertive Community Treatment (ACT), Intensive Case Management (ICM) und Home Treatment<sup>9</sup>. All diese Versorgungsangebote sind in unterschiedlichen Ländern flächendeckend etabliert und wissenschaftlich gut evaluiert worden. In Deutschland wurde Home Treatment erstmals im Rahmen eines BMG-Projektes in Krefeld etabliert. Weitere lokale Implementierungen folgten mit unterschiedlicher Finanzierung: Regionalbudget, § 140 SGB V, Tagesklinik (analog), PIA (Bayern).

Viele Therapeuten und mit dem Betrieb von Institutionen befasste leitende Professionelle (in Krankenkassen, Trägerverwaltungen, Ministerien) sowie Patienten und Angehörige können sich die Struktur- und Organisationsformen nur so vorstellen, wie sie ihnen aus gewohnter Praxis - versäult - vertraut sind. Auch die Strukturen anderer Institutionen, z. B. der Krankenkassen, sind danach ausgerichtet.

Außerdem gibt es finanzielle Anreize, die das fragmentierte Versorgungssystem stabilisieren, so wie es ist. Denn die Finanzierung ist orientiert an historisch gewachsenen Institutionstypen und Zuständigkeiten von Kostenträgern und verhindert damit die Etablierung flexibler Versorgungsformen.

Dies zeigte sich auch in unserer Untersuchung: ***Die Kliniken, die ihre Behandlungsprozesse am Bedarf der Patienten ausrichten, stoßen bald an Grenzen der Finanzierung und der ordnungspolitischen Vorgaben für Krankenhausbehandlung. Modelle nach § 64b SGB V eröffnen hier Gestaltungsspielräume, die es zu nutzen gilt.***

Es geht in diesen Handlungsempfehlungen darum, für Krankenhausbehandlung die Prozessorganisation so zu entwickeln, dass *die bisherigen Brüche an den Schnittstellen in den Behandlungsprozessen möglichst von vornherein vermieden werden*, statt sie unverändert zu lassen und die Nachteile mit zusätzlichem Schnittstellenmanagement<sup>10</sup> zu kompensieren, oder

<sup>9</sup> DGPPN: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer Medizin, Heidelberg 2013

<sup>10</sup> Steinert T: Zur Arbeit von Puschner B et al. Kosteneffektivität bedarfsorientierter Entlassungsplanung bei Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung. Psychiatrische Praxis 2013; 40: Szene 102-105

z. B. durch einen Flickenteppich von Selektiv-Verträgen zur Integrierten Versorgung (IV) zu ersetzen.

Der nach Institutionstypen fragmentierten Versorgungslandschaft müssen bisher die Patienten ihren Bedarf anpassen.

## Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausbehandlung für Personen mit psychischen Erkrankungen

### *1. Regionale Pflichtversorgung*

Diese sichert den Anspruch auf wohnortnahe Krankenhaus-Behandlung - rechtzeitig und jederzeit - für die psychisch erkrankten Personen in einer definierten Region. Regionale Pflichtversorgung bedeutet Aufnahmepflicht ohne chronifizierende Wartezeiten für alle behandlungsbedürftigen Patienten aus einer definierten Region, die sich freiwillig in Behandlung begeben oder die nach den Unterbringungsgesetzen der Länder sowie dem BGB (Betreuungsrecht oder Minderjährige) eingewiesen werden. Es geht um die Verlässlichkeit der regionalen Klinik aus der Sicht der Patienten und der Kooperationspartner der Klinik. Akutversorgung - auch für Patienten mit schlechten Risiken - muss ohne Diskussion um Überbelegung etc. gewährleistet sein. Das gilt auch für die ambulante Kriseninterventionen bei unzureichenden fachspezifischen Bereitschaftsdiensten im Vertragsarztbereich und langen Wartezeiten in den Praxen.

Diese Regelung bindet die Klinik, gibt ihr aber kein regionales Monopol, denn die Wahlfreiheit von Patienten wird dadurch nicht eingeschränkt. Die Klinik darf krankenhausbearbeitungsbedürftige Patienten nicht abweisen, weil z. B. die Kapazitäten mit „Wahlpatienten“ gefüllt sind.

**Empfehlung:** Die Länder regeln die regionale Pflichtversorgung und überwachen die Einhaltung.

### *2. Wohnortnahe Krankenhausbehandlung*

Die Wohnortnähe trägt dazu bei, dass die - ggf. beeinträchtigte - Integration der Patienten (Familie, soziale und professionelle Beziehungen) durch die Krankenhausbehandlung nicht zusätzlich eingeschränkt wird und Behandlungsergebnisse besser in den Alltag transferiert werden können.

Gerade bei Patienten mit komplexem Hilfebedarf ist die Einbeziehung von Familie, Nachbarschaft und Selbsthilfe, kurz der soziale Kontext, und die im Vorfeld und nach der Krankenhausbehandlung zuständigen professionellen Dienste von besonderer Bedeutung. Eine wohnortferne Behandlung erschwert die Versorgungsplanung und verlängert damit auch die Aufenthaltsdauern in den Kliniken.

Deshalb ist die regionale Pflichtversorgung und die Wohnortnähe der meisten Kliniken eine zentrale Errungenschaft der Psychiatriereform seit 1975.

In dichter besiedelten Regionen leben viele Menschen, für die inzwischen mehr als eine Klinik „wohnortnah“ erreichbar ist. „Wohnortnah“ und „regionale Pflichtversorgung“ sind deshalb nicht immer räumlich gleich zu setzen. Oft ist nicht die Entfernung sondern die verkehrstechnische Erreichbarkeit einerseits und andererseits die ggf. weniger oder mehr beeinträchtigte verkehrstechnische Fähigkeit der Patienten relevant.

**Empfehlung:** Das Kriterium einer wohnortnahen stationären Versorgung sollte in diesem Sinne als Qualitätsmerkmal vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Qualitätssicherung erfasst und zur Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser vorgesehen werden. Der G-BA prüft und legt fest, inwieweit Angaben zur wohnortnahen Krankenhausbehandlung (z. B. Anfahrtszeit von Patienten und Angehörigen) im Rahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erhoben und im Qualitätsbericht der Krankenhäuser veröffentlicht werden sollen.

### **3. Die Strukturqualität Ausstattung mit therapeutischem Personal**

Dies ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die Prozess- und Ergebnisqualität. Eine verstärkte Verdünnung des therapeutischen Personals ist zu befürchten, wenn ab 2017 die Psych-PV nicht mehr gilt, die Finanzierungsanreize des neuen Entgeltsystems für die Sparinteressen der Kassen und Krankenträger genutzt werden und die G-BA-„Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal“ nicht konsequent umgesetzt werden.

#### **Empfehlungen:**

- ♣ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erfüllt gemäß seiner Richtlinienkompetenz den Auftrag in § 137, Abs.1, 1c, SGB V fristgerecht und legt fest, dass die Krankenhäuser im Qualitätsbericht über die Einhaltung dieser Empfehlungen Transparenz herstellen müssen.
- ♣ Das Krankenhaus veröffentlicht im Qualitätsbericht in Bezug auf die Empfehlungen des G-BA das Ergebnis des Testats einer Wirtschaftsprüfung zur Ausstattung mit therapeutischem Personal (Stichtag und Jahresdurchschnitt).
- ♣ Die Geltung der Psych-PV muss gesetzlich verlängert werden, wenn die Empfehlungen des G-BA bis Ende 2016 nicht wirksam eingeführt sind.

### **4. Psychotherapie**

Diese ist ein integraler Bestandteil der Krankenhausbehandlung für alle Patienten mit entsprechender Indikation, insbesondere für Patienten mit schweren Beeinträchtigungen. Hier geht es i. d. R. nicht um Richtlinienpsychotherapie.

**Empfehlung:** Psychotherapie muss gestärkt werden, insbesondere im Bereich der Institutsambulanz. Der Qualitätsbericht der Klinik enthält Angaben zur psychotherapeutischen Qualifikation der therapeutischen Berufsgruppen.

### **5. Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Patienten, v. a. Freiheit und Sicherheit der Person<sup>11</sup>**

Die Klinik minimiert Einschränkungen von Patienten (z. B. die Schließung von Stationen), Zwangsmaßnahmen (z. B. geschlossene Türen, Fixierungen, Isolierungen und Zwangsmedikation), die damit verbundenen organisatorischen Prozesse, die Dauer und die Maßnahmen zu ihrer Vermeidung werden systematisch erfasst und laufend durch das interne Qualitätsmanagement evaluiert sowie vom G-BA in die externe Qualitätssicherung einbezogen. Daraus werden Maßnahmen abgeleitet, wie die Verbesserung der räumlichen Möglichkeiten und ein Deeskalationsmanagement.

**Empfehlung:** Zwangsmaßnahmen und die Maßnahmen zu ihrer Vermeidung werden als

---

<sup>11</sup> Lang UE (2010) Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Springer, Berlin - Heidelberg

Qualitätsindikator vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfasst und zur Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser vorgesehen. Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen werden flächendeckend in der Klinik angeboten, die Patienten werden bei deren Erstellung unterstützt. Ein Deeskalationstraining wird verbindlich allen Mitarbeitern angeboten.

Die Praxis der gerichtlichen Unterbringungen und der Zwangsmaßnahmen müssen landesweit z. B. durch trialogische Besuchskommissionen und empirische Vergleiche nach Regionen und Ländern untersucht werden können. Dabei ist auch die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal zu berücksichtigen. Denn unzureichendes Personal (der Zahl und Qualifikation nach) kann zur Anwendung von sonst vermeidbaren Zwangsmaßnahmen führen.

#### **6. Das Krankenhaus organisiert die Behandlungsprozesse patientenorientiert:**

- ⤴ Die individuell notwendige *institutionelle Dosis* Behandlung, die am wenigsten in die Selbstbestimmung des Patienten eingreift, wird angewendet.
- ⤴ Der *Ort der Behandlung* - in der Klinik und im Lebensfeld des Patienten - wird flexibel nach Bedarf und Bedürfnis gewählt.
- ⤴ Die Behandlungszeit wird nach Frequenz und Dauer individuell differenziert.

Es geht nicht darum, was generell besser ist, sondern darum, dass die Behandlung individuell, flexibel und mit dem Patienten gestaltet werden kann, aber *nicht fremdbestimmt* vorgegeben ist. Das Patientenrechtegesetz stärkt die Position der Patienten und informiert über Alternativen im Behandlungsverlauf.

**Empfehlung:** Anreize zur Flexibilisierung von Krankenhausbehandlung müssen nach Bedarf und Bedürfnis der Patienten gesetzt werden.

#### **7. Kontinuität der therapeutischen Beziehungen wird Sektoren übergreifend organisiert.**

Die Kontinuität ist einerseits wichtig für die Patienten, die sich aufgrund ihrer Erkrankung nicht auf neue Beziehungen und Kontexte einstellen wollen oder können. Andererseits werden dadurch Informationsverluste vermieden, die nicht selten, v. a. im Notfall, zu Fehlallokationen führen, die wiederum die Gesamtkosten der Behandlung erhöhen. Die Vermeidung von fremdbestimmter Veränderung der Therapeutenbeziehung und der Kontinuität zu privaten und professionellen Bezugspersonen ist von zentraler Bedeutung. Änderungen von Dosis, Ort und Zeitmuster der Behandlung darf nicht die Fragmentierung des Behandlungsprozesses notwendig machen. Es geht nicht um die Frage, ob Kontinuität immer und für alle besser ist als Veränderung. Es geht darum zu ermöglichen, dass Kontinuität oder Veränderung im individuellen Behandlungsprozess von Patient und Therapeut <sup>12</sup> im Einvernehmen vorgenommen werden können, bzw. nicht *fremdbestimmt* vorgegeben sind.

**Empfehlung:** Die Kliniken gestalten die Behandlungsprozesse mit dem Ziel, personelle Kontinuität und Veränderung nach den individuellen Bedarfen der Patienten zu ermöglichen.

#### **8. Berücksichtigung des Lebensfelds und der dort wichtigen Bezugspersonen**

Eine angemessene Unterstützung in den Lebensfeldern Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Freizeit und soziale Beziehungen des Patienten kann die Genesung maßgeblich fördern;

---

<sup>12</sup> Das gilt für Therapeuten verschiedener Berufsgruppen, insbesondere die Pflege gehört zu den Therapeuten

behindert wird die Genesung durch unzureichende oder ungeeignete Unterstützung oder fehlende Unterstützung bei allein und isoliert lebenden Menschen. Die Familien, z. B. Eltern von psychisch erkrankten Kindern, Jugendlichen und erwachsenen Kindern, tragen meist die Hauptlast der lebenspraktischen Unterstützung und der Begleitung in Krisenzeiten und oft auch finanziell. Das führt zu Armut und in die zunehmende Abhängigkeit von staatlichen Sozialleistungen. Krankenhausbehandlung ohne Berücksichtigung dieser Aspekte fördert die Ausgliederung (Familie, Wohnen, persönliches Netzwerk, Arbeit,...) des Patienten, statt dies zu verhindern. Wenn die Ausgliederung schon eingetreten ist, wird die Wiedereingliederung ein Behandlungsziel. Eine rehabilitative Perspektive ist oft auch ein notwendiger Teil der Behandlung.

**Empfehlung:** Die Kliniken berücksichtigen bei der Behandlung die Unterstützung der Patienten in ihrem Alltag. § 27 SGB IX regelt, dass die Rehabilitationsziele in § 26 (1) auch für Krankenbehandlung gelten. Die Aufwände für Behandlungsziele gemäß SGB IX, § 27 Krankenbehandlung und Rehabilitation werden berücksichtigt.

### ***9. Der Transfer von Behandlungserfolgen in das Lebensfeld oder die Behandlung im Lebensfeld des Patienten sind maßgeblich für die Ergebnisqualität.***

Die Nachhaltigkeit von Behandlung wird verbessert, wenn sie mit Bezug zum Lebensfeld oder auch im alltäglichen Leben des Patienten (räumlich außerhalb der Klinik) stattfindet und mit den wichtigen Bezugspersonen, sowohl private als auch professionelle, sowie Selbsthilfe. Der Patient – und möglichst auch für ihn wichtige Bezugspersonen im privaten und im Arbeitsbereich – werden zu Experten für die Erkrankung, ihre Behandlung und ggf. für das Leben mit der Erkrankung im Alltag.

Für die Beurteilung der Ergebnisqualität ist die sektorenübergreifende Perspektive bis zur ambulanten und der Behandlung zu Hause durch das Krankenhaus oder darüber hinaus durch andere psychiatrische Dienstleister notwendig.

**Empfehlung:** Die Kliniken, der MDK und der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigen die Behandlungsergebnisse im Alltag der Patienten im Rahmen einer sektorenübergreifenden Betrachtung der Versorgungsqualität.

### ***10. Verbindliche Kooperation mit externen Diensten verkürzt die stationäre Behandlung.***

Die Vorbereitung der Entlassung beginnt mit der Behandlungsplanung bei der Aufnahme: Welche Probleme sollen mit der Behandlung gelöst werden? Und welche Unterstützung des sozialen und professionellen Umfeldes, einschließlich Selbsthilfe, kann genutzt und aktiviert werden?

**Empfehlung:** Die Klinik pflegt die Kooperation mit externen medizinischen und psychosozialen Diensten sowie der Selbsthilfeorganisationen auf der Einzelfall- und Systemebene.

### ***11. Trialogische Besuchskommissionen und Komitees gewährleisten eine unabhängige Überprüfung der Umsetzung der obengenannten Prinzipien.***

Sie haben sich bereits in einigen Bundesländern bewährt. Sie sind zusammengesetzt aus Juristen der Aufsichtsbehörden, Vertretern therapeutischer Berufe, der Angehörigen und der Betroffenen und der Selbsthilfe.

Bisher wurden diese v. a. im Rahmen von Zwangsunterbringungen und -maßnahmen eingesetzt (z. B.: NRW).

Wichtige Ergebnisse sind Empfehlungen für die Weiterentwicklung und Planung der



psychiatrischen Versorgung.

**Empfehlung:** Die Länder richten trialogische Besuchskommissionen ein, die auch die Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen visitieren und an der Umsetzungsplanung innerhalb neuer Behandlungskonzepte frühzeitig beteiligt sind

## **12. Inklusion als zentrale Vorgabe für die Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität**

Die Beachtung der Prinzipien 1 - 11 in der Krankenhausbehandlung fördert die Inklusion. Werden bei der „Akutbehandlung“ die Wechselwirkungen zwischen den bio-psycho-sozialen Ebenen (ICF) berücksichtigt, so trägt dies zur Inklusion durch Minderung der Chronifizierung des Krankheitsverlaufs bei.

**Empfehlung:** Die Kliniken beziehen die Ziele der UN-BRK in ihr Qualitätsmanagement ein.

## **Erläuterungen zu den Handlungsempfehlungen**

### **Bedarf an therapeutischer Erprobung und wissenschaftlicher Evaluation**

Wir wissen aus der Erfahrung mit der Behandlung von Patienten, dass die üblichen, durch sozialrechtliche Strukturen vorgegebenen Organisations- und Finanzierungsformen für Krankenhausbehandlung bei vielen psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten hinderlich für eine bessere und sparsamere Behandlung wirken. Wir kennen aus der Versorgung und Behandlungspraxis anderer Länder, insbesondere angelsächsische und skandinavische Länder, dort angewandte Behandlungsprinzipien, die sehr gut empirisch untersucht sind (siehe Fußnote 9). Aber für eine entsprechende Empirie zu ihrer Anwendung unter den Rahmenbedingungen des deutschen Versorgungssystems gibt es erst wenige Beispiele.

In unseren Handlungsempfehlungen geht es uns deshalb darum, Versorgungs- und Behandlungsformen zu flexibilisieren, damit z. B. die institutionelle Dosis, der Ort und die Zeitmuster der Krankenhausbehandlung nach dem individuellen Bedarf des Patienten passgenau verändert werden können, ebenso die Kontinuität oder die Veränderung.

Durch die sehr starke Heterogenität von Störungsausprägungen und der Ressourcen einzelner Patienten und deren jeweiligen Umfelds erscheint es derzeit nicht wissenschaftlich fundiert möglich, dazu Aussagen zu treffen. Unsere empirischen Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit der Flexibilisierung von (Krankenhaus-) Behandlung. Aber sie beweisen noch nicht die generelle Überlegenheit einer bestimmten Versorgungsform oder Methode. Die kasuistische Erfahrung wird Hypothesen generieren, was bei welchen Erkrankungen und Behandlungszielen, bei welchen Voraussetzungen in der Person des Patienten, der Behandlung und Versorgungsform, den nutzbaren privaten und professionellen Unterstützungen besser wirkt und sparsamer realisiert werden kann. Diese Hypothesen sind dann nach den Regeln der empirischen Wissenschaft zu widerlegen oder zu bestätigen. Diese Komplexität der Zusammenhänge in kontrollierten Studien schrittweise empirisch zu analysieren ist eine methodische Herausforderung. In Deutschland besteht in dieser Hinsicht ein erheblicher Nachholbedarf. Erhebliche Summen werden für Versorgung ausgegeben ohne empirische Belege dafür, was wirkt und was nicht, und was das bezogen auf Versicherte kostet. (Positive Beispiele: Arbeiten von Becker und Mitarbeitern, ökonomische Arbeitsgruppe um Kilian)

## Von der Institutions- zur Personzentrierung

Viele Kliniken sind noch "Maßnahme-orientiert" organisiert. Sie sind gegliedert in bettenführende und nicht bettenführende Abteilungen: Stationen, Tageskliniken und die Institutsambulanz. Die Einheiten: Abteilungen, Stationen, Tageskliniken, Ambulanzen sind institutionell definiert: räumlich, als Verantwortungsbereich, mit je eigenen Konzepten, Besprechungen, (Aufnahme- und Entlass-)Regeln und Gewohnheiten, sogar „institutionellen Taktungen“ wie Verweildauern.

Dieses Differenzierungsprinzip gilt auch außerhalb der Klinik: Fachärzte, Hausärzte, Psychotherapeuten, „komplementäre“ und Pflege-Einrichtungen - für alle gilt das Prinzip der Differenzierung in je verschiedene, aber in sich möglichst homogene Maßnahmen. Die Gefahr ist dann, dass zu diesen Maßnahmen die Patienten selektiert werden, die gerade einen Bedarf für eine Behandlung entsprechend dem jeweiligen Maßnahmepaket haben. Nach dem Konzept der *Behandlungs- und Reha-Kette* werden die Patienten von einem "Maßnahme-homogenen Kästchen" zum anderen „verlegt“ oder „überwiesen“, wenn die Veränderung des Behandlungs-/Betreuungsbedarfs dies erfordert oder möglich macht. Dies führt zur Fragmentierung des Behandlungsprozesses und oft zur Ausgliederung von Patienten aus ihrem bisherigen Lebenskontext.<sup>13</sup> Des Weiteren sind die Angebote in Stadt und Land nicht gleich verteilt und damit nicht gleichermaßen zugänglich. Hier sei auf das auch von der WHO breit diskutierte: „inverse care law“ verwiesen, d.h. dass die Patienten mit der geringsten Störungsausprägung die meisten Ressourcen des Gesundheitswesens erhalten (belegt für die Psychotherapie in Deutschland und berücksichtigt in den geänderten Bedarfsplanungsrichtlinien der KV) und dass die meisten Ressourcen in Wohngebieten verfügbar sind, deren Patienten die geringsten Ausprägungen und Risiken aufweisen.

### *Fragmentierung: aus Patienten- und Therapeutesicht*

Der therapeutische Prozess ist fragmentiert in Bezug auf die therapeutischen Beziehungen. Die Vorbereitungen für die Wechsel zwischen verschiedenen Stationen, Tageskliniken und Institutsambulanzen sind langwierig und umständlich. Oft werden die Wechsel übers Knie gebrochen unter Zeitdruck oder sie unterbleiben, weil die therapeutische Kontinuität als wichtiger angesehen wird als die „Verlegung“ in einen anderen Zuständigkeitsbereich.

Die Vermeidung von fremdbestimmter Veränderung der Therapeutenbeziehung und die Kontinuität zu Bezugspersonen und Sozialräumen sind von zentraler Bedeutung.

Für Patienten und Angehörige ist es ein schwieriger Prozess, sich mit ihrem subjektiven Erleben auf die Veränderungen durch die Krankheit und auf die Behandlung einzulassen. Vertrauen wächst aus der Erfahrung, wenn Patienten und Angehörige ihre Sorgen und Scham, ihre Zweifel und Hoffnungen in die Behandlung einbringen können. Diese Beziehung wird aber fragmentiert, wenn bei jeder Veränderung des Behandlungsbedarfs der Patient in eine andere „Behandlungseinheit“ „verlegt“ oder „überwiesen“ wird.

---

<sup>13</sup> Kunze H, Elsässer-Gaißmaier H-P, Fegert J M; Heinz A, Schmidt-Michel P-O, Weiß P: Das „St. Florian-Prinzip“ steuert die maßnahmenbezogene Finanzierung von Leistungen für psychisch Kranke. Psychiatrische Praxis 2011, 38: 45-50

*Beispiel, Vorstellungsgespräch beim Team z. B. einer Tagesklinik:* wie eine Patientin kompetent und selbstbewusst das Ritual von Teams einer Behandlungs-“kette“ karikiert.

Nach freundlicher Begrüßung durch das Team wird die Patientin gebeten, ihre Erkrankung und bisherige Behandlung und was ihr im Leben wichtig ist zu schildern. Die Patientin sinngemäß: „Damit habe ich Erfahrung. Bei meinem Weg mit Vorstellungsgesprächen von einer Station zur andern wurde ich schon mehrfach darum gebeten, und das wird wohl noch öfter vorkommen. Deshalb habe ich das, was ich immer wieder zu sagen habe, auf Band gesprochen. Hören Sie doch bitte meinen Recorder an, während ich einen Kaffee im Bistro trinke, ich bin bald zurück.“

*Fragmentierung beeinträchtigt die Kooperation mit den psycho-sozialen und anderen professionellen Diensten außerhalb der Klinik*

Mit dem Patienten sind andere Personen außerhalb der Klinik befasst - Angehörige, privater und beruflicher Bereich, professionelle Dienste medizinisch-psychiatrisch, sozial u. a. Deren Sichtweise und Problemdefinition, Ziele, Erwartungen und Befürchtungen im Vorfeld einer Klinikeinweisung werden im günstigen Falle von der Aufnahmestation aufgegriffen, aber oft verlieren die Behandler ab der ersten Verlegung innerhalb der Klinik den Kontakt zu den externen Bezugspersonen. Diesen Kontakt kann man per Dokumentation weiter geben, aber nicht ohne weiteres ein gewachsenes Vertrauensverhältnis. Die Bezugspersonen sind wichtig: Unterstützen sie den Kranken z. B. gegen seine Suizidimpulse? Zur Einnahme von Medikamenten? Oder heizen sie die Spannungen weiter an, bezeichnen Psychopharmaka als „Pillenkeule“? Und die Behandler in der Klinik wissen oft nicht mehr, welche Behandler außerhalb der Klinik zuvor mit dem Patienten zu tun hatten und was diese für den Patienten zukünftig tun könnten. Der Behandler extern vermisst bei Rückübernahme des Patienten den klaren Ansprechpartner und wird durch die Organisation der Prozesse evtl. zu spät einbezogen, zusätzliche Wartezeiten an diesen Schnittstellen können die Folge sein. Damit kann die Verkürzung der stationären durch teilstationäre und ambulante Behandlung, sowie die Entlassungsvorbereitung nicht mehr nahtlos bei den Problemen und den Unterstützungspotentialen des sozialen und professionellen Umfeldes ansetzen.

*Berücksichtigung des Lebensfelds und der dort wichtigen sozialen Bezugspersonen*

Eine angemessene Unterstützung in den Lebensfeldern Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Freizeit und soziale Beziehungen des Patienten kann die Genesung maßgeblich fördern; behindert wird die Genesung durch unzureichende oder ungeeignete Unterstützung oder fehlende Unterstützung bei allein und isoliert lebenden Menschen. Selbst gut gemeinte Reaktionen können die Behandlung behindern: z. B. moralische Ratschläge oder „ko-abhängige“ Unterstützung von Suchtkranken, z. B. forcierte Argumentation gegen (krankheitsbedingte) Ängste und Misstrauen. Angehörige, aber auch Therapeuten, stehen oft ratlos vor der Frage: Kann der Patient nicht (weil er krank ist) oder will der Patient nicht (sein Wille ist durch Krankheit nicht beeinträchtigt)? Das ist keine Frage von schwarz oder weiß als eindeutiger Zustand einer Person, es ist mehr oder weniger beides. Das idealiter gemeinsam entwickelte

Wiedereingliederungskonzept auf dem Grat zwischen Über- und Unterforderung wird beeinflusst von früheren Erfahrungen mit Behandlung und dem aktuellen therapeutischen und sozialen Kontext sowie von Schwankungen der Erkrankung und der Befindlichkeit des Patienten.

#### *Fragmentierung: Ressourcensprünge*

Die Abstände zwischen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung in Bezug auf Ressourcen sind kontraproduktiv. Die Quartalspauschale der Institutsambulanz für 90 Tage ist in den meisten Bundesländern (z. B. in Hessen) finanziell etwa bewertet wie 1 (*ein*) stationärer Behandlungstag, also ein Verhältnis von 1 : 90. Folglich müssen dem Krankenhaus zugewiesene Patienten (teil-)stationär behandelt werden, wenn die Möglichkeiten der Institutsambulanz (und analog der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpraxen) nicht ausreichen, auch wenn eine aufwändigere ambulante Krankenhausbehandlung, die aber nicht finanziert ist, vorteilhaft wäre. (Das sog. Bayerische Modell ist strukturell besser, individuell aufwändigere ambulante Behandlungen können grundsätzlich abgerechnet werden). Zwischenstufen mit „mittelhohem“ Ressourcenverbrauch fehlen.

#### *Therapeutischer Nutzen*

Dieser entsteht durch kumulative Kontinuität der gemeinsamen Erfahrungen von Patienten - möglichst Angehörige einbezogen - und Therapeuten mit der Krankheit, ihrem Erleben, Behandeln und Bewältigen auch über die Wechselfälle längerer Zeiten hinweg. Die Subjekt- und Lebensfeld-orientierte Diagnostik und Therapie hat neben der sozialpsychiatrischen zugleich eine psychotherapeutische Dimension.

Die Symptomatik objektivierend zu erfassen reicht nicht. Essentiell für einen patientengerechten, individuellen Behandlungsplan ist, folgende Aspekte in das therapeutische Handeln einzubeziehen:

- ♣ die subjektive Bedeutung der psychischen Störung und der Behandlung im Erleben des Patienten,
- ♣ die Wechselwirkungen - auch in ihrer subjektiven Bedeutung - zwischen der Krankheitssymptomatik und den wichtigen Bezugspersonen zu Hause, an der Arbeit, in der Nachbarschaft.
- ♣ Das gilt auch für eine oft notwendige Behandlung mit Psychopharmaka und das subjektive Erleben der erwünschten Wirkung sowie der unerwünschten Nebenwirkungen.

Dabei ist die Aufmerksamkeit auch darauf zu richten, inwieweit die Lebensverhältnisse die Erkrankung verschärfen oder welche positiven protektiven Faktoren aufzufinden sind: Ressourcen, Unterstützung, zeitweise Verantwortungsübernahme durch wen usw., die zur Verkürzung der stationären durch teilstationäre und ambulante Behandlung genutzt werden können, um so auch die Wiedereingliederung qualifizierter zu erreichen. Deshalb muss Krankenhausbehandlung auch vom Krankenhaus aus im privaten und beruflichen Lebensfeld stattfinden, auch als "Home Treatment" - und in Kooperation mit dem professionellen Hilfesystem, das der Patient in aller Regel zuvor schon in Anspruch genommen hat und nach der Krankenhausbehandlung (wieder) nutzen kann.

Bei Zuständigkeit der Klinikeinheiten / Abteilungen für Patienten nach Krankheitsgruppen

können die Patienten (und ihre Angehörigen) eher voneinander lernen, insbesondere da sie nach Krankheitsstadien und Bewältigungsstadien durchmischt sind und damit die neuen Patienten (und Angehörigen) von den Erfahrenen profitieren können. Selbsthilfegruppen sind überwiegend störungsspezifisch orientiert.

Die beschriebenen Faktoren (Merkmale der Patienten, ihres sozialen Kontextes und des Behandlungsprozesses) sind für sektorenübergreifende Ergebnis- und Prozess-Qualität wichtig, und haben bestimmte Strukturqualitäten zur Voraussetzung.

Der Sinn des Perspektivwechsels von stationären „Fällen“ zur Sektorenübergreifenden Behandlung von Personen soll mit moderner Diabetes-Behandlung verdeutlicht werden. *Die Bewährung des Behandlungsergebnisses im wirklichen Leben* – das ist die *Ergebnisqualität* bei Sektoren übergreifender Behandlung. Das gilt bei psychischen Erkrankungen ebenso wie in der Inneren Medizin.

*Moderne Diabetes-Behandlung – ein anschauliches Beispiel aus der somatischen Medizin:* Früher war das Ziel: die Normalisierung des Blutzuckers während einer stationären Behandlung (Medikamente, Diät und Bewegung vorgegeben). Und zu Hause „entgleiste“ bald der Diabetes, die Krankheit war schuld oder der ungehorsame Patient. Unberücksichtigt blieb, dass der Kontext Station nicht einfach nach Hause übertragbar war (z. B. vorgegebener Rhythmus der Mahlzeiten, Bewegungsmangel).

Behandlungsziel heute: Normalisierung des Blutzuckers im Lebensalltag des Patienten. Die Bewährung im Lebensalltag ist für das Ergebnis das wichtigste Medium der Behandlung. Zur Behandlung des Patienten (mit Bezugspersonen) gehört, die Fähigkeit und Motivation zu entwickeln, durch *selbst gesteuerte, situativ angepasste Ausbalancierung der Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Bewegung und Medikation* den Blutzuckerspiegel zu normalisieren. Das lernen sogar Kinder.

*Zwei Beispiele für die Bewährung von Behandlung aus unserer Studie:*

1. Beispiel: Durch die Einbettung in einen Selbsthilfverein machen Patienten mit bipolarer Störung im Lebensalltag gegenseitig auf die beim ändern wahrgenommene Stimmungsveränderung aufmerksam. Es wird abgewogen, ob es notwendig wäre zum Arzt zu gehen, um die Medikamentendosis zu verändern oder ob andere Methoden helfen würden einer einsetzenden Krise (mit stationärem Aufenthalt) entgegen zu wirken.

2. Beispiel: Ein Patient (ohne Bezugspersonen) schilderte, wie er oftmals mit gepackten Koffern ins Krankenhaus kommt, um sich stationär aufnehmen zu lassen. Durch spontane Gesprächsmöglichkeiten mit ihm vertrauten Therapeuten in der psychiatrischen Institutsambulanz würde dann meist eine Besserung der Krise eintreten, was ihn mehrfach veranlasste wieder nach Hause zu gehen.

Die Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen ist ein sehr komplexer diagnostischer und therapeutischer Prozess mit positiven und negativen Wechselwirkungen zwischen den bio-psycho-sozialen Ebenen. Dies erfordert eine sehr flexibel individualisierte Behandlung und eine Finanzierung, die dies nicht behindert. Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist besonders anfällig dafür, vom Kontext der Behandlung beeinflusst

zu werden:

*positiv:* Gesundung, mit der Krankheit möglichst selbstbestimmt und außerhalb von Institutionen leben lernen, *Inklusion*

*oder negativ:* wohnortferne Behandlung, Fragmentierung der Beziehungen von Patienten zu Therapeuten, Angehörigen und professionellen Diensten im Umfeld, Patienten und Angehörige lernen nicht den Alltag gemeinsam zu bewältigen und sich die dazu geeigneten Hilfen zu holen. Stattdessen lernen Patienten, in einer Institution mit der Krankheit zu leben (und gelegentlich: die Mechanismen der Institution zu bedienen, um sich dieses Umfeld erhalten zu können und Anforderungen auszuweichen) aber das bedeutet Beeinträchtigung der Teilhabe, zunehmendes Verlernen des Lebens im außerinstitutionellen Alltag, *Exklusion*.

### ***Erfahrungen mit Patienten-zentrierter Krankenhaus-Behandlung in Deutschland***

Ein Beispiel für einen IV-Vertrag soll vorangestellt werden, weil dieses Projekt kontinuierlich evaluiert wird und für die Krankenkassen der therapeutische und wirtschaftliche Erfolg deutlich ist. Der allgemeine Nachteil besteht darin, dass IV-Verträge ein Instrument des Wettbewerbs zwischen den Kassen sind. Deshalb ist es besonders schwierig, alle Kassen einzubeziehen, die für die Behandlungen einer Klinik mit regionaler Pflichtversorgung aufkommen.

Deshalb wurde im Psych-Entgeltgesetz (gültig ab 08.2012) der § 64b SGB V eingefügt mit dem Ziel, die Finanzierung von Modellvorhaben zu ermöglichen, die über Selektivverträge und „Regionalbudgets“ hinaus „sektorenübergreifende“ Behandlung durch Kliniken zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einer Region zu erproben, möglichst mit Einbeziehung weiterer Leistungsträger und Leistungserbringer für Behandlung, Rehabilitation und Pflege. Diese Modellvorhaben sollen sich an den Aufgaben der Entgeltentwicklung nach § 17d KHG orientieren, damit das „lernende System“ zur Entgeltentwicklung davon auch lernen kann.

Auf die Praxis in besuchten Kliniken der folgenden Gruppen 1. bis 3. gehen die Kapitel 7 und 8 des Projektberichtes ausführlich ein.

#### **1. IV-Verträge**

Ein besonders gut evaluiertes Beispiel ist das IV-Projekt für Psychosekranken der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Hamburg-Eppendorf.<sup>14</sup>

Jedem Patienten werden zwei Bezugstherapeuten / Clinical Case Manager zugeordnet: ein Arzt und ein Therapeut einer anderen Berufsgruppe. Diese sind besonders erfahrene Mitarbeiter der Institutsambulanz. Sie begleiten den Patienten und sind für die Steuerung seiner Behandlung zuständig. Wenn der Patient die unterschiedlichen Settings der Klinik in Anspruch nimmt –von der geschützten Station bis zum Hometreatment–, dann haben die Therapeuten der Settings nur Verantwortung für den jeweiligen Behandlungsabschnitt. Die Case Manager steuern die Behandlung und handeln mit dem Patienten und den Setting-Therapeuten die nächsten Behandlungsschritte aus. (Bei entsprechendem Bedarf behandeln die Case-Manager auch unabhängig vom Setting.) Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten sind für die

---

<sup>14</sup> Lambert M, Naber D, Bock T et al.: Integrierte Versorgung Patienten mit psychotischen Erkrankungen: das Hamburger Modell. S. 113-137 in: Amelung V E et al.: Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2010

Behandlung im engeren Sinne einbezogen, und sind ggf. auch einer der beiden Therapeuten, die die Gesamtbehandlung steuern. (Sie werden aus der Jahrespauschale pro Patient bezahlt, die die Klinik von den Krankenkassen erhält.)

## 2. Kliniken mit Sektoren übergreifenden Regionalbudgets

Nach dem Grundgedanken der „*Regionalbudgets*“<sup>15 16</sup> werden die Kliniken von den sektoralen Grenzen befreit. Aus den bisherigen sektoralen Budgets wird ein Gesamtbudget für die Klinik mit regionaler Pflichtversorgung gebildet. Die Klinik übernimmt die Aufgabe, aus der flexibilisierten Verwendung der Ressourcen möglichst flexible Personen- und Lebensfeld-bezogene Behandlungsprozesse zu realisieren. Seit 10 Jahren sind ca. 10 Kliniken mit einem „Regionalbudget“ ans Netz gegangen, oder stehen kurz davor.

## 3. Kliniken mit sektoral gegliederten Budgets und personenorientierten Prozessen

Es gibt eine zunehmende Zahl von Kliniken (Abteilungen und Fachkrankenhäuser), die mit den Kostenträgern zwar *sektorale Budgets* vereinbaren und entsprechend sektoral getrennte ambulante, teilstationäre und stationäre Fälle abrechnen.<sup>17 18</sup> Doch im Binnenverhältnis organisieren sie die Strukturen und Abläufe möglichst Patienten-orientiert. Dies wird von der Finanzierungsform bisher nicht unterstützt, sondern ist abhängig von der Behandlungskonzeption des Hauses und dem Engagement der Mitarbeiter.

Die Vorgaben der mit den Kassen vereinbarten *sektoralen Budgets* für „teilstationäre und vollstationäre Fälle“ sowie das interne Budgets für „ambulante Fälle“ setzen die *wirtschaftlichen Grenzen* für „möglichst patientenorientierte“ Behandlung.

Aber in der Behandlung als therapeutischem Prozess kommt es auf die Zuständigkeit primär für Personen statt Maßnahmen an.

Die Patienten-orientierte Organisation von Leistungen geht vom Prinzip aus:  
Die Verantwortung für Personengruppen integriert die Zuständigkeit für Maßnahmetypen

Die Leitung für eine Patientengruppe (definiert nach Kriterien wie Diagnosen, Regionen, Alter ...) steuert die für diese Patientengruppe notwendigen stationären, teilstationären, ambulanten Behandlungen, in der Klinik und im Lebenskontext, vernetzt mit professionellen Diensten in der Region. Die Behandlungssteuerung erfolgt auf der Grundlage einer verlässlichen therapeutischen

---

<sup>15</sup> Deister A, Weatherly J N: Psychiatrisches Regionalbudget Kreis Steinburg. S. 191-197 in: Weatherly J N, Läger R (Hrsg.) Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009

<sup>16</sup> Deister A: Vom Fall zum Menschen – Erfahrungen aus einem regionalen Psychiatrie-Budget. Gesundheitswesen 2011, 73:63-66

<sup>17</sup> Schmidt-Zadel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Psychiatrie-Verlag 2002

<sup>18</sup> Kunze H, Franz M: Integrierte störungsspezifische Konzepte im klinischen Bereich und darüber hinaus – auch ohne „Integrierte Versorgung“ nach § 140 SGB V möglich. S. 213-222 in Weatherly J N, Läger R (Hrsg.) Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009

Beziehung, der Behandlungskontext wird dem veränderten Bedarf des Patienten angepasst oder Patienten nehmen andere Therapiebausteine der Klinik als Teil ihres vereinbarten Behandlungsplans in Anspruch.

Die Ausrichtung auf die individuellen Besonderheiten von Patienten soll besser unterstützt werden als in der bisherigen sektoral und institutionell gegliederten Krankenhausbehandlung. Dann können Patienten sich mit ihrem Behandlungsergebnis im Alltag bewähren, wodurch die Nachhaltigkeit der Behandlung besser wird.

Die Veränderung der Institutions-orientierten Behandlungen („Behandlungs-„Kette“) zu Personen- und Lebensfeld-orientierten Behandlungen (siehe 1. bis 3.) erfordert strukturelle und prozessuale Veränderungen und ein Ziel-orientiertes Change-Management. Es entstehen Konflikte mit den bisherigen therapeutischen und Verwaltungs-Zuständigkeiten, z. B. der Chefarzt für die Institutsambulanz verteidigt seinen Besitzstand, oder der Chefarzt einer „Betten führenden“ Abteilung lehnt die integriert ambulante Behandlung von Patienten seiner Abteilung ab (Funktion der Vorschalt- oder Nachsorge-Behandlung) oder die integriert teilstationäre. Besprechungen und Konferenzen, Stations- und Mitarbeiter-Zeitpläne, Dokumentation, usw., kurz: fast alle Routinen mit den als „Kästchen-Kette“ organisierten Abläufen müssen verändert werden.

Von vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird die „Sektoren übergreifende“ Erweiterung der therapeutischen Verantwortung als berufliche Bereicherung erlebt, siehe Interviews.

### ***Für Patienten mit langen und kurzen Krankheitsepisoden gleichermaßen geeignet***

Verbreitet ist die Auffassung, integrierte und lebensfeldorientierte Behandlung, wie z. B. mit dem Hamburger IV-Vertrag entwickelt, sei nur für Patienten mit chronisch verlaufenden schweren psychotischen Erkrankungen sinnvoll. Die Eignung für kurze Behandlungsepisoden soll am Beispiel der Akutbehandlung von alkoholkranken Patienten verdeutlicht werden, die es in einigen psychiatrischen Kliniken ohne und mit sektorenübergreifender Finanzierung schon gibt.<sup>19</sup>

Wenn z. B. zu Anfang Intoxikation und Prä-Delir eine stationäre Behandlung notwendig machen, kann man oft schon nach Tagen oder einer Woche zu teilstationärer und ambulanter Behandlung wechseln. Das Rückfallrisiko wird in den therapeutischen Prozess einbezogen, um der falschen Sicherheit des Patienten „mir geht es gut, ich hab alles im Griff“ vorzubeugen und so die Motivation zur Behandlung zu fördern. Die falsche Sicherheit entsteht, wenn der Patient sich selber die Kontrollfähigkeit für seine Suchtimpulse und die Besserung seines Befindens zuschreibt und den Effekt der geschützten Station mit dem „trockenen“ therapeutischen Milieu unterschätzt. Eine solche Behandlungsstrategie, die gezielt mit der Exposition in Problemsituationen und der Rückfallbewältigung im Alltag arbeitet, zeichnet sich durch bestimmte Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Merkmale aus:

### Beispiel der Akutbehandlung von alkoholkranken Patienten

---

<sup>19</sup> Dlabal H: Das Marburger Modell: Setting übergreifende Akutbehandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen. S. 144-149 in: Schmidt-Zadel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Psychiatrie-Verlag 2002



- ▲ Aufnahme und Wiederaufnahme („therapeutische Drehtür“) jederzeit, Behandlungsplanung aus der ambulanten Perspektive, siehe auch Community Reinforcement Approach
- ▲ individualisierte flexible Nutzung der institutionellen Dosis (von ambulant bis intensiv stationär), des Ortes und der Zeitmuster von Krankenhausbehandlung
- ▲ Kontinuität der zentralen Therapeuten-Beziehungen zum Patienten sowie zu seinen privaten und professionellen Bezugspersonen außerhalb der Klinik
  
- ▲ Aus X Tagen nur stationärer Krankenhausbehandlung kann kostenneutral eine längere flexibilisierte Krankenhausbehandlung werden.
  
- ▲ Damit kann die Überleitung in die für den Patienten in seiner Region real existierenden ambulanten Versorgungsmöglichkeiten verbessert werden
  
- ▲ Nutzen - Kosten Bewertung:
  - Behandlungsergebnis nachhaltiger, weil im Alltag des Patienten erprobt,
  - Kosten sektorenübergreifend nicht gestiegen
  - Effizienz besser.

### Klinikstrukturen und Prozessorganisation

Für die Festlegung der Zielgruppen für die sektorenübergreifende Behandlung durch eine Einheit / Abteilung können verschiedene Gesichtspunkte, auch in Kombination, berücksichtigt werden:

- ▲ Diagnosegruppen mit dem Ziel der störungsspezifischen Behandlung
- ▲ Orientierung auf Teilregionen des Versorgungsgebietes (Wohnortnähe für Patienten);
- ▲ Außenstellen: Verlagerung von Kapazitäten von Fachkrankenhäusern an somatische Krankenhäuser und näher zur versorgten Bevölkerung;
- ▲ Vernetzung mit regionalen Kooperationspartnern, wie Suchthilfe, Altenhilfe, Sozialhilfe, Arbeitsagentur und Schulen, Hilfen für Wohnen und Arbeiten

### Qualitätsziele

Die institutsambulante Behandlung hat zentrale Bedeutung für die Struktur- und die Prozessorientierung der Klinik. Sie sorgt für am individuellen Bedarf der Patienten und seinem sozialen Kontext im Alltag orientierte Behandlung sowie für die möglichst niedrige aber notwendige institutionelle Dosis Krankenhaus und die möglichst geringe Fremdbestimmung für Patienten durch institutionelle Abläufe.

Diese Funktion kann auch von Therapeuten geleistet werden, die anteilig teil-/stationär tätig sind. - Die Institutsambulanz kann aber auch im institutionellen Eigeninteresse zur Bettenbelegung instrumentalisiert werden.

Die Entlassungsvorbereitung beginnt mit dem ersten Kontakt zur Klinik, möglichst im ambulanten Setting, mit Blick auf die Interaktionen zwischen Patient und seinen sozialen Kontext, die Problemen und Ressourcen, ggf. werden auch Hausbesuche diagnostisch und therapeutisch genutzt.

Diese Blickrichtung geht schnell verloren, wenn dem Krankenhaus zugewiesene Patienten routinemäßig direkt auf der Station aufgenommen werden. **Vgl. Berichte zu AZZ der Klinik**

## **Münsterlingen, Schweiz, Bremen Nord, Geesthacht, Mönchengladbach.**

Wenn überschaubare Abteilungen der Klinik ihre Patienten, die sie herkömmlich stationär behandeln, auch integriert ambulant und teilstationär behandeln können (dafür wird der Begriff „stationersetzend“ zunehmend verwendet), dann lassen sich die Übergänge zwischen den Behandlungsstufen und Wiederaufnahmen - auf der Grundlage therapeutischer Kontinuität - flexibel realisieren.

Integrierte ambulante Behandlung ist vorrangig Aufgabe der Leitenden und Ober-Ärzte der Abteilungen der Klinik und nicht der Assistenten, die im Rahmen ihrer Ausbildung wechseln. Auch das Konzept Casemanagement als Tandem aus Arzt + Psychologe oder Fachschwester/-Pfleger bewährt sich. So entstehen langfristig interessante Aufgabenfelder für qualifizierte Therapeuten, auch um zu verhindern, dass die Besten sich Leitungspositionen woanders suchen. Die integrierte ambulante Tätigkeit der Leitenden und Ober-Ärzte schafft die Voraussetzung dafür, dass sie die teil-/stationäre Behandlung aus der ambulanten Perspektive steuern können. Die Krankenpflege beteiligt sich aus der teil-/stationären Bezugspflege heraus auch an integriert ambulanten Weiterbehandlungen (z. B. „Übergangspflege“ zur Unterstützung der Entlassung nach Hause oder in eine Einrichtung), ebenso Psychologen und Sozialarbeiter.

Ein wesentlicher Teil der Führungsaufgaben betrifft die Kooperation - Patienten-Ebene und organisatorische Ebene - mit anderen medizinischen, rehabilitativen sowie „komplementären“ und Pflege-Diensten und Einrichtungen in der Region, die mit dieser Zielgruppe auch im Querschnitt und im Längsschnitt befasst sind.

Die Bedeutung der Einheit wird nicht mehr durch die Bettenzahl bemessen. In den Vordergrund rückt die Behandlung (stationär - teilstationär - ambulant / in individueller Reihenfolge, in der Klinik und von der Klinik aus im Lebensfeld) einer überschaubaren Anzahl von Personen einer Zielgruppe, vernetzt mit den externen Partnern. Im Rahmen der ambulanten Behandlung kann bei Patienten mit chronisch-rezidivierendem Krankheitsverlauf auch die Koordination weiterer Hilfen (außerhalb der Klinik) erfolgen.

Ob die Case-Management-Funktion von der Klinik aus, oder von einem Psychiater/Psychotherapeuten in der Praxis, einem Therapeuten des gemeindepsychiatrischen Netzes, des Sozialpsychiatrischen Dienstes usw. wahrgenommen wird, dies gilt es individuell zu klären und wechselseitig zu respektieren.

### *Differenzierung des Teamkonzeptes*

Zur Betonung der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung wurde bisher die Kontinuität hervorgehoben. Aus der Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie folgte der psychotherapeutisch reflektierte Umgang der Therapeuten mit ihren Patienten. Dazu gehört die Beziehungsgestaltung entsprechend der therapeutischen Aufgabe. <sup>20</sup>

Die Einführung des Konzepts der „Therapeutischen Gemeinschaft“ oder der „Bezugspflege“ erfolgte im Rahmen von institutionell definierten Einheiten wie Station oder Tagesklinik. Zum

---

<sup>20</sup> Mit Fokus auf den Pflegeprozess siehe Walter Kistner: Der Pflegeprozess in der Psychiatrie - Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege (4. Auflage) Urban & Fischer, München - Jena 2002

Einen entstanden daraus Überforderungen sowohl für die Patienten als auch für die Mitarbeiter unter dem Anspruch, alle Team-Mitglieder sollten eine bezugstherapeutisch qualifizierte Beziehung zu jedem Patienten aufbauen. Zum Andern erzeugte ein Wechsel der institutionellen Einheit („Verlegung“) Schnittstellenprobleme auf der Beziehungsebene.

Beispiele: Im IV Projekt Hamburg erfolgt eine Differenzierung der Aufgaben von Therapeuten

- Intensives Case-Mangement (ICM): Setting übergreifende Behandlungsplanung und –steuerung auf der Basis einer psychotherapeutisch qualifizierten längerfristigen Beziehung, i. d. R. zwei Therapeuten mit unterschiedlicher Fachqualifikation
- Setting Aufgaben: zuständig für ein Setting (Station, Tagesklinik, Ergotherapie ...) und zuständig für Patienten inhaltlich und zeitlich begrenzt auf die Funktion des Settings, als Modul im Setting übergreifenden Behandlungsplan eines Patienten.
- zwischen dem Patienten (1), seinem Setting übergreifend zuständigen ICM-Therapeuten (2) sowie den im Setting zuständigen Therapeuten (3) muss die Zusammenarbeit organisatorisch, insbesondere i. B. a. die Zielsetzung und die psychotherapeutische Dimension der Beziehung Klarheit bestehen.

#### *Die Zielgruppen-bezogene Vernetzung mit Kooperationspartnern in der Region*

Diese Vernetzung funktioniert viel besser in Verbindung mit Zielgruppen-bezogener Gliederung in der Klinik. Dies ermöglicht Kontinuität der Kooperation auch bei Änderungen der Behandlungsformen und Wechsel von Patienten in einen anderen Finanzierungsbereich: z. B. Selbsthilfegruppen für Erkrankte und/oder Angehörige, somatische Kliniken, Altenhilfe, Suchthilfe, Eingliederungshilfe, Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung.

Von besonderer Bedeutung sind die Konzeptabstimmungen und die Therapeuten-Brücken zwischen separaten Einrichtungen mit separaten Finanzierungen, die aber an der Versorgung der gleichen Zielgruppe beteiligt sind.

Beispiele:

- ♣ Eine Fachärztin vom Drogentherapiebereich der Klinik arbeitet mit einer definierten Stundenzahl (Honorar) als Ärztin der integrierten Suchtambulanz in der kooperierenden Rehabilitationseinrichtung für Drogenabhängige eines freien Trägers.
- ♣ Ein Facharzt der Allgemeinpsychiatrischen Abteilung ist als Honorarkraft im Sozialpsychiatrischen Dienst der Kommune tätig.
- ♣ Mitarbeiter des Pflegedienstes arbeiten einen Teil ihrer Stelle in der Gerontopsychiatrie der Klinik und mit dem andern Teil in der Altenhilfe oder einem ambulanten Pflegedienst, der sich um zu Hause lebende chronisch psychisch kranke Erwachsene mit Pflegebedarf kümmert.
- ♣ Zwei Sozialarbeiter arbeiten je zur Hälfte auf der Station für mehrfach geschädigte Alkoholranke der Klinik und im betreuten Wohnen für Alkoholranke (Eingliederungshilfe).
- ♣ Ein Psychologe der Suchtabteilung hat die Supervision einer Einrichtung für unterstütztes Wohnen für „nasse“ Alkoholiker übernommen (Honorartätigkeit).
- ♣ Der Oberarzt der Abteilung kommt zu Hausbesuchen zu den Alkoholikern im Betreuten

Wohnen in seiner Tätigkeit für die integrierte Suchtambulanz.

Die Zielgruppen-orientierte Abteilungsgliederung mit intern integrierter ambulanter und teilstationärer Behandlung unterstützt die Beziehungskontinuität auch bei intermittierender Behandlung und Wiederaufnahmen. Die „Drehtür“ bekommt therapeutische Qualität und ermöglicht längere Behandlungsdauern bei niedrigerem Ressourcenverbrauch.

Die Personen-orientierte Behandlung fördert die Berücksichtigung der Ressourcen und Probleme im realen Leben (auch Selbsthilfe) und die Kooperation mit anderen professionellen Dienstleistern.

### *Exkurs: Zur Reform der Krankenhausbehandlung als Teil der psychiatrischen Versorgung*

Die historisch gewachsenen Formen der Klinikorganisation (und des Versorgungssystems) sowie ihrer Finanzierungen sind einerseits ein großer Fortschritt, andererseits beeinträchtigen sie die Qualität und Effizienz von Behandlung (und Versorgung).

Die Differenzierung der Alternativen zur psychiatrischen Anstaltsversorgung seit der Enquete erfolgte durch neue institutionelle Bausteine (siehe Enquete 1975, S. 29, Abbildung: Angebote in einem Standardversorgungsgebiet). Für die Bausteine wurden Finanzierungen geschaffen. Nach der therapeutischen Theorie bilden die Bausteine eine Behandlungs-„Kette“, und die Patienten werden zu dem Baustein weiter „verlegt“, zu dem ihr veränderter Bedarf passt. Alle Institutionen und institutionellen Bausteine sind bestrebt, sich selbst zu optimieren. Ihr therapeutisches und wirtschaftliches Interesse wird vom finanzierten Konzept des Bausteins geprägt. Aber daraus wird kein optimierter Nutzen für die Patienten, die im Längs- und Querschnitt verschiedene Bausteine in Anspruch nehmen. Jede Differenzierung der Bausteine und ihrer Finanzierung vergrößert das Geflecht von Schnitt- und Bruchstellen in der Versorgung weiter. Zunächst werden die Fortschritte in der Versorgung, dann die Hindernisse beschrieben, fokussiert hier auf Krankenhausbehandlung. Schließlich sind mit dem KHRG und dem Psych-Entgeltgesetz jetzt auch die Themen der Sektoren übergreifenden Behandlung, Personen- und Lebensfeld-orientiert, auf die Tagesordnung gekommen.

### *Fortschritte der Krankenhausbehandlung*

Mehr als 10 Jahre vor der Enquete gab es schon Vorschläge eines „Aktionsausschusses“ des Deutschen Vereins in Frankfurt<sup>21 22</sup>, die in ihrer Grundposition der späteren Enquete bis zur UN-Behindertenrechtskonvention entsprachen, aber damals noch keine wirksame Resonanz fanden. Zum Beispiel legte das Parlament des LWV Hessen die Vorschläge mit der Begründung zu den Akten: „... kaum zu verwirklichendes Fernziel ... für uns nicht verwendbar...“. Die Empfehlungen des „Aktionsausschusses zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke“ von 1964 gingen als entscheidende Prämissen von der *Abkehr der Therapiestrategie der Isolierung* aus, verbunden mit der „Empfehlung, Satellitenkrankenhäuser bzw. entsprechende Abteilungen (...) in die Bevölkerungszentren selbst zu platzieren (...) auf dem Gelände des Städtischen

---

<sup>21</sup> Kunze H: Das LWV-Parlament und die Psychiatriereform. Ein Rückblick aus persönlicher Erfahrung. S. 119-129 in: Flemming J, Vanja C (Hg.) „Dieses Haus ist gebaute Demokratie“. Historische Schriftenreihe des LWV Hessen Band 13, euregioverlag, Kassel 2007

<sup>22</sup> Häfner H: Die zerzauste Revolution – Vorbereitung, Durchführung und Nachwehen der Psychiatrie-Enquete. Psyche im Fokus, 2013, S. 36-40

Allgemeinen Krankenhauses (...) man bemüht sich, den psychisch Kranken *in der Gesellschaft zu halten*, ihn *gesellschaftsnah zu behandeln* und möglichst *rasch wieder sozial einzugliedern*.“

Seit der Psychiatrie-Enquete (1975) und den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung ...“ (1988) nimmt auch die Bereitschaft zu, (Krankenhaus-)Behandlung, Rehabilitation und Hilfe zur Teilhabe sowie Pflege vom Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten herzuleiten, statt dass die Patienten sich den Angeboten der therapeutischen Institutionen anpassen müssen.<sup>23 24</sup>

Zahlreiche Veränderungen haben seit der Psychiatrie-Enquete zur Humanisierung der psychiatrischen Versorgung und zur Verbesserung der Behandlungsqualität von Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Kliniken beigetragen (mit „Kliniken“ sollen hier immer sowohl die Fachkrankenhäuser als auch die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gemeint sein):

- ▲ Sanierung der Gebäude und Gestaltung als therapeutische Milieus, die Wertschätzung für Patienten und Besucher ausstrahlen
- ▲ Einführung der Psychotherapie in die psychiatrische Krankenhausbehandlung
- ▲ Verbesserung der Qualifikation des therapeutischen Personals (z. B. Weiterbildung Fachärzte sowie Fachpflege, multiprofessionelle Fortbildungen)
- ▲ Einführung von Verfahren zum systematischen Qualitätsmanagement
- ▲ Nutzung von Forschungsergebnissen als Basis für Behandlung (Diagnostik und Therapie)
- ▲ Die Psych-PV (1991) bewirkte einen entscheidenden Schub. Zentrale Komponente des Konzeptes war die Verknüpfung der Personalausstattung mit der Aufgabe der regionalen Pflichtversorgung.

### *Psych-PV: Problemlage und Lösungen*

Die Amtliche Begründung zur Psych-PV bezieht sich auf die Kritik in der Psychiatrie-Enquete (1975): Die Personalausstattung in den psychiatrischen Krankenhäusern wurde „als völlig unzureichend angesehen“. Amtl. Begründung: „Eine Weiterentwicklung in der psychiatrischen Versorgung sei nur mit zusätzlichem Personal möglich.“ Die „Empfehlungen... 1988“ verweisen auf S. 69 auf „die globalen und nicht aufgabenbezogenen Personalanzahlzahlen“, die den „antitherapeutischen Strukturzwang“ bewirken, „dass das Personal für überdurchschnittlich aufwendigen Betten nur durch (...) unterdurchschnittlich aufwendige Betten „verdient“ werden kann“.

Die Amtliche Begründung zur Psych-PV (Abschnitt II Ausgangslage) argumentiert: Um die „*beachtlichen Überkapazitäten an Betten*“ zu überwinden, wird „*eine aufgabenbezogene Personalbemessung, die vom spezifischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf definierter Patientengruppen (...) ausgeht*“, vorgeschlagen. „*Insbesondere bei den großen, historisch belasteten psychiatrischen Krankenhäusern, die (...) gemeindefern als überregionale Einrichtungen betrieben wurden, wird das für die psychiatrische Versorgung festgestellte Defizit vor allem in einer unzureichenden Personalausstattung deutlich; diese Einrichtungen haben den Weg von einer „Verwahrspsychiatrie“ zu einer „Behandlungspsychiatrie“ noch immer nicht zurückgelegt. Der beachtliche Bettenabbau {...} kann nur fortgesetzt werden, wenn insbesondere die langfristig Schwerkranken durch eine auf den einzelnen Patienten bezogene aktive Therapie in die Lage versetzt werden, außerhalb des Krankenhauses zu leben,*

---

<sup>23</sup> Aktion Psychisch Kranke (Hg) 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band 1 & 2. Psychiatrie-Verlag Bonn 2001

<sup>24</sup> Kunze H: Der Weg von der Psychiatrie-Enquete (1975) bis zu den neuen Versorgungsformen. S. 9-20 in: Weatherly J N, Lägél R (Hrsg.) Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009

*eine solche Therapie ist personalaufwendig“.*

#### *Weitere Beiträge der Reform der psychiatrischen Versorgung*

Mit besonderer Relevanz für dieses Projekt sollen noch drei Entwicklungen hervorgehoben werden, zusätzlich zur grundlegenden Verbesserung der Ausstattung mit therapeutischem Personal seit der Psych-PV:

- ♣ Die riesigen Einzugsbereiche der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser wurden durch die Gründung zahlreicher Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (mit Pflichtversorgung) erheblich verkleinert, so dass für immer mehr Menschen mindestens eine Psychiatrische Klinik wohnortnah erreichbar ist.
- ♣ Die Entwicklung der Institutsambulanzen wurde Ende der 1970-er Jahre als Regelleistung der Fachkrankenhäuser begonnen und als Regelleistung auf die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ab 2000 ausgedehnt.
- ♣ In Bezug auf Institutsambulanzen wurden im Psychiatrie-Entgeltgesetz 2012 auch die Psychosomatischen Krankenhäuser und Psychosomatischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gleichgestellt (Absatz 3 neu im § 118 SGB V).

Die Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausversorgung in den vergangenen zwei Jahrzehnten hat entscheidend zur Minderung des Stigmas beigetragen. Immer mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen nehmen eine Behandlung in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugend-Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik und Psychotherapie in Anspruch.

Aber trotz dieser Verbesserungen beeinträchtigen weiterhin historisch gewachsene Struktur- und Organisationsformen sowie die fragmentierte Finanzierungen die Qualität und Effizienz der Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

#### *Hindernisse für Krankenhausbehandlung*

Seit der Psychiatrie-Enquete 1975 wurden neue Versorgungsformen im Rahmen des fragmentierten Finanzierungssystems realisiert: Weitere Differenzierungen von Leistungen erfolgten durch weitere Differenzierungen von Kostenzuständigkeiten für neue Institutionstypen. Neue Differenzierungen im Bereich Krankenbehandlung erzeugten neue *Schnittstellen*. *Darüber hinaus* gibt es Institutionstypen nach Leistungsträgerbereichen wie Behandlung, Rehabilitation (medizinische, berufliche), Eingliederungshilfe, Pflege, und diese je unterteilt mindestens in ambulante und stationäre Institutionstypen.

Eine Ausnahme ist die Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK)<sup>25</sup>, die ambulante und stationäre Rehabilitation in der Leistungszuständigkeit der Rentenversicherung, der Bundesanstalt für Arbeit, der Krankenkassen und der Sozialhilfe nach einem abgestimmten Konzept in einem Institutionstyp realisiert: die Leistungserbringung erfolgt personenbezogen integriert, während die Zuordnung von medizinischen oder beruflichen, von (ganztags) ambulanten oder stationären Phasen zu zuständigen Leistungsträgern administrativ im

<sup>25</sup>

[bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/BARBroRPK\\_E.pdf](http://bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/BARBroRPK_E.pdf)

Hintergrund erfolgt. Auch sind die Übergänge zwischen den Phasen flexibel, gleitend und Wiederholungen möglich. - Diese Entkoppelung der Leistungsträgerzuständigkeit von der organisatorischen Realisierung der Leistungserbringung ist dem sektoral geprägten Denken der meisten Leistungsträger bisher fremd geblieben.

*Der Perspektivwechsel der Finanzierung: von institutionellen Bausteinen zu Funktionen für Personen*

In den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung ...“ (1988, S. 72 f.) begann der Perspektivwechsel von der Finanzierung von Institutionstypen zur Finanzierung von Leistungen als Ziel-gerichtete Funktionen für Personen. Die Psych-PV (1991) hat erstmals therapeutische Leistungskomplexe („Behandlungsbereiche“) für Patientengruppen mit vergleichbarem Behandlungsbedarf definiert. „Behandlungsaufgaben“ statt Betten oder Stationstypen sollen finanziert werden, siehe Amtliche Begründung zu §§ 4 & 6 Psych-PV. Der Klinik wird ausdrücklich die Organisationsform zur Realisierung der Behandlungsaufgaben freigestellt, um die Behandlung besser am individuellen Bedarf der Patienten orientieren zu können, z. B. damit „Patienten die Behandlungsziele auch ohne Stationswechsel erreichen“ können (ebd.). Das schafft Gestaltungsraum, die Organisation der Leistungen dem unterschiedlichen Bedarf der Patienten besser anzupassen.

Die Psych-PV war vom Ansatz her innovativ. Die *Entkoppelung von Personalbemessung und Organisationskonzept* der Klinik ermöglichte den „Wettstreit um die optimale Lösung unter verschiedenen Rahmenbedingungen {...} Kontinuität der Behandlung ist z. B. ein wichtiges Qualitätsmerkmal; dazu trägt auch bei, dass neben Tageskliniken auch alle Stationen Patienten integriert tagesklinisch behandeln können.“ (19, S. 9) Damit wurde eine Zementierung der antiquierten Krankenhausstrukturen durch eine darauf bezogene neue Personalbemessung vermieden.

Mit dem KHRG, konkret den Prüfaufträgen im § 17d KHG hat der Gesetzgeber dieses Thema auf die Tagesordnung gesetzt. Das Psych-Entgeltgesetz enthält zwei für diesen Perspektivwechsel maßgebliche Regelungen:

- Mit den *Modellvorhaben nach § 64b SGB V* sollen die Patienten- und Lebensfeld-orientierten Formen der Krankenhausbehandlung, wenn möglich unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringer und Leistungsträger, breiter erprobt und wissenschaftlich begleitet werden.
- Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde im § 137, Abs. 1 (1c) die die Zuständigkeit für Richtlinien übertragen, zur „Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung (...) Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die *einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung*“ zu empfehlen.

## 2. Ausgangssituation

### a) Veränderte Leistungsanforderungen an psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken

Seit Einführung der Psych-PV (1991) haben die Behandlungsaufgaben psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken (Fachkrankenhäuser und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) erheblich zugenommen, insbesondere durch die *enorme Leistungsverdichtung* infolge der großen Zunahme der behandelten Patienten - bei weniger abgerechneten Pflgetagen und stark verkürzter Verweildauer. Zur größeren Akzeptanz von psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung haben die bessere Personalausstattung auf der Grundlage der Psych-PV sowie die ambulante Behandlung durch die Kliniken (Institutsambulanzen) maßgeblich beigetragen.

Der Verbesserung der Effizienz (Verhältnis von Nutzen und Kosten) kommt zentrale Bedeutung zu, in der Vergangenheit und auch zukünftig.

Seit der Einführung der Psych-PV ist die Behandlungsleistung der Kliniken (teil-/vollstationär behandelte Personen und nicht nur Fälle pro Jahr) erheblich gestiegen (bei gesunkenen Kapazitäten). Die Leistungsverdichtung hat nicht zu einer Anpassung der Psych-PV geführt. Sie wurde so weit wie möglich durch organisatorische Optimierung kompensiert, die Voraussetzungen dafür müssen für die Zukunft weiter verbessert werden. Im KHRG wurde 100% Psych-PV-Erfüllung als Obergrenze des Ressourcen-Volumens beibehalten bis 2016, das im Rahmen der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems nicht erhöht sondern anders verteilt wird.

### b) Verstärkte Anforderungen an die patientenbezogene Integration der verschiedenen Behandlungsleistungen

In Deutschland wurde in Sachverständigengutachten zum Gesundheitswesen wiederholt auf die Probleme der Fragmentierung der Gesundheitsversorgung hingewiesen<sup>26</sup>. Im Auftrag des BMG hat die Aktion Psychisch Kranke das Konzept der personenzentrierten Hilfe für psychisch kranke Menschen formuliert.<sup>27</sup> Eine konsequente Übertragung dieses Ansatzes auf den Bereich Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist noch nicht erfolgt.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Gesundheitsreformen schrittweise auch Krankenhäusern neue integrative Behandlungsformen ermöglicht (z. B. Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, ambulante Behandlung durch Krankenhäuser, Versorgungsmanagement). Die sich daraus ableitenden Anforderungen an psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung sind noch nicht ausreichend erforscht.

### c) Nutzerstärkung, Individualisierung von Behandlung, Berücksichtigung von individuellen Kontextfaktoren

Der Gesetzgeber hat systematisch die Position der Nutzerinnen und Nutzer von

---

<sup>26</sup> Siehe zuletzt: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten Mai 2009

<sup>27</sup> siehe: Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Schriftenreihe des BMG, Band 116, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999



Gesundheitsleistungen nach SGB V gestärkt. Damit verbunden ist die Anforderung, individuellen Bedarfen und Bedürfnissen so weit wie möglich zu entsprechen. Dies schließt die Berücksichtigung individueller Wünsche, Aspekte der individuellen Lebensführung, geschlechtsspezifischer, altersbezogener und sozialer Besonderheiten ein. Organisation und Struktur psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung müssen diesen Anforderungen weiter angepasst werden. Behandlungsstrukturen müssen flexibler werden, um individuellen Besonderheiten besser Rechnung tragen zu können. Ein konsentriertes Konzept personenzentrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung liegt nicht vor.

#### **d) Datenlage: nur mit Maßnahmebezug, kein Personenbezug**

Es gibt keine Berichterstattung (Bundesstatistiken, Statistiken der Leistungserbringer), die die Wirkungen und die Kosten von verschiedenen Maßnahmen erfassen, die Patienten gleichzeitig oder nacheinander (Querschnitt und Längsschnitt) erhalten.

Zu a) bis c) gibt es deshalb in Deutschland nur kasuistische Erfahrungen, wissenschaftliche Untersuchungen gehen i. d. R. vom Maßnahmebezug aus (z. B. Behandlungserfolg stationärer – oder ambulanter– Behandlung). Eine seltene Ausnahme stellen die Publikationen zum sogenannten Regionalbudget Itzehoe dar (Prof. Deister). Prof. Rössler, Zürich, führte die erste einschlägige randomisierte Untersuchung im deutschsprachigen Raum durch (bis Ende 2009, Publikation in Vorbereitung).

#### **e) Internationale Entwicklungen**

Schon in den 70-er und 80-er Jahren des vorigen Jahrhunderts konnte man in einigen anderen Ländern *bewährte* Strukturen, Organisationsformen und Behandlungsprozesse kennen lernen, die sich von der in Deutschland vorherrschenden Organisation nach finanzierten Maßnahmen (stationäre, teilstationäre, institutsambulante Klinikbehandlung, Fachpraxen, medizinische und berufliche Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Pflege ...) unterschieden.

*z. B. England: National Health Service* – wohnortnahe Psychiatrische Kliniken (Sektor) mit höherem Stellenwert der teilstationären Behandlung, ambulante multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams, der Consultant (der Abteilungsleitende Psychiater) ist für die Behandlung der Patienten und Patientinnen seines Subsektors *in* der Klinik und *außerhalb* zuständig, also in deutschen Begriffen „sektorenübergreifend“: für die Behandlung durch die Klinik, durch das gemeindepsychiatrische Team und für die ambulante fachärztliche Behandlung – in Kooperation mit dem General Practitioner und z. B. einer Community Nurse.

Zentrale Prinzipien sind: Wohnortnähe, Kontinuität der wichtigen therapeutischen Beziehungen: zum Patienten, dem Lebensfeld und den Klinik-externen Profis des Patienten.

Auf eine ausführlichere Darstellung wird hier verzichtet. Weitere Beispiele finden sich u. a. in der Literatur zum Projektantrag 2010 (siehe Literaturverzeichnis).

#### **f) Jüngere Gesetzgebung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung**

In der Begründung zu § 17 d, Abs. 1 Satz 3 KHG zu den Prüfaufträgen wird auf „die im Psychatriebereich derzeit stark diskutierten integrierten Versorgungsansätze und einer möglichst kurzen vollstationären Behandlungsphase“ hingewiesen. In der Psychiatrie wird damit erstmals für die Krankenhausmedizin die Einführung der fachlichen Grundidee der

„sektorenübergreifenden“ Integrierten Versorgung (§ 140a–d, SGB V) in die Finanzierung der Regelversorgung thematisiert.

### g) Eigene Vorarbeiten

Die APK...

- befasst sich seit über zwanzig Jahren in Arbeitsgruppen, Gremien, Tagungen und Publikationen mit den Fragen der Verbesserung der Effizienz der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung (vgl. Literaturliste)
- verfügt über spezifische Fachkompetenz in Bezug auf psychiatrische Krankenhausversorgung einschließlich deren Finanzierung und Management
- verfügt über spezifische Kompetenz in Bezug auf die Psych-PV
- ist unabhängig von Partikularinteressen (Träger-/Berufsverbände)
- genießt hohe Akzeptanz bei den Psychiatrieverbänden sowie bei der Selbstverwaltung.

Die im Literaturverzeichnis zu 2.3 genannten vorherigen Projekte und Publikationen aus dem Bereich der APK sind als Grundlage anzusehen, auf denen dieses Projekt aufbauen konnte. Schon 1989/90 bei der Erarbeitung der fachlichen Grundlagen der Psych-PV haben heutige Mitglieder des APK-Vorstandes maßgeblich mitgewirkt.

Die APK wird als unabhängiger Verband anerkannt, der primär das Wohl der Patienten und keine speziellen Interessen von Berufsgruppen, Klinikträgern oder Kostenträgern vertritt. Die APK ist auch wegen ihrer wissenschaftlichen Kompetenz in Fragen psychiatrischer Versorgung anerkannt. Die von der APK formulierte Konzeption der personenzentrierten Hilfen gilt als weitgehend akzeptierte Leitlinie.

Die APK hat im Auftrag des BMG die Umfrage zur „Evaluation der Psychiatrie-Personal-Verordnung 2005“ durchgeführt, ähnlich wie schon die voraus gegangene Umfrage zur Psych-PV (1998). Dabei hatte die gute Zusammenarbeit mit den Psychiatrie-Verbänden (sowie je einem Vertreter der Kassen und der DKG) entscheidende Bedeutung für die allgemeine Akzeptanz der Erhebungen. Deshalb wurde dieses Projekt wieder von einer Arbeitsgruppe, analog derer zur Evaluation der Psych-PV, begleitet.

## 3. Ziele und Bezugspunkte

Ziel war die Erarbeitung von *konkreten empirisch begründeten Handlungsempfehlungen*, um durch die Weiterentwicklung der Strukturen, der Organisation und der Prozesse von psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung zur Verbesserung der Effizienz, insbesondere der Qualität der Versorgung psychisch kranker Menschen beizutragen.

Kern dieses Projektes war es, ausgehend von den Forschungsergebnissen, konsensfähige Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Deshalb ist das Projekt als diskursiver Prozess zwischen Wissenschaftlern und Anwendern angelegt. Untersuchungsplan und Methodik im Entwurf wurden mit den Anwendern beraten, um einerseits Anregungen aufzunehmen, und andererseits das Verständnis der Praktiker für die wissenschaftlichen Ergebnisse über einen partizipativen Ansatz zu fördern. Die Handlungsempfehlungen wurden unter Berücksichtigung der Sichtweisen der Verbände mit dem Ziel möglichst weitgehender Übereinstimmung erarbeitet.

Gegenstand der wissenschaftlichen Analyse und der Handlungsempfehlungen sind Patient-orientierte Formen der Prozessorganisation und der Strukturen von Krankenhausbehandlung

- die auch den Lebenskontext der Patientinnen und Patienten differenziert in die Diagnostik und Therapie einbeziehen
- die die Kooperation mit dem ambulanten Behandlungsbereich außerhalb von Kliniken voraussetzen
- die die Leistungsbereiche Rehabilitation, Teilhabe und Pflege mit umfassen.

Die Analyse bezog auch Beispiele außerhalb von Deutschland ein.

In diesem Projekt ging es um die Herausarbeitung des Nutzens für die Patientinnen und Patienten, die Organisation der Behandlungsabläufe und -pfade sowie der Verantwortungsbereiche, die dazu notwendigen Kommunikationen (Besprechungen, Konferenzen, IT-gestützte Dokumentation) in der Klinik und mit den Kooperationspartnern im regionalen Versorgungsnetz, die Herausforderungen für die Therapeutinnen und Therapeuten, das Personal-Management, die Personal-, Finanz- IT- und Controlling-Abteilungen der Klinik.

Bezugspunkt sind die in der Psych-PV verankerten Versorgungs- und Qualitäts-Ziele, insbesondere:

- die qualitativ ausreichende Erfüllung der regionalen Versorgungsverpflichtung (statt verbesserter Effizienz-Daten durch Selektion)
- die Besserung der Symptome *und* die Besserung der Befähigung der Patienten zu eigenständigem Leben außerhalb von Institutionen
- die Besserung der protektiven Fähigkeiten des sozialen Kontextes (ICF)
- die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker (§ 27 SGB V).

### ***3.1 Psychiatrie-Personalverordnung***

Das neue, die Bundespflegesatzverordnung ablösende Finanzierungssystem nach § 17d KHG („pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“) ist nicht an Qualitätsanforderungen und Personalnormen gekoppelt. Ein wesentliches Ziel des Projektes „Krankenhausqualität“ besteht deshalb darin, das zukünftige Finanzierungssystem mit verbindlichen Qualitätsanforderungen zu verknüpfen. Der Fokus des Projektes ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung (stationär, teilstationär und

ambulant) für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche.

Die Psych-PV definiert normativ den Bedarf an therapeutischem Personal unter Bezug auf Versorgungsziele und Qualitätsanforderungen, begründet durch die Erfahrung und Beurteilung einer Expertenkommission des Bundesarbeitsministeriums (BMA), Stand 1990. Ein zentrales Ziel dieses Projektes war es, nach 20 Jahren die Versorgungs- und Qualitätsziele der Psych-PV auf einen aktuellen Stand zu bringen<sup>28</sup> unter Berücksichtigung von neuen Anforderungen, Erfahrungen und Erkenntnissen, auch aus dem Ausland, also auch den Konsens zu Behandlungsprinzipien der „scientific community“ dafür zusammenzufassen. - Es geht nicht um Qualitätssicherung im umfassenden Sinne.

Gleichzeitig untersuchte das Projekt auch Bedingungen, die die Realisierung dieser Qualitätsanforderungen begünstigen oder behindern. Hierzu wurden v. a. Finanzierungssysteme in den Blick genommen.

Von Interesse ist im Projekt nicht Qualität insgesamt, sondern besonders der Aspekt des Personen- und Lebensfeldbezugs. Herleiten kann man die Bedeutung dieses Aspekts sowohl aus dem Konzept der personenzentrierten Behandlung, dem ICF-Konzept (den Dimensionen, nicht den Item-Listen), das sich nicht nur auf Rehabilitation und Teilhabe bezieht, sondern die Teilhabeziele auch für die Akutbehandlung geltend macht: SGB IX § 27<sup>29</sup>, sowie der UN-Behindertenkonvention und dem Thema Inklusion. Dies Zusammengefasst erinnert dies an das Psych-PV Ziel, Menschen dazu zu befähigen, möglichst selbständig außerhalb von Institutionen zu leben (vgl. Fußnote 30).

Die Behindertenrechtskonvention beschreibt Inklusionsansätze, die ICF Dimensionen, die dafür relevant sind, also Teilhabe und Teilhabebeeinträchtigung, Krankheitsfolgen in bestimmten Lebensbereichen (wie Familie, soziale Kontakte, Arbeit). Die Vermeidung oder Besserung von Krankheitsfolgen sind damit auch Behandlungsziele. Symptombesserung ist wichtig, wird aber von anderen Bereichen abgedeckt. Personen- und Lebensfeldbezug ist im vorliegenden Projekt ein besonderer Fokus, auf andere wichtige Qualitätskriterien wird verwiesen.

Kann das neue Entgeltsystem einer zeitgemäßen Krankenhausversorgung Rechnung tragen?

Die Annahme der vom InEK initiierten empirischen Erhebung zur Berechnung des neuen Entgeltsystems ist nicht, dass die bisherige Versorgung ideal sei, sondern dass bei einem insgesamt ausreichenden Ressourceninput im System der Psych-Krankenhausbehandlung die Versorgung im derzeitigen Umfang ausreichend gewährleistet sei<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Die erste und kompakteste Formulierung enthält die Pressemitteilung des BMA vom 30. April 1990: „Die geplante Verordnung dient vor allem dem Ziel, in der Psychiatrie eine Therapie zu ermöglichen, die die Patienten befähigt, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbständig zu gestalten, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern.“ – Eine sehr ausführliche Bearbeitung der Thematik erfolgte in einem vom BMG 1994-1996 geförderten Projekt: „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 der Schriftenreihe des BMG, Nomos, Baden-Baden 1996“. Ein Zusammenfassung der Versorgungs- und Qualitätsziele der Psych-PV verwendet der Filterfragebogen (siehe 3.4 & Anlage 2).

<sup>29</sup> Im SGB IX §27 steht: „Krankenbehandlung und Rehabilitation: Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.“

<sup>30</sup> Gesetzlich gesehen gibt es die Garantie für eine „ausreichende und zweckmäßige“ Versorgung (§ 70 SGB V), im Unterschied zur optimalen oder maximalen Versorgung.

Ist die Psych-PV ausreichend?

Im § 17d KHG gibt es keinen normativen Bezug, deshalb wurde 100% Psych-PV gefordert (mit Verweis auf erhebliche Leistungsverdichtung seit 1991) als Ausgangsbasis für das neue Entgeltsystem. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde beauftragt, bis 01.01.2017 auch „Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ zu beschließen (§ 137, (1c), SGB V).

Personalnormen können Qualität nicht garantieren. Pauschalierung muss gut organisierten Kliniken ermöglichen, gute Ergebnisqualität zu erzielen. Damit geht es auch um die Prozessoptimierung in Kliniken.

### ***3.2 UN-BRK***

Die UN-Behindertenrechtskonvention wurde 2007 von Deutschland unterzeichnet und trat im März 2009 in Kraft (UN-Behindertenrechtskonvention (amtliche deutsche Übersetzung) [www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf](http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf)).

Die UN-BRK beschreibt ein dynamisches Verständnis von Behinderung (einstellungs- und umweltbedingte Barrieren) und ist von weitreichender Gültigkeit. Für einige normative Bereiche ist sie sofort gültig, insgesamt handelt es sich aber um ein längerfristiges gesamtgesellschaftliches Anliegen (Aichele 2010).

Es ist anzunehmen, dass die UN-BRK in den nächsten Jahren einen erheblichen Einfluss auch auf die psychiatrischen Versorgungsstrukturen haben wird (Bartlett 2009, Borbé 2011). Wegen ihrer sehr konkreten Bezugnahme auf alle relevanten Lebensbereiche auch von Menschen mit psychischer Behinderung, wurden die für das Thema relevanten Paragraphen der UN-BRK direkt in Qualitätskriterien für eine Krankenhausbehandlung psychisch kranker Menschen umformuliert. Zunächst wurde eine Übersicht über die Paragraphen (in Klammer gesetzt) erstellt, die für Menschen, die auf Grund einer psychischen Störung in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind, relevant sein könnten:

- Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung einschl. Frauen und Kinder (5,6,7)
- Bewusstseinsbildung (8)
- Zugänglichkeit (9)
- Gleiche Anerkennung vor dem Recht (12)
- Freiheit und Sicherheit der Person (14)
- Freiheit vor Folter und Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch (15,16)
- Schutz der Unversehrtheit der Person (17)
- Freizügigkeit und unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (18,19)
- Achtung der Privatsphäre (22)
- Achtung der Wohnung und der Familie (23)
- Gesundheit (25)
- Habilitation, Rehabilitation, Arbeit, Beschäftigung, angemessener Lebensstandard,

- sozialer Schutz (26,27,28)
- Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben (29)
- Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport (30)
- Statistik und Datensammlung (31)
- Innerstaatliche Durchführung und Überwachung (33)

Auch hier ergeben sich inhaltliche Überschneidungen. Zudem betonen einige Paragraphen Rechte, die ausschließlich oder überwiegend im ambulanten Rahmen realisiert werden können.

### *3.3 Gesetzesänderungen und Urteile*

Das sog. Patientenverfügungsgesetz, das am 01.09.2009 in Kraft trat, ermöglicht jedem volljährigen, geschäftsfähigen Bundesbürger eine Vorausverfügung für den Fall des Eintretens einer späteren Einwilligungsunfähigkeit schriftlich zu verfassen (Bundesgesetzblatt 2009). In dieser Vorausverfügung können diagnostische oder therapeutische Maßnahmen abgelehnt werden. Durch die fehlende Reichweitenbeschränkung, im Umkehrschluss die Gültigkeit für alle Patienten-, bzw. Diagnosegruppen, betrifft diese Regelung auch Menschen mit psychischen Störungen (Olzen 2009).

Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Beschluss vom 23.03.2011 die Zwangsbehandlung mit Neuroleptika bei behandlungsunwilligen, krankheitsuneinsichtigen Patienten im Maßregelvollzug als schwerwiegenden Eingriff in das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG bewertet und im Einzelfall an strengste Anforderungen geknüpft (BVerfG 2011a). Auch die passive Duldung einer Maßnahme wird als Zwangsbehandlung interpretiert. Der Schutz Dritter vor Straftaten sei durch die Unterbringung gewährleistet (Müller et al. 2012).

In der Folge dieser Entscheidung hat das Bundesverfassungsgericht mit seinem Beschluss vom 12.10.2011 den § 8 Abs. 2 Satz 2 Unterbringungsgesetz Baden-Württemberg (UBG) für verfassungswidrig erklärt (BVerfG 2011b). Die bisherige rechtliche Grundlage für die Zwangsmedikation von Patienten, die nach dem UBG in einer anerkannten Einrichtung untergebracht sind, ist damit nichtig. Eine Neufassung des § 8 UBG ist seitens der Politik beabsichtigt, bis dahin ist eine Zwangsmedikation des Patienten gegen seinen Willen in Baden-Württemberg nur zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung in der Klinik bzw. zum Schutz des Patienten vor sich selbst zulässig, ist also beschränkt auf unmittelbare Gefahrensituationen.

Etwas weiter hat dies noch das Amtsgericht Nürtingen interpretiert, das festgestellt hat, psychisch Kranke, die krankheitsbedingt für sich und andere gefährlich sind, dürfen nach UBG Baden-Württemberg nur untergebracht, aber nicht gegen ihren Willen behandelt werden (AG Nürtingen 2011). Zuletzt hatte der Bundesgerichtshof mit Beschluss vom 20.06.2012 festgestellt, dass es gegenwärtig an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung fehle (BGH 2012). Damit galt der Gesetzesvorbehalt für eine Zwangsbehandlung unabhängig davon, ob der Betroffene im Maßregelvollzug, öffentlich-rechtlich nach UBG bzw. PsychKG oder nach dem Betreuungsgesetz untergebracht ist.

Mittlerweile ist diese, auch aus Sicht des Grundgesetzes, konsequente Gleichstellung aller

richterlich in einer (nicht nur psychiatrischen) Einrichtung untergebrachten Personen, durch die Neuregelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme (Deutscher Bundestag 2013) bereits wieder revidiert. D.h. es wird über die nächsten Jahre zumindest in einigen Bundesländern noch eine erhebliche Rechtsunsicherheit geben, da die Unterbringung nach UBG, bzw. PsychKG Ländersache ist und die Neufassung der Landespsychiatriegesetze Zeit in Anspruch nehmen wird.

### ***3.4 Zusammenfassung***

Von der Psychiatrie-Reform (Enquête) ausgehend, wurden Qualitätskriterien für die Krankenhausbehandlung, die der Psychiatrie-Personalverordnung und dem Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung entnommen wurden, in einem Konsensusverfahren diskutiert und teils modifiziert. Ergänzt wurden diese Kriterien durch solche, die aus der UN-Behindertenrechtskonvention und der aktuellen Gesetzgebung bzw. Rechtsprechung zu Patientenverfügungen bzw. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie abgeleitet wurden. Zwölf Qualitätskriterien für psychiatrische Krankenhausbehandlung sind aus diesem Prozess hervorgegangen und waren auch Teil der Online-Umfrage (siehe 5.2.):

- Regionale Versorgungsverpflichtung
- Behandlung im Lebensumfeld, z. B. am Wohn- & Arbeitsort
- Einbezug des sozialen Kontextes der PatientInnen durch Kooperation mit Bezugspersonen des Privat- und des Arbeitslebens
- Einbezug der bisherigen Hilfestrukturen der PatientInnen durch Kooperation/Vernetzung mit professionellen, regionalen Dienstleistern (dazu gehört auch die Selbsthilfe)
- Fließende Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer, ambulanter Versorgung durch eine hohe Behandlerkontinuität
- Berücksichtigung von Bedürfnissen und Bereitstellung von Angeboten für psychisch kranke Menschen unterschiedlicher Zielgruppen (z. B. aufgrund körperlicher Behinderung, Alter, Geschlecht, familiärer Verpflichtungen, Migrationshintergrund, Religion, Mutter-Kind)
- Einbezug von Angehörigen- und Betroffenen in die Versorgung und Versorgungsplanung
- Vernetzungsarbeit mit dem „komplementären“ Bereich insbesondere durch Beteiligung an der integrierten Hilfeplanung und der regionalen Hilfeplankonferenz
- Störungsspezifische Psychotherapie als integraler Bestandteil der Krankenhausbehandlung hat seit Beginn der PsychPV zugenommen

- Die Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Patienten, v. a. Freiheit und Sicherheit der Person genießen höchste Priorität. (UN-BRK Art. 12, 14, 16, 18)
- Die Klinik bemüht sich aktiv, die Diskriminierung behinderter Menschen zu erfassen und u. a. durch Bewusstseinsbildung und Antistigma-Arbeit auch beim eigenen Personal dem entgegenzuwirken. (UN-BRK Art. 8, 30)
- Ein unabhängiges Beschwerdemanagement ist allen PatientInnen zugänglich, eine unabhängige Besuchskommission überwacht die in einer Klinik angewendeten Zwangsmaßnahmen

## 4. Vorgehen/Methodik

### *4.1 TeilnehmerInnen der Projektgruppe, Projektbeginn und Projektdurchführung*

Die Projektarbeiten wurden am 01.12.2009 unter Leitung von Prof. Dr. Kunze, Prof. Dr. Heinz und Prof. Dr. Schmidt-Michel aufgenommen.

Ab 01.12.2009 nahmen Dr. Ralf-Peter Gebhardt als Projektkoordinator (0,2 VK) und am 01.01.2010 Winnie Öhrlich M.A. (1. Projektjahr 0,7 VK, 2. Und 3. Projektjahr 0,5 VK) als wissenschaftliche Mitarbeiterin ihre Tätigkeiten auf.

Am 30.11.2010 übergab Dr. Ralf-Peter Gebhardt die Aufgaben des Koordinators an Dr. Raoul Borbé, der seit 01.01.2011 für das Projekt arbeitet (0,2 VK im Jahr 2011).

Die Arbeit der Projektgruppe wird in den folgenden Kapiteln dieses Ergebnisberichts dargelegt. Für den Austausch innerhalb der Projektgruppe gab es regelmäßige Treffen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité in Berlin und am Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg in Ravensburg-Weissenau, bei den Besuchen der untersuchten Kliniken und auf mit dem Projekt in Zusammenhang stehenden Themenveranstaltungen. Regelmäßig wurden Telefonkonferenzen durchgeführt.

Ergänzende Leistungen wurden vom ZfP Südwürttemberg, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité und durch unentgeltliche Mitarbeit getragen.

Durch die Projektgruppe wurden die Treffen der Experten- und Arbeitsgruppe organisiert und ausgerichtet, welche im folgenden Abschnitt beschrieben werden.

### *4.2 TeilnehmerInnen und Treffen der Arbeitsgruppe, Expertengruppe und des wissenschaftlichen Beirats*

Für das Projekt wurde eine *Expertengruppe* und einer *Arbeitsgruppe* gebildet, in denen die Anwender und Interessengruppen vertreten waren. Im Vergleich zur Expertengruppe wurde die



Arbeitsgruppe stärker bei Projektentscheidungen und für die Mitarbeit beansprucht. Arbeits- und Expertengruppe begleiteten den Projektverlauf durch regelmäßige, durch die Projektgruppe ausgerichtete Treffen, aber auch mittels E-mailkontakt, Telefonaten und Treffen und Gesprächen bei projektexternen Foren (z. B. APK-Tagungen, Mallorca-Treffen deutschsprachiger SozialpsychiaterInnen, DGPPN-Kongresse, Forum Gesundheitswirtschaft, Treffen des Netzwerks „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“ etc., Arbeitsgruppen das neue Entgeltsystem betreffend). Untersuchungsplan und Methodik im Entwurf wurden in der Experten- und Arbeitsgruppe beraten, um einerseits Anregungen aufzunehmen, und andererseits den Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis (beide Richtungen) über einen partizipativen Ansatz zu fördern. Die Handlungsempfehlungen für die Politik wurden unter Berücksichtigung der Sichtweisen der so vertretenen psychiatrischen Fachverbände, Kostenträger und Leistungserbringer mit dem Ziel möglichst weitgehender Übereinstimmung erarbeitet.

Dieser Ansatz hat sich in früheren Projekten, z. B. bei den Umfragen zur Evaluation der Psych-PV (1998 & 2007), bewährt.

Zunächst wurde eine Arbeitsgruppe (AG) gebildet, der außer den Projektleitern und Mitarbeitern folgende Personen angehören:

- Prof. Dr. Arno Deister, Itzehoe
- Hans-Peter Elsässer-Gaißmaier, Bad Schussenried
- Prof. Dr. Hans Gutzmann, Berlin
- Dr. Andreas Horn, Krefeld
- Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Bremen
- Rainer Kukla, Mettmann
- Dr. Stephan Rinckens, Mönchengladbach

Mit dieser Zusammensetzung ist es gelungen, die vorgesehenen Auswahlkriterien zu erfüllen, vor allem Projekterfahrung und Leitungserfahrung.

In der Folge wurde eine Expertengruppe (EG) benannt, der folgende Personen angehören:

- Prof. Dr. Lothar Adler, Mülhausen
- Prof. Dr. Karl-Heinz Beine, Hamm
- Dr. Claudia Eberhard (seit 2011 als Nachfolgerin von Dr. Sabine Christochowitz)
- Prof. Dr. Jürgen Fritze, Köln
- PD Dr. Bernward Vieten, Paderborn (seit Sept. 2010 als Nachfolger von Dr. Iris Hauth & Stellvertreter von Prof. Dr. Lothar Adler)
- Holger Höhmann, Langenfeld
- Joachim Hübner, Kassel
- Heinz Lepper, Bonn
- Bernadette Rümmelin, Berlin
- Prof. Dr. Renate Schepker, Ravensburg
- Stefan Wöhrmann, Berlin

Herr Dr. Thomas Stracke und Herr Ferdinand Rau (beide BMG) wurden als ständige Gäste der Expertengruppe eingeladen.

Damit konnten die aktuelle Leitung der Arbeitsgemeinschaften der Klinikleitungen, eine Vertreterin der Psychiatriereferenten der Länder, sowie Vertreter von DKG, Krankenkassen und BMG sowie weitere Experten einbezogen werden.

Die Experten- und Arbeitsgruppe traf sich 2010 zweimal am 17. April und am 17. September 2010 in Frankfurt, für das Projektjahr 2011 zweimal am 20.05.2011 in Frankfurt und das zweite Treffen wurde am 24.02.12 in Berlin nachgeholt. Daneben traf sich die Arbeitsgruppe 2011 an vier Tagen für mehrstündige Sitzungen: am 20.05.2011 in Frankfurt, am 04.07.11 in Berlin und am 29. und 30. September in Kassel.

Für das 3. Projektjahr 2012 fand kein Treffen statt. Die Erhebung konnte erst 2012 abgeschlossen werden, weil der Zeitplan sich verschob durch die zusätzliche im Projektantrag nicht vorgesehene, aber von der Arbeits- und Expertengruppe nahegelegte (s. u.), quantitative Erhebung (online-Umfrage) und durch Terminschwierigkeiten zur Durchführung der Besuche bei den qualitativ untersuchten Kliniken. Zudem übersteigt das gesammelte qualitative Datenmaterial bezüglich seiner Größe die Erwartungen (etwa 1000 Seiten Textmaterial). Damit dauerten auch die Auswertung und die Ableitung der Handlungsempfehlungen länger als geplant. Ein Treffen der Experten- und Arbeitsgruppe zur Konsentrierung der Handlungsempfehlungen wurde deshalb verschoben und wurde im Mai 2013 nachgeholt.

Wesentliche Themen der Treffen 2010 waren:

- Projektziele und methodisches Vorgehen
- Fragestellung der empirischen Untersuchung
- Auswahl der Untersuchungskliniken
- Interviewleitfaden
- Konkretisierung der Aufgabenstellung des Gutachtens
- Verortung des Projekts in der aktuellen Debatte des neuen Entgeltsystems
- Vergleich mit anderen Projekten ähnlichen Formats

Wesentlich war der Wunsch der EG und AG, das Projekt um eine Vollerhebung oder eine repräsentative Stichprobe zu erweitern: Wegen der damaligen Diskussionen zum neuen Entgeltsystem und den damit einhergehenden Entwicklungen stand das Projekt anders im Fokus des Interesses als bisher angenommen. Die Anerkennung der Ergebnisse durch die medizinische *Scientific Community* und eine Beitragsleistung für die aktuelle Debatte, wird durch eine repräsentative Erhebung neben der vertieften qualitativen multiperspektivischen Abbildung einzelner Kliniken und deren Behandlungsweisen besser gewährleistet.

Wesentliche Themen der Treffen 2011 waren:

1. Vorstellung, Diskussion und Stellungnahme zu den Zwischenergebnisse der Forschung
2. Auswahl von weiteren Untersuchungskliniken
3. Zuspitzung des Erhebungsverfahrens
4. Diskussion und Überarbeitung des Onlinefragebogens zur Weiterentwicklung der Psych-PV-Qualitätsziele
5. Beginn der Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Politik

Neben der Experten- und Arbeitsgruppe wurde ein wissenschaftlicher Beirat (WB) benannt:

- 1) Prof. Dr. Thomas Becker, Ulm
- 2) Prof. Dr. Stefan Priebe, London
- 3) Prof. Dr. Wulf Rössler, Zürich
- 4) Prof. Dr. Johannes Wancata, Wien

Als Experten der Wissenschaft trugen die Vertreter des Beirats für die wissenschaftliche Durchführung des Projekts Sorge und standen beratend zur Seite. Der Beirat traf sich am 26.11.10, am 24.11.11 und am 23.11.2012 in Berlin.

Während der Treffen 2010, 2011 und 2012 wurden folgende Tagesordnungspunkte behandelt:

- Grundsätzliches zum Projektvorhaben
- Vorstellung und Diskussion der (Zwischen-) Ergebnisse der Forschung und des Gutachtens
- Diskussion der Behandlungsformen und Finanzierungsweisen von Einrichtungen im Ausland
- Entwicklung des Entgeltsystems auch im internationalen Vergleich und deren Bedeutung für Qualitätsziele
- Diskussion und Hinweise auf aktuelle Studien zum Projektthema

### ***4.3 Klinikbesuche und Interviews***

Mit Hilfe einer qualitativen Erhebung in 10 Kliniken sollten im Projektverlauf unterschiedliche Perspektiven auf die Behandlung, Organisationsformen, Prozesse und Rahmenbedingungen von Behandlung gesammelt werden. In der ersten Sitzung der Arbeits- und Expertengruppe wurde die Fragestellung der Untersuchung konkretisiert in:

- Welche Organisationsformen und Prozesse sind besonders geeignet, eine hohe Behandlungs- und Versorgungsqualität sicherzustellen?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen diesen Organisationsformen und Prozessen und dem dahinter stehenden Finanzierungsmodell?

Der Projektantrag sah den Besuch von 10 Kliniken vor. In jeder Klinik sollten 2 PatientInnen, 2 Angehörige, 3 Professionelle, 1 Controller und 1 ambulanter Kooperationspartner mit semistrukturierten Interviewleitfäden interviewt werden. Damit waren 9 Interviews pro Klinik und 90 Interviews insgesamt geplant.

Die Diskussion der Teilauswertungen der qualitativen Untersuchung erfolgte während der regelmäßigen Treffen mit der Arbeits- und Expertengruppe des Projekts.

### ***4.4 Auswahl der Kliniken***

Mit Hilfe einer Literaturrecherche wurde zur Auswahl der zu untersuchenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken eine Liste erstellt mit Krankenhäusern, die besondere, im weitesten Sinne innovative Behandlungsangebote, Organisationsweisen oder Finanzierungsformen

nutzen. Diese Liste wurde von der Experten- und Arbeitsgruppe des Projekts vervollständigt. Außerdem begannen sich Kliniken, die von unserer Studie erfahren hatten, als Modellklinik oder als Klinik mit innovativen Behandlungsprogrammen zu bewerben. Dadurch konnte eine Liste von 39 Kliniken zusammengestellt werden (siehe Anhang 1; vgl. auch mit einer aktuellen und längeren Liste, der inzwischen veröffentlichten IGES-Studie, 2012).

Für die vorliegende Studie ging es nicht um die vollständige Erfassung und Untersuchung von Kliniken mit Modellprojekten, sondern darum, durch die vertiefte Untersuchung an einzelnen Kliniken, Prinzipien und Muster zu finden. Dafür sollten aus der Liste mit Hilfe der Arbeits- und Expertengruppe 10 Kliniken zur Untersuchung ausgewählt werden. Ein Sample von 10 Kliniken ist für eine qualitative Untersuchung, bei der in jedem Haus 9 Interviews durchgeführt und qualitativ ausgewertet werden sollen, vergleichsweise hoch angesetzt. Um aber eine breite Vielfalt von Behandlungsangeboten und unterschiedlichen regionalen, finanziellen und versorgungspolitischen Rahmenbedingungen abbilden zu können, wurde diese Anzahl trotzdem angestrebt.

Bei der Auswahl ging es nicht darum 10 „beste“ Kliniken zu benennen, sondern die Auswahl erfolgte nach methodischen und inhaltlichen Gesichtspunkten. Die Auswahlkriterien sollten wesentliche Unterscheidungsmerkmale der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken in Deutschland abbilden, wobei für die Beantwortung der Fragestellung und Kontrastierung der Kliniken die „Finanzierungsform“ (BPfIV, IV-Vertrag, Einrichtungs- bzw. Regionalbudget oder Sonderabsprachen) als zentrales Kriterium bestimmt wurde. Daneben wurden Ort (Bundesland), Region (städtisch/ländlich) und Art der Klinik (Fachkrankenhaus, Abteilung, Universitätsklinik, Lehrkrankenhaus) als weitere wichtige Kriterien angesehen.

Für eine informierte Auswahl der Kliniken wurde ein Fragebogen entwickelt, um die oben genannten Kriterien, daneben die Art der innovativen Projekte der Kliniken abzufragen. Orientiert an unserer Fragestellung erfragten wir Anreize und Hemmnisse für die Einlösung selbst gewichteter Qualitätsziele (Fragebogen siehe Anhang 2). Der Fragebogen wurde an alle 39 Kliniken der zusammengestellten Liste geschickt, der Rücklauf betrug 74 %. Davon wählte die Arbeits- und Expertengruppe zunächst 5 Kliniken für die erste Erhebungsphase aus, für die zweite Erhebungsphase weitere 5 Kliniken (siehe Tabelle). Am Ende des Projekts besuchten wir als letzte und 11. Klinik eine Einrichtung in der Schweiz, um unsere bisherigen Ergebnisse durch Eindrücke von einer Klinik außerhalb Deutschlands zu vervollständigen.

Zur Vertiefung von bereits in der ersten Erhebungsphase entstandenen Erkenntnissen und um den hohen Auswertungsaufwand einer qualitativen Untersuchung besser bewältigen zu können, wurde das Vorgehen für 3 der 10 deutschen Kliniken verkürzt und thematisch fokussiert auf die „Rolle der Finanzierung bei Bereitstellung eines Hometreatmentangebots“. Auch beim Besuch der Klinik in der Schweiz wurde das verkürzte Verfahren angewendet, mit Fokus auf die dort durchgeführten Modellprojekte. Die Verkürzung des Verfahrens in diesen 4 von 11 Kliniken bestand auch darin, dass ausschließlich die Klinikleitung und MitarbeiterInnen in leitender Funktion interviewt wurden.

*Tabelle: Übersicht über die elf Kliniken, die im Rahmen der qualitativen Erhebung besucht wurden.*

<b>Einrichtung</b>	<b>Finanzierung</b>	<b>Bundesland, Art der Einrichtungen, Region</b>
<i>1. Erhebungsphase</i>		

Johanniter Krankenhaus Geesthacht (Heissler)	Regionalbudget	Schleswig Holstein, Abteilung, ländlich
Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf (Lambert, Bock)	IV-Vertrag	Hamburg, Universitätsklinik, städtisch
Maria-Hilf-Krankenhaus Krefeld (Horn)	Budgetvertrag Hometreatment	Nordrhein-Westfalen Abteilung & Fachkrankenhaus, städtisch
Vivantes Klinikum Neukölln (Munk)	Regelfinanzierung	Berlin, Abteilung, städtisch
Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf (Heilemann)	Regelfinanzierung	Sachsen Landeskrankenhaus, ländlich
<i>2. Erhebungsphase</i>		
LVR-Klinik Mönchengladbach (Rinckens)	Regelfinanzierung	Nordrhein-Westfalen, Landeskrankenhaus, städtisch
Psychiatrisches Behandlungszentrum Bremen-Nord (Bührig)	Regelfinanzierung	Bremen, Abteilung, städtisch
<i>verkürztes Vorgehen und Themenfokus Hometreatment:</i>		
Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm (Becker)	Regelfinanzierung	Baden-Württemberg, Bezirkskrankenhaus, kleinstädtisch-ländlich
Vitos Klinik Bamberger Hof (Bornheimer)	Regelfinanzierung	Hessen, Abteilung, städtisch
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik der Klinik Nauen (Schütze)	Regelfinanzierung	Brandenburg, Abteilung, ländlich
<i>verkürztes Vorgehen in einer Schweizer Einrichtung, Themenfokus Modellprojekte</i>		
Psychiatrische Dienste Thurgau in Münsterlingen	Regelfinanzierung, aber in Absprache mit dem Kanton und den Kassen	Kanton Thurgau, Schweiz, Abteilung des Kantospitals, ländlich

#### *4.5 Qualitative Methode: Begründung der Methodenwahl, Erhebung und Auswertung, Gütekriterien*

##### **4.5.1 Begründung der Methodenwahl**

Die ausgewählten Kliniken wurden mit Methoden der qualitativen Sozialforschung untersucht. Die Gründe dafür waren:

- ♣ Qualitative Methoden eignen sich besonders zur Erforschung von innovativen und komplexen, noch nicht oder wenig erschlossenen Verfahren (Flick 2002: 12 f.), wie die hier untersuchten Modellprojekte.
- ♣ Daneben sind Abläufe und Entwicklungsprozesse in ihren Kontextbedingungen abbildbar und können durch Erzählungen veranschaulicht werden (ebd.). Dies war in dieser Studie für Behandlungsabläufe, Einführung oder Weiterentwicklung von Behandlungsverfahren

mit Hilfe von Modellprojekten vorgesehen.

- ♣ Durch qualitative Interviews können unterschiedliche subjektive Perspektiven ausführlicher und nachvollziehbar aufgenommen und ausgewertet werden (ebd.), so wie unterschiedliche Perspektiven auf Behandlung. Bisher sind insbesondere die Erfahrungen von PatientInnen und Angehörigen, aber auch von TherapeutInnen, in Bezug auf deren Vorstellungen von Qualitätszielen wenig erfasst und ausgewertet worden. Im Sinne einer NutzerInnenbeteiligung sind diese aber grundlegend für die Weiterentwicklung oder Erweiterung von Qualitätszielen. Die Abfrage von Erfahrungen im Rahmen von Antwortvorgaben innerhalb von standardisierten Fragebögen, kann subjektive Erfahrungen nur verkürzt wiedergeben und ist ggf. nicht kompatibel für abweichende Erfahrungen.
- ♣ Der Vorteil von qualitativen Ansätzen ist ihr Zugang und ihre Nähe zum „alltäglichen Erleben[.] und Handeln[.]“ (Flick 2002: 13 mit Bezug auf Bruner 1991) und zur Alltagserfahrung von Professionellen, PatientInnen und Angehörigen. Daher ist ihr Einsatz eine Reaktion auf Kritik an der gegenwärtigen medizinischen Forschung, die sich zunehmend von der Erfahrungswelt und den Relevanzsystemen der Betroffenen entfernen würde (vgl. Flick 2002: 13, Sweeney et al. 2009, Webb 2012: 30 ff.).
- ♣ Qualitative Interviews eignen sich, um ggf. bisher unbekannte Chancen und Hemmnisse von Abläufen und innovativen Verfahren nachvollziehbar und kontext- und situationsbezogen aufzunehmen (ebd.).
- ♣ Das gewählte Auswertungsvorgehen, das sich an der Grounded Theory nach Strauß/Corbin (1990, 1998) orientiert, liefert Verfahren zur Generierung empiriebasierter Ergebnisse, entsprechend des formulierten Projektziels der hier vorliegenden Studie.

## 4.5.2 Erhebung

In den 11 besuchten Kliniken erfolgten jeweils 1 bis 4 Forschungsbesuche. Beim ersten Besuch wurde die Klinikleitung interviewt und ggf. MitarbeiterInnen, beim zweiten Besuch MitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörige. Ergänzt wurden die Interviews durch Hospitationen bei Abläufen und Prozessen der Behandlung und des Klinikalltags, bei Gruppentherapien, Visiten, Teamsitzungen etc. Beim verkürzten Verfahren bei 4 von 11 Kliniken (s. auch 4.4) wurden ausschließlich die Klinikleitung bzw. MitarbeiterInnen in leitender Funktion interviewt.

Die Themen des semistrukturierten Interviewleitfadens folgten dem inhaltlichen Interesse des Projekts und waren in 5 Hauptpunkte gegliedert:

1. Vorstellung der Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen und der Einrichtung
2. Beschreibung, Einführung, Rahmenbedingungen von Behandlungskonzepten
3. Einlösung der Psych-PV- Qualitätskriterien
4. Zukunft des Behandlungskonzepts unter Berücksichtigung des bisherigen und zukünftigen Entgeltsystems
5. Ergänzungen von Seiten des/r Gesprächspartners/in

Der Interviewleitfaden wurde den unterschiedlichen Interviewgruppen, den verschiedenen Finanzierungsformen der Kliniken (z. B. IV-finanziert, mit Regionalbudget finanziert) und für den

Themenschwerpunkt „Hometreatment“ entsprechend angepasst<sup>31</sup>.

Auf die Fragen konnten die InterviewpartnerInnen je nach Bedürfnis kurz oder lang (offen) antworten, die Interviews dauerten ein bis zwei Stunden. Nachfragen wurden nach Bedarf von den InterviewerInnen gestellt. Die Interviews wurden auf einen Tonträger aufgenommen und verschriftlicht (transkribiert). Die in den Hospitationen erstellten Beobachtungsprotokolle von Abläufen und Prozessen der Behandlung ergänzen das Interviewmaterial. Zusätzlich wurden Interviews mit SelbsthilfevertreterInnen durchgeführt und unterschiedliche Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfeveranstaltungen besucht und protokolliert.

### 4.5.3 Auswertung

Die Auswertung erfolgte nach der Grounded Theory (Strauß/Corbin 1990, 1998) und mit Hilfe des Computer-gestützten qualitativen Datenauswertungsprogramms MAXQDA. Dabei wurden die Interviewtexte und Protokolle verschlagwortet bzw. vercodet.

Mehrere Schlagwörter bzw. Codes wurden in Kategorien zusammengefasst und diese dann in Beziehung zueinander gesetzt. Ziel der Grounded Theory ist es, aus den Daten theoretische Konzepte zu generieren (Strauß/Corbin 1998). In der vorliegenden Studie wurde in einer vergleichenden und überblicksartigen Darstellung die unterschiedlichen Umsetzung von Qualitätszielen durch die besuchten Kliniken analysiert und blieb, bis auf die Ableitung diesbezüglicher Organisationsstrategietypen, vornehmlich deskriptiv.

Das konkrete Auswertungsverfahren soll in folgenden Unterkapiteln transparent gemacht werden:

- Text als Auswertungsbasis und systematische Auswertung durch Verschlagwortung
- Auswertung mit Hilfe von MAXQDA
- Auswertung mit Hilfe von Grounded Theory
- Demonstration des Auswertungsvorgangs am Beispiel
- Auswertung im Verlauf

#### Text als Auswertungsbasis und systematische Auswertung durch Verschlagwortung

Der durch die Transkription entstandene Text ist in der qualitativen Sozialforschung eine grundlegende Auswertungsbasis. Dieser wird verschlagwortet bzw. codiert<sup>32</sup>. Ein Code bzw. ein Schlagwort soll das in einem Textabschnitt auftretende Phänomen oder Thema in Begriffe fassen (Glaser und Corbin 1990: 63). In einem Textabschnitt werden oft mehrere Themen relevant, so dass pro Textabschnitt unterschiedliche Schlagwörter vergeben werden können (siehe auch Interviewausschnitt unten). Welcher Code für welche Aussagen vergeben werden soll, ist nicht

---

<sup>31</sup> Der ausführliche Interviewleitfaden für die Leitung und für PatientInnen einer IV-finanzierten Klinik befindet sich im Anhang 3 und 4. Bei der Ergebnisdarstellung in Kapitel 7 wird auf einzelne Fragen und Unterpunkte des Leitfadens ausführlicher Bezug genommen.

<sup>32</sup> Hier wird Codierung und Codes gleichbedeutend mit Verschlagwortung und Schlagwörter verwendet.

immer eindeutig und muss ggf. in einer Forschergruppe diskutiert werden.

Interviewausschnitt zur Veranschaulichung der Verschlagwortung

*Die folgenden Textsequenzen wurden aus einem gemeinsamen Interview mit einem Patienten und seiner Ehefrau (unten bezeichnet als Angehörige) während eines Hausbesuchs entnommen. Beide waren über 65 Jahre, lebten im ländlichen Raum, der Ehemann hatte, von seiner Frau begleitet, mehr als 10 Jahre Behandlungserfahrung. Zum Zeitpunkt des Interviews war der Patient über längere Zeiträume hinweg von einem Bezugstherapeuten behandelt worden.*

**Angehörige:**

„Es ist doch schöner, als im ähm ich mag sowieso nicht gerne ins Krankenhaus gehen und ähm da find ich dies doch schöner [...]. Herr Dr. X kennt ihn jetzt [den erkrankten Ehemann] schon so ziemlich genau, was mit ihm ist“.

„Hauptsache Dr. X bleibt. Nicht dass da noch ne Frau kommt, [...] weil Herr Dr. X versetzt ist oder was... da kommt ein anderer oder so. Also so da wären wir sauer, nicht. [...] Echt sauer“ (06\_A2 22; 663-667).

Beim vorliegenden Ausschnitt wurden folgende Codes/Schlagwörter vergeben:

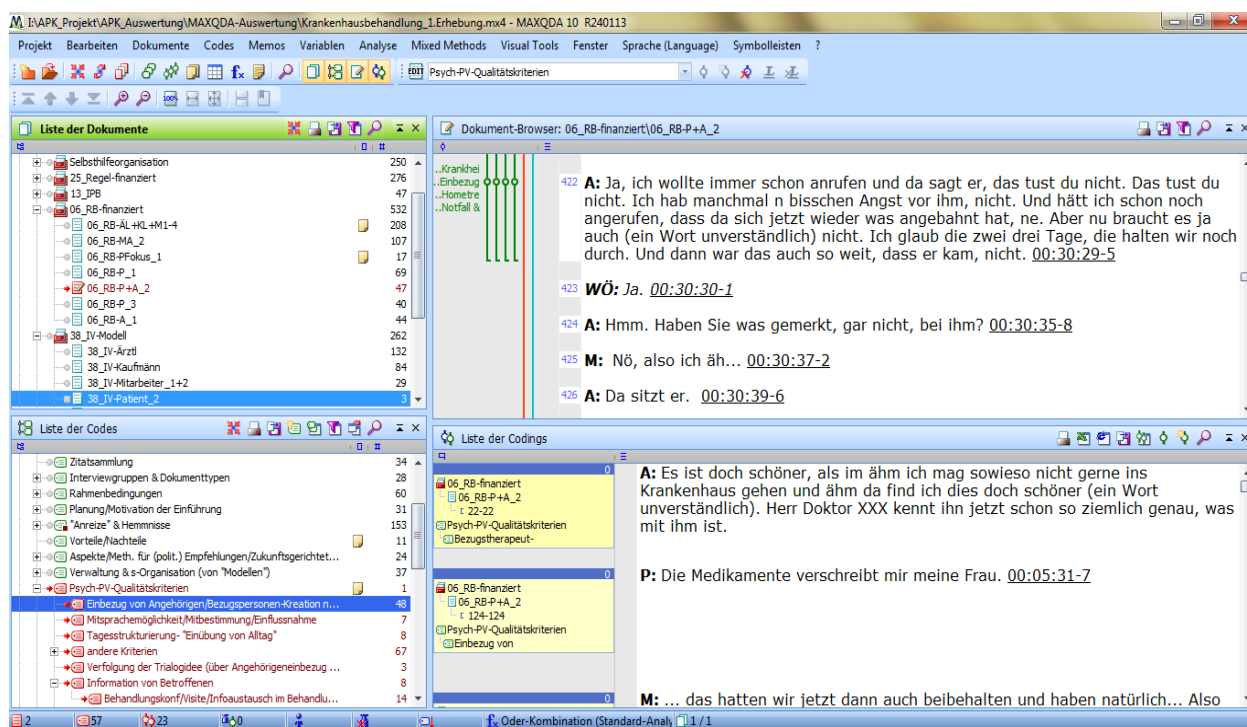
Kontinuität des Bezugstherapeuten; Interessen von Angehörigen; Hometreatment (hier nur angedeutet); ggf. Wünsche bezüglich der Eigenschaften des Therapeuten

Mit Textstichproben, die von unterschiedlichen Personen verschlagwortet wurden und durch die Verschlagwortung derselben Textabschnitte durch einen Codierer zu unterschiedlichen Zeitpunkten wurde gewährleistet, dass die Vergabe von Codes nicht von der (temporären) Auffassung eines Codierers abhängig bleibt (vgl. Intercodierreliabilität und Intracodierreliabilität bei Mayring 2010: 117).

Auswertung mit Hilfe von MAXQDA

Um die systematische Codierung großer Datenmengen, ihre Übersichtlichkeit und ihre Nachvollziehbarkeit auf elektronischer Basis innerhalb einer Forschergruppe zu gewährleisten, werden für die qualitative Auswertung zunehmend elektronische Auswertungsprogramme zu Hilfe genommen. In diesem Forschungsprojekt arbeiteten wir mit dem qualitativen Datenauswertungsprogramm MAXQDA. Der unten gezeigte Screenshot des Programms zeigt im Fenster oben links die geführten Interviews, die nach Kliniken geordnet wurden. Oben rechts befindet sich der Interviewtext, der verschlagwortet wurde. Im Fenster links unten entwickelt sich durch die Vergabe von Codes das Codesystem, mehrere Codes können dort unter einer Kategorie zusammengefasst werden. Unten rechts kann sich der Anwender ausgewählte, mit einem Schlagwort oder mit einer Kombination von Schlagwörtern versehene Textpassagen anzeigen lassen. So kann z. B. angezeigt werden, welche Textpassagen von Interviews in einer Klinik mit dem Stichwort „Bezugstherapeut“ verschlagwortet wurden oder welche Textteile von den Interviews mit MitarbeiterInnen in der Datenbasis insgesamt damit verschlagwortet wurden etc.





### Auswertung mit Hilfe von Grounded Theory

Die Grounded Theory ist ein Verfahren der qualitativen Sozialforschung mit dem Ziel, eine empiriebasierte Theorie zu bilden (Glaser/Strauß 1998). Zu Erkenntnissen gelangt man sowohl *induktiv*, dabei werden übergeordnete Schlüsse aus den Daten gezogen, als auch *deduktiv*, dabei werden die gezogenen Schlüsse an weiteren Daten überprüft. Der Erkenntnisprozess im Sinne der Grounded Theory soll außerdem durch die *Abduktion* in Gang gesetzt werden. Hierbei werden Zusammenhänge in Auseinandersetzung mit den Daten hergestellt und Ideen entwickelt, die (subjektiv) neu und unerwartet sind (Strübing 2004: 44ff.). Abduktive Schlüsse ermöglichen nach Charles Pierce erst neue Erkenntnisse, abduktive Schlüsse müssen sich jedoch deduktiv und induktiv als richtig erweisen (Strübing 2004: 44ff.). Dieser dadurch entstehende Auswertungsprozess vom Datenmaterial zu übergreifenden Kategorien und zurück wird *iterativ-zyklisch* genannt (Strübing 2004: 46 ff.). Grundlegend für die Grounded Theory ist das „theoretische Sampling“ (Glaser/Strauß 1998: 53). Beim theoretischen Sampling wird die Fallauswahl bzw. das Sampling nicht nur zu Beginn des Forschungsprozesses, sondern zur Erhärtung erster Annahmen und erster theoretischer Konzepte während des gesamten Forschungsprozesses solange vorgenommen, bis aufkommende Fragen geklärt, Annahmen durch die Daten bestätigt werden und damit allgemeine theoretische Aussagen möglich sind (Glaser/Strauß 1998: 53; Strübing 2004: 30 f.). Die „theoretische Sättigung“ tritt ein, wenn sich die theoretische Aussage im Forschungsfeld bestätigen lässt und neue Daten keine weiteren Erkenntnisse mit sich bringen (Strübing 2004: 32 f.).

Anders als bei einer Anwendung der Grounded Theory vorgesehen, war in dieser Studie das Erkenntnisinteresse stark vorgegeben und konzentrierte sich auf die Art der Umsetzung von Qualitätszielen in der Behandlung. Die Codevergabe war deshalb auf die Einlösung dieser Fragestellung hin fokussiert. Nach den genannten Qualitätskriterien wurden mit dem

Interviewleitfaden gefragt, weitere konnten von den InterviewpartnerInnen beigetragen werden. In der Auswertung wurde auf diese Qualitätskriterien stark Bezug genommen. Folgende Codes wurden beispielsweise den folgenden Kategorien zugeordnet:

Kategorie	Codes
<b>(Behandlungs-)Qualitätskriterien</b>	Mitsprachemöglichkeit/Mitbestimmung/Einflussnahme Information von Betroffenen Gespräche/Psychotherapeutische Begleitung Personenorientierung Befähigung zum eigenständigen Leben Behandlungskontinuität Kontinuität d. Bezugstherapeuten - Verantwortlichkeit Sektorenübergreifende Maßnahmen Lebensfeldbezug Einbezug von Angehörigen/Bezugspersonen-Kreation neuer Kontakte Verfolgung der Trialogidee (über Angehörigeneinbezug hinaus) Behandlungskonferenz/Visite/Infoaustausch im Behandlungsteam Notfallplan & Erreichbarkeit etc.
<b>"Anreize" &amp; Hemmnisse</b>	Finanzierungssystem Gewöhnungsprozesse/gegebene Denkrichtung-Haltung Mehrarbeit/Belastung/Personalmangel Klinik & Kooperation: zu wenig Kapazitäten/fehlende Angebote Gebäude/Raumaufteilung Dokumentation & Bürokratie steuert Behandlung (weniger Zeit) etc.

Insgesamt wurden folgende Kategorien entwickelt:

- Behandlung: Idee, Praxis & Organisation
- Vorher/Nachher-Vergleiche
- Planung/Motivation der Einführung
- "Anreize" & Hemmnisse
- Vorteile/Nachteile
- (Behandlungs-)Qualitätskriterien
- Interessengruppen
- Verwaltung & -Organisation (von Modellen)
- Organisationseinheit - Inhalt/Abgrenzung/Vernetzung/Verschmelzung
- Rahmenbedingungen einer Klinik (außer Finanzierung)
- Finanzierung & Rentabilitätsrechnung
- Aspekte für (politische) Empfehlungen und zukunftsgerichtete Ideen
- Interviewgruppen & Dokumententypen
- Schlüsselzitate
- Fallgeschichten zu PatientInnen

Demonstration des Auswertungsvorgangs am Beispiel

Das Auswertungsprogramm MAXQDA kann ausgeben, welche Textpassagen z. B. mit „Hausbesuchen/aufsuchende Behandlung“ oder „Lebensfeldbezug“ verschlagwortet wurden.

Durch diese Ordnung des Datenmaterials kann daraufhin nachvollzogen werden, was die unterschiedlichen interviewten Gruppen einer Klinik zum Schlagwort „Hausbesuch/ aufsuchende Behandlung“ und „Lebensfeldbezug“ gesagt haben und diese Aussagen können miteinander verglichen werden. Folgende Gegenüberstellung kann sich daraus ergeben:

Bsp. Auswahl von (z. T. paraphrasierten) Textsequenzen zum Code Hausbesuche/aufsuchende Behandlung und Lebensfeldbezug für Klinik 1 mit Regelfinanzierung

**Klinik 1 (mit Regelfinanzierung):**

**Angehörige 1:** [Mein kranker Angehörige bzw. mein Sohn] schließt sich in seinem Zustand in sein Zimmer ein und lässt niemand rein. Er isst nicht, er wäscht sich nicht, ist abweisend. Das überfordert mich völlig, nirgends finde ich Hilfe (21\_A1).

**Angehörige 2:** Ich finde [Hausbesuche von der Klinik aus] gut, aber eine andere Angehörige würde niemand aus der Klinik auch noch zu Hause rein lassen wollen (21\_Trialog).

**Patient:** will sich bei einem ambulanten Anbieter vorstellen, der bei schweren Krisen Hausbesuche macht (21\_P1).

**Oberarzt:** Für Patienten, die „den Weg weder raus [aus der Klinik] noch rein [in die Klinik] schaffen“ sind Hausbesuche geeignet. Diese sind aus der Station heraus nicht finanzierbar, das Personal ist nicht entbehrlich, da es mit Fahrzeit bei notwendig zwei Mitarbeitern 2 x 3h benötigt (21\_MA)

**Ärztliche Leitung:** Die krankenhaushastige Versorgung in Deutschland liegt v. a. daran, „dass die Kostenträger alternative, bereits praktisch erprobte und wissenschaftlich validierte Versorgungsformen nicht finanzieren, wie Hometreatment, Assertiv Community Treatment (ACT), Assertive Outreach Treatment (AOT) oder Supported Employment, die allesamt aufsuchende, die starren Grenzen zwischen ambulant und stationär überwindende Elemente beinhalten. Die Psychiatrie am Klinikum [...] hat die Notwendigkeit solcher Modelle erkannt und wird, soweit die Krankenkassen dies mittragen, diese auch umsetzen.“ (21\_ÄL, QB 2009)

Dabei wird deutlich:

- In allen interviewten Gruppen dieser Klinik gibt es Stimmen, die Hausbesuche von der Klinik aus aus verschiedenen Gründen sinnvoll finden.
- Es gibt auch Gegenstimmen (hier von berichteten Angehörigen), die keine Hausbesuche von der Klinik aus haben wollen.
- Die Leitung und der Oberarzt würden Hausbesuche unter bestimmten Bedingungen sinnvoll finden, sehen hier aber Ressourcenprobleme (zu wenig Personal, zu wenig Zeit, keine Rückendeckung durch die Kassen)

Als nächster Schritt können die Textsequenzen von Interviews in unterschiedlichen Kliniken, die

mit einem Code codiert wurden, miteinander verglichen werden.

Textsequenzen (z. T. paraphrasiert) **zum Code Hausbesuche/aufsuchende Behandlung und Lebensfeld** für Klinik 2 über das Regionalbudget finanziert und für Klinik 3 –5, die Hausbesuche/aufsuchende Behandlung durch interne Organisation und Absprachen finanziert

Klinik 2 (über das Regionalbudget finanziert)

**Ärztliche Leitung:** Seit Einführung [der anderen Finanzierung] können wir so behandeln, wie es für den Patienten, in dem Moment, am besten ist (06\_ÄL).

**Pflegekraft:** Seit [der neuen Finanzierung] wird das bezahlt, was wir manchmal, in Ausnahmefällen ehrenamtlich und außerhalb der Arbeitszeit schon geleistet haben [bezogen auf Hausbesuche] (06\_MPf).

**Patient:** Mein Arzt hat mich von zu Hause abgeholt und in die Klinik gebracht (06\_P3).

**Angehörige:** Wir warten dann immer schon bis der Herr Dr. zu uns nach Hause kommt. Für mich ist das unterstützend und erleichternd, gerade auch in schwierigen Phasen (06\_A2).

**Kaufmännische Leitung:** ...Dieses Ausmaß an Ambulantisierung hätten wir ohne gesonderte Finanzierung nicht mehr länger mittragen können (06\_KL).

Klinik 3 (finanziert Hausbesuche/aufsuchende Behandlung durch interne Absprachen)

**Ärztliche Leitung:** Hausbesuche sind nicht von der Finanzierung abhängig, sondern sind eine Leitungsaufgabe. Daneben ging die Idee so arbeiten zu wollen von der Pflege und einem Oberarzt aus (39\_ÄL)

**Kaufmännische Leitung:** Bei einem Wirtschaftsunternehmen müssen die Angebote stimmen. Es gibt dabei Bereiche, wo man drauf zahlt. [So verhält es sich bei unserem Hometreatmentangebot.] Das bringt Kunden (39\_KL).

Klinik 4: (finanziert Hausbesuche/aufsuchende Behandlung durch Absprache mit den Kassen über bayrisches Modell für Institutsambulanzen)

**Ärztliche Leitung:** Es gab einige Demonstrationen, an denen sich Patienten und Angehörige beteiligt haben [um die aufsuchende Behandlung/des Hometreatmentangebot halten zu können]. Die komplementären Dienste wurden angeschrieben und zur Demonstration eingeladen, „die haben alle mitgemacht“. Die Stadt und das Gesundheitsamt haben uns unterstützt. Der Bezirk hat für das Krankenhaus als Element ihrer Stadtinfrastruktur geworben. Das stärkte unsere Position und trug mit dazu bei, dass das Angebot heute noch besteht (ÄL\_40).

Klinik 5: (organisiert Hausbesuche/aufsuchende Behandlung durch die Umsetzung eines neuen Konzepts)

**Ärztliche Leitung:** Das begonnene Konzept [darunter Hausbesuche] für eine größere Patientengruppe umzusetzen, ist nicht (mehr) ohne entsprechende Finanzierung leistbar . Deswegen freuen wir uns, dass unsere Klinik bald mit dem Regionalbudget finanziert wird (27\_ÄL).

Beim Vergleich von Interviewtextbeispielen, die mit demselben Schlagwort vercodet wurden –

unterschieden nach interviewter Gruppe und nach Kliniken – wird sichtbar:

- Abgeleitete Schlussfolgerungen durch den Vergleich von Interviewsequenzen der Klinik 1 (Hausbesuche von der Klinik aus als hilfreiches Angebot und Möglichkeit des Angebots gefördert durch bestimmte Finanzierungsformen) wird bestätigt durch den Vergleich mit entsprechend codierten Interviewsequenzen der Klinik 2: Die Ärztliche Leitung sagt, eine Budgetfinanzierung sei besser, um orientiert am Patienten zu arbeiten und ggf. auch Hausbesuche anbieten zu können. Denkmuster, wonach PatientInnen in jedem Fall stationär aufgenommen werden, würden so aufgebrochen werden.
- Dies bestätigt die MitarbeiterIn der Klinik 2: MitarbeiterInnen hätten teilweise schon vor der neuen Finanzierungsform versucht so zu arbeiten, wie sie jetzt arbeiten können (dies betrifft insbesondere Hausbesuche). Dies wäre aber nur mit weniger Personalaufwand und unsystematischer möglich gewesen.
- Auch die kaufmännische Leitung der Klinik 2 findet, dass der Abbau stationärer Betten und das Voranschreiten der Ambulantisierung (ausgelöst durch die Einführung von Hausbesuchen und Lebensfeldorientierung) ohne eine neue Finanzierungsform finanziell nicht weiter hätten getragen werden können.
- PatientInnen und Angehörige (hier gezeigt für Klinik 2) loben das erhaltene Angebot von Hausbesuchen.
- In der Klinik 3, die Hausbesuche anbietet, sagt die Ärztliche Leitung, dass die Finanzierungsform für dieses Angebot keine Rolle spielt. Es wäre die Organisation und die Haltung der Leitung und der MitarbeiterInnen, die dies unterstützen.
- Die Kaufmännische Leitung der Klinik 3 sagt, dass sich Hausbesuche nicht rentieren, aber dass eine Klinik auch unrentable Angebote, wenn für die „Kunden“ attraktiv, unterstützen müsse.
- In der Klinik 4 setzten sich die Öffentlichkeit, PatientInnen und Angehörige für den Erhalt des Angebots ein, das eingespart werden sollte. Die Ärztliche Leitung sieht dies als einen wichtigen Grund an, warum das Angebot gehalten werden konnte.
- In der Klinik 5 ist die Umstellung auf ein neues Behandlungskonzept, insbesondere das Angebot von Hausbesuchen, ohne eine andere Finanzierungsform nicht zu schaffen. Das sieht sowohl die kaufmännische, als auch die ärztliche Leitung so.

Dadurch wird deutlich, dass es verschiedene Auffassungen darüber gibt, wodurch ein Behandlungsangebot, wie Hausbesuche, falls gewünscht, von der Klinik angeboten werden kann. Hier in den Textbeispielen genannt wurde die Relevanz der richtigen Finanzierungsform, von genügend Personal, der Initiative der Leitung, von internen Absprachen und der Unterstützung durch die Öffentlichkeit. Kaufmännische Leitungen sind sich einig, dass Hausbesuche nicht rentabel sind. Lebensfeldbezug in der Behandlung (vgl. Kapitel 8) wird von den interviewten VertreterInnen der Selbsthilfe als wünschenswert betrachtet (ebd.). Hausbesuche sind dafür nur eine Möglichkeit der Umsetzung, auch wenn sie in bestimmten Lebenssituationen und Krankheitsphasen von vielen der interviewten Gruppen stark befürwortet werden (s. u. 8.). Lebensfeldbezug lässt sich auch durch andere Behandlungsangebote umsetzen. In der Auswertung und Ergebnisdarstellung befasst sich dieser Bericht 1. mit der Perspektive und der unterschiedlichen Beurteilung der Interviewten bezüglich Qualitätsziele (wie z. B. Lebensfeldbezug), 2. mit der unterschiedlichen Umsetzung von Qualitätszielen 3. mit den

Anreizen und Hemmnissen für die Umsetzung.

Auswertung im Verlauf

Das folgende Unterkapitel befasst sich mit der Aufzählung unterschiedlicher Auswertungsphasen:

- ♣ Die Untersuchung der ersten fünf Kliniken und ihr Vergleich ergaben, dass sich die Finanzierungsformen über IV-Verträge und Regionalbudgets auf die Umsetzung von aufwendigen Behandlungsangeboten (wie z. B. Hausbesuche von der Klinik aus) stark unterstützend wirken. Um dies zu überprüfen, wurden weitere Kliniken, die Hausbesuche anbieten können, in den Vergleich mit aufgenommen. Weitere Anreize, die solche Angebote motivieren, konnten dadurch gefunden werden (vgl. Ergebnisdarstellung unter 8).
- ♣ Die Bildung von PatientInnen-Typen entsprechend der Behandlungs- und Krankheitserfahrung zur Nachzeichnung unterschiedlicher Bedürfnisse, denen die Klinik mit Angeboten nachkommen muss, wurde diskutiert und bot sich an zur Darstellung der Nutzerperspektive. Da das Forschungsdesign aber darauf angelegt gewesen war Behandlungsformen ins Zentrum der Analyse zu stellen, erwies sich die Bildung von PatientInnentypen in letzter Konsequenz als nicht praktikabel. Die Auswertungsarbeiten hierzu können aber für weitere oder ergänzende Forschungsprojekte herangezogen werden.
- ♣ In der Arbeitsgruppe wurden durch die Auseinandersetzung mit dem empirischen Material und dem Leitfaden für Qualitätsbeurteilung (APK 1994) fünf wesentliche Qualitätskriterien für die Ergebnisdarstellung ausgewählt. Entsprechend der Nummerierung der Qualitätskriterien mit Buchstaben wurden diese abgekürzt „COEPI-Kriterien“ genannt (im folgenden in der Reihenfolge C, I, O, P, E). Diese waren:

  - ♣ Förderung der sozialen Integration (C)
  - ♣ Orientierung der Behandlung am Individuum = Personenzentrierter Ansatz (I)
  - ♣ Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nichtpsychiatrischer Hilfen (O)
  - ♣ Nachrangigkeit stationärer Hilfen (P)
  - ♣ Nutzerzufriedenheit (E)
- ♣ Während der weiteren Arbeit mit dem empirischen Material wurden diese für die Ergebnisdarstellung modifiziert und umorganisiert (vgl. Tabelle).

Von Experten gewählte COEPI-Kriterien	Modifizierung bei der Ergebnisdarstellung entsprechend der Datenlage	Vgl. Kapitel
Förderung der sozialen Integration (C)	Lebensfeldorientierung (bei Aufnahme & Entlassung und während der Behandlung); personelle und räumlich Beziehungskontinuität Einbezug von Angehörigen	8.1 und 8.2  8.3  8.5
Orientierung der Behandlung am Individuum = Personenzentrierter Ansatz (I)	Personenzentrierung (bei Aufnahme & Entlassung und bei Entlassung; in Bezug auf Mitbestimmung)	8.4

Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nichtpsychiatrischer Hilfen (O)	Vernetzung mit psychosozialen Angeboten der Gemeinde	8.6
Nachrangigkeit stationärer Hilfen (P)	Quer zu den Kapiteln	Quer zu den Kapiteln
Nutzerzufriedenheit (E)	Auffassung von PatientInnen und Angehörigen über Qualitätsziele zu Anfang der Kapitel	in jedem Kapitel

- ▲ Durch den Vergleich der Art der Umsetzung von Qualitätszielen in verschiedenen Kliniken konnten diesbezügliche Organisationsstrategie-Typen gebildet werden. Typenbildung auf Basis von qualitativem Material dient nach Kelle/Kluge dazu, auf „deskriptiver Ebene [...] den Untersuchungsgegenstand überschaubar zu machen und dessen Charakteristika hervorzuheben, sodass zentrale Gemeinsam- oder Ähnlichkeiten sowie bedeutsame Unterschiede im Datenmaterial deutlich werden, die wiederum dazu anregen, über ihre möglichen zu Grunde liegenden Mechanismen nachzudenken“ (Kelle/Kluge zitiert bei Lamnek 2005: 230). Durch den Vergleich der Umsetzung von Qualitätszielen konnten 4 Organisationsstrategien herausgearbeitet werden, die im Ergebnisteil bei 9. aufgeführt werden.

#### 4.5.4 Gütekriterien

Methoden und ihre Gütekriterien gründen sich auf erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Annahmen. Daher sind für qualitative Methoden andere Gütekriterien relevant als für quantitative Methoden (vgl. z. B. Lamnek 2005, Mayring 2002 & 2010, Strübing 2004 bezügl. der Grounded Theory, Dunkelberg 2005 für qualitative Forschung in der Medizin). Flick befürwortet für die qualitative Sozialforschung den Forschungsprozess begleitende und an den Forschungsansatz angepasste Gütesicherungsverfahren (Flick 2002: 319, 394 ff.).

Angelehnt an Flick und orientiert an gängigen und in der qualitativen Sozialforschung bewährten Kriterien der Qualitäts- und Gütesicherung, wurden in der vorliegenden qualitativen Studie folgende Gütekriterien angewendet. Diese werden sodann erläutert und ihre Realisierung in der vorliegenden Studie beschrieben:

- Praxistauglichkeit (Strübing 2004: 81)
- Intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Steinke 2012: 324), Verfahrensdokumentation, (Strübing 2004: 83), Darlegung und Diskussion des konkreten Auswertungsverfahrens
- Argumentative Interpretationsabsicherung (Mayring 2002); Prozedurale Reliabilität (Flick 2002)
- Reflexion des methodischen Zugangs (vgl. z. B. Steinke 2012: 324)
- Erörterung der Stärken und Schwächen des Zugangs (vgl. Dunkelberg 2005: 251)
- Kommunikative Validierung (vgl. z. B. Mayring 2002)/fortwährender „Member check“ (vgl. Strübing 2004: 83, 84)
- Fallauswahl mittels theoretischem Sampling (Strübing 2004: 83)
- Ständiger Vergleich (vgl. Strübing 2004: 82)/Typenbildung (vgl.; Kelle und Kluge 1999)

- eine in den Daten gründende gegenstandsbezogene Theorie (Strübing 2004: 81)
- Integration von Wandel und Prozesshaftigkeit des Sozialen (vgl. Strübing 2004: 81)
- Triangulation (zurückgehend auf Denzin 1989, vgl. Flick 2002: 385 f.)
- Relevanz und Erkenntniszuwachs (Steinke 2012: 330)

Wie diese Gütekriterien im Forschungsprojekt eingelöst wurden, soll im Folgenden beschrieben werden:

### Praxistauglichkeit

Ziel der vorliegenden Studie waren empirisch begründete Handlungsempfehlungen und die Einbindung von im Untersuchungsfeld tätigen ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen in den Projektverlauf. Damit wurde gewährleistet, dass sich die Forschung mit in der Praxis relevanten Fragen befasst. Die Konsentierung der Handlungsempfehlungen durch die ExpertInnen sollte deren Praxistauglichkeit sicherstellen.

Durch die Interviews mit unterschiedlichen an der Behandlung beteiligten Gruppen (PatientInnen, Angehörige, verschiedene Berufsgruppen, ärztliche, z. T. Pflegedienst- und kaufmännische Leitung) wurden unterschiedliche Perspektiven auf Behandlung und die Relevanz von Qualitätszielen, Anforderungen und Hemmnissen für ihre Einlösung nachvollzogen. Damit konnte eine große Bandbreite an übereinstimmenden und divergierenden Interessen für die Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt werden.

Mit der quantitativen Online-Befragung sollte der Stellenwert von zwölf Qualitätszielen für die Ärztlichen Leitungen aller psychiatrischen Kliniken Deutschlands geprüft werden. Die Auswirkungen von Finanzierung auf Behandlung und Qualitätsziele wurden im Gutachten im internationalen Vergleich aufbereitet. Für die Praxistauglichkeit der Studie wurde damit auf mehreren Ebenen beigetragen. Inwiefern die Handlungsempfehlungen sich in der Zukunft bewähren oder umsetzen lassen, wird sich in den nächsten Jahren zeigen müssen.

### Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Verfahrensdokumentation, Darlegung und Diskussion des konkreten Auswertungsverfahrens

Insbesondere in den Kapiteln 2-4, aber auch im Kapitel 7 wird das methodische Vorgehen intersubjektiv nachvollziehbar gemacht. Durch die Protokollierung der Projektgruppentreffen und Telefonkonferenzen fand die Dokumentation der Diskussionen und Entscheidungen zum Vorgehen statt. Daneben wurden regelmäßige Präsentationen zum Vorgehen bei Treffen mit der Arbeits- und ExpertInnengruppe und wissenschaftlichem Beirat und die Sitzungen (Diskussionen, Kritik und Entscheidungsfindung) protokolliert. Durch jährliche Zwischenberichte an den Projektträger wurde das Verfahren komprimiert nachvollzogen.

### Reflexion des methodischen Zugangs

Der qualitative methodische Zugang wird im Methodenteil des Berichts ausführlich diskutiert und reflektiert (insb. 4.5-4.8.1). Daneben wird in der qualitativen Sozialforschung davon ausgegangen, dass Forschung, Entscheidungsfindungen im Verlauf und Ergebnisse von den durchführenden ForscherInnen geprägt werden (vgl. Steinke 2012: 330). Erfahrung, Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Hintergrund, Persönlichkeit etc. der Forschenden prägt eine



Forschungstätigkeit, die kommunikativ und interaktiv angelegt ist (vgl. Bernard 1994: 229ff.). Um solche Einflussfaktoren bewusst zu machen, ist die Reflexion des Forschungszugangs unabdingbar und offen zu legen (ebd.). Die qualitative Erhebung wurde von Prof. Kunze und Winnie Öhrlich M.A. durchgeführt.

Prof. Kunze war seinen GesprächspartnerInnen oftmals als Autor der Psych-PV, als Vorstand und Mitglied der Aktion Psychisch Kranke e.V. und als Mitstreiter in der Diskussion um Qualitätskriterien und dem neuen Entgeltsystem bekannt, sowie als langjährig Tätiger in der Leitung und Organisation einer Klinik, Kenner rechtlich-gesetzlicher Rahmenbedingungen und Vermittler zwischen verschiedenen Interessengruppen der Psychiatriepolitik. Prof. Kunze nahm bei den Interviews mit den Leitungen und MitarbeiterInnen der Kliniken teil. Dies unterstrich die Bedeutung des Interviews mit den Leitungen und erlaubte respektvolle Begegnungen auf gleicher Stausebene. Seine detaillierte Kenntnisse und Erfahrungen ermöglichten bei den Nachfragen während des Interviews wertvolle Vertiefungen. Zum Teil wurde er als Repräsentant der Psych-PV und als Mittelsmann zur Politik gesehen - in diesem Fall wurden Beschwerden über die Regelungen zur Personalanzahl und über andere gesetzliche Regulierungen an ihn adressiert.

Winnie Öhrlich M.A. hingegen hat als Ethnologin und Soziologin keine Leitungs- und Arbeitserfahrung in den Abläufen im Krankenhaus und konnte damit alt bekannte und bewährte Konzepte und Routinen be- und hinterfragen. Während ethnologischer Forschung in Zentralasien und in Süddeutschland im Bereich Postsozialismus-, Migrationsforschung und medizinethnologischer Studien hat sie ihre Kenntnisse über Interview- und Techniken der teilnehmenden Beobachtungen mit und in unterschiedlichen Gruppen vervollständigt, sowie über die Fokussierung auf den Zusammenhang von Praktiken von Einzelakteuren mit politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen und die Anwendbarkeit von Forschung vertieft. Ihre langjährige Erfahrung als Patientin und Angehörige im Bereich Onkologie und ihr Engagement als Behindertenassistenz und in der Behindertenselbsthilfe unterstrich ihr Interesse an der Frage, wodurch PatientInnen und Angehörige Krankenhausbehandlung in krisenhaften Situationen als hilfreich wahrnehmen. Mit Achtung und Respekt und Interesse für den Umgang mit tiefen Lebenskrisen erwies sie sich als angenehme und empathische Gesprächspartnerin insbesondere für PatientInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen.

Für die Vorerfahrung der anderen MitgliederInnen der Projektgruppe, der Arbeits- und ExpertInnengruppe siehe Kapitel 4.1, 4.2 und 2.5. Diese zeigte sich insbesondere in der Diskussion der Zwischenergebnisse und unterschiedlicher Auswertungsphasen als relevant. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Projekt und die Durchführung einer qualitativen Studie in einem medizinischen Fachbereich, der durch quantitative Forschung dominiert wird, führte zu kritischen Auseinandersetzungen, aber auch fruchtbaren Kompromisslösungen. Zur weiteren Reflexion zum methodischen Vorgehen siehe auch Stärken und Schwächen des Vorgehens unter Kapitel 4.8.

#### Diskussion der Stärken und Schwächen

Für die Diskussion der Stärken und Schwächen des methodischen Zugangs verweisen wir auf das Kapitel 4.8.1.

#### Kommunikative Validierung

Die kommunikative Validierung bezieht InterviewpartnerInnen und PraktikerInnen aus dem Untersuchungsfeld in den Forschungsprozess und zur Diskussion von Ergebnissen mit ein (vgl.

Mayring 2002). Im Projekt wurde diese durch regelmäßige Treffen der Arbeits- und ExpertInnengruppe, in der die Zwischenergebnisse diskutiert und mit Erfahrungen und Expertise der ExpertInnen in Beziehung gesetzt wurden, eingelöst. Zur kommunikativen Reliabilität zählen wir die schriftliche Versendung der pseudonymisierten Ergebnisse an die besuchten Kliniken und Selbsthilfeorganisationen, deren Überprüfung des Berichts und die darauf folgende Überarbeitung des Berichts auf Grundlage der Kritik.

#### Fallauswahl mittels theoretischem Sampling

Die Auswahl als theoretisches Sampling (siehe 4.4) wurde im Projekt mit Beteiligung unterschiedlichster ExpertInnen vorgenommen. Nach der ersten Auswahl von 5 Kliniken war es sinnvoll, erste Annahmen durch die Auswahl von Kliniken zu erhärten, die Hometreatment ohne gesonderte Finanzierung durchführten. Außerdem wurden zur besseren Einschätzung der PatientInnen- und Angehörigeninterviews in den Kliniken zusätzlich VertreterInnen der Selbsthilfeorganisation interviewt. Auch die Entscheidung der Durchführung einer standardisierten Onlinebefragung kann im Sinne eines theoretischen Samplings verstanden werden, da dadurch die Daten über die Gewichtung verschiedener Qualitätskriterien und Hemmnisse bei der Umsetzung von Seiten der Ärztlichen Leitung deutschlandweit vervollständigt wurden.

#### Ständiger Vergleich mit dem Ziel einer in den Daten gründenden gegenstandsbezogenen Theorie

Im Forschungsdesign des Projekts war der Vergleich, als grundlegendes Verfahren des Erkenntnisgewinns, verankert. Er wurde vorgenommen durch den

- Vergleich von Kliniken mit ihren Rahmenbedingungen
- Vergleich der Perspektiven der interviewten Gruppen innerhalb der Kliniken
- Vergleich der Perspektiven innerhalb der Interviewgruppen (z. B. von allen TherapeutInnen vs. PatientInnen)
- Vergleich der Umsetzung von Qualitätskriterien in einer Klinik und zwischen Kliniken

Ansätze der Theorie- und Typenbildung wurden im Ergebniskapitel vollzogen, die durch eine weitere Auswertung der Daten und ggf. weitere Erhebungen vervollständigt werden kann.

#### Integration von Wandel und Prozesshaftigkeit des Sozialen

Zur Untersuchung der „Weiterentwicklung von psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung“ widmete sich das Forschungsprojekt mit besonderem Interesse der Frage, wie Wandel in der Krankenhausbehandlung stattfindet.

Die Interviews beschäftigen sich mit der Einführung von modellhaften Behandlungsprozessen, diesbezüglichen Vorher-Nachher-Vergleichen, mit konkreten Behandlungsabläufen, der Wandlungsfähigkeit von Krankheit, Krisen, Lebensumständen und der Haltung zur Behandlung etc.

#### Triangulation

Die in der Studie angewandte Triangulation als Kombination von verschiedenen Methoden gilt als Gütekriterium nicht nur für die qualitative Untersuchung und wird deshalb im abschließenden Teil unter 4.8.4 erläutert.

#### Relevanz und Erkenntniszuwachs

Die Relevanz der Studie ist in Kapitel 2.2. beschrieben. Erkenntniszuwachs erhält man durch die vergleichende Darstellung der Umsetzung von Qualitätskriterien in verschiedenen Kliniken.

#### ***4.6 Gutachten Prof. Dr. Richter***

Der Auftrag an den Gutachter umfasste eine internationale Literaturübersicht über Konzepte zur Finanzierung von psychiatrischer Krankenhausbehandlung und ihre Steuerungswirkung auf unterschiedliche Indikatoren. Zur Erstellung des Gutachtens wurde Prof. Dr. Dirk Richter, Soziologe an der Fachhochschule für Gesundheit in Bern, beauftragt. Die Literatur der letzten 20 Jahre und die Regionen Deutschland, Österreich, Schweiz, Westeuropa und Neue EU-Staaten, Nordamerika, Australien/Ozeanien wurden einbezogen.

#### ***4.7 Standardisierte Onlinebefragung zu Qualitätskriterien***

Beim zweiten Treffen der ExpertInnen- und Arbeitsgruppe 2010 wurde über die Verortung des Projekts in der aktuellen Debatte des neuen Entgeltsystems, den Vergleich mit anderen Projekten und über den Interviewleitfaden und das methodische Vorgehen diskutiert. Wesentlich war der Wunsch der ExpertInnen- und Arbeitsgruppe, das Projekt um eine *Vollerhebung* oder eine repräsentative Stichprobe zu erweitern:

Als Ansatz für eine repräsentative Erhebung wurde eine Online-Umfrage vorgeschlagen. Als Zielgruppe wurden die Klinikleitungen aller bundesdeutschen psychiatrischen Kliniken, die eine Akutversorgung vorhalten, ausgewählt. Der Online-Fragebogen zur Weiterentwicklung und Überprüfung der Qualitätskriterien wurde mit Mitteln des ZfP Südwürttemberg, Ravensburg-Weissenau im Berichtsjahr fertig gestellt, programmiert und Anfang 2012 an alle psychiatrischen Versorgungskliniken Deutschlands versandt (Verteiler der Bundesdirektorenkonferenz, der ackpa und der Universitätskliniken).

Der Fragebogen (siehe Anhang) war in vier Abschnitte aufgeteilt: Der Kern der Umfrage war der dritte Abschnitt, in dem die Wichtigkeit der Qualitätskriterien und deren Realisationsgrad anhand einer 5-stufigen Likert-Skala (s. u.) abgefragt wurden. Im zweiten Abschnitt wurden Fragen zur Finanzierungsform der Einrichtung und eventuelle Planungen zur Teilnahme an Modellvorhaben gestellt. Im ersten Abschnitt ging es um allgemeine Angaben zur Klinik, ergänzt durch Zusatzfragen zum VW-Projekt „Seelische Gesundheit und Migration“ der Charité.

#### ***4.8 Stärken und Schwächen des gewählten methodischen Zugangs***

##### **4.8.1 Diskussion der qualitativen Untersuchung**

Die folgenden Stärken und Schwächen der qualitativen Untersuchung als Methode für das vorliegende Projekt wurden in der ExpertInnen- und Arbeitsgruppe, im wissenschaftlichen Beirat, in der Projektgruppe, bei verschiedenen öffentlichen Vorträgen und im Rahmen

wissenschaftlicher Workshops diskutiert und erarbeitet.

### Vor- und Nachteile der Größe der Stichprobe, der Fallauswahl und der Interviewdaten

Für eine qualitative Untersuchung mit dem Ziel kontrastierender und vertiefender Fallanalysen ist die Anzahl der untersuchten Kliniken, der dort geführten Interviews und die entstandene Datenmenge sehr hoch (vgl. Dunkelberg 2005). Bei einer gewissen Größe des Datensatzes sei bei einer qualitativen Studie Misstrauen angesagt, es bestünde die Vermutung, dass auf Kosten der Tiefe nur eine oberflächliche Auswertung vorgenommen werden konnte (ebd.). Vorteil hohen Anzahl der Kliniken war der dadurch ermöglichte Vergleich von relativ vielen Modellkliniken, so dass sowohl Aussagen über regionale und klinikspezifische Eigenheiten, als auch allgemeine Aussagen für die Bundesebene getroffen werden konnten. Die Darstellung der Modellkliniken aus den unterschiedlichen, sich überschneidenden Perspektiven der Leitung, MitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörigen, zusammen mit den Hospitationen ermöglichten eine tiefere Untersuchung der einzelnen Kliniken. Aufgrund der Datenmenge wurde die Auswertung fokussiert vorgenommen zur Beantwortung der Fragestellung des Projekts. Bei der Auswertung der zweiten Erhebungsrunde wirkte eine Praktikantin unterstützend mit<sup>33</sup>. Unterschiedliche Auswertungsphasen wurden in der Arbeits-, ExpertInnen- und Projektgruppe diskutiert. Dadurch konnte die Auswertungsstrategie modifiziert sowie verfeinert und der Schwerpunkt der Ergebnisdarstellung erarbeitet werden.

Mit dem Projekt entstand ein reichhaltiger und interessanter Datenkorpus, der für weitere Forschungsarbeiten mit anders nuancierten Fragestellungen und Auswertungsschwerpunkten herangezogen werden kann.

### Bewertung der Aussagekraft der Interviewdaten

MitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörige wurden vor dem Interview ausführlich informiert und willigten nach einer Bedenkzeit zum Interview ein. Kritisch beurteilt werden muss, ob sich damit nur bestimmte, besonders motivierte Personen für ein Interview zur Verfügung stellten. Ob die Begeisterung für besondere Behandlungsprogramme auch aus diesem Grund außergewöhnlich groß war, konnte nicht abschließend geklärt werden. Daneben kann kritisiert werden, dass die Anzahl der Interviewten pro Klinik und Interviewgruppe (von zwei Personen und mehr) klein war. Das Interesse der Interviewleitenden galt insbesondere den Qualitätszielen vor dem Hintergrund spezifischer, subjektiver (Behandlungs-) Erfahrung. Das heißt, die PatientInneninterviews werden nicht verwendet, um die Behandlung und den evidenzbasierten Behandlungserfolg einer Klinik zu evaluieren (!). Sondern bezogen auf ein bestimmtes Qualitätsziel z. B. Beurteilung von Bezugstherapeuten wurden die PatientInnen aus unterschiedlichen Kliniken in ihrer Auffassung, unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Situationen und erfahrenen Behandlungsformen, verglichen.

Nachteil von qualitativen und quantitativen Interviewdaten (und von verbalen Auskünften im Gegensatz zu Beobachtungen) im Allgemeinen ist, dass das Gesagte nicht zwingend die tatsächliche Praxis abbildet. Dies kann intendierte oder nicht intendierte Gründe haben:

KritikerInnen von Interviewdaten bemängeln, dass im Interviewgespräch ideale Abläufe dargestellt werden, die in der Praxis so nicht durchgeführt werden (können). Dies zeigte sich manchmal in den vorliegenden Daten durch sich unterscheidende Aussagen zwischen Leitungen

---

<sup>33</sup> An dieser Stelle sei Marie Jolanda Kaiser für ihre Mithilfe gedankt.

und MitarbeiterInnen. Dabei relativierten die MitarbeiterInnen die im Konzept idealen und erwünschten Abläufe, wie von den Leitungen geschildert, in der Durchführbarkeit in ihrer alltäglichen Praxis. Routinehandlungen bzw. unbewusste und unreflektierte Handlungen tauchen ggf. nicht in den Interviewdaten auf - manche solcher Behandlungsabläufe konnten während Hospitationen beobachtet und im Nachhinein thematisiert werden.

Die entstandenen Interviewdaten konnten so einerseits durch Hospitationen und der im Rahmen dessen stattgefundenen Teilnahmen an Teamsitzungen, PatientInnenrunden, Therapiesitzungen, Aufhalten in den Aufenthaltsräumen für PatientInnen und MitarbeiterInnen etc. kontextualisiert werden. Andererseits ermöglichte die Vielfalt der Interviews pro Klinik eine entsprechende Einordnung der einzelnen Interviews. Hinzu kommt, dass sich die meisten InterviewpartnerInnen differenziert und auch kritisch gegenüber Behandlung und Modellprojekten äußerten, was zur weiteren Verdichtung des Datenmaterials beitrug. Das Material vervollständigten Interviews mit VertreterInnen bei unterschiedlichen Selbsthilfeorganisationen Besuche und Protokollierung dortiger Veranstaltungen sowie Auswertungen von offenen Briefen, Internetauftritten, Vereinszielen etc. der Selbsthilfeorganisationen. Dadurch konnte die Perspektive von PatientInnen bzw. Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen verstärkt eingebracht werden. Die Datenlage zur Krankenhausbehandlung wurde durch die Auswertung von Qualitätsberichten und Veröffentlichungen und Unterlagen zu Modellverfahren vervollständigt.

#### Vor- und Nachteile von offenen Verfahren

Die Leitfadenterviews dienten der Orientierung beim Interviewverlauf. Die Interviewsituation und der Interviewablauf wurden weitgehend den Interviewten überlassen. Vorteile sind, dass den InterviewpartnerInnen die Möglichkeit eingeräumt wird, die Interviewsituation, -inhalte und -form in ihrem Sinne zu strukturieren - was zusätzlich zu Auswertung herangezogen werden konnte. Wie unter 4.5.1 besprochen, ermöglicht ein offenes Verfahren noch Unvermutetes, Unerforschtes zu erfassen und es gibt keine Antworten vor, die komplexe Zusammenhänge vereinfachen, Situations- und Kontextabhängigkeit ausblenden können und die sich mit der subjektiven Erfahrungen nicht immer decken. Möglicherweise war auch deshalb die Akzeptanz der Methode sehr hoch. Der Nachteil bei qualitativem Interviewmaterial ist seine geringe Standardisierung (Flick 2002) und ggf. größere Abhängigkeit vom qualitativen Auswertungsverfahren und Standpunkt der Forschenden. Die Abhängigkeit vom einzelnen Forscher soll durch zahlreiche oben genannte Verfahren, wie Triangulation, Verfahrensdokumentation, Reflexion und Diskussion des methodischen Zugangs, Forschen im Team, Diskussion der Zwischenergebnisse, kommunikative Validierung offen gelegt und relativiert werden.

#### **4.8.2 Diskussion der standardisierten Onlinebefragung**

Bei der standardisierten Onlinebefragung sollten bereits formulierte Qualitätskriterien bewertet werden, so dass trotz eines Konsensus-Prozesses, in dem diese Kriterien erarbeitet wurden, möglicherweise wichtige andere Kriterien nicht abgefragt wurden. Die Liste ist dementsprechend nicht vollständig. Allerdings ist dies bei quantitativen Untersuchungen eine Einschränkung, die bereits der Ansatz mit sich bringt. Daher wurde die Liste ergänzt, durch die Möglichkeit für die

in der Online-Befragten, selbst noch weitere Qualitätskriterien zu formulieren.

### 4.8.3 Diskussion der Methode des Gutachtens

siehe Gutachten

### 4.8.4 Methodentriangulation

Unter Triangulation „wird die Kombination verschiedener Methoden, verschiedener Forscher, Untersuchungsgruppen, lokaler und zeitlicher Settings sowie unterschiedlicher theoretischer Perspektiven in der Auseinandersetzung mit einem Phänomen verstanden“ (Flick 2002: 331). Dieser Ansatz ist im vorliegenden Projekt durch die Beteiligung verschiedener ForscherInnen und die Anwendung unterschiedlicher methodischer Zugänge verankert: dem qualitativen und quantitativen Zugang, die Ergänzung von Interview- mit Beobachtungsdaten, dem Gutachten von Prof. Dr. Richter und der Dokumentation und Auswertung der ExpertInnen- und Arbeitsgruppensitzungen sowie der Treffen des wissenschaftlichen Beirats. Die Perspektiven unterschiedlicher Gruppierungen und diverse lokale Settings wurden im Projektzuschnitt berücksichtigt, genauso die zeitliche Dimension durch Vorher-Nachher-Vergleiche und Fragen nach zeitlichen und historischen Abläufen in den Interviews. Zusätzlich wurden die Ergebnisse mit den Qualitätsberichten der Kliniken, wissenschaftlichen und anderen Veröffentlichungen über die Behandlungsverfahren der Kliniken abgeglichen. Die Ergebnisse konnten so auf verschiedenen Ebenen und Wegen angereichert und erhärtet werden.

## 5. Ergebnisse: „Steuerungswirkungen durch Finanzierung“ Stellungnahme zum Gutachten von Prof. Richter

Das vollständige Gutachten (Stand Dez. 2012) befindet sich im Anhang 6.

### *Fragestellung im Projektantrag:*

Es geht um die Steuerungswirkungen von Finanzierung der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Krankenhäuser.

Denn: Finanzierungssysteme prägen die Versorgung, weil sie in beabsichtigte oder nicht beabsichtigte Richtungen steuern.

1. Mit einem systematischen Review sollte geklärt werden, ob Finanzierungssysteme mit Versorgungszielen verbunden sind und ggf. ihre Erreichung überprüft wird
2. ob der Nutzen für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten und weitere Punkte wie Bürokratieaufwand berücksichtigt werden?
3. ob auf nicht beabsichtigte Folgen („Fehlanreize, Über-/Unterversorgung“) geachtet wird?

Zur aktuelle Entwicklung des neuen Psych-Entgeltsystems: Damit soll zunächst nur die Finanzierung der vorhandenen stationären Krankenhausversorgung (psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, psychosomatische Einrichtungen) leistungsgerechter und transparenter werden. Mit dem ersten PEPP Katalog für 2013 wird mit degressiven Verweildauerstufen begonnen, Anreize für kürzere stationäre Behandlung zu setzen.

Im § 17d Abs. 8 KHG (2009) wurde eine Begleitforschung in Auftrag gegeben „zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen.“

Prof. Richter legte im Sommer 2012 die 1. Fassung des Gutachtens vor. Fragen und Hinweise aus der Projektgruppe und dem wissenschaftlichen Beirat berücksichtigte er in der 2. Fassung vom Dezember 2012.

### ***Schlussfolgerungen:***

Einige Schlussfolgerungen des Gutachtens sollen hier hervorgehoben werden, als Anregung, das Gutachten genauer zu studieren.

„Insgesamt gesehen ist die Literaturlage mehr als unbefriedigend.“ Positive oder negative Anreizwirkungen können nicht mit der notwendigen Sicherheit festgestellt werden. „Bekanntermaßen bedeutet das Fehlen von Evidenz aber eben nicht Evidenz über das Fehlen von Effekten („absence of evidence is not evidence of absence“) {25}.“

Daraus folgt:

- Die Begleitforschung nach § 17d (8) ist besonders wichtig.
- Die Einführung eines neuen Entgeltsystems muss langsam und vorsichtig erfolgen, keine „high powered incentives“ sondern eher „low powered incentives“.
- Besondere Aufmerksamkeit gilt vulnerablen Patientengruppen
- und den möglichen Auswirkungen in nicht-medizinischen Sektoren des Versorgungssystems.

### **Hinweis auf ein Gutachten, publiziert 12-2012:**

Wasem J, Reifferscheid A, Hauth I, Thomas D: Das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen - Prüfung der Eignung alternativer Abrechnungseinheiten gemäß dem gesetzlichen Prüfauftrag nach § 17d Abs. 1 S.2 KHG. Nervenarzt 2012 83 1654-1658 (Dez. 2012)

Das Fazit in Kurzfassung:

Nur für Tagespauschalen kann eine generelle Anwendung empfohlen werden, Fallpauschalen erscheinen ungeeignet. Für spezifische Leistungsbereiche erscheint der Einsatz alternativer Abrechnungseinheiten durchaus möglich, z. B. Jahrespauschalen, Regionalbudgets.

## 6. Ergebnisse der standardisierten Onlinebefragung

Ende Mai 2012 wurde der Online-Zugang geschlossen und mit der Auswertung begonnen. Bedauerlicherweise war der Rücklauf mit 13 % (52 von 400 Kliniken) sehr gering. Die niedrige Beteiligung muss allerdings vor dem Hintergrund eines hohen Aufkommens anderer, teilweise inhaltlich auch ähnlicher Befragungen, gesehen werden. Trotz dieser Einschränkung hat sich aber eine repräsentative Verteilung der Kliniken nach Region, Art (Fachkrankenhaus, Abteilungspsychiatrie, Universitätsklinik) und Typ (frei-gemeinnützig, öffentlich-rechtlich, privat) der Einrichtung ergeben. Auch hinsichtlich klinischer Leistungsdaten ergaben sich eine differenzierte Verteilung und kein Bias z. B. zugunsten eines Merkmals (Anhang online-Umfrage II).

Ergebnisse:

Insgesamt zeigte sich eine hohe Priorisierung der meisten Qualitätskriterien (Anhang online-Umfrage III und Tabelle unten). Die höchste Priorisierung zeigt sich bei der Forderung nach Psychotherapie als integraler Bestandteil der Krankenhausbehandlung, bei der Wahrung der Persönlichkeitsrechte der PatientInnen und bei dem Einbezug des sozialen Kontextes. Diesen drei Qualitätskriterien wird von jeweils mehr als 40 der 52 teilnehmenden Kliniken eine hohe Priorität zugesprochen. Es folgen die Vernetzung mit komplementären Dienstleistern, und der Einbezug der bisherigen Hilfestrukturen, die von jeweils mehr als 35 der 52 teilnehmenden Kliniken mit hoher Priorität belegt werden. Ein unabhängiges Beschwerdemanagement und Maßnahmen gegen Diskriminierung wird von 30 bzw. 28 der teilnehmenden Kliniken eine hohe Priorität eingeräumt. Eine weniger hohe Priorisierung zeigt sich für die Behandlung im Lebensumfeld und die personelle Kontinuität mit jeweils etwas über zwanzig der teilnehmenden Kliniken, die diesen Kriterien eine hohe Priorisierung einräumen. Lediglich das Kriterium „Berücksichtigung von Bedürfnissen und Bereitstellung von Behandlungsangeboten für psychisch kranke Menschen unterschiedlicher Zielgruppen“ und das Kriterium „Einbezug von Angehörigen, Betroffenen sowie Verbänden in die Behandlung und Behandlungsplanung“ wurden nur mittelgradig priorisiert. Das Kriterium „Regionale Versorgungsverpflichtung“ fällt hier letztlich aus der Wertung heraus. Es ist das einzige Kriterium, bei dem der Grad der Umsetzung höher angegeben wurde als der der Priorisierung. Dies wurde dahingehend interpretiert, dass die regionale Versorgungsverpflichtung mittlerweile ubiquitär ist.

<b>Priorisierung „hoch“=5</b>	<b>N=</b>
Regionale Pflichtversorgung	48 (45)
Psychotherapie als integraler Bestandteil der Krankenhausbehandlung	44 (20)
Wahrung der Persönlichkeitsrechte der PatientInnen	41 (27)
Einbezug des sozialen Kontextes	41 (16)
Vernetzung mit komplementären Dienstleistern	38 (19)
Einbezug der bisherigen Hilfestrukturen	36 (13)
unabhängiges Beschwerdemanagement	30 (25)
Maßnahmen gegen Diskriminierung	27 (18)
Behandlung im Lebensumfeld	23 (9)
personelle Kontinuität	22 (8)



Einbezug von Angehörigen, Betroffenen sowie Verbänden für Planung d. Versorgungsstrukturen	18 (8)
Berücksichtigung von Bedürfnissen für psychisch kranke Menschen unterschiedlicher Zielgruppen	16 (5)

**Tabelle:** Reihenfolge der Qualitätsmerkmale in Abhängigkeit von der Vergabe der Priorisierungsstufe „hoch“ durch die jeweiligen Klinikleitungen. In Klammer steht die Zahl der Kliniken, die für das jeweilige Qualitätskriterium eine „häufige“, d.h. eine regelhafte Umsetzung angegeben haben.

Bei der Umsetzung zeigten sich dagegen deutlichere Unterschiede. Besonders die „Behandlung im Lebensumfeld“, wie auch die „Personelle Kontinuität“, welchen seit Jahren in der Psychiatrieplanung ein hoher Stellenwert zugesprochen wird, sind in den Kliniken, die den Fragebogen beantwortet haben, nur mittelgradig umgesetzt. Von einer regelhaften Umsetzung ist man diesbezüglich weit entfernt, da dies nur etwa 20% der teilnehmenden Kliniken für beide Qualitätsmerkmale jeweils angaben.

Aus den Freitextangaben zu den vorgegebenen Qualitätskriterien (im Fragebogen Ziffern 3.1 bis 3.12) ergibt sich eine hohe Übereinstimmung mit den Angaben in den Interviews der qualitativen Untersuchung:

Für die meisten Kriterien werden als wichtigste Hemmnisse die nicht ausreichende Finanzierung für ein entsprechendes Angebot und/oder eine knappe personelle Ressourcen genannt. Oft wird auch auf die Haltung der Klinikleitung, bzw. der Geschäftsführung, aber auch auf die Haltung der Mitarbeiter als wichtigen Einflussfaktor auf die hingewiesene Umsetzung der Qualitätskriterien verwiesen.

Die offene Frage „Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere Qualitätskriterien?“ ergab Hinweise auf mögliche zusätzliche Qualitätskriterien:

- Orientierung an Leitlinien
- Vorhandensein geschlossener Stationen als negatives Qualitätsmerkmal
- Erfüllungsgrad der Psych-PV
- Messung von Prozess- und Ergebnisqualität
- Anzahl von Selbstverletzungen und Suiziden während des Aufenthaltes
- Nahtlose Weiterbehandlung im KV-System

Zusammenfassung

- Die Priorisierung der genannten Qualitätskriterien ist grundsätzlich hoch
- Spezialambulanzen und trialogische Versorgungsplanung werden weniger priorisiert
- Versorgungsverpflichtung scheint weitestgehend umgesetzt zu sein
- Umsetzung bei Persönlichkeitsrechten und Beschwerdemöglichkeiten wird von den Kliniken eher vorangetrieben
- Psychotherapie, Einbezug des sozialen Kontextes, einschl. komplementärer Bereiche hinkt auf hohem Niveau nach
- Behandlung im Lebensumfeld und personelle Kontinuität sind in den meisten Kliniken mittelgradig umgesetzt, eine flächendeckende, regelhafte Umsetzung dieser Qualitätskriterien ist für die Bundesrepublik nicht zu konstatieren

## 7. Ergebnisse der Qualitativen Studie: Übersicht über besuchte

## Kliniken und interviewte Gruppen

### 7.1 Die Durchführung der Besuche und Interviews in den Kliniken

Die ärztlichen Leitungen der ausgewählten Kliniken wurden angeschrieben, um über das konkrete Vorgehen in unserer Studie zu informieren, den Teilnahmewunsch an der Studie von Seiten der Leitung zu bestätigen und Besuchstermine zu vereinbaren. Ein Ethikvotum und die Genehmigung für Belange des Datenschutzes waren eingeholt und entsprechende Teilnehmerinformationen und Einwilligungserklärungen erstellt worden. Beim ersten Besuch fanden Interviews mit der ärztlichen Leitung und der kaufmännischen Leitung bzw. Geschäftsführung statt, bei 6 Kliniken zusätzlich mit Pflegedienstleitungen. Beim zweiten Besuch wurden MitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörige interviewt. MitarbeiterInnen waren durch uns oder über die Leitung informiert worden. PatientInnen und Angehörige wurden schriftlich und mündlich von den MitarbeiterInnen, oder von der Leitung informiert. Eine mindestens zweiwöchige Bedenkzeit wurde gewährleistet, zusätzlich stellten wir uns mündlich in Gruppensitzungen, falls vorhanden in den Morgenrunden, oder bei Einzelgesprächen vor. Außer den InterviewpartnerInnen auf Leitungsebene sollten die InterviewpartnerInnen pseudonym bleiben.

Insgesamt wurden 11 Kliniken besucht, davon 10 in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland, eine im Kanton Thurgau in der Schweiz. Dabei wurden 92 Interviews und Gespräche in Kliniken (und mit kooperierenden Therapeuten und Anbietern) durchgeführt. Mehr als vorgesehen, wurden MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen interviewt, die für die Durchführung jeweiliger Modellprojekte besondere Expertise hatten und sich zur Verfügung stellten. In manchen Kliniken ergaben sich Gruppendiskussionen (in einer PatientInnengruppe, einer Angehörigengruppe, in einer dialogischen Gruppe).

In zwei Kliniken konnten keine Interviews mit der Kaufmännischen Leitung durchgeführt werden, da ein Wechsel der Kaufmännischen Leitung gerade stattgefunden hatte. Für 3 besuchte Kliniken fanden keine Interviews mit kooperierenden Therapeuten und Anbietern außerhalb der Klinik statt, da sich der Kontakt nicht herstellen ließ. Gründe dafür waren ein Leitungswechsel und Zeit- und Terminfindungsprobleme. In 2 Kliniken wurde nur jeweils ein Angehörigeninterview durchgeführt, bei einer Klinik hiervon dafür eine Diskussion in einer Angehörigengruppe.

*Tabelle 6.3.1: Anzahl der Interviews pro Klinik und Interviewgruppe*

<b>Kliniknr.</b>	<b>21</b>	<b>38</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>27</b>	<b>4134</b>	<b>Insg</b>
→ <b>Interview- partnerIn</b> (Anzahl)												

<sup>34</sup>

grau hinterlegt sind Kliniken, in denen ein verkürztes Erhebungsverfahren stattfand.

<b>Ärztliche/ Psychol. Leitung</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
<b>Pflegedienst- Leitung</b>	1		1		1		1	1			1	6
<b>OberärztInnen</b>	1			2				1			1	5
<b>Betriebswirt- schaftliche/r (1) MitarbeiterIn Geschäftsführer</b>	1	1	2	1	-	-	1	2	1	1	1	11
<b>MitarbeiterInnen (2)</b>	2	4 35	6 36	4	3	2	4	-	-	1	-	26
<b>PatientInnen (2)</b>	2	2	3 37	3	2	2	2	-	-	-	-	16
<b>Angehörige (2)</b>	2 38	2	2	1	2	2	1 39	-	-	-	-	12
<b>Externe Koope- rationspartne- rInnen(1)</b>	1	-	1	2	-	-	1	-	-	-	-	5
<b>Interviews insgesamt</b>	11	10	16	14	9	7	11	5	2	3	4	92 40
<b>Hospitationen</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	-	-	-	-	7
<b>Anzahl d.Besuche</b>	4	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	21

## 7.2 Interviewte Gruppen

### 7.2.1 Ärztliche, Pflegedienst- und Kaufmännische Leitung

Es wurden insgesamt 17 Ärztliche Leiter und Pflegedienstleiter und 11 Kaufmännische Leiter, Geschäftsführer oder betriebswirtschaftlich Verantwortliche interviewt.

Die Interviews mit der ärztlichen und der Pflegedienstleitung lieferten einen Überblick und Einblick in die Krankenhausbehandlung und spezifische Modellprojekte und ihre Einführung in einer Klinik, die Organisation der Behandlung, die Zusammenarbeit mit anderen Interessengruppen in der Klinik, die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region der Klinik und die Zusammenarbeit der Klinik mit anderen Anbietern der Region. Die Umsetzung

<sup>35</sup> davon 2 „ethnographische Interviews“ nach Flick, d.h. protokollierte Gespräche während der Hospitation  
<sup>36</sup> davon 2 „ethnographische Interviews“  
<sup>37</sup> plus Fokusgruppe  
<sup>38</sup> plus Besuche in der Dialogveranstaltung  
<sup>39</sup> plus Diskussion in einer Angehörigengruppe  
<sup>40</sup> und mehrere Fokusgruppeninterviews/-gespräche

einer Liste von Qualitätskriterien wurde erfragt, über Anreize und Hemmnisse wurde gesprochen. Zum Schluss baten die Interviewer um eine Zukunftsaussicht für die Modellprojekte der Klinik und für die allgemeine Entwicklung der Krankenhausbehandlung in Deutschland.

Die Interviews mit den betriebswirtschaftlichen Experten oder Leitungen sollten ihr Tätigkeitsfeld vorstellen, über ihre Perspektive des Zusammenhangs zwischen Finanzierung und Versorgungsqualität berichten, über die Zusammenarbeit unterschiedlicher Organisationseinheiten, Arbeitsbereiche, Verhandlungspartner und die Grenzen und Chancen aus kaufmännischer Sicht.

*Tabelle 5.3.2.1: Interviewleitfäden für die Ärztliche und Pflegedienstleitung*

**1. Vorstellung der GesprächspartnerIn und der Einrichtung**

- *Wir würden gerne kurz etwas über Ihren fachlichen Hintergrund und heutiges Arbeitsfeld (das IV-Modell betreffend) erfahren, um Ihre Perspektive besser verstehen zu können.*
- *Beschreiben Sie kurz Ihre Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, damit wir verstehen können, in welcher Einrichtung das IV-Projekt stattfindet.*

**2. Das IV-Modell: Beschreibung, Einführung, Rahmenbedingungen**

*Beschreiben Sie das IV – Modell im Vergleich zur vorherigen Behandlungsform: Worin unterscheiden sich Abläufe, Beteiligte, Rahmenbedingungen, Netzwerke?*

*Veränderung der*

- *finanziellen, gesetzlichen, anderen Rahmenbedingungen*
- *Behandlungsabläufe/Versorgungspfade der Klinik*
- *PatientInnen und Angehörige*
- *MitarbeiterInnen/Qualifikationen*
- *Organisation,*
- *Vernetzungsarbeit und Art der Kooperationspartner*
- *Verwaltungsabläufen*
- *EntscheidungsträgerInnen*
- *Interessen-/Konfliktgruppen*
- *Motivation/Hemmnisse (innerhalb des Hauses & außerhalb des Hauses)*
- *Verhandlungsspielräume*

**2.1 Wie kam es zur Einführung des IV-Modells?**

- *Was & wer waren Rahmenbedingungen, Abläufe, Beteiligte, Motivation/Hemmnisse?*
- *Idee*
- *strukturelle Rahmenbedingungen v. a. finanzielle, gesetzliche*
- *Interessen- und Konfliktgruppen z. B. eigene Verwaltung, Kassen, andere Dienstleister*
- *Einbindung der Mitarbeiterschaft (Information, Fortbildungen etc.)*
- *Motivation/Hemmnisse (innerhalb des Hauses & außerhalb des Hauses)*
- *Verhandlungsspielraum*

**3. Einlösung der Psych-PV- Qualitätskriterien im IV-Modell**

*3.1 Wodurch orientiert sich das IV-Modell an den Qualitäts-Zielen der Psych-PV und wo gibt es hier Grenzen? Erläutern Sie dies gerne anhand von (PatientInnen-)Beispielen.*

*Wir stellen Nachfragen entlang der Qualitätsziele der Psych-PV:*

*Mit Qualitätszielen der Psych-PV meinen wir v. a.*

- *Befähigung von PatientInnen zum eigenständigen Leben außerhalb von Institutionen*
- *Befähigung von PatientInnen zur Inanspruchnahme von ambulanter Behandlung, Reha/Eingliederungshilfe und Pflege*

- regionale Versorgungsverpflichtung
- Fließende Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer, ambulanter Versorgung (Schnittstellenarbeit/personenzentrierte Hilfen)
- Kontinuität der BezugstherapeutInnen über die Sektoren stationärer, teilstationärer, ambulanter Versorgung hinweg
- Behandlung in Bezug auf das bzw. im Lebensumfeld/(Einbezug des sozialen Kontextes der PatientInnen, des Privat- und Arbeitslebens)
- Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse/spezielle Zielgruppen
- Individuelle Hilfeplanung Einrichtungs- und Leistungsträger übergreifend
- Vernetzung mit professionellen, regionalen Dienstleistern sowie der Selbsthilfe – Organisatorische Voraussetzungen für individuelle Hilfeplanung und Patientenbezogenen Kooperation
- Kooperation mit ambulanter Behandlung (auch nicht ärztlich),
- Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Pflege
- sonstige Qualitätskriterien)

3.2 Ggf.: Vieles wurde nun schon angesprochen, trotzdem möchte ich die Frage noch einmal anders stellen: Wo liegen beim die IV-Modell die Vorteile und wo die Nachteile für Patienten und Patientinnen und Angehörige?

#### **4. Zukunft/Ausblick für Qualitätsziele Ihres IV-Modells und der Psych-PV: Chancen, Risiken und Grenzen**

4.1 Was können Sie abschließend und ausblicksartig hinsichtlich der Durchsetzung der Psych-PV-Qualitätskriterien im IV-Modell sagen: Wo liegen Potentiale, wo setzen Sie Schwerpunkte, wodurch fühlen Sie sich in der Durchsetzung gehemmt?

4.2 Was sind Potentiale und Gefahren für die Zukunft des IV-Modells (aus Ihrer Perspektive)?

4.3 Wie kann die Zukunft des IV-Modells in Anbetracht des Entgeltsystems oder mit dem neuen Entgeltsystem gesichert werden?

4.4 Wie kann die Einhaltung der Psych-PV-Qualitätsziele in Anbetracht des Entgeltsystems oder mit dem neuen Entgeltsystem gesichert werden?

#### **5. Ergänzungen von Ihrer Seite**

5.1 Gibt es etwas was Sie hinzufügen wollen, was wir nicht gefragt haben?

5.2 Was wäre Ihnen noch wichtig zu sagen?

## **7.2.2 MitarbeiterInnen**

MitarbeiterInnen wurden insgesamt 26 interviewt, mit 4 Mitarbeitern davon wurden während der Hospitationen „ethnographische Interviews“ durchgeführt, die hinterher protokolliert wurden (vgl. Flick 2005). Während die meisten Ärztlichen Leitungen den Schwerpunkt in den Interviews auf das Konzept und das erdachte Ideal der Behandlung legen und über die Einführung in der Organisation als Ganzes erzählen, berichten die MitarbeiterInnen über die konkrete praktische Umsetzung in ihrem Arbeitsbereich. Dabei erfährt man, was die MitarbeiterInnen begeistert und wo die Umsetzung von Behandlungsmodellen bei der alltäglichen Arbeit schwierig ist. Manche MitarbeiterInnen weisen nach der Studienprojektvorstellung der Interviewer darauf hin, dass sie wenig über das Finanzierungsmodell ihrer Klinik wissen. Langjährige MitarbeiterInnen können Vorher-Nachher-Vergleiche tätigen, beschreiben also, wie die Arbeit vor der Einführung eines Modellprojekts war und wie sie mit Modellprojekt verläuft. Einige MitarbeiterInnen waren bei der Konzeptionierung von Modellprojekten auch mit beteiligt oder treibende Kraft. Andere hatten sich aufgrund des Modellprojekts in der Klinik beworben.

### 7.2.3 PatientInnen

In jeder der 7 Kliniken ohne verkürzten Zugang (vgl. Kapitel 4.4) wurden 2 PatientInnen interviewt, in 2 Kliniken 3 PatientInnen. In einer Klinik fand eine Fokusgruppe mit PatientInnen statt. Besonders eignet sich für den Zuschnitt der Fragen jedoch eine vertrauensvolle Atmosphäre zu Zweit, in der man dem interviewten Gegenüber ungeteiltes Interesse für Teile seiner Lebensgeschichte und Erfahrungen mit Behandlung zukommen lässt. Deshalb wurde vom Fokusgruppenverfahren Abstand genommen.

Von den 16 interviewten PatientInnen haben 75% mehrjährige Behandlungserfahrung und können unterschiedliche Behandlungsformen (z. B. „konventionelle“ Behandlung und Behandlung im Rahmen eines Modellprojekts) vergleichen.

PatientInnen wurden gefragt, wie ihre Behandlung abläuft und inwiefern sie darauf abzielt das Leben nach der Behandlung zu meistern (Fragen nach dem Lebensfeldbezug, nach Beziehungen, s. u. Interviewleitfaden für PatientInnen), welche Unterschiede sie zu anderen gemachten Behandlungen feststellen können, wie sie die Behandlung beurteilen etc. (s. u. Interviewleitfaden für PatientInnen).

In PatientInneninterviews wurden die Behandlungserfahrungen eng verflochten mit der Lebens-, Krankheits- und Genesungsgeschichte. Darüber konnten beispielhafte Situationen oder Verläufe gesammelt werden, bei denen die Behandlung auf die Erfordernisse der Lebenskonstellation einer/s PatientIn zugeschnitten werden konnte oder wodurch dies nicht der Fall war.

*Tabelle 7.2.3: Interviewleitfaden für PatientInnen (ausführlich vgl. Anhang 4)*

#### **1. Vorstellung**

1.1 *Formblatt mit Angaben zur Altersgruppe, Geschlecht, Ausbildung, Zeitraum der ersten Behandlung, Anzahl bisher angefangener Behandlungen*

#### **2. Beschreibung**

2.1 Wie läuft Ihre momentane Behandlung konkret ab?

2.2 Wie berücksichtigt die Behandlung Ihr Leben mit anderen (wie Familie, Freunde, Bekannte)?

*Nachhakenliste siehe Anhang 4*

2.3 Wie unterstützt die Behandlung Ihre Fähigkeit den Alltag zu meistern, wie hilft Ihnen die Behandlung bei der Tätigkeitssuche oder -Organisation und Tagesstrukturierung? Wie unterstützt Sie Ihre Behandlung alltägliche Tätigkeiten bzw. Ausbildung oder Arbeitsleben mit Ihrer Erkrankung/Ihrem Gesundheitsprozess zu vereinbaren?

*Nachhakenliste siehe Anhang 4*

2.4 Unterscheiden sich die Behandlung und Leistungen von anderen Behandlungen und Leistungen, die Sie zuvor genutzt haben? Und wenn ja, wodurch?

#### **3. Qualität & Bewertung**

3.1 Was finden Sie an der Behandlung gut? Erklären Sie das an Beispielen!

*Nachhakenliste siehe Anhang 4, entspricht der Abfrage nach Qualitätskriterien für MitarbeiterInnen*

3.2 Was finden Sie an der Behandlung nicht gut? Erklären Sie das an Beispielen!

*Nachhakenliste siehe Anhang*

3.3 Was würden Sie in/an der Behandlung verändern oder verbessern und wie?

3.4 Würden Sie sich wieder für das Behandlungsmodell entscheiden?/ Würden Sie es weiterempfehlen? Warum oder warum nicht?

#### **4. Reflexion und Ausblick**

4.1 Haben Sie Zielvorstellungen für den Umgang mit „Krankheit“ und deren Nebenfolgen? Wenn ja, welche?

4.2 Haben Sie den Eindruck die Behandlung hilft Ihnen bei der Durchsetzung dieser Ziele? Wodurch oder wieso nicht?

#### **5. Ergänzungen von Ihrer Seite**

5.1 Gibt es etwas was Sie hinzufügen wollen, was wir nicht gefragt haben?

5.2 Was wäre Ihnen noch wichtig zu sagen?

### **7.2.4 Angehörige**

In 5 Kliniken wurden je 2 Angehörige interviewt. In zwei Kliniken wurde nur ein Angehöriger interviewt, in einer davon fand ein Besuch mit Fokusgruppendifkussion in einer Angehörigengruppe statt. Wie auch für die PatientInneninterviews waren Interviews als Gespräch zu Zweit (oder bei Eltern zu Dritt) für die im Interview gestellten Fragen nach Krankheits- und Behandlungsgeschichte angemessener und entsprechend ertragreich. Von 12 interviewten Angehörigen waren 8, die die Krankheits- und Behandlungserfahrung kranker Angehöriger über lange Zeit begleiteten. Insgesamt waren viele der interviewten Angehörigen sehr zufrieden und von den Modellprojekten der Kliniken überzeugt, viele auch verzweifelt und ängstlich bezüglich der Erkrankung und der Behandlung ihres Angehörigen. Einige unterstützten ihre kranken Angehörigen beim Übergang und Wartezeiten von einer Behandlungsphase zur nächsten oder nach dem stationären Aufenthalt zu Hause. Andere hatten klare Verbesserungsvorschläge für die Krankenhausbehandlung.

Die Interviewfragen entsprechen denen für PatientInnen, zielen aber auf die Perspektive der Angehörigen. Es gibt eine zusätzliche Frage im Leitfaden für Angehörige, in der es um den Einfluss der Erkrankung und Behandlung der PatientInnen auf die Organisation des eigenen Alltags und Tätigkeit des Angehörigen geht und inwiefern die Behandlung hier hilft bei Bedarf Lösungen zu suchen. Wie bei den Interviews mit PatientInnen entstanden durch die Angehörigeninterviews beispielhafte Erzählungen über Situationen oder Verläufe, bei denen die Behandlung auf die Erfordernisse der Lebenskonstellation einer/s PatientIn, aus der Sicht der Angehörigen, angepasst werden konnte oder wodurch dies nicht gelang.

### **7.2.5 VertreterInnen von Selbsthilfeorganisationen**

Um die Aussagen in den Interviews mit Angehörigen und PatientInnen in den besuchten Kliniken in einen breiteren Kontext stellen zu können, wurden weitere Interviews mit VertreterInnen verschiedener Selbsthilfeorganisationen von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen geführt. Seit den 90iger Jahren hat sich in vielen, v. a. in städtischen, Regionen Deutschlands eine gut organisierte Selbsthilfebewegung entwickelt, die ihre differenzierten Forderungen öffentlich zugänglich macht. Neben der Auswertung solcher schriftlicher Stellungnahmen zur

psychotherapeutisch-psychiatrischer Krankenhausbehandlung haben wir mit VorstandsvertreterInnen von 8 Organisationen auf Bundes- und Landesebene Interviews geführt und an Selbsthilfveranstaltungen und -Sitzungen teilgenommen und protokolliert. Die Organisationen auf Landesebene waren national, teilweise auch international vernetzt und ihre VertreterInnen waren sich regionaler Besonderheiten der Krankenhausbehandlung bewusst.

### ***7.3 Vorstellung der Kliniken***

Im Folgenden sollen die besuchten Kliniken kurz anhand weniger Kriterien vorgestellt werden und dabei insbesondere auch die bei unseren Besuchen fokussierten Modellprojekte der Kliniken. Die Ordnung der Kliniken erfolgt entsprechend der Reihenfolge der Besuche.

#### **1. Klinik: Johanniter Krankenhaus Geesthacht (Heissler)**

**Art:** Abteilungspsychiatrie

**Bundesland:** Schleswig Holstein

**Region:** Ländlich

**Versorgungsverpflichtung:** für den Kreis Herzogtum Lauenburg mit 186 000 Einwohnern mit Tageskliniken in Schwarzenbek und Mölln.

Behandlung von mindestens 1749/Jahr (Stand 2007)

#### **fokussiertes Modellprojekt:**

Settingübergreifende Behandlung mit multiprofessionellen Teams, Bezugstherapeuten und Hausbesuchen, ambulante Ergotherapie, Mitarbeiter psychosozialer, ambulanten Anbieter der Gemeinde arbeiten in patientenbezogenen Teams mit klinischen Mitarbeitern, daneben enge Zusammenarbeit von Klinik und psychosozialen Angeboten der Gemeinde, personelle Überschneidung von Mitarbeitern der Klinik und Mitarbeitern psychosozialer Angebote.

**Finanzierung:** Regionalbudget

Die Berechnung des Regionalbudgets erfolgt auf Basis der Summe der ambulanten, teilstationären und stationären Krankenhausbehandlung und der ambulanten Ergotherapie der letzten zwei Jahre.

Daraus ergab sich folgende Rechnung:

Stationärer Bereich (50 Betten): 3,7 Mio.

Teilstationärer Bereich (43 Plätze): 1,3 Mio.; Ambulanz (ca. 3300 Scheine): 1,0 Mio.

Ambulante Ergo: 1,0 Mio.

Insgesamt 7 Mio.

Nachverhandelt wird bei einer Abweichung von 6% vom festgelegten Betrag nach oben oder nach unten.

**Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts/Angebot**

s. o.

**Zugang:** alle Diagnosen;



keine Zugangsbeschränkung, jedoch keine „Befindlichkeitsstörungen“

**Personal – Besonderheiten:**

Beschäftigung von Psychiatrie-Erfahrenen

**Entstehungsgeschichte:** Die Klinik wurde einige Jahre zuvor, aber mit Aussicht auf das Regionalbudget, umorganisiert. Einführung des Regionalbudgets erfolgte 2008.

**Hemmnisse:** Wunsch nach Einbeziehung weiterer SGB V-Leistungen ins Budget.

**2. Klinik: Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf (Bock, Lambert)**

**Art:** Universitätskrankenhaus

**Bundesland:** Hamburg

**Region:** städtisch

**Versorgungsverpflichtung:** ja

davon Sozialpsychiatrische Institutsambulanz (als eigenständiger Teil der UKE-Institutsambulanz): 300–350 Pat. pro Quartal, inkl. Krisentagesklinik für 5–8 Patienten sowie ein zusätzliches Team, das mit Assertive Community Treatment (ACT) – Team 100 IV-Patienten versorgt (weitere Einschlüsse sind vorgesehen und inzwischen erfolgt)

**fokussiertes Modellprojekt:**

IV-Versorgungsprojekt

**Finanzierung:** Jahresfallpauschalen

**Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts/Angebot:**

Hometreatmentangebot, Bezugstherapeutensystem, steuert die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Settings der Klinik durch die IV-Patienten, 24-Stunden-Notfalltelefon, finanzieller Einbezug von niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten

**Zugang:** Diagnosen – PatientInnen mit kognitiven (schizophrenen), schizoaffektiven, affektiven und substanzinduzierten Psychosen (F2, 30, 31, 32.3, 33.3, F1x.5), inklusive verschiedene Komorbiditäten sowie die verschiedenen direkt betroffenen Angehörigen, Psychose-Erfahrene und bipolare Patienten

**3. Klinik: Maria-Hilf-Krankenhaus Krefeld (Horn)**

**Art:** Fachkrankenhaus und Abteilungspsychiatrie

**Bundesland:** Nordrhein-Westfalen

**Region:** städtisch

**Versorgungsverpflichtung für Krefeld, ca. 200 000 Einwohner.**

Vollstationär: 3197; Teilstationär: 509

250 psychiatrische Akutbetten/plätze (QB)

**fokussiertes Modellprojekt:**

IPB (Integrative Psychiatrische Behandlung) seit 1998 angeboten, gilt im QB als

Versorgungsschwerpunkt und bedeutet multiprofessionelle Akutbehandlung zu Hause, „als Baustein der Regelversorgung“

**Finanzierung:** Sonderabsprache, tagesklinischer und teilstationärer Satz, nicht kostendeckend

**Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts:**

Hausbesuche 5 Tage die Woche mit „Hintergrunddienst“= telefonischer Bereitschaftsdienst

Dauer der Behandlung: 20–25 Tage

über 100 im Jahr (2001: 126 vgl. Horn 2008)

Besuche durch Einzeltherapeuten

**Zugang:** Ausschlusskriterien sind Obdachlosigkeit/ unsichere Wohnverhältnisse; fehlende Kooperation der Patienten/Angehörigen/Betreuer;

Akute Fremdgefährdung; akute Selbstgefährdung bei fehlender Bündnisfähigkeit; fehlende Indikation für stationäre Behandlung; primäre Suchterkrankung; gerontopsychiatrische Erkrankung

**Entstehungsgeschichte:** Erste Anfänge in der Institutsambulanz 1992, in die Regelversorgung übernommen 1998

**4. Klinik: Vivantes Neukölln (Munk)**

**Art:** Abteilungspsychiatrie

**Bundesland:** Berlin

**Region:** städtisch

**Versorgungsverpflichtung** für 315 000 Einwohner.

Vollstationär: 3675 Fälle; Teilstationär: 266 Fälle (QB 2008)

Laut Jahres- & Qualitätsbericht 2009 waren es 2008 3814 Fälle, entspricht 2266 Personen

**In dieser Studie fokussiertes Modellprojekt:**

1. Akuttagesklinik
2. Schwerpunktstation Abhängigkeitserkrankungen

**Finanzierung:** Regelfinanzierung

**Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts:**

1. Akuttagesklinik umfasst 22 Plätze, behandelt von 10–18 Uhr 7 Tage in der Woche. Angebot von Behandlungskonferenzen

2. Suchtstation behandelte 20 % der Klinikfälle (teilstat./stat.) 2009 und übernahm dabei den größten Anteil. (Dies liegt unter anderem am hohen Durchlauf/kurze Verweildauer speziell auf der Suchtstation.) Heimatstationsprinzip, schnelle bedarfsgerechte Aufnahme, Möglichkeit von kurzfristigen Kurzzeitaufenthalten zur Stabilisierung, **komplexe Versorgung auch körperlicher Erkrankungen**

**Personal-Besonderheiten:** Einstellung von Psychiatrie-Erfahrenen (Ex-In) im Praktikum in der Akuttagesklinik. Budget für eine bezahlte Stelle war beantragt, aber wurde nicht bewilligt.

### 5. Klinik: Sächsisches Landeskrankenhaus Arnsdorf

**Art:** Fachkrankenhaus, Landesträgerschaft

**Bundesland:** Sachsen

**Region:** Ländlich, am Rande einer Großstadt

**Versorgungsverpflichtung** für den westlichen Teil des Landkreises Bautzen und den rechtselbischen Teil des Landkreises Sächsische Schweiz. (keine Zahl verfügbar)

Insg. 185 stationäre Betten; PIA/Notfallambulanz

Vollstationäre Fallzahl: 2066, Teilstationär: 405, Tagesklinik am Malteser Krankenhaus

#### **fokussierte Stationen und Modellprojekte:**

1. Akutstation und Suchtstation
2. Zentrale Ergotherapie

**Finanzierung:** Regelfinanzierung

#### **Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts:**

Zentrale Ergotherapie hat 7 Werkstätten, es wird „Arbeitsdiagnostik“ durchgeführt, ggf. in betriebliche Praktika vermittelt

### 6. Klinik: LVR-Klinik Mönchengladbach (Rinckens)

**Art:** Landeskrankenhaus

**Bundesland:** Nordrhein-Westfalen

**Region:** städtisch

**Versorgungsverpflichtung** für Mönchengladbach und Rheydt, für 200 000 Einwohner; ab 2014 für ganz Mönchengladbach, d.h. 270 000 Einwohner

#### **fokussiertes Modellprojekt:**

1. Aufnahmeambulanz
2. Doku-Audit

**Finanzierung:** Regelfinanzierung

#### **Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts:**

„Experimente“/Entwicklungsaufgaben, durch die die Kompetenzen der Mitarbeiter geschult werden und im Rahmen der Regelfinanzierung möglich sind (Rinckens 2011: 138f), durch sie werden Defizite der Versorgung angegangen

Aufnahmeambulanz: passgenaue Aufnahme und Überbrückung von Wartezeiten

Doku-Audit: Supervision von Dokumentation, dadurch insbesondere Verbesserung des Einbezugs unterschiedlicher Gruppierungen und Festlegung derer Therapieziele

### 7. Klinik: Psychiatrisches Behandlungszentrum Bremen-Nord (Bührig)

**Art:** Abteilung

**Bundesland:** Bremen

**Region:** städtisch

**Versorgungsverpflichtung:** ja

**fokussiertes Modellprojekt:**

Sektorübergreifende Behandlung mit BezugstherapeutInnen, Umsetzung von Modellkonzepten

**Finanzierung:** Regelfinanzierung

**Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts:**

hohe Flexibilität bei Regelfinanzierung, klinikübergreifende „Modellversuche“;

Sektorübergreifende Behandlung mit BezugstherapeutInnen, Sozialpsychiatrischer Dienst im Haus, der auch ambulante Tätigkeiten des Krankenhauses übernimmt, Angebot von Hausbesuchen; Umsetzung von Inklusionskonzepten

**8. Klinik: Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm (Becker)**

**Art:** Bezirkskrankenhaus

**Bundesland:** Bayern, Bezirk Schwaben

**Region:** kleinstädtisch-ländlich

**Versorgungsverpflichtung:** ja

**fokussiertes Modellprojekt (*verkürztes Vorgehen bei der Erhebung im vorliegenden Forschungsprojekt*):** Hometreatment

**Finanzierung:** Über bayrische Einzelfallvergütung der psychiatrischen Institutsambulanz; z. T. über tagesklinischen Satz bei Inanspruchnahme entsprechender Angebote und durch Mitarbeiter der Station: nicht kostendeckend

**Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts:**

Hausbesuche mindestens 3x pro Woche; 5 Tage die Woche mit Telefonbereitschaft von Seiten der Station (nachts und am Wochenende)

Hausbesuche dauern 1 Stunde, höchstens 30 min Fahrzeit/30km

Dauer der Behandlung: 63 Tage

15 Plätze; 80–100 im Jahr

**Zugang:** schwer Erkrankte in Krisen, vorzugsweise mit mindestens einer Bezugsperson, Kooperationsbereitschaft; **Ausschluss:** akute Selbst-/Fremdgefährdung, übermäßiger kontinuierlicher Substanzgebrauch, organische Psychosyndrome, reine Persönlichkeitsstörungen, Alter unter 18 oder über 60, chaotisches oder aggressives Verhalten, mangelnde Kooperation, fehlende Indikation für stationäre Krankenhausbehandlung

**Personal:** im Hausbesuchsprogramm Zweierteams; Pflege, Arzt, Sozialdienst

OA-Visite: alle 3 Wochen

Pflege: 10 VK-Stellen Ambulanz, plus 4 VK-Stellen im Hometreatment-Team (insg. 14 ambulante VK Pflege); Mitarbeiter haben Zusatzausbildung Systemische Therapie

**Entstehungsgeschichte:** Umsetzung seit 2005, von Pflorgeteam und Oberarzt mit

Englanderfahrung initiiert; Chefarzt und Mitarbeiter sind diesbezüglich überzeugt tätig

### **9. Klinik: Vitos Klinik Bamberger Hof in Frankfurt (Bornheimer)**

**Art:** Abteilung, Außenstelle mit ambulanten und teilstationären Versorgungsangeboten des Vitos Waldkrankenhauses Köppern, Hochtaunus-Kreis, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

**Bundesland:** Hessen

**Region:** städtisch

#### **Versorgungsverpflichtung:**

- „Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause“ (APAH) soll vollstationäre Krankenhausaufenthalte ersetzen und wird bezüglich des Hometreatmentangebots aus dem Stadtgebiet Frankfurt in Anspruch genommen
- Versorgungsauftrag des Waldkrankenhauses bezieht sich auf Patienten aus dem Hochtaunus-Kreis und nicht auf Patienten aus Frankfurt

**fokussiertes Modellprojekt (*verkürztes Vorgehen bei der Erhebung im vorliegenden Forschungsprojekt*):** Hometreatmentangebot

**Finanzierung:** zu Anfang nicht alle Kassen & teilweise über bayrisches Modell für Institutsambulanzen

9000 DM im Monat (2000–2002), seit 2005 liegt die Pauschale bei 2950 E.

Die Pauschale wird fällig, ab dem 7. Behandlungstag.

Die Abrechnung erfolgt mit Quartalsbezug. Die Abrechnung mit bayrischen Einzelfallziffern macht diese transparent.

#### **Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts:**

Besuche in der Regel einmal am Tag; 7 Tage in der Woche, am Wochenende ggf. anderer Therapeut als Bezugstherapeut; ständige Telefonbereitschaft

ein Besuch 1,5 Stunden inkl. Fahrzeit

30 min Anfahrt im Umkreis (Mischkalkulation)

30 Tage, Ausschleichen der Behandlung (über 6–7 Wochen) ist möglich

20 Personen im Monat (2000–2002); **aktuell vereinbart 204 pro Jahr / 17 im Monat**

Ergo-, Physiotherapie, Gruppen werden im Haus genutzt, auf Kosten der Ambulanz.

**Zugang:** über niedergelassene Haus- und Nervenärzte; über den SPD, von gesetzlichen Betreuern, von anderen Krankenhäusern; Beschlusspatienten nach stationärer Entlassung HT; hospitalisierte Patienten; Patienten, die Freitags entlassen werden (& über Wochenende nicht ohne Ansprechpartner sein sollten). Die Kooperation mit verschiedenen anderen Kliniken ist Potential. Angebot gilt auch für Obdachlose

**Personal:** multiprofessionelle Behandlung, besucht wird in der Regel im 2er-Team, ein Sozialarbeiter kommt hinzu, wenn notwendig. 5 Fachärzte auf 3,0 Arztstellen; 3,2 Pflege; 0,5 Sozialarbeiter; 1 Verwaltungskraft-, Leitungsstelle wird über die Ambulanz mitgetragen

Keine Psychologen: Fachärzte sind immer auch Psychotherapeuten. Es gibt einen Verhaltens-, Tiefenpsychologischen und Systemischen Therapeuten. Keine strenge Aufteilung der

Berufsgruppen

**Entstehungsgeschichte:** Umsetzung seit März 2000, Idee Standort war von Schließung bedroht, Umsetzung durch Politik und Öffentlichkeit unterstützt

**10. Klinik: Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik der Klinik Nauen (Schütze)**

**Art:** Abteilung

**Bundesland:** Brandenburg

**Region:** ländlich

**Versorgungsverpflichtung** für 105 000 EinwohnerInnen

**In dieser Studie fokussiertes Modellprojekt (*verkürztes Vorgehen bei der Erhebung im vorliegenden Forschungsprojekt*):**

Umsetzung des Gesamtkonzepts Vision 2010 *plus* orientiert am Konzept „Open Dialogue“, was die Fortbildung der MitarbeiterInnen und Umstrukturierung von Angeboten beinhaltet, insbesondere Hometreatmentangebote, Stärkung der Nutzer- und Angehörigenperspektive (als „integrales Moment des Miteinanders“, „Anerkennen der Expertise jedes Einzelnen“ und „Abschied von der Expertenposition der Fachleute“) (Schütze et al. 2011).

**Finanzierung:**

Regelfinanzierung in Erwartung des Regionalbudgets

**Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts:** s. o. und u. Konzeptdurchführung für eine kleinere Patientengruppe, aber ohne Änderung der Finanzierung zum Regionalbudget schwierig und im großen Maß nicht möglich

**Zugang:** zunächst für psychotisch Ersterkrankte, Ziel ist das Angebot für alle PatientInnen ab Finanzierung durch Regionalbudget

**Entstehungsgeschichte:** Gunst der Stunde: zur Profilbildung der Klinik bestand Interesse an einem Vorzeigeprojekt, schon bestehende Ideen und Konzepte konnten eingesetzt werden. Langjähriges Vorbereiten, Vertrauen-Schaffen, Verhandeln.

**Hemmnisse:** volle Umsetzung des Konzepts stößt mit Regelfinanzierung an seine Grenzen

**11. Klinik: Psychiatrische Dienste Thurgau, Schweiz (Gebhardt)**

**Art:** Fachkrankenhaus im Klinikverbund mit Allgemeinkrankenhaus

**Bundesland:** Kanton Thurgau, Schweiz

**Region:** ländlich

**Versorgungsverpflichtung** für Region Thurgau

**fokussiertes Modellprojekt (*verkürztes Vorgehen*):**

- Aufnahme- und Abklärungszentrum (AAZ) zur umgehenden bedürfnisgerechten Aufnahme(abklärung) und Kontaktstelle für Angehörige

- Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB) zur Begleitung des Übergangs von Krankenhausbehandlung nach Hause (während 3 Monaten)
- Intensive Case Management (ICM) zur aufsuchenden Behandlung von Langzeitpatienten in deren Lebensumfeld, so lange wie notwendig

**Finanzierung:** Regelfinanzierung; in der Schweiz übernehmen die Kassen ca. 50% der stationären Krankenhausbehandlung, ca. 50% übernimmt der Kanton, institutsambulante Behandlung 100% Kassenleistung

**Besonderheiten und Rahmenbedingungen des Projekts:**

Die Psychiatrischen Dienste Thurgau wurden mit Regierungsratsbeschluss beauftragt die drei Modellprojekte umzusetzen, um vollstationäre Behandlungskapazitäten zu reduzieren.

**Zugang:** ICM: Eintrittskriterium sind 180 vollstationäre Behandlungstage oder mehr als 5 psychiatrische Aufnahmen in den vorausgegangen 2 Jahren

**Personal - Besonderheiten:** Modellprojekte werden von nur dafür zuständigem Personal durchgeführt

**Hemmnisse:** Zugangsbeschränkungen beim ICM, ggf. Beschränkung der Zeitdauer bei PSÜB

## 8. Ergebnisse: Die Umsetzung der Qualitätsziele in den besuchten Kliniken

Während VertreterInnen der Psychiatrie und unser Projekt als Ziel von Behandlung das möglichst eigenständige Leben der Behandelten außerhalb von Institutionen sehen, betonen die VertreterInnen von Selbsthilfeorganisationen das Ziel von Behandlung sei die Genesung oder die Suche nach Strategien für ein „gutes“ Leben mit der Krankheit (BOP&P; Bipolaris; Snowwhite; LAPK). Diesen Weg müsse jeder für sich selbst finden (vgl. TB\_Bipolaris). Die Rolle von Krankenhausbehandlung wird auf diesem Weg dementsprechend unterschiedlich eingestuft.

Während eine Psychiatriebetroffene die Krankenhausbehandlung als Teil ihres Lebens und Lebensalltags definiert (Interview\_BAPK), erlebt eine andere die Notwendigkeit der Behandlung als Bruch in ihrer Alltagserfahrung und als Misserfolg (TB\_Bipolaris), viele lehnen Krankenhausbehandlung ab (TB\_LAPK), wieder andere sehen die Behandlung als große oder gar ausschlaggebende Hilfe auf dem Weg zur Genesung (16\_P; 13\_P2).

Unter PatientInnen und deren Angehörigen gibt es nicht nur unterschiedlichste Haltungen dazu, welche Rolle Krankenhausbehandlung im Krankheits- und Genesungs- und Lebensverlauf einnimmt, sondern auch verschiedenste Einschätzungen, wie eine gute und sinnvolle Behandlung aussehen soll (BOP&P; Bipolaris; 06\_1; 16\_A).

Auch Generationen von BehandlerInnen haben Vorstellungen entwickelt, wie Behandlung mit

welchem Ziel, was leisten soll. Nach dem in den 90iger Jahren von der Aktion Psychisch Kranke e.V. entwickelten Ansatz der Personenzentrierung in der Psychiatrie soll die Behandlung an den unterschiedlichen Bedürfnissen von PatientInnen ausgerichtet werden (APK e.V. 2005).

Die hier weiterentwickelten Qualitätsziele der Psychiatrieenquête und der Psych-PV sind das Kondensat der, maßgeblich durch die Aktion Psychisch Kranke e.V. inspirierten, psychiatrischen Tradition und Ausrichtung, die mit vielen Forderungen der, sich in den letzten Jahrzehnten, etablierenden Selbsthilfe übereinkommt.

Im Interviewleitfaden wurde u. a. die Umsetzung verschiedener aus der Psych-PV abgeleiteter Qualitätsziele in den Kliniken abfragt. Diese waren (vgl. 7.2.1)

- *Befähigung von PatientInnen zum eigenständigen Leben außerhalb von Institutionen*
- *Befähigung von PatientInnen zur Inanspruchnahme von ambulanter Behandlung, Reha/Eingliederungshilfe und Pflege*
- *regionale Versorgungsverpflichtung,*
- *Fließende Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer, ambulanter Versorgung (Schnittstellenarbeit/personenzentrierte Hilfen)*
- *Kontinuität der BezugstherapeutInnen über die Sektoren stationärer, teilstationärer, ambulanter Versorgung hinweg*
- *Behandlung in Bezug auf das bzw. im Lebensumfeld/ (Einbezug des sozialen Kontextes der PatientInnen, des Privat- und Arbeitslebens)*
- *Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse/spezielle Zielgruppen*
- *Individuelle Hilfeplanung Einrichtungs- und Leistungsträger übergreifend*
- *Vernetzung mit professionellen, regionalen Dienstleistern sowie der Selbsthilfe - Organisatorische Voraussetzungen für individuelle Hilfeplanung und Patientenbezogener Kooperation*
- *Kooperation mit ambulanter Behandlung (auch nicht ärztlich)*
- *Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Pflege*
- *Sonstige Qualitätskriterien*

Nach der Analyse der Interviewdaten lassen sich die Qualitätsziele und ihre Umsetzung für die Ergebnisdarstellung in sechs Unterkapitel zusammenfassen (8.1–8.6). In jedem Unterkapitel werden die verschiedenen organisatorischen Konstellationen, Versuche und Visionen beschrieben, durch die sich Krankenhausbehandlung an Qualitätszielen, insbesondere hinsichtlich der Orientierung an den Bedürfnissen des/r PatientIn, an seinem/ihrem Lebensfeld und an Beziehungskontinuitäten, ausrichten lässt. Die in den Unterkapiteln beschriebenen Qualitätsziele sind nicht klar voneinander abgrenzbar. Die Unterkapitel behandeln:  
Lebensfeldbezogene und personenzentrierte Krankenhausbehandlung am Beispiel Aufnahmen und Entlassungen  
Lebensfeldbezug während der Behandlung  
Personelle und räumliche Behandlungskontinuität  
Personenzentrierung durch Kommunikation und Mitbestimmung  
Einbezug von Angehörigen  
Vernetzung der Krankenhausbehandlung mit Angeboten der Gemeindepsychiatrie



## ***8.1 Umsetzung lebensfeldbezogener und personenzentrierter Krankenhausbehandlung am Beispiel Aufnahmen und Entlassungen***

Von Aufnahmen ins Krankenhaus und Entlassungen aus dem Krankenhaus werden in den Interviews mit Patienten, Angehörigen und Selbsthilfeorganisationen oftmals in Form von Schlüsselereignissen berichtet, von denen ausgehend die Rolle von Krankenhaus für Behandlungs- und Genesungsphasen beurteilt werden kann (06\_P&A2, P3; 21\_P\_1&2, A\_1&2; 38\_P2, A1; 25\_P1, A2; 13\_A1, P2,3; 16\_P1; 22\_P1; BAPK; LAPK; BPE; BOP&P). Als Schwierigkeit werden Wartezeiten vor der Aufnahme oder nach Entlassungen bis zu einer ambulanten Anschluss- oder Rehabehandlung genannt, Zwangseinweisungen und Entlassungen ohne konkrete Anschlussbehandlungen oder Perspektiven, fehlende Absprachen mit Angehörigen und dem sozialen Umfeld (ebd.; BK). Zu Aufnahmen ins Krankenhaus kommt es auch, da in manchen ländlichen Regionen ambulante Alternativen zum Krankenhaus fehlen (25\_ÄL; 27\_ÄL; Sehi\_TB). Insgesamt finden Betroffene und Angehörige die Informationsbeschaffung vor einer Behandlung schwierig, um zu entscheiden, welche Behandlung für welche Situation und Krankheitszustand passt (LAPK). Vor allem Angehörige wünschen sich Hilfen, insbesondere vor Ort bzw. zu Hause, wenn kranke Angehörige nicht behandelt werden wollen (LAPK, 21\_A, 21\_Trialog).

In den besuchten Kliniken wurden verschiedene Verfahren entwickelt, das Ziel einer umgehenden, für die Person passgenaue und am Lebensfeld orientierte Aufnahme, und eine dementsprechende Entlassung mit tragfähiger Perspektive, organisatorisch umzusetzen.

### **8.1.1 Umsetzung des Aufnahmeverfahren mittels Aufnahmezentrum**

In zwei der besuchten Kliniken wurden Aufnahmeverfahren durch Aufnahmezentren unterschiedlich umgesetzt. Die Aufnahmezentren sollen als Anlaufstelle für PatientInnen dienen, um dort die umgehende Abklärung des Bedarfs und ggf. der passgenauen Aufnahme zu koordinieren.

In der regelfinanzierten Klinik mit einem Pflichtversorgungsgebiet von 200 000 Einwohnern einer städtischen Region wurde die neue Aufnahmeambulanz als eines der besonderen Projekte der Klinik vorgestellt (Rinckens 2011: 138ff). Gründe für die Eröffnung einer Aufnahmeambulanz waren zum einen die Rückmeldung einer PatientInnenbefragung, dass die Wartezeiten zu lang seien bzw. es bei der Aufnahme zu Problemen komme (22\_Regel-MPf\_3: 1). Zum anderen soll die Aufnahmeambulanz ein „Experiment“ sein bzw. als „Fingerübung“ dienen, um „unsere Kooperationsfähigkeit weiter zu entwickeln“, genauso „Vertrauen und Kooperation“ (Rinckens 2011: 140) und Mitarbeiter zu schulen, damit sie „modulübergreifendes Casemanagement richtig gut können“ (22\_Regel-ÄL, KL, Pfl\_1: 164).

Das Aufnahmekonzept soll den Aufnahmeprozess klar regeln und dabei Patientenbedürfnissen umgehend entsprechen können, gesetzliche Vorgaben, wirtschaftliche und organisatorische Belange berücksichtigen und koordinieren (Knäpper et al. 2012: 2). Die Aufnahme von PatientInnen erfolgt über ein dafür zuständiges Team, insbesondere durch die dafür zuständige Fachpflegekraft, weiteres Personal steht bei Bedarf über die Institutsambulanz und im

Vertretungsfall durch den diensthabenden Arzt (AVD) zur Verfügung. Ausführliche Vorgespräche mit den PatientInnen mit Hilfe von u. a. Leitfäden und Screeningbögen erleichtern die Behandlungsplanung, die Vorbereitung von Aufnahmen und insbesondere die Vermeidung von Notaufnahmen oder aber die Weitervermittlung an andere Anbieter (ebd.: 10, 14; 22\_Regel-TB\_1). Angehörige und bisherige Unterstützer aus dem ambulanten Umfeld werden dabei einbezogen, Ressourcen, Unterstützungsbedarfe, Notsignale aus unterschiedlichen Perspektiven gesammelt (Knäpper [ohne Jahr]: 1). Einerseits ermöglicht dies Alternativen zur stationären Behandlung zu finden (ebd.). Andererseits wird durch die Koordination im Aufnahmezentrum eine „ausgewogenere Belegungssteuerung für die Stationen [erreicht], ohne dass die Patienten sich nur im Wartestatus fühlen und schon vor Beginn der eigentlichen Behandlung unzufrieden werden“ (ebd.). Verschiedene PatientInnen werden so ggf. über längere Zeit telefonisch oder persönlich begleitet bis zu einer tatsächlichen Aufnahme (22\_Regel-MPf\_3). Die einweisenden Ärzte loben an diesem Aufnahmekonzept, dass sie über den Aufnahmeprozess und die geplante Behandlung ihrer PatientInnen informiert werden (Knäpper [ohne Jahr]: 2).

Laut Ärztlicher Leitung bietet das klassische sektorisierte Finanzierungsmodell „nicht unbedingt“ Anreize für Personen- und Lebensweltorientierung. Was man jedoch leisten könne, wären kleinere „Experimente“, die in diese Richtung weisen (Rinckens 2011: 137,140), so wie die Aufnahmeambulanz (22\_ÄL). Über die Abrechnung sogenannter Abklärungsuntersuchungen kann die Aufnahmeambulanz teilweise gegenfinanziert werden durch die Krankenkassen (Rinckens 2011: 141). Gerne hätte man die Zuständigkeit der Ambulanz auf die PIA ausgedehnt, das ist mit der bisherigen personellen Besetzung nicht möglich, aber geplant (22\_MPf). Das ist möglicherweise leistbar, wenn mit einem geplanten Entlassmanagement zur Verbesserung des Übergangs, eine weitere Fachkraft dazukommt.

Das Abklärungs- und Aufnahmezentrum (AAZ) in der besuchten Klinik in der ländlichen Schweiz hat sich vergleichbare Ziele gesetzt: eine niederschwellige, „passgenaue und bedarfsgerechte Behandlung einzuleiten und Fehlallokationen möglichst zu vermeiden“ (Gebhardt 2012: 3). Dies soll mit Hilfe der gemeinsamen Beratung mit Betroffenen, Angehörigen und anderen Leistungsanbietern ermöglicht werden. Explizit soll geprüft werden, ob Behandlung durch das Krankenhaus überhaupt notwendig ist oder nicht durch entsprechende ambulante Angebote geleistet werden kann. Im Gegensatz zur zuvor beschriebenen Klinik konnte das Aufnahmezentrum mit einem eigenen Gebäude, das am Rande des Klinikgeländes durch eigenen Zufahrtsweg erreichbar ist und einem eigenen Team, mit 2 Fachärzten, 3 Pflegefachmännern und -frauen, einer Psychologin, Sozialarbeiterin und einer Sekretärin ausgestattet werden (ebd.: 7). Eine Telefonhotline des AAZ ist die zentrale Anlaufstelle für die Erwachsenenpsychiatrie der gesamten Versorgungsregion (ebd.: 4). Außerdem bietet das Aufnahme- Abklärungszentrum für niedergelassene Psychiater Mitbehandlung oder Urlaubsvertretung an, Niedergelassene können zudem freie Therapieplätze im AAZ anmelden (41\_KL). Besonders ist außerdem die Funktion des Zentrums als unverbindliche Anlaufstelle für besorgte Angehörige. Neben Beratung von Angehörigen wird ein Angehörigentreffpunkt angeboten (ebd.: 7). Daneben bietet das AAZ Kurse für Patienten an zur Rückfallprophylaxe (ebd.).

Finanziert werden alle Angebote, also auch das AAZ, zur Hälfte über Krankenkassengelder, zur anderen Hälfte aus Mitteln des Kantons (41\_S-L, OA\_1: 1). Dies entspricht der

Krankenhausfinanzierung allgemein in der gesamten Schweiz. Durch die Beteiligung des Kantons können Leistungen übernommen werden, die nicht in dieser Form von den Kassen getragen werden, so z. B. die Telefonhotline und die Angehörigenberatung (ebd.). Bei den finanziellen Verhandlungen wurden mit den Kassen und dem Kanton die Behandlungskonzepte und Angebote und damit einhergehende Ziele wie Bettenreduktion detailliert vorgetragen und vereinbart (ebd.). Nach dem Ablauf einer Projektfrist oder bei Weiterentwicklung (z. B. durch eine Zielgruppenerweiterung) muss ggf. neu konzeptioniert und verabschiedet werden. Damit tragen Kassen und Kanton die Angebote jedoch inhaltlich-konzeptuell mit.

Das Aufnahmeverfahren mittels Aufnahmezentrum hat das Ziel, ambulante Behandlung für Patienten, die diese benötigen anzubieten bzw. dorthin zu verweisen und stationäre Behandlung durch zielgerichtete frühzeitige Intervention zu verhindern. Eine solche tendenziell ambulant ausgerichtete Konzeptionierung der Krankenhausbehandlung bestimme gegenwärtig nicht die versorgungspolitische Ausrichtung, sagt ein Klinikleiter im Interview. Auch in der Schweiz lohnt sich Krankenhausbehandlung durch Bettenbelegung, da diese besser finanziert wird. Behandlungskonzepte wie das Aufnahmezentrum müssen zur Förderung beantragt bzw. eingereicht und verabschiedet werden.

### **8.1.2 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse des Aufnahmeverfahrens mittels Aufnahmezentrum**

Die Modellvorhaben der niederschweligen und passgenauen Aufnahme durch ein Aufnahmezentrum antworten auf Bedürfnisse von Patienten (erfasst über therapeutische Erfahrung oder Patientenbefragungen) und Probleme der sozialräumlichen Versorgung und der Einrichtungsorganisation, wie Wartezeiten, Informationsbeschaffung, Notwendigkeit einer passgenauen Zuweisung und der Angehörigenbetreuung. Sie sind eigenverantwortlich von den jeweiligen Einrichtungen, deren MitarbeiterInnen und Leitung initiiert. Die Modellprojekte sind organisatorisch-strukturell verankert: die Konzepte wurden entwickelt, verschriftlicht, eingereicht oder vorgetragen, mit Entscheidungsträgern und Geldgebern diskutiert und als Modellvorhaben genehmigt (22\_MPf, ÄL, 41\_MPs). In beiden Kliniken beinhaltete die Etablierung des Modellvorhabens speziell dafür zuständiges, eigenverantwortliches Personal und eigene Räume (ebd.). Die Modellvorhaben sind von der Klinikleitung gewollt und als besonderes bzw. wichtiges Projekt propagiert. Die Mitarbeiter, die es durchführen, sind davon überzeugt und sehr motiviert (ebd.).

Die Leitungen in beiden Kliniken sind der Auffassung, dass die politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen bestimmte Ziele, wie „ambulante Ausrichtung“ der Behandlung oder „Personen- und Lebensweltorientierung“ nicht fördern. Die Aufnahmezentren sind „kleinere Experimente“ oder zunächst befristete Projekte. Es handelt sich um ‚Satellitenorganisationen‘ oder -Projekte die die Schwierigkeiten der Gesamtorganisation oder der Gesamtversorgung einer Region kompensieren, welche ohne entsprechende politisch, finanzielle und strukturelle Unterstützung nicht im Ganzen angegangen werden können.

### 8.1.3 Umsetzung des Aufnahmeverfahrens mittels settingübergreifenden BezugstherapeutInnen

Während in den zuvor beschriebenen Kliniken das Aufnahmeverfahren über eine zentrale Aufnahmestelle schneller und passgenauer erfolgen kann, soll dies in anderen Kliniken durch das Bezugstherapeutesystem gewährleistet werden, das mindestens über ein Setting hinausreicht. Setting wird hier als therapeutischer Arbeitsbereich verstanden, der sich alternativ im ambulanten, teilstationären, stationären Bereich oder zu Hause beim Patienten befindet. Ein Bezugstherapeut ist damit für eine/n PatientIn vom Zeitpunkt der Aufnahme über unterschiedliche Behandlungsphasen hinweg und darüber hinaus zuständig und nicht nur befristet auf einen Teilbereich der Behandlung, also entweder im stationären, teilstationären oder im ambulanten Setting. Dies kann für Aufnahmen, Entlassungen, aber auch Wiederaufnahmen, wie hier erläutert von Vorteil sein.

Der klinischen Behandlung mit BezugstherapeutInnen geht die Abklärung und Entscheidung zur Behandlung und Art der Behandlung, wie sie im zuvor beschriebenen Aufnahmezentrum erfolgt, voraus.

In einer Klinik einer städtischen Region arbeiten alle Therapeuten möglichst gleichzeitig im stationären, teilstationären Bereich. Die Aufnahme wird immer von zwei, an diesem Tag in Bereitschaft stehenden Therapeuten übernommen (16\_Regel-TB\_2, 16\_ÄL). Ziel ist es eine therapeutische Beziehung zwischen Bezugstherapeut und Patienten vom ersten Kontakt an aufzubauen. Die Bezugstherapeuten sind mit einem entsprechenden Diensttelefon ausgestattet, über das sie kurzfristig über eine Aufnahme informiert werden. Das Aufnahmegespräch dauert ca. 1 Stunde und findet mit beiden Bezugstherapeuten, die den Patienten über seine folgende teilstationäre und stationäre Behandlung begleiten und idealerweise auch mit einem dritten Therapeuten, der für die ambulante Behandlung zuständig ist und dem Patienten statt. Es sind mindestens zwei Bezugstherapeuten zuständig, um Fehlzeiten eines Therapeuten, durch z. B. Urlaub, Krankheit, überbrücken zu können. Bei der Aufnahme wird eine gemeinsame Entscheidung gefällt, wie und wo behandelt werden soll. Das Aufnahmegespräch wird mit Hilfe eines Leitfadens über die Hintergründe des Aufnahmewunschs, biographische Daten, Angehörige und soziales Umfeld, Arbeit und Beschäftigung, andere Verpflichtungen, Inanspruchnahme anderer Leistungsanbieter, Somatik und Medikamente durchgeführt (ebd.).

Der direkte telefonische Kontakt und eine offene Behandlungsabklärung findet ggf. bei einer Wiederaufnahme mit schon vorhandenem Bezugstherapeut statt: Der Patient erhält nach Abschluss einer Behandlung die Telefonnummer seines Bezugstherapeuten, den er damit bei einer Krise oder vor einer Wiederaufnahme telefonisch konsultieren kann. Auch weil sich Bezugstherapeut und Patient gut kennen, können durch Gespräche am Telefon oder Gesprächstermine in der Klinik einer Wiederaufnahme entgegengewirkt oder bedürfnisgerechte Behandlungsverfahren oder Alternativen zur Behandlung vereinbart werden.

Das beschriebene Aufnahmeverfahren findet im Rahmen einer Gesamtkonzeption einer regelfinanzierten Klinik statt, die von der Leitung unterstützt und propagiert wird und von der die Mitarbeiter überzeugt sind und motiviert sie umzusetzen. Es ist eine freiwillige organisatorische Eigenleistung, die bestehen kann solange die Beteiligten sie mittragen. Für die

besuchten Kliniken zeigte sich die Umsetzung eines Aufnahmekonzepts, bei dem das Aufnahmeverfahren von Bezugstherapeuten übernommen wird, die patientenbezogen auch die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung übernehmen, für eine regelfinanzierte Klinik als außergewöhnlich. Als Grund für die Möglichkeit der Umsetzung nennt man uns die sozialpsychiatrische Tradition der Region. Hinzu kommen sicherlich entsprechend orientierte Klinikleitungen, die an der Umsetzung von sozialpsychiatrischen Ideen interessiert sind. Das besprochene Aufnahmekonzept erfährt seine Grenzen bei hohen Aufnahmezeiten: das Hinzuziehen eines ambulanten Therapeuten ist nicht mehr durchhaltbar oder muss „erinnert werden“ (16).

In zwei besuchten Kliniken, die für die Krankenhausbehandlung *regelmäßig Hausbesuche* anbieten, wurden neben dem Bezugstherapeutensystem auch Hausbesuche explizit für die Aufnahme von PatientInnen eingesetzt. Hausbesuche zur Aufnahme wurden in den Interviews u. a. als Vorteil beurteilt, da auch Patienten erreicht werden können, die von sich aus die Klinik und andere psychiatrische und psychosoziale Einrichtungen nicht aufsuchen (40\_Regel-ÄL\_1: 54f., 57, 59; 06\_RB-ÄL,Kl, M1-4\_1: 3; 21\_TB). Insbesondere von Angehörigen wird der Wunsch nach Aufnahmen zu Hause bei Patienten, die nicht in die Klinik wollen, geäußert (Brief\_LAPK, 21\_Trialog; 21\_Regel-A\_1). Mitarbeiter legen dar, dass bei der Aufnahme der Ort für die Einschätzung der Krankheitslage und der notwendigen therapeutischen Maßnahmen und damit verbundener Entscheidung über den Behandlungsort eine Rolle spielt (06\_RB-MA\_2: 31).

„WEIL wenn man sich [bei der Aufnahme] oben [auf der Station] zusammen setzt, dann ist das fast wie ein Automatismus, ähm.. die [Patienten] bleiben dann auch auf Station. >>lachend<< (I:hm) Also es sind ganz wenige, die oben durch die Tür gehen und man setzt sich mit einer Schwester von Station hin, und.. äh.. klärt das dann so, dass man einen Weg nach Hause wieder sucht.. (I:hm) [...] Also es ist einfach..., es ist wie so ein HABITUS, den man sich da so austreiben muss..

Die Machbarkeit einer Behandlung zu Hause (ist der Aufenthalt zu Hause während der Behandlung sinnvoll und ungefährlich, gibt es vor Ort Unterstützung von Seiten der Angehörigen?, etc.) ließe sich bei einer Aufnahme zu Hause besser einschätzen, da der Therapeut „näher dran“ sei.

MA: „... [beim Hausbesuch werden] gemeinsame[...] Ziele besprochen [...] und [dabei] irgendwie auch mitkriegt, wo [...] wie das Setting so zu Hause ist, dass man dann zielgenauer treffen kann, was. was denn überhaupt passt, oder ob das einfach eine gefährliche Sache ist, weil der ganze Keller halt immer noch voller Alkohol steht und.. und man da eher ein Risiko eingeht und ähm. der Kontakt zum Partner eigentlich auch eher so ist, dass er... gar nicht darauf achtet und denkt "Naja, der ist selbst dran schuld." wenn man den Patienten einzeln hier hat, funktioniert das nicht, irgendwie. Wenn man die ganze Familie sieht, wie das Kind gibt dem Papa die Tablette oder so was... ähm. als.. als Spaß so.. und er gibt ein Smartie zurück oder keine Ahnung was und baut das so mit in den Alltag da irgendwie ein. Und.. ähm. dann... erscheint es uns irgendwie näher dran zu sein...“ (06\_RB-MA\_2: 32)

Die Aufnahme zu Hause wirkt sich bei Patienten, die eine Behandlung durch das Krankenhaus erhalten, vorteilhaft aus. In verschiedenen Interviews wurde uns berichtet, dass Patienten von

einem Therapeuten vor Ort, zu Hause von einer Behandlung überzeugt werden konnten. In den Interviews wird auch angenommen, dass damit Zwang vermieden werden könne.

MA: ... weder, dass für die Nachbarn der Krankenwagen vor der Tür steht, äh... noch für [die Patientin] irgendwie eine peinliche Situation [entsteht], sondern... [ich] untersuch[e], [ich sage als Arzt] "Das geht so nicht, ich werde Sie hier nicht, ich möchte das nicht, ich kann das nicht verantworten" und [dass] sie [...] jetzt mitkommen [müsste]. Und natürlich auch mit dem Druck letztlich dahinter, weil man es ja auch so machen KÖNNTE [ohne das Einverständnis der Patientin] und TROTZDEM ist dieser Druck vermeintlich VIEL WENIGER SCHLIMM, [...] man kriegt dann ein "Danke" [...] ansonsten geht man da doch manchmal recht blöd raus, wenn man [...] ein Gutachten schreibt und jemanden dann erst mal für zwei Wochen festlegen muss [...] und [...] POLIZEI und Riesen- TRARA.. und.. und das geht AN DER HAND (I:hm). und das meinen sie ernst, also. man nimmt sie einfach [...] und zieht sie da raus, ne. Und.. das zu erleben ist. ist ganz schön, das [hätte] ich mir [...] gar nicht vorstellen können. [...] (06\_RB-MA: 61).

Von den von uns besuchten Kliniken konnte die Aufnahme vom Bezugstherapeuten an unterschiedlichen Orten, auf der Station, in der Tagesklinik, aber auch zu Hause nur in einer Klinik mit sektorübergreifender Finanzierung vorgenommen werden (vgl. 06). Die Aufnahme zu Hause wurde explizit auch von einer Klinik, die Hometreatment anbietet, durchgeführt und besonders für Patienten, die nicht in die Klinik kommen wollen, als sinnvoll erachtet (40\_ÄL). In anderen regelfinanzierten Kliniken, die kein Hometreatment anbieten können, wurde das als sinnvoll diskutiert, aber aufgrund begrenzter personeller Ressourcen als nicht realisierbar eingeschätzt (vgl. 21\_TB). Z.T. wird dies auch als Zuständigkeitsbereich anderer Anbieter betrachtet (21\_Trialog).

#### **8.1.4 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse des Aufnahmeverfahrens mittels Setting übergreifenden BezugstherapeutInnen**

Mit den geschilderten Aufnahmeverfahren in zwei Kliniken wird durch settingunabhängige Bezugstherapeuten das Augenmerk auf die Beziehung von Bezugstherapeut und Patient sowie auf den Bedarf und das Bedürfnis des Patienten gerichtet (16\_ÄL, MPs; 06\_ÄL, MA)

Von Aufnahmen zu Hause durch einen Bezugstherapeuten wurde uns nur von Mitarbeitern, PatientInnen und Angehörigen einer durch das Regionalbudget finanzierten Klinik berichtet. Die Flexibilisierung der Zuständigkeitsbereiche von Therapeuten kann zwar auch in regelfinanzierten weit voran getrieben werden, stößt aber an ihre Grenzen (16\_MPf; 39\_MPf). In einigen regelfinanzierten Kliniken werden Bezugstherapeuten über die Settinggrenzen hinweg zudem nicht als wichtige Priorität angesehen (vgl. 39\_ÄL, 25\_ÄL).

Die Bedeutung der Unabhängigkeit des Aufnahmeortes von der Klinik wird auch beim Aufnahmezentrum der Schweiz genannt. Neben der Überbrückung von Berührungängsten mit der Klinik von Seiten der potentiellen Patienten und Angehörigen geht es hier auch um die *Unabhängigkeit der Aufnahmeentscheidung von den Erfordernissen der Klinikorganisation*, explizit von der Auslastung der Klinik durch entsprechende Bettenbelegung (stationäre Behandlung) (41\_ÄL, MPs). Da die stationäre Behandlung mehr Geld einbringt, kann die Auslastung auf dem stationären Bereich für die Kliniken ein finanzielles Erfordernis sein (vgl. 06\_KL).

Das Regionalbudget ist ein Einrichtungsbudget, das mit einer Klinik abgeschlossen wird ohne Vorgaben, wie viel davon für die Sektoren ambulant, teilstationär oder stationär aufgewendet wird (vgl. 06\_ÄL). Neben einer ortsunabhängigen Aufnahme und dem Bezugstherapeutenprinzip, schafft damit ein Einrichtungsbudget, durch das nicht bestimmte Vorgehensweisen (wie hier die stationäre Aufnahme) honoriert werden, die Bedingungen, um entsprechend dem Patientenbedürfnis und -bedarf entscheiden zu können (06\_ÄL, MA).

Wie oben beschrieben, kann eine bedürfnisgerechte Aufnahme selbst bei flexiblen Handlungsmöglichkeiten am „Habitus“ der Mitarbeiter scheitern (06\_MA). Selbstreflexion (ebd.) und Supervision sind damit unabdingbar um bestehende Verhaltensweisen auch bei hochmotivierten Mitarbeitern und Entscheidungsträgern (in Richtung Personenorientierung) zu verändern.

Die Umsetzung von Aufnahmen mittels sektorübergreifenden Bezugstherapeuten findet im Rahmen der Gesamtkonzeptionierung von Einrichtungen statt, die sich nicht nur auf Teilbereiche der Organisation erstreckt.

### **8.1.5 Schnelle Hin- und Herbewegung zwischen Klinik und zu Hause: die Umsetzung von flexiblen, schnell wechselnden Aufnahme- und Entlassungsverfahren und von Belastungserprobungen**

Eine settingübergreifende Orientierung bei Aufnahmen und bei Entlassungen kann auch bedeuten, dass eine, am Patienten orientierte, schnelle Hin- und Herbewegung des Patienten zwischen seinem zu Hause und der Klinik unkompliziert von statten gehen kann. Hier gemeint sind kurzfristige, schnelle Aufnahmen beim Aufkommen einer Krise und ggf. die Entlassung nach wenigen Tagen. Dazu soll auch die sogenannte „Belastungserprobung“ zur Vorbereitung auf eine Entlassung gezählt werden, bei der der Patient noch während der Behandlung im Krankenhaus über das Wochenende oder über Nacht nach Hause geht. Dies sind beide etablierte und weit verbreitete Verfahren, die in Kliniken mit jeglicher Finanzierung durchgeführt werden. Auch weil von PatientInnen, Angehörigen und deren Organisation explizit gelobt oder für eine breitere Anwendung gefordert (21\_A2; BOP&P; BAPK) sollen diese Verfahren hier aufgeführt werden.

Hinter der Ermöglichung der kurzfristigen Aufnahme und ggf. der Entlassung nach wenigen Stunden oder Tagen steht die Idee, dass Patienten Krisen früh erkennen und diese sich durch schnelles Hinzuziehen von therapeutischen Angeboten oder durch klinische Aufenthalte ggf. wieder auflösen (21\_A2; 38\_P2). Manche Patienten können dieses Angebot erfolgreich für sich nutzen, um aufkommende Krisen in den Anfängen zu bewältigen. Die schnelle und unbürokratische Aufnahme wird dafür als eine wichtige Voraussetzung genannt, wie hier von einer Angehörigen beschrieben:

A: ... dann war er noch für drei Tage mal im [Krankenhaus] da ist er selber reingegangen, da da weiß ick nicht da hat er irgendwelche Ideen jehabt, die ihm nicht mehr aus dem Kopf gegangen sind und da hat er denn jesagt er geht jetzt für drei Tage also er geht jetzt mal ins Krankenhaus.

WÖ: also jetzt psychotische Ideen [...]?

A: Ja. mm, und da ist er dann, hat er sich drei Tage ins Bett jelegt und denn konnte er wieder nach Hause, also die Ideen waren dann ouch weg [...]

[...] det fand ick ouch sehr unbürokratisch und sehr toll jetzt, dass er ja er [...] ist da bekannt auf der Station, und er konnte dahin auf die Station hat et vorjetragen und dann konnte er gleich da bleiben und die Schwestern haben det allet mit der Anmeldung geregelt also sonst müssen sie ja über die Erste-Hilfe-Station, wenn jetzt mal so ne Krise ist oder wenn Wochenende ist müssen sie auf die Erste-Hilfe und da müssen sie Stunden manchmal warten bis da ein Psychiater kommt und ick denke viele, die sich entschließen in die Psychiatrie zu gehen oder so ein Arzt aufzusuchen, die hauen dann wieder ab, weil et ja viel zu lange dauert bis da mal jemand kommt, ja und also das fand ick gut. (21\_A\_2a: 74–80)

Allerdings kann es so zu zahlreichen, aber kurzen Wiederaufnahmen eines Patienten kommen, was in klinischen Studien teilweise als hohe Rückfallquote verbucht wird (vgl. 16\_ÄL). Damit wird dies nur von Kliniken angeboten, die Wiederaufnahmen nicht negativ besetzen und den Klinikaufenthalt als wirksames Instrument im Alltagsgeschehen bewerten, das sich Patienten zu Nutze machen können. Dieser Hintergrund wird im folgenden Zitat von einem Ärztlichen Leiter thematisiert:

ÄL: Wiederaufnahmen sind [in unserem Behandlungskonzept] nicht negativ besetzt. [...] Es geht um die Alltagsbewältigung, um die psychosozialen gesellschaftlichen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, in der Familie, mit sich selbst. Es geht darum, hier eine Möglichkeit herzustellen. Wenn die dann hin und wieder mal kommen, öfter und/oder 2 Tage und danach geht es auch wieder. Dann sagen wir nicht: da machen wir nur Stückwerk... (16\_Regel-ÄL\_1: 97).

Durch die „Belastungserprobung“ wird der Übergang aus der Klinik nach Hause geübt. Patienten können über das Wochenende oder über Nacht zu Hause ihre psychische Stabilität im Alltag zu Hause erproben (21). Der Angehörigenverband sieht das u. a. als sinnvolles Verfahren an die Familie in die Behandlung einzubeziehen (BAPK: 91). Vertreter von BOP&P e.V. fordern, dass „Während eines Krankenhausaufenthalts Belastungstraining einmal pro Woche zu Hause übernachten“ jedem Patienten angeboten werden soll. Dadurch könne das, „was dann zu Hause ist“ in die Behandlung mit einbezogen, „das Ausschleichen“ der Behandlung erleichtert und das „Nichts“ nach der Behandlung verringert werden (BOP&P\_1: 130–133).

Bei einer besuchten Klinik, die dies anbietet, treten allerdings Konflikte mit den Kostenträgern auf, die diesen Vorgang als Entlassung und Wiederaufnahme wertet, er wird nicht gegenfinanziert und bleibt eine wenig honorierte, freiwillige Leistung von Kliniken (vgl. 21\_ÄL).

### **8.1.6 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse von flexiblen, schnell wechselnden Aufnahme- und Entlassungsverfahren und von Belastungserprobungen**

Die Umsetzung von Verfahren, bei denen sich Patienten schnell zwischen Klinik und zu Hause hin- und herbewegen, bei kurzfristigen und kurzen Aufnahmen im Krisenfall oder als Belastungserprobung zur Entlassungsvorbereitung werden von Therapeuten wie auch Patienten und Angehörigen als hilfreiche Verfahren betrachtet. Die Verfahren werden jedoch entweder von der Fachwelt oder von Kostenträgern nicht entsprechend geschätzt.



Von solchen Hemmnissen abgesehen kann das Verfahren jedoch auch bei regelfinanzierten Kliniken in verschiedenen voneinander unabhängigen Teilbereichen der Krankenhausorganisation umgesetzt werden.

### **8.1.7 Umsetzung von personenzentrierter, lebensfeldbezogener Entlassungsvorbereitung und Entlassung**

*Die Entlassungsvorbereitung durch Kontaktaufnahme und Vorbereitung von Übergängen in gemeindepsychiatrische Angebote und Einbezug von Angehörigen* soll hier als Bezugnahme zum Lebensfeld der Patienten genannt sein. Hier geht es v. a. darum an bestehende Kontakte von Patienten anzuknüpfen, RehaMaßnahmen oder Kooperationspartner in der Gemeinde zu finden, die den Bedürfnissen des Patienten entsprechend weiterhelfen könnten. An dieser Stelle wird auf das Kapitel 8.6 und 8.5 verwiesen, das die Vernetzung mit psychosozialen und psychiatrischen Angeboten der Gemeinde und den Einbezug von Angehörigen zum Thema hat.

#### *Entlassungsvorbereitung durch Ausschleichen der Behandlung bei oder mittels Hometreatmentangeboten*

In der besuchten Klinik in der Schweiz wurde speziell für die Entlassungsphase die „Poststationäre Übergangsbearbeitung (PSÜB)“ entwickelt. Das im stationären Setting Erlernte soll zu Hause umgesetzt werden. Angehörige, ggf. andere soziale Bezugspersonen und ambulant kooperierende Therapeuten werden hierbei einbezogen. Beim Bewerkstelligen des Alltags zu Hause sollen die Beteiligten Sicherheit gewinnen. Diese aufsuchende Übergangsbearbeitung kann bis zu drei Monaten andauern, die Häufigkeiten der Besuche werden den Bedürfnissen des Patienten angepasst (vgl. 41\_Flyer-PSÜB).

Eine andere Klinik ist dabei ein Zentrum für die Organisation des Übergangs nach Hause zu entwickeln (22\_ÄL, 22\_MPf), weitere würden eine Begleitung, wie die poststationäre Übergangsbearbeitung, gerne anbieten, aber können dies aufgrund von Personalknappheit nicht (21\_TB, 21\_ÄL).

Beim Angebot von Hausbesuchen und Hometreatment von der Klinik aus werden therapeutische Gespräche geführt, die Gestaltung des Alltags und des Lebens mit dem sozialen Umfeld zu Hause kann mit dem Therapeuten vor Ort, auch praktisch bearbeitet werden. Beim Abschluss einer Behandlung mit Hometreatment findet kein Ortswechsel statt. Trotzdem besteht auch hier die Gefahr vor dem „Nichts“ (BOP&P s. o.) nach Abschluss der Behandlung. Der Übergang nach dem Abschluss der Behandlung kann darin bestehen, dass die Therapiebesuche und ggf. auch die Medikation reduziert werden.

Für das Ausschleichen der Behandlung, also die langsame Reduzierung der Besuchstermine, war in einer besuchten Klinik ein Zeitraum von 6–7 Wochen vorgesehen. Dies sollte unter anderem dazu dienen einer „Entzugsproblematik“ vorzubeugen (40\_ÄL: 21). In einer anderen Klinik mit Hometreatment wird bedauert, dass der Kostenträger feste Behandlungszeiträume vorgibt, ohne die langsame Reduzierung von Behandlung im Bedarfsfall zu ermöglichen (13\_M: 154, 155).

### **8.1.8 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse von personenzentrierter, lebensweltbezogener Entlassungsvorbereitung und Entlassung**

Ausschleichen der Behandlung durch Hometreatmentangebote ist in unterschiedlichsten Kliniken möglich, die Hometreatment anbieten können. Das sind Kliniken, die durch das Regionalbudget finanziert werden, durch IV-Finanzierung und durch befristete oder unbefristete Gelder durch Sonderabsprachen. Dementsprechend handelt es sich um organisatorische Gesamtkonzeptionen, in denen dieses Verfahren integriert ist sowie um befristete Modellprojekte, aber auch um unbefristete Sonderabteilungen. Beschränkungen des Angebots werden v. a. in der Befristung oder in der Begrenzung der Zielgruppe gesehen. Die Regionalbudget-finanzierte Klinik äußerte diesbezüglich keine Hemmnisse.

### **8.1.9 Fazit für Anforderungen, Umsetzung und Rahmenbedingungen bei lebensfeldbezogener und personenzentrierter Krankenhausbehandlung am Beispiel Aufnahmen und Entlassungen**

Übergang von der Klinikbehandlung und wieder nach Hause wird durch verschiedene Verfahren erleichtert und Bedürfnisorientierung sichergestellt:

- durch ein Aufnahmezentrum,
- durch Setting übergreifende BezugstherapeutInnen,
- durch schnell mögliche Aufnahmen und Entlassungen oder für Belastungserprobungen zu Hause, Entlassungsvorbereitung durch schnelle Gemeindepsychiatrische Anbindung (mit Verweis auf Kapitel 8.6)
- Entlassungsvorbereitung durch Begleitung nach oder zu Hause

Die von Patienten und Angehörigen genannten Schwierigkeiten und Probleme können damit angegangen werden. Die genannten Probleme sind:

- Wartezeiten vor der Aufnahme
- Wartezeiten nach Entlassungen bis zu einer ambulanten Anschluss- oder Rehabehandlung
- Zwangseinweisungen
- Entlassungen ohne konkrete Anschlussbehandlungen oder Perspektiven,
- fehlende Ansprechpersonen für Angehörige vor einer Aufnahme
- fehlende Absprachen mit Angehörigen und dem sozialen Umfeld bei Entlassungen
- fehlende ambulante Alternativen zum Krankenhaus in ländlichen Regionen, dadurch kommt es vermehrt zu Aufnahmen ins Krankenhaus
- Schwierige Informationsbeschaffung vor einer Behandlung, um zu entscheiden, welche Behandlung für welche Situation und welchen Krankheitszustand passt.
- Vor allem Angehörige wünschen sich Hilfen, insbesondere vor Ort bzw. zu Hause, wenn kranke Angehörige nicht behandelt werden wollen.

Für die Umsetzung der genannten Verfahren der Krankenhausbehandlung, um diese Schwierigkeiten und Probleme anzugehen, wurden folgende organisatorische Strategien entwickelt:

- Die Umsetzung erfolgte mit Hilfe der gesamtorganisatorischen Eigenleistung, die ohne finanzielle oder politische Unterstützung getätigt wird.
- Die Umsetzung einer organisatorischen Gesamtkonzeption wird finanziell (und ggf. politisch) gestützt (durch z. B. die Finanzierung durch das Regionalbudget).
- Die Durchführung von Modellprojekten erfolgt mit Hilfe von Sonderorganisationen und -stellen, davon ist nicht die Gesamtorganisation betroffen.

Dafür waren folgende strukturellen Rahmenbedingungen hilfreich:

- die Finanzierung mit Regionalbudget, oder IV-Vertrag (für Gruppe von Patienten)
- genügend Personal
- ggf. Räume
- Organisations- und Behandlungskonzepte
- engagierte Leitungen
- motivierte MitarbeiterInnen
- wohlwollende Interessengruppen, wie Kassen, Behörden der Region, etc.

## *8.2 Personen- Lebensfeldbezug während der Behandlung*

Die Bezugnahme zum Alltag der Patienten außerhalb der Klinik auch während der Behandlung dient der Vorbereitung des Übergangs von der stationären Behandlung nach Hause. Sie erfolgt in den besuchten Kliniken durch verschiedene, teilweise sich überschneidende Verfahren, z. B. durch

- klassische Aufgaben der Sozialarbeit und der Ergotherapie (Prüfung der Belange zum sozialen Umfeld, Arbeit, Wohnen, ggf. Freizeit)
- Einübung von Alltagspraxis durch Milieuthérapie
- Hausbesuche von der Klinik aus

### **8.2.1 Die Bezugnahme zum Alltag der Patienten außerhalb der Klinik durch die klassischen Aufgaben der Sozialarbeit oder Ergotherapie**

Die Bezugnahme zu Alltag schon während der Behandlung erfolgt **durch die klassischen Aufgaben der Sozialarbeit oder Ergotherapie** (Prüfung der Belange zum sozialen Umfeld, Arbeit, Wohnen, Freizeit). Dies erläutert uns der leitende Sozialarbeiter einer Klinik:

also im Prinzip, wenn der Patient kommt, so sage ich mal, in den ersten drei Tagen macht der Sozialarbeiter dann so 'n sozialarbeiterisches Aufnahmegespräch. Da geht's dann eben in aller Linie im erstens darum, wie ist die häusliche Situation, so ganz einfache Sachen, sind die Türen zugeschlossen, sind Angehörige informiert, ist der Arbeitgeber informiert und so was. Und dann hängt's immer davon ab, in welchem Gesundheitszustand oder wie schwer die Erkrankung ist des Patienten. Entweder wird das zu einem späteren Zeitpunkt nochmal vertieft und fortgeführt, dass man dann gucken kann, was weiß ich, gibt's Schulden, die reguliert werden müssen, gibt's Mietrückstände, ja, welche Probleme gibt's überhaupt zuhause, steht die Zwangsräumung bevor, solche Sachen. Gibt's Konflikte der Familie wo, sagen wir mal, regulierend eingegriffen werden kann oder muss, gibt's Schwierigkeiten mit dem Arbeitsgeber. Das sind alles so Sachen, die dann

stückweise, ja, angegangen werden im Laufe einer Behandlung. Oftmals dann auch so, geht, also versuchen wir dann auch schon immer rauszugehen und mal zu gucken, wenn es der Patient, sofern er das wünscht, Kontakte aufnehmen mit z. B. Angehörigen oder Arbeitgebern oder so was, zum (*unverständlich*) Verständnis für die Erkrankung (25\_MS: 229).

Eine Sozialarbeiterin berichtete uns von dem Rückgang der Bedeutung und Wertschätzung dieser sozialarbeiterischen Tätigkeit, die Stellen für SozialarbeiterInnen an den Kliniken ginge zurück zugunsten anderer Berufsgruppen und anderer Aufgaben in der Behandlung. Oftmals betreute ein Sozialarbeiter mehrere Stationen.

Es gehört explizit auch zu den Aufgaben der Ergotherapie Fähigkeiten von Patienten zu stärken, um den Lebensalltag meistern zu können. In den verschiedenen Kliniken fiel die Konzeption des Arbeitsfelds der Ergotherapie relativ unterschiedlich aus und ging vom arbeitstherapeutischen Körbgeflechten, über gezieltes Kompetenz- und Berufstraining bis zur Unterstützung bei praktischen Tätigkeiten und Alltagsgestaltung mittels Hausbesuchen. Das Ausmaß, in dem PatientInnen an Praktika auf dem Arbeitsmarkt herangeführt werden oder von der stationären zur ambulanten Behandlung in ihrer Alltagspraxis ergotherapeutisch bis nach Hause begleitet werden können, wird in den Interviews mit dem Personalschlüssel, mit der Möglichkeit ambulant abzurechnen oder mit einer Behandlung finanziert über Regionalbudget oder IV-Vertrag in Verbindung gebracht.

### **8.2.2 Einübung von Alltagspraktiken durch Milieuthherapie**

In einigen besuchten Kliniken wird der Alltagsbezug der Behandlung, der auf die Rückkehr nach Hause vorbereiten soll, explizit durch die Milieuthherapie bestritten (06; 16).

Darunter fällt die wohnliche Gestaltung der Stationen und Aufenthaltsorte der PatientInnen, aber insbesondere auch die Verköstigung von PatientInnen durch PatientInnen (vgl. 06\_MPf, 22\_ÄL, MPf\_2). Auch die Beschaffung der Nahrungsmittel außerhalb der Klinik z. B. „beim Markt gegenüber“ (16\_ÄL) gehört hier dazu und wird als therapeutische Maßnahme und als Inklusionspraxis bezeichnet (ebd.), durch die das Leben außerhalb der Klinik eingeübt werden soll. Die Bedeutsamkeit der Milieuthherapie als Teil von Behandlung wurde abhängig von der konzeptuellen Ausrichtung der Kliniken hervorgehoben (in anderen Kliniken blieb sie unerwähnt).

### **8.2.3 Lebensfeldbezug durch Begleitung zu Hause und Begleitung nach Hause**

In verschiedenen besuchten Kliniken wurden die Möglichkeit Hausbesuche von der Klinik aus zu tätigen in die Organisation von Behandlung strukturell integriert. Bei zwei besuchten Kliniken, die durch Regionalbudget und über IV-Verträge finanziert werden, wurde dieses Angebot als eines neben der stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung verstanden, das die Bezugstherapeuten eines/r PatientIn bei Bedarf einleiten und durchführen. Die BezugstherapeutInnen sind für die Behandlung des Patienten in allen Settings (zu Hause, ambulant, teilstationär, stationär) zuständig. Bei einer stationären Behandlung führen die Bezugstherapeuten mit ihrem/r PatientIn therapeutische Gespräche auf der Station und nehmen an den stationären Teamsitzungen teil. Sie organisieren die Übergänge von einem Setting ins nächste und unterhalten dafür auch enge Kontakte mit der Gemeindepsychiatrie. Die Mitarbeiter

einer Klinik im städtischen Umfeld berichteten dabei v. a. von den ausgebauten Kontakten zu niedergelassenen Ärzten, die für ihre schnelle und zuverlässige Kooperation auch finanziell beteiligt werden. In der besuchten Klinik im ländlichen Raum handelte es sich v. a. um Kontakte und Teamsitzungen mit Mitarbeitern von Vereinen und Trägern, die sich um Wohnformen, Umzüge oder Zuverdienstmöglichkeiten kümmern, mit ambulanten Ergotherapeuten, die bei der Alltagsgestaltung und bei z. B. bei der Arbeitssuche unterstützen und mit ambulanten Pflegediensten.

Drei weitere besuchte Kliniken bieten Hometreatment als eigenes Behandlungsmodul an, das heißt ein eigenes Team übernimmt in der Klinik das Hometreatmentangebot. Die Anknüpfungen zur stationären, teilstationären und ambulanten Weiterbehandlung stellt das Team ggf. her, aber übernimmt die Behandlung dort nicht. Genauso stellt das Team die Übergänge in die Gemeindepsychiatrie sicher.

Der Lebensfeldbezug der Behandlung bei Hausbesuchen wird als ein „konkreter“ „vor Ort“, in der „Wirklichkeit“ der Patienten beschrieben, in der man das in der Klinik Erlernte oder Erlernbare „üben“ kann in Begleitung des Therapeuten:

M7(w): Genau an der Stelle ...also in ihrer Wirklichkeit, bzw. in ihrer häuslichen Realität, was weiß ich ...mit einer Kochplatte mit einem kaputten Kühlschrank, also ich inszeniere jetzt mal, und mal gucken wie kriegen ich denn jeden Tag ein frisches Essen damit auf den Tisch. Und das ist Realität und da, genau da bei jedem, bei jeder einzelnen ...und wie ist denn das mit dem Einkaufen ...ich meine...auf einer Station, da wird Einkaufstraining gemacht und das ist alles gut vorbereitet und das ist ...so da sind wir ja auch schon mittendrin...wo sind Ängste vom Hintergrund ...vom klinischen Hintergrund, gehts darum um Angstpatienten, also was müssen wir üben, wirklich üben und das machen wir dann auch. Das ist Klasse, einkaufen ist super, das bereiten wir vor ...psychotherapeutisch aber dann auch vor Ort mit mir oder mit uns. dann gucken wir was geht, was wollen wir machen. einmal durchs Geschäft gehen, durch so großer Laden, sich drei Dinge aussuchen und gucken wie viel die kosten wieder zurück kommen oder wir gucken wie ist es da an der Kasse zu stehen. Also solche Dinge machen wir also ganz konkret und so lange wie es klappt (13\_MPf: 115).

Diese konkrete Hilfe vor Ort betrifft nicht nur die Unterstützung bei der Versorgung mit Essen, sondern wenn möglich auch die Suche nach Arbeit und Beschäftigung oder nach Freizeitgestaltung und Vereinen für eine sportliche Betätigung, wie im Zitat einer Patientin unten plastisch dargestellt.

P: Naja, ich habe früher mal Volleyball gespielt.- "Volleyball, gibt es bei ihnen nicht irgendwie Sportvereine oder irgendwas?" [fragte die Therapeutin.] Da fiel mir ein natürlich (Ortsname-)Halle. "Komm wir fahren da hin, wir gucken, wann die aufmachen" Und da stand natürlich nichts Gescheites dran und dann... war natürlich Platte dann sind wir spazieren gegangen und so gequatscht. [...] Und dann nach Hause, ich sage "Ich kümmere mich darum, ich krieg da schon was zusammen." Und dann bin ich mit [meinem Sohn] am Mittwoch dann zu seinem Trainer (13\_P2: 30).

Durch den Lebensfeldbezug bei einer Behandlung zu Hause wird der Abschluss der Behandlung nicht im gleichen Maße als Bruch erlebt, wie dies bei der Entlassung von der stationären Behandlung nach Hause der Fall sein kann. So beschrieben von einer Patientin:

P: ... ich kann mich aber gut zurück erinnern, dass ich immer so das Gefühl hatte in der stationären Therapie ist man so ein bisschen unter einer *Käseglocke* (WÖ:hm). Also man hat da so sein.. seine WELT und man versucht das da zu regeln.. und dann kommt man RAUS- nach drei Monaten- und.. steht dann mitten.. wieder in einem Problem ohne dass da.. jemand um einem herum ist, der einem helfen kann (WÖ:hm). Das ist jetzt der Vorteil bei der [Hometreatmentbehandlung], weil die kommen REIN- die kommen mitten rein, da wo man Probleme hat (WÖ:hm) und können da ein.. ansetzen. (3) Weil sich das stationäre Leben doch sehr von dem Normalen ja unterscheidet. (06\_P3: 41)

#### **8.2.4 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für Lebensfeldbezug während der Behandlung**

Mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung wird „Lebensfeldbezug“ in den Interviews hauptsächlich als Teil von berufsspezifischen Tätigkeitsfeldern der Berufsgruppen Sozialarbeit, Ergotherapie und Pflege beschrieben (22, 13, 06, 16). Welche Berufsgruppen davon welche Bereiche übernehmen und die Wertschätzung dieser Tätigkeit der Berufsgruppen ist von der Konzeption der Klinik abhängig, die sich über Zeit wandelt, und vom Engagement einzelner Akteure und von Interessenvertretung der (teilweise in Konkurrenz stehenden) Gruppen (ebd.). Neben dieser klinikabhängigen Konzeption und Ausrichtung und ihrer Aufgabenverteilung innerhalb der Berufsgruppen, wird von den Interviewten ein sich praktisch auswirkender Lebensfeldbezug mit der Personalausstattung und mit der Möglichkeit, eine Behandlung zu Hause durchführen und abzurechnen zu können (in Kooperation mit ambulanten Anbietern oder mit IV- oder Regionalbudgetfinanzierung oder durch andere Absprachen), in Verbindung gebracht (ebd.).

### ***8.3 Umsetzung personeller und räumlicher Behandlungskontinuität***

Die Festlegung von festen AnsprechpartnerInnen für PatientInnen zur Herstellung von Beziehungskontinuität durch *Bezugstherapeuten* versuchen alle besuchten Kliniken einzuhalten. Die verschiedenen Kliniken können dies in unterschiedlicher Reichweite leisten: so können die BezugstherapeutInnen jeweils für die Station, für die Tagesklinik, die Ambulanz und für die Behandlung zu Hause zuständig sein, oder aber für eine/n bestimmte/n PatientIn, unabhängig vom Aufenthaltsort oder Behandlungsphase. Kontinuitäten können auch hergestellt werden, durch die Nutzung von Behandlungsangeboten, meistens Gruppenangeboten, an einem Ort, mit denselben TherapeutInnen und ggf. PatientInnen, unabhängig von der Behandlungsphase (stationär, teilstationär, ambulant, Behandlung zu Hause). Diese unterschiedlichen Herangehensweisen zur Umsetzung von personeller und räumlicher Kontinuität sollen in den Folgenden Kapiteln 8.3.1–8.3.4 diskutiert werden. In Kapitel 8.3.5 werden diese unterschiedlichen Herangehensweisen mit den Rahmenbedingungen und damit verbundener Anreize und Hemmnisse für die Umsetzung von Qualitätszielen in Zusammenhang gebracht.

### 8.3.1 Bezugstherapeuten auf der Station und bei Wiederaufnahmen

Der unten zitierte Ärztliche Leiter erklärt die Idee der Bezugstherapeutenregelung für die Station in seiner Klinik, aber auch die hiermit eingehenden Grenzen bei Aufnahmedruck und kurzer Aufenthaltszeit:

ÄL: „Wir versuchen Beziehungskontinuität zu gewährleisten, sind hier aber eher traditionell: Wir haben die Stationsärzte pro 21-Betten-Station, es gibt den Bezugstherapeuten aus der Pflege, der das macht und die Übrigen, Sozialarbeiter oder Ergotherapeuten sind mit dabei, reflektieren mit. Verantwortlich fühlen sich vor allem Stationsarzt und Bezugspflege“. (27\_Regel-ÄL+MS+KL\_1: 65 - 66).

„...ein Bezugspflegeteam, das ist nicht immer konsequent auf allen Stationen durchhaltbar, je nach Aufnahmedruck und Aufenthaltszeit - z. B. nur 3 Tage - ...oft gar nicht möglich“ (27\_Regel-ÄL+MS+KL\_1: 64).

Das Bezugstherapeutenprinzip kann sich auch auf Wiederaufnahmen erstrecken. So wird in manchen besuchten Kliniken darauf geachtet, dass PatientInnen bei jeder Wiederaufnahme wieder demselben oder derselben BezugstherapeutIn zugewiesen und auf derselben Station behandelt werden.

### 8.3.2 Bezugstherapeuten als Ausnahmeprinzip über die Grenzen von Stationen, Tageskliniken und ambulanter Behandlung hinweg

Wird der/die PatientIn auf eine andere Station verlegt oder in die tagesklinische oder ambulante Behandlung entlassen, kann es, nach Auffassung des unten zitierten Mitarbeiters, sinnvoll sein, den Bezugstherapeuten beizubehalten. In Kliniken, in denen das Bezugstherapeutenprinzip nicht über die Stationsgrenzen (oder über die tagesklinische oder ambulante Behandlung) hinaus vorgesehen oder nicht in den organisatorischen Strukturen verankert ist, gibt es 'informale' Lösungen, bei denen die Eigenverantwortung einzelner Mitarbeiter gefragt ist (25\_Regel-MS; vgl. auch 22\_Regel-MPf\_3). So berichtete uns ein Sozialarbeiter einer Klinik, dass er manche Patienten über die Stationsgrenzen hinaus z. B. auf einer anderen Station weiter begleitet und dies mit dem dort zuständigen Kollegen abspricht (25\_Regel-MS). Dies sei vorteilhaft, wenn die Sachlage „komplex“ ist, es also für einen Kollegen aufwendig wäre, sich hier nochmals einzuarbeiten, außerdem sei ein Therapeutenwechsel bzw. ein Wechsel der Zuständigkeit in diesem Fall auch für den Patienten „schwierig“ (ebd.).

**MS:** [bei einem] Patienten zum Beispiel, [...] den ich vorher [betreut] hatte, der [auf eine andere Station, für die ich nicht zuständig bin] verlegt worden ist, da bin ich noch an dem dran, obwohl es nicht meine Station ist, auf der er sich zur Zeit befindet. [...] Es sind manchmal so komplexe Dinge, da musst Du übergeben, dass es einfach auch [...] vom Arbeitsablauf [...] kompliziert, und wenn ich mich da, als [...] Kollege wieder einarbeiten muss. Ohnehin ist es dann für den Patienten auch schwierig und dann ist es immer günstig, wenn der, der ohnehin schon dran war an dem Fall, dass der dann auch dran bleibt.

Wie gesagt nicht in jedem Fall, [...] also aktuell gibt es wieder so einen Fall, wo das so ist. Das ist halt [so] in dem Haus, macht man [das] möglich (25\_Regel-MS\_1: 264-266).

### 8.3.3 Personelle und räumliche Überschneidungen bei stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung

In anderen Kliniken sind personelle und räumliche Überschneidungen von stationärer, teilstationärer, ambulanter Behandlung (und von Hausbesuchen von der Klinik aus) organisatorisch-strukturell vorgesehen.

Bei einer besuchten Klinik ist das Bezugstherapeutenprinzip ein ausgefeiltes Konzept, Bezugstherapeuten behandeln ihre Patienten im stationären und teilstationären Setting, in manchen Fällen auch ambulant (16\_MPf: 18). Das Konzept des Bezugstherapeuten in der Darstellung des ärztlichen Leiters sei im Folgenden zitiert:

ÄL: [Das] ist ein berufsgruppenübergreifender Primärbezug, nicht nur durch Ärzte und Psychologen, die Patienten betreuen, sondern von allen Mitarbeitern, die dazu geeignet sind. Das können Pfleger sein, das können Sozialarbeiter sein, Psychologen im Praktikum, Ergotherapeuten. All die begleiten ihre Patienten, wie Casemanager, durch die Settings hindurch. Wenn das kein Arzt ist, hat jede[r Bezugstherapeut] einen sogenannten Hausarzt an der Seite. D.h. ein Assistenzarzt, der zuständig ist für die medizinisch-psychiatrischen Dinge im engeren Sinne. Das Ganze wird supervidiert vom Oberarzt, der auf Station wie auch hier guckt und tagesklinische und stationäre Gruppensitzungen macht.[...][Bezugs-]Therapeuten anteilig: auf der [Station X] 1/3 der Mitarbeiter, die machen auch anderes. Z. B. die Sozialarbeiterin betreut als [Bezugstherapeutin] Patienten, aber macht ansonsten die Sozialberatung etc. Wir wollen einerseits die Fachlichkeit beibehalten, aber das Beziehungsangebot kontinuierlicher und dichter gestalten. Das ist der Trick, warum die Patienten recht zufrieden sind. Die kriegen eine hohe Beziehungsdichte und eine Ansprache und nicht: der Dr. kommt am Mittwoch und hat Sprechstunde von 14 bis 15 Uhr. Im Schnitt hat ein[...] [Bezugstherapeut] 4-6 Patienten und jeder Patient hat 2 [Bezugstherapeuten] (ein Haupt- und eine Vertretung). Jeden Morgen wird geklärt, wer [Bezugstherapeut] macht für die Neuaufnahmen. Dann macht der zusammen mit dem Arzt ein Aufnahmegespräch. Manchmal will das der Patient auch nicht - das ist so wie überall. Zum Beispiel sagt der: mit dem will ich nicht oder ich will einen anderen [Bezugstherapeuten], wir gehen da teilweise drauf ein. Das ist individuell unterschiedlich“ (16\_ÄL: 24-28).

Darüber hinaus übernehmen Bezugstherapeuten nach den Krankenhausaufenthalten eine telefonische Zuständigkeit bei Krisen 'ihrer' Patienten, wodurch länger währende therapeutische Beziehungen entstehen können, durch die sich z. T. Krisen „abfedern“ lassen:

MP: „Zu wissen, das ist Frau X, die kann ich jederzeit anrufen, ist für viele [Patienten] eine große Erleichterung. Viele nutzen das auch, zumindest die Fitteren. Die nicht so Fitten bleiben weg, da muss man eher aufsuchende Arbeit leisten. Aber die, die davon schon gut profitiert haben, melden sich dann. [...] Dann kann man so manchen Aufenthalt erstmal abfedern. Über die Zeit wächst dann auch so ein Vertrauensverhältnis, weil die Patienten natürlich nicht mehr alles erzählen müssen. Das Vertrauensverhältnis, denke ich, ist beiderseits. [...] Für diejenigen, die jetzt hier [...], die an mich angebunden sind, wenn ich [Bezugstherapeutin] war, die haben meine Telefonnummer und rufen direkt an, das hat mit der Ambulanz gar nichts zu tun. Das geht direkt hierhin. Die können immer anrufen. [...] zu normalen Bürozeiten“ (16\_MP: 84-88).

Für den ambulanten Bereich übernimmt entweder ein schon zuvor behandelnder



Niedergelassener die Behandlung oder aber ein/e ambulanter MitarbeiterIn der Klinik wird als weitere Bezugsperson in die Behandlung einbezogen. Die zweite Variante sei jedoch im Alltag schwierig durchsetzbar (16\_MPf: 18). In manchen Fällen übernimmt auch der Bezugstherapeut, der für die stationäre und teilstationäre Behandlung zuständig war die ambulante Behandlung (ebd.). Seit einigen Jahren arbeitet und sitzt der Sozialpsychiatrische Dienst in der Klinik und wurde in die klinische ambulante Tätigkeit integriert. Damit wurden die Kontakte zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Ambulanz, Tagesklinik und Station und zwischen den sich dort befindenden MitarbeiterInnen und PatientInnen (oder das Wissen über PatientInnen (ebd.)) verstärkt, die Zusammenarbeit dadurch verbessert (ebd.):

MPf: „Ja, weil vorher war es ja gar nicht möglich, Patienten wirklich über die gesamten Stadien der Behandlung zu erleben, mitzubehandeln. Da war es so, die Patienten waren stationär da, dann wurden sie entlassen und dann sind sie zum Sozialpsychiatrischen Dienst gegangen. Das war dann aber nichts, was wir jetzt noch so direkt mitbekommen haben. Jetzt ist es ja anders“ (16\_MPf: 11–12).

MPf: „Die arbeiten mit den Patienten ambulant und natürlich ist die Zusammenarbeit mehr geworden. Das kann man einfach daran sehen, dass man vorher wusste, der und der arbeitet da, aber man hatte nicht unbedingt ein Gesicht dazu, wir selber waren unbekannt. Das kann man sich vorstellen, dass eine Zusammenarbeit wenn man sich kennt und miteinander umgeht wesentlich einfacher ist. Hier ist es jetzt einfach so, dass Patienten von ambulant behandelt werden. Es kommen ja nicht alle Patienten, die in die Ambulanz kommen, werden auch stationär behandelt. Das muss ja nicht sein. Es gibt Beratungsstellen, Krisengespräche etc. Aber die Zusammenarbeit ist wie gesagt besser geworden. Und die Patienten profitieren meines Erachtens immens davon“ (16\_MPf: 13, 14).

Neben personeller findet auch eine räumliche Kontinuität der Behandlungsangebote statt, der tagesklinische und stationäre Betrieb befindet sich im gleichen Haus, teilweise werden dieselben Visiten und therapeutischen Gruppenangebote und Veranstaltungen von tagesklinischen, wie auch von stationären Patienten gleichermaßen besucht (16\_ÄL: 29, 30). Im regelmäßig stattfindenden Chor singen neben stationären und teilstationären Patienten und unterschiedlichsten MitarbeiterInnen, auch einige ambulante und ehemalige PatientInnen (16\_TB).

### **8.3.4 Begleitung durch einen Bezugstherapeuten unabhängig vom Behandlungssetting (stationär, teilstationär, ambulant oder zu Hause)**

In den besuchten Kliniken, die durch Regionalbudget und über IV-Verträge finanziert wurden, erfolgte die Begleitung einer/s PatientIn durch die gleichen BezugstherapeutInnen während der stationären, teilstationären und ambulante Behandlung, aber auch bei einer Behandlung durch Hausbesuche. Diese Form des Bezugstherapeutensystems war dort organisatorisch-strukturell verankert. Zum Thema in den Interviews wird hier oftmals die Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn gemacht und wie sich diese entwickelt. Durch diese Beziehungsarbeit und „im Kontakt sein“ könne oftmals passgenauer entschieden werden, was für den/die PatientIn „besser tut“. PatientInnen fühlten sich gut begleitet, die MitarbeiterInnen haben das Gefühl sie leisten „schlüssige“ und „gute Arbeit“ (38\_M).

M: Ich habe das Gefühl, dass die intensive Beziehungsarbeit, die wir hier leisten, ich kann das nur für meine Arbeit sagen, dass das sehr gut für die Patienten ist.

[...] Durch unsere Arbeit und unsere Philosophie, sage ich mal, dass wir schon gucken, dass es dem Menschen gut geht, neben dem, dass sie erkrankt sind. Und abzuwägen, tut der Besuch zu Hause besser oder Schutzraum Klinik. Da immer genau abwägen und in Kontakt sein. Ich habe das Gefühl das können die Patienten sehr wertschätzen und sie fühlen sich gesehen und wahr genommen in ihrem Prozess. Bei einem Patient habe ich das Gefühl, der nutzt die Qualität von dem Angebot - ich weiß gar nicht, ob er das so verstanden hat - aber seit dem war der nie mehr auf Station. Da hat sich irgendetwas verändert, dass er merkt, er kann uns anrufen, er weiß wir kommen. [...]

Ich glaube das hat sich verändert bei den Patienten, aber auch in meiner Arbeit, dass ich da genauer hingucke. Ich habe das Gefühl die Patienten fühlen sich gut begleitet, andererseits haben wir das Gefühl wir machen gute Arbeit und wodurch man sich damit wohl fühlt.

[...] Wir werden gezielt eingesetzt und nicht nur als Feuerwehr.

Die Arbeit wurde schlüssiger, mit IV: Das Ziel: wir wollen auch nicht so oft auf Station, Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Patienten, um Krisen anders zu bewältigen.

Beziehungsfähigkeit wurde vertieft/höher angesiedelt, mehr Reflexioninstitutionen.

Am Anfang war die Frage: schaffen wir das alles? (38\_M)

Durch die längerfristige Begleitung von PatientInnen kann gemeinsam an der Krisenvermeidung gearbeitet, Früherkennung geschult werden d.h. frühzeitig können Strategien gemeinsam mit dem/der TherapeutIn genutzt werden, um Krisen zu vermeiden.

M1: Na ja dadurch das ich den Patienten natürlich auch so mehr im Blick, im Fokus habe so gemeinsam, natürlich auch im Team, so dass ich da..., dass wir da besser gucken können ihn begleiten ...also gucken können, wann geht es wieder bergab oder so. Das hat man einfach schneller im Blick, glaube ich, dass man da Krisen schneller auffangen kann (06\_MS: 102).

Bei der Vermeidung von Krisen und um über die Bedürfnisse von Patienten gut Bescheid zu wissen, kann es eine Rolle spielen, dass sich der/die PatientIn und der/die TherapeutIn gut kennen.

P\_2: Das Nottelefon [habe ich] auch schon genutzt: Das kommt darauf an, wer da dran geht. Besonders eine Ärztin holt [mich] auf den Boden der Tatsachen zurück [sie kann mich beruhigen] (38\_IV-P\_2: 22).

Hospitationsprotokoll: Nach dem Hausbesuch [mit ca. einstündiger Gesprächstherapie] erklärt mir die Ärztin, dass die Patientin über einen langen Zeitraum und zur Zeit v. a. via Hausbesuche begleitet worden ist, so dass die Ärztin die Patientin gut kennt und so die nun aufkommende Krise erkennen konnte. Die Ärztin erzählt über die Schwierigkeiten, die es gibt, den Verdacht auf die nächste Krise der PatientIn mitzuteilen [...]. Die Ärztin wird den weiteren Krisenverlauf genau beobachten und hofft ihn mit einer entsprechenden Anpassung der Häufigkeit der Gesprächstermine und der Medikamente kontrollieren zu können. Während der ersten, vorherigen Krise musste die Patientin stationär eingewiesen und von ihrem gerade geborenen Kind getrennt werden. Für diese Patientin, eine Mutter mit mehreren Kindern und dem entsprechenden Ehemann, ist und war ein Krankenhausaufenthalt der „Supergau“, sagt die Ärztin (38\_IV-TB\_1).

Die MitarbeiterInnen berichten, dass sie es als zufriedenstellend empfinden PatientInnen über einen größeren Zeitraum begleiten zu können, dass sie verschiedene, schlechte wie auch gute Phasen von PatientInnen miterleben oder aber die langjährige Beziehungsarbeit mit PatientInnen als sinnvoll erlebt wird (38\_M).

Daneben wird eine Zunahme der Verantwortung für PatientInnen auch als Belastung empfunden. In dieser Hinsicht können bezüglich des flexiblen Einsatzes der Arbeitszeit und abzuleistender Mehrarbeit die Anforderungen steigen, als auch bezüglich der emotionalen Verarbeitungsfähigkeit und dem Umgang mit aufkommenden Selbstzweifeln. Dies wird in den folgenden Zitaten verdeutlicht.

M2: Mein Arbeitsalltag... Ich habe das Gefühl es ist mehr geworden. Es ist eine unterschiedliche Beziehungsgestaltung bei den IV-Leuten. Ich habe 5 IV-Patienten, die ich damals mit reingenommen habe. Das sind Patienten, die ich sehr lange kenne. Die speziell bei mir anrufen. Wenn Hausbesuche anstanden, habe ich gesagt, dann fahr ich hin. Dann mache ich da Paargespräche usw. Für mich ist das schon mehr Aufwand, man muss das dann auch alles dokumentieren. Dann in Absprache mit euch [dem Behandlungsteam] teilweise. Ihr seid auch mit im Boot, von ärztlicher Seite. Dann bin ich in der Supervision, wenn ich Fragen habe. Ich habe das Gefühl, dass ich verantwortungsmäßig für die Patienten ganz arg gucken muss. [...] Bei einigen Patienten auch mit dem Telefondienst, da ruft dann ein Patient an „bitte rufen sie zurück“ und da rufe ich dann abends bevor ich eine Gruppe habe, natürlich auch zurück. Damit wird mein Alltag natürlich länger. Das hat sich dadurch verändert (38\_M2: 55–58).

M: Das Bereitschaftshandy nehme ich ins Wochenende mit rein, das Arbeits- und Alltagsleben ist schwieriger zu trennen (38\_M1: 140).

M: [Ich fühle mich] stärker in der Verantwortung: Ein Patient hatte ein Kreislaufzusammenbruch und war ... (*unverständlich*) und wir dachten Wunder was, was er hat. Eine Kollegin hat ihn mit dem Krankenhaustransport rüber [auf eine entsprechende somatische Station] begleitet und ist bei ihm geblieben. Dann haben die Kollegen heute mindestens 5 mal per Handy Gespräche geführt. Die hätten ihn gestern entlassen, weil sie nichts gefunden haben. Wir haben sie dazu bewegt ihn doch über Nacht wenigstens zu beobachten. Wir waren heute zu zweit da. So eine medizinische Versorgung hat sonst kein Patient, das muss man ganz klar sagen. Und nach der Aufnahme sind wir immer noch am rätseln: ist es nicht doch was Neurologisches...[...]...Psychogenes

Man ist viel näher am Geschehen dran, und wie geht man dann damit um, wenn ein Patient dann 5 Stunden wieder nicht erweckbar und in so einem Zustand ist....

Schon noch ne andere Verantwortung (38\_M1: 136–139).

M: Man fühlt sich als Bezugstherapeut nicht immer in einer schönen Form verantwortlich für diese Patienten. Wenn der Patient auf Station kommt, ob es das Überich ist oder Zuschreibung von anderen: „Warum ist der wieder in der Krise, trotz dieser engmaschigen Begleitung?“. Ich würde sagen, dass das in so einem Modell eher eine größere Gefahr ist. Entweder nimmt man das persönlich oder schreibt es der IV zu. Da ist dann das Team wichtig, in dem man sich über die Sachen austauscht, als gemeinsamer Puffer wirkt, um das abzufedern (38\_M1: 93, 94).

Von Seiten der PatientInnen und Angehörigen werden BezugstherapeutInnen als hilfreiche und wichtige, ggf. emotional wichtige Konstante beschrieben, die die Behandlungsgeschehen

erleichtert – nicht nur in schwierigen Situationen:

A: Es ist „besser“, wenn man an der Schnittstelle stationär/ ambulant nicht den Therapeuten wechseln muss: „...so kommt sie raus, dann würde man einen Therapeuten besuchen und müsste auch wieder was aufbauen, oder. Ich finde es besser, wenn die Person bleibt“ (06\_A1: 124).

P&A: „Es ist doch schöner, als im ähm ich mag sowieso nicht gerne ins Krankenhaus gehen und ähm da find ich dies doch schöner [...]. Herr Dr. X kennt ihn jetzt schon so ziemlich genau, was mit ihm ist“ (06\_A2: 22). „sagen [wir] Herr Dr. X [wird] versetzt ist oder [es käme jemand anders]. Also so da wären wir sauer“ (ebd.: 663, 665).

Aber auch kritische Stimmen werden geäußert, wenn Bezugstherapeuten für die Stagnation in der Behandlungs- und Krankheitssituation mitverantwortlich gemacht werden, bzw. mit dem Wechsel des/der TherapeutIn die Hoffnung auf neue Ansätze und Ideen verbunden wird (21\_A), wie hier durch einen Ausschnitt eines Interviews mit einer Angehörigen demonstriert:

A: „Weil [der kranke Angehörige] kennt diese Frau X. [...] die ist diese alle ganzen 18 Jahre da. Er kennt ihr Schwächen und ihre Stärken, ihre Macken und so. Er kennt sie, er weiß, wie er die Leute handhaben soll ne. Und genau so verfährt, dass er sagt, dass was er mittlerweile weiß, was sie hören möchten. Und da wär ich auch, das steht auch hier irgendwo. Also ich wär dafür, also mindestens mal probieren, wie wär das, wenn dieser Kranke, der hier so uneinsichtig ist, in eine[r] andere[n] Umgebung ist [oder in einer anderen Klinik behandelt werden würde]...“ (21\_Regel-A\_1)

So geht es auch bezüglich des Bezugstherapeutensystems darum unterschiedlichen Patientenbedürfnissen und Ambivalenzen gerecht zu werden, wie sie in den folgenden Zitaten von einem Mitarbeiter und einer PatientIn geäußert werden.

MS: „es ist halt schwierig, also für manche Patienten, denen gefällt das, wenn die immer wieder ihre Lebensgeschichte erzählen müssen und immer wieder neuer Therapieansatz, dann geht's immer wieder von vorne los. Aber es gibt durchaus Patienten, es ist dann auch nachvollziehbar, die das nervt, die das dann auch sagen. Also jetzt muss ich dem vierten hier erzählen, was los ist mit mir“ (25\_MS: 266)

P: „Abwechslung möchte ich nicht haben. Möchte schon irgendwie, ich meine also man muss ja Vertrauen fassen und das kann nur kommen, wenn man mit derselben Person die ganze Zeit Kontakt hat. Nee, ich möchte jetzt auf gar keinen Fall Abwechslung“ (06\_P1: 140). Wenn „eine andere Therapieform vielleicht gewählt wird oder solche Geschichten, dass man dann einen anderen Blickwinkel hat, das finde ich ganz gut“ (6\_RB-P\_1:147)

### **8.3.5 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für Umsetzung räumlicher und personeller Kontinuität**

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die unterschiedlichen Formen der Umsetzung räumlicher und personeller Kontinuität der besuchten Kliniken vorgestellt.

Es konnte gezeigt werden, dass die Umsetzung innerhalb von Kliniken mit sektorunabhängiger

Finanzierung (wie Finanzierung durch Regionalbudget und IV-Finanzierung) räumliche und personelle Kontinuitäten sehr weitreichend umsetzen können. Dies wird dadurch unterstützt, dass dieses Ziel konzeptionell in der Organisation verankert ist und von den Leitungen vertreten wird. Zudem ist das Personal von der Konzeption überzeugt und findet die darauf basierende Arbeit „schlüssiger“ und besser als vorher (vgl. 38\_M).

Aber auch ohne die entsprechende Finanzierung lässt sich räumliche und personelle Kontinuität innerhalb bestimmter Grenzen umsetzen. Dies ist in einigen von uns besuchten Kliniken durch die entsprechenden strukturell-organisatorischen Verankerungen, die von den Leitungen vertreten und durch motivierte und davon überzeugte Mitarbeiter unterstützt werden, weitgehend gewährleistet. Teilweise wird dies außerdem getragen durch Kooperationen und finanzielle Sonderabsprachen, wie die anteilige Übernahme der Kosten von Stellenanteilen ambulanter TherapeutInnen durch die Stadt bzw. personeller Überschneidung von ambulanten KlinikmitarbeiterInnen und MitarbeiterInnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Grenzen der Herstellung personeller und räumlicher Kontinuität ergaben sich bei diesen Einrichtungen ohne sektorübergreifende Finanzierung durch die organisatorische Auslastung und bei gegenläufigen Wünschen von Mitarbeitergruppen – bei einer besuchten Klinik handelte es sich um eine Berufsgruppe (16\_MPf, 39\_MPf).

Auch die Leitungen zeigten z. T. eine andere Prioritätensetzung bei der Umsetzung von Qualitätszielen, allerdings war das Bezugstherapeutenprinzip Inhalt von Visionen und von Experimenten zur Verbesserung von Krankenhausbehandlung „wenn wir ein Budget hätten, dann...“ (39\_ÄL, 22\_ÄL).

Weitere Schwierigkeiten könnten sich für großflächige, ländliche Regionen ergeben, wenn es viele (wohnnortnahe) Hometreatmentteams gäbe, aber wenig (teil-)stationäre Zentren. Hier wäre es schwieriger zu organisieren, dass Bezugstherapeuten sowohl bei Hometreatmentangeboten als auch stationärer Behandlung gleich blieben (39\_ÄL).

In Kliniken, in denen das Bezugstherapeutenprinzip über stationäre, teilstationäre, ambulante Grenzen hinweg nicht organisatorisch-strukturell verankert ist, finden einzelne eigenverantwortliche MitarbeiterInnen informale Lösungen. Die Leitungen haben teilweise andere ambitionierte Prioritäten, wie Hometreatment, gleichberechtigte Kommunikationspraktiken, wie *open dialog* etc. Überlastung und kurze Aufenthalte werden als Gründe angegeben, die die Durchführung des Bezugstherapeutenprinzips behindern kann.

#### ***8.4 Patientenorientierung durch Kommunikation, Mitbestimmung und therapeutische Haltung***

Im Unterkapitel 8.4.1 werden die Auffassung und Forderungen der interviewten Selbsthilfe bezüglich 'Patientenorientierung' dargestellt, in den nachfolgenden Unterkapiteln 8.4.2 bis 8.4.5 die Umsetzung dieser Forderungen in den untersuchten Kliniken. Abschließend werden im Unterkapitel 8.4.6 Anreize und Hemmnisse der strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung auseinandergesetzt.

## 8.4.1 Patientenorientierung - Forderungen von Seite der interviewten SelbsthilfevertreterInnen

Die interviewten SelbsthilfevertreterInnen sind sich relativ einig, was Patientenorientierung oder damit vergleichbare Ideen und Konzepte für sie beinhalten sollte. Diese lässt sich unterteilen in drei thematische Schwerpunkte, die mit Referenz auf Quellen und Interviews der Selbsthilfeorganisationen erläutert werden sollen. Hauptquelle ist ein von der Selbsthilfeorganisation Bipolaris veröffentlichtes Dokument über Patientenorientierung, durch das die hier ausgewerteten wesentlichen Punkte konzentriert dargelegt werden. Das Dokument wird hier paraphrasiert und zitiert und durch Interviews und Dokumente anderer Selbsthilfeorganisationen ergänzt.

### *Haltung der TherapeutInnen gegenüber dem/r PatientIn und in der therapeutischen Kommunikationssituation*

Der Therapeut soll Zeit haben, seinem Gegenüber zuhören, es respektieren, die Bedeutung der Erkrankung für das Leben gemeinsam mit dem Erkrankten erarbeiten, herausfinden, was der Behandelte will und gemeinsam mit ihm Wege suchen. Recovery-orientierte Ansätze, wie Hilfe zur Selbsthilfe und Ressourcenorientierung als die Förderung der bestehenden Fähigkeiten des Gegenübers, sollten im Vordergrund stehen (vgl. Schriftliche Fassung eines Vortrags von Bipolaris e.V. 2012 auf einem Selbsthilfetag des HUK, vgl. auch Interviews mit Selbsthilfevertreter Doppeldiagnose, BOP&P e.V.).

### *Gemeinsame Entscheidungsfindung bei der Behandlung*

„Entscheidungen werden **gemeinsam** gefällt. Nicht der Arzt bestimmt,[...] sondern man wägt gemeinsam ab [...]“ (ebd. Bipolarisvortrags 2012; Hervorhebung im Original)

Bei gemeinsamer Abwägung und Entscheidungsfindung über Behandlungsweisen sollten auch kreative Wege und Experimente gemeinsam gewagt werden (ebd.; BOP&Pe.V.; Selbsthilfevertreter Doppeldiagnose). Um Entscheidungen fällen zu können, müssen PatientInnen gut informiert werden. Dafür erforderlich sind „umfassende Aufklärungsgespräche, Broschüren, Hinweise auf weitere Informationsquellen, [...] Psychoedukation. Aber auch der Therapeut muss sich ständig weiter bilden“ (Bipolarisvortrag 2012). Behandlungsalternativen sollen mit Vor- und Nachteilen und verständlich aufgezeigt werden. Für eine gemeinsame Entscheidungsfindung muss der/die PatientIn auch bei Netzwerkgesprächen dabei sein (ebd.). Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen sind hilfreich und notwendig, um Bedürfnisse auch in „psychischen Ausnahmesituationen zu erfahren und zu respektieren“ (ebd.; vgl. BOP&Pe.V.).

### *Einflussnahme auf Planungsebene und auf strukturelle Rahmenbedingungen*

Folgende Forderungen, hinsichtlich der Beteiligung von Expertise und systematischer Berücksichtigung von Meinungen und der Beschwerden von Psychiatrie-Erfahrenen auf Planungs- und struktureller Ebene, wurden von der Selbsthilfeorganisation Bipolaris e.V. auf dem Selbsthilfetag der im Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin vorgetragen und danach veröffentlicht und in unseren Interviews von anderen SelbsthilfevertreterInnen geteilt:

- „Strukturelle Mittel für mehr Patientenorientierung sind z. B. **Patientenbefragungen, Briefkästen für Beschwerden, Beschwerdemanagement. Patientenführsprecher**, die in angemessenen Umfang ansprechbar sind, Patienten waren und keine ehemaligen Krankenschwestern. Ein trialogisch besetzter **Klinikbeirat**.“ (Schriftliche Fassung eines Vortrags von Bipolaris e.V. 2012 auf einem Selbsthilfetag des HUK; ohne Spiegelstriche, aber Hervorhebung im Original; vgl. auch BOP&P; BPE, BAPK; LAPK). Dem fügen Vertreter von BOP&P e.V. hinzu, dass Kliniken Dokumentation und Statistik über Zwangsmaßnahmen, Suizidrate, Art und Menge von Medikamenten führen sollten (BOP&P e.V.\_1).
- „Der Einsatz von **Experten durch Erfahrung**, also Menschen, die ebenfalls schwere psychische Krisen erlebt haben und diese aufgearbeitet haben, als eine Berufsbild wie z. B. Ergotherapeuten, sollte Standard sein“ (ebd.).
- „Auch bei den Krankenkassen, Ausschüssen, Mediziner- und Therapeuten-Ausbildung und all den vielen weiteren **Gremien des psychiatrischen Hilfesystems** sind Experten durch Erfahrung angemessen zu beteiligen“ (ebd.).

#### 8.4.2 Haltung der TherapeutInnen gegenüber dem/r PatientIn und in der therapeutischen Kommunikationssituation

Ein halbstündiges therapeutisches Gespräch mehrmals pro Woche, wurde von PatientInnen als sehr hilfreich empfunden (16\_P1, 21\_P1, 06\_P), kann aber nicht in allen Kliniken regelmäßig angeboten werden (16\_MPs, 21\_P1). Therapeutische Gespräche wurden dabei von PatientInnen eher als solche wahrgenommen, wenn sie als solche deklariert, mit Termin vereinbart wurden, von MitarbeiterInnen dagegen auch so bezeichnet, wenn von verschiedenen Berufsgruppen (nicht nur psychotherapeutisch geschulte) in Gesprächen die alltagspraktische Organisation, Leben und Krise zum Thema gemacht wurde (21\_P; 06\_P). Gespräche, die eher spontan und bei Bedarf stattfinden, wie v. a. von Seiten des Pflegepersonals mit PatientInnen, werden als wichtig betrachtet (BPE\_1; 13\_P), jedoch in der Regel nicht als therapeutische Gespräche bezeichnet (13\_MPf;). Alle Kliniken, die Hausbesuche anbieten, gewährleisten Gespräche jeglicher Art, die terminlich vereinbart werden und zu Hause stattfinden. Dabei werden Besuchs- und Gesprächstermine bis zu einer Stunde veranschlagt (13, 40). Fast alle Mitarbeiter, die Hausbesuche durchführen haben eine psycho- oder andere therapeutische Zusatzausbildung (39, 38, 40, 13).

In den besuchten Kliniken werden verschiedene Fortbildungen angeboten, um die kommunikativen Kompetenzen der MitarbeiterInnen auszubauen. Davon wurden *Open Dialog*-Schulungen in zwei der besuchten Kliniken durchgeführt (27, 21). Dazu eine Ärztliche Leitung im Interview:

Das beinhaltet vor allem die konsensuelle Entscheidungsfindung – weg von Hierarchie, sondern gemeinsam – sowohl in der Klinik, als auch mit Patienten und Angehörigen. Das muss man üben, das ist im Krankenhaus nicht üblich (27\_ÄL: 58)

„Gehe nicht davon aus, dass ich weiß, was der andere meint“ [...] Raum schaffen für Dinge, die sonst nicht besprochen werden. [Das ist] anspruchsvoll im Detail [ebd.: 77–82].

Die Suche nach dem subjektiven Sinn einer Erkrankung und Recovery- und ähnlich geartete Ansätze sind in vielen der besuchten Kliniken zunehmend von Interesse (38, 25). Ihre konkrete

Umsetzung konnte im Rahmen dieser Studie nicht untersucht werden. Wie die PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung wahrgenommen wird, hängt jedoch nicht nur von der Konzeption der Einrichtung ab, sondern auch von der speziellen Haltung und dem Vorgehen von einzelnen Therapeuten und insbesondere auch von der Sympathie, die PatientInnen gegenüber TherapeutInnen empfinden oder nicht empfinden (13\_P1; 13\_TB).

Durch Behandlungskonferenzen in Abgrenzung zu Visiten, wurde in zwei Kliniken mit verschiedenen Techniken und Regeln „das Reden mit und nicht über“ (vgl. Bipolaris) eingeübt:

Der/die PatientIn wird zu Beginn der Behandlungskonferenz interviewt, die Rolle des Interviewers wird von unterschiedlichen Berufsgruppen und Hierarchieebenen übernommen. Das anwesende multiprofessionelle Mitarbeiterteam beginnt nach dem Interview untereinander als „Reflecting Team“ in Anwesenheit des/r PatientIn über deren/dessen Aussagen zu reflektieren. Nach dieser Reflexion wird der/die PatientIn wieder ins Gespräch einbezogen, damit er /sie sich zur Reflexion äußern kann (27\_TB).

Dies wären Verfahren, die PatientInnen teilweise beeindruckt und berühren würden, weil sie sich „zum ersten Mal“ ernst genommen fühlten (27). Behandlungskonferenzen, die pro Patient mehr Zeit als Visiten benötigen und ggf. mehr Personal vorsehen, könnten jedoch mit Regelfinanzierung nicht großflächig umgesetzt werden (21\_MA).

In einer Klinik mit Regionalbudget-Finanzierung werden (bis zu) einmal wöchentliche Besprechungen mit der/dem PatientIn, unterschiedlichen psychosozialen Anbietern der Gemeinde und mehreren MitarbeiterInnen der Klinik durchgeführt (06\_MPs). Ziel ist die engmaschige Betreuung von LangzeitpatientInnen zu Hause und die gemeinsame Erarbeitung von Interessen, Fähigkeiten und Aktivitäten, deren Begleitung und gemeinsame Reflexion. Bei der Hospitation in Behandlungskonferenzen, wie auch bei einem solchen Netzwerktreffen konnte sowohl das Engagement der TherapeutInnen, deren geballte Konzentration auf das Fortkommen des/r PatientIn und die im Kommunikationsstil entgegengebrachte Wertschätzung, als auch die Mitarbeit der, teilweise davon ergriffenen, PatientInnen beobachtet werden (27, 06).

### **8.4.3 Patientenorientierung bei der Information und Mitbestimmung von Patienten**

Mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung bieten die besuchten Kliniken psychoedukativen Gruppen, Informationsbroschüren und laiengerechte Aufklärungsgespräche an. Behandlungsvereinbarungen gewinnen an Bedeutung, werden jedoch selten systematisch umgesetzt. Die Haltung von „Ich weiß, was für dich gut ist und sage dir, was du zu machen hast“ (Bipolarisvortrag 2012) war unter nicht ärztlichen Mitarbeitern und unteren Hierarchieebenen weniger häufig zu beobachten (vgl. 16; 13). Allerdings gibt es auch PatientInnen und Angehörige, die eine therapeutische Autorität bevorzugen und sich weniger einbringen wollen (21\_A). In jeder Hinsicht ist die Erwartungshaltung und sind die Wünsche an Mitbestimmung unter PatientInnen heterogen und können sich für eine Person mit der Zeit verändern. Patientenorientierung muss also sich wandelnden und unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht werden. Der Kasten als Tabelle 5.3.4.6.1 umfasst verschiedene Zitate, die unterschiedliche Haltungen von PatientInnen und einem Angehörigen diesbezüglich widerspiegeln.



### *Tabelle 8.4.3*

P will ohne nachzufragen informiert werden, nicht über neurobiologische Hirnprozesse, sondern eine therapeutische Einschätzung und Strategien, was sie tun kann (06).

P ist [als Patientin] selbst bestens informiert, hat als Krankenschwester entsprechenden beruflich-fachlichen Hintergrund und Recherchezugang. Sie hat längere Behandlungserfahrung und Vieles bezüglich des Behandlungsforgangs selbst entschieden. Aber wie lange sie in der Klinik bleibt, [wird durch] die Ärzte entsch[ie]den(22\_P2).

P: ich krieg meine Medizin, manchmal (unverständlich) ehm ist ein bisschen viel, ich würde manchmal ein bisschen weniger nehmen wollen, aber ehm weiß ja nicht. Sie saßen ja auch vorhin hier bei der Visite bei, ja da kriegt man ja auch gesagt nee, so wir machen jetzt so das geht nicht, ja, (kurze Pause) man ja (kurze Pause) man hat so ein bisschen Schwierigkeiten in der medizinischen Ver.. oder in den Ablauf dieser Entgiftung mitzureden so. Ich kenn meinen Körper und ich weiß, was ich [ver-]arbeiten kann und was ich verkraften kann und dann möchte doch ich auch gerne mitentscheiden, wann ich vielleicht auch runtergehe oder wann ich der Meinung bin mir gehts so schlecht, dass ich was brauche, wobei da wird oft geschummelt ne also (21\_P2: 44).

P: Ähm... in früheren Behandlungen... hatte ich eher das Gefühl, dass ich mich nicht einbringen WOLLTE (WÖ:hm), dann habe ich die Dinge ihren Lauf nehmen lassen. (WÖ:hm) Ähm... und es war AUCH gut! (WÖ:hm) Ich glaube dieses Mal habe ich mich stärker eingebracht, in dem ich dann vielleicht auch mal gesagt habe, "So... DBT.. möchte ich jetzt nicht mehr. Abschluss." und dann hat man eben etwas anderes versucht (13\_P3: 90).

P (protokolliert): Ja, er würde das Absprachen nennen, die findet er ausreichend. Er wollte die Medikamente absetzen, das hat er ausdiskutiert mit den Therapeuten. Die fanden es nicht gut, sind aber darauf eingegangen. Nach einiger Zeit musste er dadurch als Notfall eingeliefert werden (38\_P1: 55, 56).

P: Ich hab mich da also im Grunde genommen, ich hab da alle Segel gestrichen und hab mir, hab mich da so, da in dieses System begeben und hab da so gedacht, also die werden da schon nichts äh Schlimmes tun, ne. Also wenn schon, also hab dann gehofft, dass die in meinem Sinne dann irgendwas Gutes machen, ja. Naja, und das war ja dann auch irgendwie letztes Endes irgendwie der Fall. Aber ich hab mich total verschätzt im Grunde genommen über die Länge und der der der, über die Dauer der gesamten Maßnahme, ne. (21\_P1b: 97)

*WÖ: Und wie lang Sie jetzt [...] hier bleiben, können Sie da mitbestimmen?*

P: Ja, ja, zum größten Teil eigentlich war das immer so der Fall. Hmm. Das wird dann zusammen mit dem Arzt besprochen, ja. (25\_P: 118,119)

P: „Medikamente verschreibt mir meine Frau“ (ironisch) sie bespricht mit dem Arzt Art und Gründe der Krankheitsphasen und welche Therapie notwendig scheint (06\_P\_3).

A: Wir wurden gefragt, was wir denken, was gut für unsere Nichte wäre. Aber das muss doch der Arzt wissen! Nach diesem Gespräch wollten wir da auf jeden Fall nicht mehr hin (21\_Trialog).

#### **8.4.4 Wandel der Kommunikation und Mitbestimmung durch Fortbildungen der Mitarbeiter, Hausbesuche, Besetzung von Stellen durch Betroffene, Trialogseminare**

Wie in 8.4.2 beschrieben, wurden in mehreren Kliniken von therapeutischen Fortbildungen zur Kommunikation berichtet. Während in einigen Kliniken die Fortbildungen freiwillig waren (und mit Eigenbeteiligung), war sie in anderen für die Mitarbeiter obligatorisch und fand im Rahmen der Umsetzung eines, alle Bereiche der Einrichtung betreffenden, Organisationskonzepts statt. Eine Veränderung der Kommunikationsformen würde dadurch angestoßen (27\_ÄL).

In Kliniken, die Hausbesuche anbieten wird berichtet, dass sich durch Hausbesuche die Beziehungsstruktur zwischen PatientIn und TherapeutIn verändern könne (06, 38, 40). Dies läge daran, dass nicht mehr die KlinikmitarbeiterInnen und TherapeutInnen das „Hausrecht“ oder die „Schlüsselmacht“ besäßen (06. 40). Die besuchten PatientInnen würden zum Gastgeber, die besuchenden Therapeuten zu Gästen, die sich beim ersten Besuch in der Wohnung nicht auskennen, denen man ggf. etwas anbietet und die man notfalls rauswerfen kann (ebd.). Dieses der Klinik entrobene Behandlungs- und Gesprächsumfeld könne die Beziehungsstruktur zwischen Therapeut und Patient bewusster machen und zur Symmetrie der Beziehung beitragen.

In verschiedenen Kliniken waren Psychiatrieerfahrene und Ex-In-AbsolventInnen eingestellt, als Praktikant tätig oder ihre Einstellung war geplant (38, 21, 16, 40). Neben den Herausforderungen bei der Rollenfindung des Psychiatrie-Betroffenen (und der Finanzierung solcher zusätzlicher Stellen) im Behandlungsteam oder bei der Etablierung eines Berufsbildes für Psychiatriebetroffene wurde uns von einer Sensibilisierung der Kommunikationsweise innerhalb der Behandlungsteams berichtet (21).

Die Bearbeitung von Themen im Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen ist in Trialogveranstaltungen anders als im Behandlungsalltag möglich. Zudem kann die Behandlungs- und Krankheitserfahrung aus den unterschiedlichen Perspektiven für weitere Behandlungs- und Genesungsprozesse hilfreich sein (21). Es bestand die Hoffnung, dass sich durch das bessere Verstehen anderer in der Behandlung beteiligten Gruppen und Perspektiven die Kommunikation in der Behandlungssituation verändern könnte (21).

#### **8.4.5 Mitbestimmung von Betroffenen auf Planungs- und politischer Ebene**

Patientenbefragungen, Briefkästen für Beschwerden, Beschwerdemanagement, Patientenfürsprecher, Dokumentation und Statistik über Zwangsmaßnahmen, Suizidrate, Art und Menge von Medikamente werden in den Kliniken unterschiedlich ein- und umgesetzt. Auf Planungs- und politischer Ebene werden Betroffene bisher wenig einbezogen. Betroffenenorganisationen mahnen an, dass Betroffene in Gremien unterrepräsentiert und ihre Stimme und Kritik nicht obligatorisch umgesetzt werden muss. Dies sei beispielsweise für ihre Beteiligung an bisher freiwilligen Klinikbeiräten, als auch bei der Entwicklung der S3-Leitlinien

der Fall gewesen (LAPK, BAPK).

Eine solche Beteiligung sieht keine adäquate Finanzierung der Betroffenen vor. Die Ausrichtung von z. B. Beiräten ist für die Kliniken freiwillig, MitarbeiterInnen müssten dafür freigestellt werden.

Diese Forderung der Beteiligung auf politischer und Planungsebene von Selbsthilfeorganisation stellte sich erst im Laufe der Forschung als wesentliche heraus. Die Untersuchung ihrer konkreten Umsetzung konnte im Rahmen dieser Studie nicht mehr ausführlich vorgenommen werden.

#### **8.4.6 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für Patientenorientierung durch Kommunikation, Mitbestimmung und therapeutische Haltung**

Nicht alle Kliniken können ein halbstündiges therapeutisches Gespräch mehrmals pro Woche, das als solches deklariert und vereinbart wird, gewährleisten (25, 21, 22). Dies betrifft insbesondere die besuchten größeren Kliniken in städtischen Regionen. Als Grund wird hohes Patientenaufkommen und geringes Personal genannt (16). Die besuchten Kliniken, die Hausbesuche anbieten veranschlagen mehrere Besuchs- und (explizite) Gesprächstermine pro Woche bis zu einer Stunde (13, 40). Fast alle Mitarbeiter, die Hausbesuche durchführen haben eine psycho- oder andere therapeutische Zusatzausbildung (39, 38, 40, 13).

Behandlungskonferenzen oder wöchentliche Besprechungen mit der/dem PatientIn, unterschiedlichen psychosozialen Anbietern der Gemeinde und mehreren MitarbeiterInnen der Klinik werden von PatientInnen und Mitarbeitern für die symmetrische Kommunikation, gemeinsame Entscheidungsfindung und für die hospitalisierte Patienten als besonders hilfreich empfunden. Beide Verfahren, für die mehr Mitarbeiter und Arbeitsstunden als gewöhnlich benötigt werden, bringen regelfinanzierte Kliniken auf Dauer an die Grenzen der Kapazität (21\_MA; 06\_MA).

In den Interviews wird deutlich, dass durch Behandlungsstrategien, die sich vom gewöhnlichen Behandlungsangebot unterscheiden, – so Behandlungskonferenzen, Hausbesuche, Fortbildungen, die Einstellung von Psychiatrie-Erfahrenen, Dialogveranstaltungsbesuche durch die MitarbeiterInnen, – eine Veränderung der Kommunikationsformen beobachtet werden kann (27, 06, 38, 21). Auch PatientInnen zeigen sich von den Auswirkungen davon beeindruckt (ebd.).

Wie auch andere Forderungen der Selbsthilfe – so das Angebot von Behandlungsvereinbarungen, Einsatz von Klinikbeiräten, die Einrichtung von Briefkästen für Beschwerden in den Kliniken, Beschwerdemanagement, Patientenfürsprecher und Patientenbefragungen – sind diese in Kliniken bisher nicht verpflichtend. Betroffene seien in Gremien unterrepräsentiert, ihre Beteiligung ist freiwillig und ihre darin abgegebene Kritik muss nicht obligatorisch umgesetzt werden (LAPK, Bipolaris, BOP&P e.V.). Eine solche Beteiligung sieht weder die adäquate Finanzierung von Betroffenen vor (ebd.), noch werden Anreize geschaffen, MitarbeiterInnen dafür frei zu stellen.

### ***8.5 Einbezug von Angehörigen***

Das Kapitel beginnt mit einer Diskussion der Rolle der Angehörigen für die Behandlung aus der Perspektive von SelbsthilfevertreterInnen (8.5.1). Wie die Umsetzung des Angehörigeneinbezugs in den untersuchten Kliniken erfolgt, wird in den Unterkapiteln 8.5.2 bis 8.5.5 besprochen. Anreize und Hemmnisse und strukturelle Rahmenbedingungen für die Umsetzung werden zum Schluss im Kapitel beschrieben (8.5.6).

Zuvor noch eine Anmerkung, die sich aus einer Rückmeldung zum Projektbericht ergibt. Die interviewten VertreterInnen der Angehörigenvereine sind der Krankenhausbehandlung und auch der psychiatrischen Versorgung gegenüber sehr kritisch eingestellt und sie haben klare Vorstellungen darüber, wie sich die Versorgung weiterentwickeln sollte. Diese Kritik und entsprechende Empfehlungen liegen häufig auch schriftlich, öffentlich zugänglich, auf Flyern, in offenen Briefen und auf den entsprechenden Internetauftritten vor. Bei der Durchsicht der Vorfassung dieses Projektberichts kam von einer Vertreterin des Angehörigenvereins die Rückmeldung, dass der Bericht nicht die Versorgungsrealität widerspiegelt, wie sie von den Angehörigen, die in den Angehörigenorganisationen Rat suchen, wahr genommen wird. Es fehle dem Kapitel eine Einführung, in der betont wird, dass im Projektbericht Kliniken vorgestellt werden, die auf gutem Weg sind einen Großteil der Kritik der Angehörigen einzulösen. Dies gelte jedoch nicht, nach Wahrnehmung der Angehörigen, für den größten Teil des Versorgungsgeschehens in Deutschland.

### **8.5.1 Die Rolle von Angehörigen für die Behandlung aus der Perspektive von interviewten SelbsthilfevertreterInnen**

#### *Angehörige als Kompensation, was Versorgung nicht leisten kann?*

Angehörige werden als Potential für die Versorgung und Verbesserung der Behandlung gesehen, gleichzeitig wird davor gewarnt, dass Angehörige kompensieren müssen, was das öffentliche Gesundheitssystem nicht leisten kann, aber müsste (BAPK; LAPK; 21\_A2; 13\_A1).

Während Wartezeiten und Übergängen zwischen den Behandlungen oder wenn PatientInnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch nicht wieder 'alltagskompetent' sind oder in anderen Phasen und aus anderen Gründen springen Angehörige als Unterstützer ein (LAPK; 21\_A2). Die interviewte VertreterIn des BAPK formuliert dies kurz mit:

„Alles was [vor und] nach dem Krankenhaus kommt, muss die Familie auffangen“ (BAPK\_1).

Eine solche 'Kompensationsleistung' kann sowohl positive, als auch negative Erfahrungen für Angehörige mit sich bringen (vgl. LAPK)

#### *Angehörige als Informationsträger bezüglich des Krankheits- und Behandlungsverlaufs*

Bei der Sammlung unterschiedlichster Informationen über den Verlauf einer Erkrankung einer Person, können neben dem Patienten, den ambulanten Behandlern und ggf. anderen, die Angehörigen ihre Perspektive beitragen (LAPK). Oftmals liegen wertvolle Erfahrungen vor, was in der Behandlung wirkt und auch was unverträglich ist (06\_A1). Angehörige wollen hier gehört werden, was aber nicht immer der Fall ist (ebd.; LAPK).

#### *Angehörige als Teil eines familiären Gesamtsystems, dessen (gemeinsames) Verstehen zur Genesung beiträgt*

Am wesentlichsten jedoch sei, so betont eine InterviewpartnerIn: „Für die Genesung ist das

Verstehen mit der Familie entscheidend“ (LAPK\_3)

Die Behandler sollen aktiv und mit Empathie auf die Familie und das familiäre System eingehen (LAPK\_3.).

*Der Wunsch nach Unterstützung bei der Rollenfindung in Bezug auf die Erkrankung und dem Balanceakt von Nähe und Distanz, Umgang mit Angst, Verantwortungs- und Schuldgefühlen*

Ihre Geschichte, ihre Nähe und emotionale Verbindung von Angehörigen sind Grund dafür, dass sie die Krisen psychisch Kranker mit beeinflussen, sie können auch dabei behilflich sein sie früh zu erkennen und begleiten zu helfen (13\_P\_2; 21\_A\_2;). Dies kann eine hohe Verantwortung und Belastung bedeuten, Angst und Schuldgefühle verursachen (LAPK; 06\_P&A\_1). Gefühle und Belastungen, bei denen sich Angehörige die Unterstützung von Therapeuten wünschen, z. B. auch durch gemeinsame Gespräche mit dem/r PatientIn (LAPK\_3).

Allgemein in der Rollenfindung der Angehörigen, was sie in welcher Situation und Lebensphase zur Genesung beitragen wollen und können, wünschen sie sich professionelle Unterstützung (vgl. ebd.). Die Verantwortung soll nicht zu groß werden und zwischen verschiedenen Extremen von Rückzug und Kontrolle, wäre es auch nicht zielführend zu einem KotherapeutIn zu werden (LAPK).

Die Unterstützung durch Angehörige setzt zum einen voraus, dass diese Zuwendung von allen Beteiligten gewollt wird (BPE\_1). Dies kann erschwert werden, da die frühere oder gegenwärtige enge Beziehung von Angehörigen schwere Krisen und eine hohe emotionale Beanspruchung für alle Beteiligten hervorrufen und z. T. auch physische Bedrohung in diesen Beziehungen eine Rolle spielen kann (25\_A1, A2; 13\_A1; 21\_A; 22\_P; LAPK). Die Krankenhausbehandlung kann und soll unterstützend wirken Formen von Nähe und Distanz und Beziehungsarbeit zwischen Angehörigen zu finden (13\_A1; LAPK).

Die räumliche Distanz von Angehörigen durch die Behandlung im Krankenhaus wird in manchen solchen Fällen von verschiedenen Beteiligten als große Hilfe empfunden (25\_A\_1, 2), in anderen Konstellationen wird diese Distanz als hoch problematisch (als „Supergau“) – wie dies in den Interviews für als mögliche Situation von jungen Eltern veranschaulicht wurde (38). Für Zweiteres, so die VertreterInnen von Selbsthilfeorganisationen, sollten verschiedene Konzepte der 'Familienzusammenführung' verbessert werden, wie Räume zur Begegnung von Eltern und jüngeren Kindern und für Paare oder die Möglichkeit der Behandlung zu Hause (LAPK, BOP & e.V.).

*Der Wunsch nach Unterstützung durch TherapeutInnen Konflikte zwischen Angehörigen – Vermittlung und Kompensation durch TherapeutInnen und Behandlungsvereinbarungen*

Wenn der/die Behandelte nicht möchte, dass seine Angehörigen einbezogen werden, können sich die Wünsche von Angehörigen und PatientInnen widersprechen. Angehörige fühlen sich in oftmals selbst in einer Extremsituation, z. B. nachdem sie die psychische Krise bis zur Einlieferung ins Krankenhaus begleitet haben oder bei einer Ersterkrankung erst jetzt davon erfahren, dass ihr Angehöriger krank ist (LAPK; 25\_A1+2). VertreterInnen vom LAPK appellieren hierbei an die Vermittlungstätigkeit durch die BehandlerInnen (LAPK). Die Situation bzw. die Ablehnung des Einbezugs sollte besprochen werden, unbedingt wäre es von Nöten andere Adressen von Beratungsstellen für Angehörige zur Verfügung zu stellen (ebd.).

VertreterInnen eines Patientenverbands fordern in diesem Zusammenhang das Selbstbestimmungsrecht von PatientInnen und die ärztliche Schweigepflicht nicht außer Acht zu

lassen (BPE\_1). Die verschiedene Phasen, in denen Nähe oder Distanz zu Angehörigen von PatientInnen als förderlich oder hinderlich empfunden würde, sollten respektiert werden (BPE\_1). Behandlungsvereinbarungen für Patienten, über die Angehörige in gesunden Phasen als Vertrauenspersonen benannt werden können, werden von Patienten-, als auch Angehörigenorganisationen als gute Lösung betrachtet (BPE\_1). Angehörige fühlen sich jedoch bei dem Hinweis auf Schweigepflicht oftmals zurückgewiesen und ggf. in ihrer familiären Situation allein gelassen und ohnmächtig ausgesetzt (LAPK). Dies sollte von TherapeutInnen aufgefangen werden und sei, wenn das soziale Umfeld, Familie und Angehörige relevant sind für die Genesung, im Interesse aller (LAPK).

Der Einbezug und die Absprache und Kooperation mit Angehörigen bei der Krankenhausbehandlung kann so auf mehreren Ebenen eine Ressource sein und ist klare Forderung von Angehörigenverbänden (LAPK).

Um die Formen der Zusammenarbeit zu fördern und weiter zu entwickeln, setzen sich Angehörigenorganisationen für ihre Beteiligung auf politischer und auf Planungsebene in Form von trialogisch besetzten Kommissionen ein (BAPK, LAPK).

Wie die Beteiligung von Angehörigen in den besuchten Kliniken systematisch umgesetzt wird, soll in den folgenden Unterkapiteln beschrieben werden. Die in den Interviews genannten Rahmenbedingungen, die für die Einbindung von Angehörigen in die Krankenhausbehandlung hilfreich sind, oder sie behindern, werden abschließend diskutiert.

### **8.5.2 Einbezug von Angehörigen durch Angehörigengruppen, durch das Angebot von Angehörigenvisiten, durch Art der Dokumentation und Fortbildung**

In allen besuchten Kliniken bestanden auf verschiedenen Ebenen strukturell verankerte Angebote oder Vorgehensweisen, die den Einbezug von Angehörigen im entsprechenden Umfang gewährleisten konnten:

Durch Einhaltung von Fristen bis zur Kontaktaufnahme zu Angehörigen, das Angebot regelmäßiger Angehörigengruppen, Angehörigenvisiten und die Verankerung des Angehörigeneinbezugs durch die Dokumentationsweise und Fortbildungsangebote.

Manche Kliniken setzen klinikintern eine Frist (bis zu 48 Stunden) bis wann mit Angehörigen nach der Aufnahme von PatientInnen ins Gespräch zu kommen ist. In den meisten besuchten Kliniken finden regelmäßige Angehörigengruppen statt, die mehr oder weniger gut besucht werden. Diese sind unterschiedlich organisiert: manche in Form einer Selbsthilfegruppe, in der Einzelne ihre Sorgen und Probleme vorbringen, in anderen gibt es psychoedukative Vorträge zu interessierenden Themen (vgl. 41, 21, 22).

Eine besuchte Klinik bot regelmäßig 'Angehörigenvisiten' an (21). Eine andere Klinik möchte den Einbezug von Angehörigen u. a. durch die Art der Dokumentation verbessern, in der die Perspektiven und die Ziele der Angehörigen neben anderen regelmäßig aufgeführt werden sollen (22). Durch Dokumentations-Audits werden auf den Stationen, in der Tagesklinik und in der Institutsambulanz, Patientenakten diesbezüglich ausgewertet, Schwierigkeiten und Potentiale in

verschiedenen Zeitabständen diskutiert (22\_MPf, 22\_TB).

Auch durch Gesprächsleitfäden oder entsprechende Formulare bei der Aufnahmesituation, durch die der Informationswunsch gegenüber Angehörigen, Beziehungskonstellationen und unterschiedliche Perspektiven abgefragt werden, wird der Einbezug von Angehörigen systematisiert. Damit können ggf. widersprüchliche Interessen von Angehörigen und Patienten bezüglich der Informationsweitergabe früh geklärt oder Schweigepflichtentbindungen der Klinikmitarbeiter gegenüber der Angehörigen vorgenommen werden (vgl. 16).

Die Mitarbeiter einer Klinik geben an die Arbeit mit Angehörigen hätte sich durch Fortbildungen bzw. Zusatzqualifikationen in der systemischen Therapie verbessert (39\_MPf).

### **8.5.3 Finanzielle Anreize für Angehörigenarbeit, insbesondere für persönliche und telefonische Beratungsangebote**

Der Bedarf an Beratung und Gesprächen mit Angehörigen wird offensichtlich bei Angeboten, die dafür Raum schaffen, so wie beim Aufnahmezentrum der besuchten Klinik in der Schweiz. Eine 24-Stunden besetzter Telefonservice und Gespräche im genannten Zentrum werden von Angehörigen in großem Umfang genutzt. Finanziert werden kann dies durch die im Schweizer Krankenhausfinanzierungssystem verankerte Leistungen des Kantons, durch Kassenleistungen alleine kann dieses Angebot formal finanziell nicht abgedeckt werden (41\_MPs).

### **8.5.4 Einbezug von Angehörigen durch die Behandlung zu Hause und im Lebensfeld**

Eine Krankenhausbehandlung zu Hause hat für Angehörige Vorteile:

- Angehörige werden als Teil des Behandlungssettings wahrgenommen und einbezogen.
- Angehörige haben für ihre Sorgen um den kranken Angehörigen einen direkten Ansprechpartner, der Hausbesuche macht und in der Situation zu Hause unterstützend wirken kann. Auch dadurch fühlen sich Angehörige in Notfallsituationen sicher (38, 06)
- Angehörige fühlen sich durch Krankenhausbehandlungen zu Hause insbesondere bei PatientInnen unterstützt, die sich nur zu Hause und nicht im Krankenhaus behandeln lassen wollen, aber auch durch Hausbesuche bei mutmaßlich kranken, aber therapieunwilligen Verwandten und PartnerInnen (06, 21\_A).

Es werden auch Gefahren genannt, die die Krankenhausbehandlung durch Hausbesuche mit sich bringen kann:

- Angehörige sollten nicht für Leistungen aufkommen (wie z. B. Vollzeitbetreuung), die das Krankenhaus durch das Angebot von Hausbesuchen nicht erbringt.

Zu berücksichtigen ist, dass es auch von der grundlegenden Ablehnung von Angehörigen gegenüber Hausbesuchen berichtet bzw. die Ablehnung 'die Klinik' und ihre Mitarbeiter ins bis dahin 'geschützte' zu Hause zu lassen (21\_Trialog). Angebote sollten deshalb nicht für alle sein, sondern den Bedürfnissen entsprechend.

Die genannten Vorteile und Bedenken für Hausbesuche sollen im Folgenden ausgeführt werden.

*Angehörige werden als Teil des Behandlungssettings wahrgenommen und einbezogen*

Falls PatientInnen und Angehörige zu Hause zusammenleben, wird der Einbezug von Angehörigen in die Behandlung, wenn diese zu Hause stattfindet, vor andere Anforderungen gestellt. Die Perspektive der Angehörigen ist den TherapeutInnen in anderer Weise und ggf. in größeren Zeitabschnitten präsent und kann damit leichter in die Behandlung einfließen (38, 06, 40). Daneben werden bei gemeinsamen, sich auch ungeplant ergebenden Gesprächen Potentiale und Konflikte zwischen den PatientInnen und den Angehörigen sichtbar (vgl. 06\_A+P\_2). In manchen Fällen müssten Strategien entwickelt werden, um eine Gelegenheit zu finden mit dem Patienten oder der Patientin allein zu sprechen (vgl. 40\_ÄL), in anderen laufen die TherapeutInnen Gefahr in die Familie integriert zu werden (z. B. durch Einladungen zu Hochzeiten und Beerdigungen etc.) (38\_MP; 38\_MPf).

Angehörige können bei einer zu-Hause-Behandlung nicht nur bei der Medikamentengabe unterstützend einwirken oder müssen, wie z. B. Kleinkinder, vor Medikamentenmissbrauch geschützt werden (06\_A+P\_2; 38\_TB). Die Angehörigen und Familien können gemeinsam daran arbeiten Krisen früh zu erkennen, sie vermeiden helfen, oder auf sie adäquat zu reagieren (06\_P1+A1; 06\_P2+A2). Dabei kann die therapeutische Begleitung zu Hause hilfreich sein (ebd.).

*Angehörige haben für ihre Sorgen um den kranken Angehörigen einen direkten Ansprechpartner, der Hausbesuche macht und in der Situation zu Hause unterstützend wirken kann. Auch dadurch fühlen sich Angehörige in Notfallsituationen sicher (38\_A; 06\_A1,2).*

So berichtet uns die ältere Ehefrau eines Patienten, dass sie den Arzt, der sie zu Hause besucht bei Verschlechterung des Zustands ihres Mannes jederzeit anrufen kann, um einen Besuchstermin zu Hause vereinbaren. Dies betrifft auch die Sorge, dass sie mit ihrem Mann in seinen wahnhaften Phasen nicht mehr alleine (zu Hause) zu Recht kommt. Diese Sorge kann ihr durch die Beziehung zum Therapeuten, aber auch durch seine Besuche zu Hause genommen oder zumindest eingedämmt werden (ebd.).

*Angehörige fühlen sich durch Krankenhausbehandlungen zu Hause insbesondere bei PatientInnen unterstützt, die sich nur zu Hause behandeln lassen, aber auch durch Hausbesuche bei mutmaßlich kranken, aber therapieunwilligen Angehörigen (06\_A; 21\_A).*

Ein Ehemann berichtet seine Frau hätte ihn ins Krankenhaus gebracht, aber er hätte nicht bleiben wollen. Auf eine Behandlung zu Hause hätte er sich dann eingelassen, was seine Frau, so erklärt auch sie uns, sehr erleichtert hätte (06\_A). Eine andere Angehörige wünscht sich in den wahnhaften Phasen ihres Sohnes, in denen er therapieunwillig ist, Hausbesuche von TherapeutInnen, die seine Lage vor Ort einschätzen können. Außerdem hätte sie festgestellt, dass der Sohn, wenn er das Haus nicht mehr verlassen möchte, dem (telefonischen) ärztlichen Rat zur Therapie durch seinen ihn behandelnden Arzt eher Folge leistet als ihr (21\_A1).

*Angehörige sollten nicht für Leistungen aufkommen (wie z. B. eine Vollzeitbetreuung), die das Krankenhaus durch das Angebot von Hausbesuchen nicht erbringt*

So bestehen Bedenken, dass Hausbesuche im Rahmen von Sparmaßnahmen innerhalb der Krankenhausbehandlung angeboten werden sollen, die auf Kosten von Angehörigen gehen (vgl. 21\_Trialog). Andere Kritiker befürchten, dass ohne die Kooperation mit Angehörigen oder beim Fehlen von Angehörigen bei der Durchführung von Behandlungen zu Hause, Akutkranke über eine Erhöhung der Medikamentendosis zu Hause gehalten werden müssten (TB\_Sehi).



### **8.5.5 Einbezug von Angehörigen durch Förderung trialogischer Konstellationen bei der Behandlung und auf Planungsebene**

Über ihre Sorgen und Nöte, von Strategien der Bewältigung und Erfolgsgeschichten berichten Angehörige in Trialogveranstaltungen, d.h. Veranstaltungen, in denen insbesondere Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Mitarbeiter und andere Teilnehmer über interessierende Themen in öffentlichen Einrichtungen ins Gespräch kommen (21\_Trialog, siehe auch 8.4.4). Trialogveranstaltungen wurden auch in mehreren der von uns besuchten Kliniken angeboten.

Dies ist ein Forum, in dem insbesondere MitarbeiterInnen und Betroffene, verschiedene Perspektiven von Angehörigen kennen lernen können. Allerdings bemängeln Angehörige in der Trialogveranstaltung, die in Zusammenarbeit mit einer besuchten Klinik stattfindet, dass KlinikmitarbeiterInnen, v. a. ÄrztInnen, selten an den Veranstaltungen teilnehmen. Diese müssten, allerdings auch wie die anderen TeilnehmerInnen, am Feierabend und in ihrer Freizeit an den Veranstaltungen teilnehmen (21\_Trialog).

Die trialogische Besetzung in Planungsgremien und im Behandlungsteam wird von den Selbsthilfeorganisationen und – Verbänden gefordert (LAPK, Bipolaris) und wurde von wenigen der uns besuchten Kliniken umgesetzt. Auch hier gilt, dass die Umsetzung dieser Forderung im Rahmen der Studie nicht mehr systematisch überprüft werden konnte.

### **8.5.6 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für den Einbezug von Angehörigen**

Der Einbezug von Angehörigen in die Behandlung, Angehörigengruppen und Beratung von Angehörigen psychisch Kranker findet gemäß der VertreterInnen und der Öffentlichkeitsarbeit der Angehörigenorganisationen und auch laut der Aussagen von MitarbeiterInnen und Leitungen einiger Kliniken noch zu wenig statt (LAPK; 22\_ÄL; 13\_A; 21\_A; 39 MPf). Gründe dafür sei die unzureichende Finanzierung und die Abhängigkeit von der konzeptuellen Ausrichtung bzw. Prioritätensetzung jeder Klinik (41\_MPs; 22\_ÄL).

Die strukturelle Verankerung von bestimmten Angeboten und Vorgehensweisen in einer Klinik sichert den Einbezug von Angehörigen. In den hier erhobenen Daten gilt dies für die klinikinterne Einhaltung einer Stundenfrist bis zu der nach der Aufnahme Kontakt zu den Angehörigen hergestellt sein muss, für das Angebot regelmäßiger Angehörigengruppen, Angehörigenvisiten und die Verankerung des Angehörigeneinbezugs durch die Dokumentationsweise und therapeutische Mitarbeiterfortbildungen (21, 22, 39). Auch das Angebot von Hausbesuchen erleichtert den systematischen Einbezug von Angehörigen (40, 38, 06). Fehlt die strukturelle Verankerung in der Klinik, hängen Angebote für Angehörige von der Motivation einzelner MitarbeiterInnen und aber auch vom Eigenengagement der Angehörigen ab (22\_MA, LAPK).

Der Besuch in einer Schweizer Klinik, in der Beratungsgespräche und andere Unterstützungsangebote für Angehörige finanziell übernommen werden konnten, zeigte, dass der Bedarf hoch ist und diesem bei entsprechenden Ressourcen besser entsprochen werden kann (41\_MPs).

Neben der Finanzierung und der Überprüfung der Bereitstellung von Angeboten für Angehörige

von behandelten psychisch Kranken, wird deren Einbeziehung und Mitspracherecht in Planungs- und Entscheidungsgremien, aber auch in Behandlungsteams gefordert (LAPK, Bipolaris).

## ***8.6 Vernetzung der Krankenhausbehandlung mit Angeboten der psychosozialen Einrichtungen und Diensten der Gemeinde***

In den von uns besuchten Kliniken unterschied sich die Vernetzung mit den psychosozialen Einrichtungen der Gemeinde abhängig von den regionalen Bedingungen, von der Art der Vernetzung und von personellen Überschneidungen: So sind die ambulanten psychosozialen Angebote neben den Angeboten des Krankenhauses in städtischen Regionen zum Teil unüberschaubar zahlreich, aber in manchen Bereichen trotzdem lückenhaft, in den ländlichen Regionen teilweise kaum vorhanden. In den städtischen Regionen ging die funktionierende Kooperation mit ambulanten Anbietern mit einer systematisch organisierten Zusammenarbeit einher. In diesbezüglich unzureichend entwickelten Regionen begannen einige Kliniken ambulante Anbieter und Vereine selbst zu gründen, die KlinikmitarbeiterInnen besetzen in diesen Vereinen ehrenamtlich die Vorstände. Personelle Überschneidungen kommen auch durch Mitarbeiter zu Stande, die in mehreren Einrichtungen arbeiten oder schon bei unterschiedlichen Anbietern gearbeitet haben.

Die folgenden Unterkapitel widmen sich der Vernetzung der psychosozialen Anbieter zur Planung und Verbesserung übergeordneter Versorgungsstrukturen, als auch den Strategien zur personenbezogenen Vernetzung.

- Personelle Überschneidungen von Mitarbeitern in unterschiedlichen psychosozialen Einrichtungen der Gemeinde (Vereinsgründung von der Klinik aus, Doppelttätigkeiten, Kenntnis anderer Anbieter durch Arbeitsplatzwechsel innerhalb der Gemeinde)
- Systematische Vernetzung
- Finanzielle Anreize für patientenorientierte Vernetzung

### **8.6.1 Personelle Überschneidungen von Mitarbeitern in unterschiedlichen psychosozialen Einrichtungen der Gemeinde**

Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass die Vertrautheit mit der kooperierenden Einrichtung bzw. den dort tätigen MitarbeiterInnen die Vernetzungsarbeit erleichtert.

MPf: „Das kann man einfach daran sehen, dass man vorher wusste, der und der arbeitet da, aber man hatte nicht unbedingt ein Gesicht dazu, wir selber waren unbekannt. Das kann man sich vorstellen, dass eine Zusammenarbeit wenn man sich kennt und miteinander umgeht wesentlich einfacher ist.“ (16\_MPf: 13).

Vertraute Kooperationspartner innerhalb der Gemeindepsychiatrie gibt es in den besuchten Kliniken zum einen, wenn Mitarbeiter jeweils eine Stelle in zwei oder mehreren unterschiedlichen Versorgungsangeboten besetzen und so zum Beispiel (wie schon oben beschrieben) sowohl für die Ambulanz der Klinik, als auch für den sozialpsychiatrischen Dienst der Gemeinde arbeiten (16). Solche Mitarbeiter sind in beiden Einrichtungen bekannt und können eine Brückenfunktion

einnehmen und so die Zusammenarbeit ggf. verbessern.

Solche personellen Überschneidungen kommen auch in Kliniken vor, die zur Verbesserung von psychosozialen Angeboten der Gemeinde selbst entsprechende Vereine zum Ausbau von z. B. Wohn-, Fortbildungs- und Arbeitsangebote, Antistigma- und Öffentlichkeitsarbeit etc. gegründet haben und damit MitarbeiterInnen der Klinik sind, aber auch Vorstand oder MitarbeiterInnen im Verein (06, 38, 39).

In einer anderen Klinik berichtet man, dass es gängig sei, dass die MitarbeiterInnen innerhalb der Gemeindepsychiatrie ihre Arbeitsplätze wechseln, um damit Abwechslung und verschiedene Einblicke in die Versorgungsarbeit zu erhalten. Damit gäbe es MitarbeiterInnen, denen auch deshalb ein Perspektivenwechsel und ein Mitdenken im Sinne der kooperierenden Einrichtungen gelänge (22\_MPf\_2; 22\_TB).

### **8.6.2 Systematische Vernetzung der Klinik mit anderen psychosozialen Einrichtungen und Diensten innerhalb der Gemeindepsychiatrie**

Die wachsende Unüberschaubarkeit von Einrichtungen erfordert neben vorhandener personeller Überschneidungen von verschiedenen psychosozialen Einrichtungen jedoch zusätzlich eine „systematische“ Vernetzungsarbeit (22\_ÄL; 22\_MPf. Damit werden auch Angebote von Einrichtungen in die Vernetzungsarbeit integriert, die neu sind und die den MitarbeiterInnen der Klinik bisher noch nicht bekannt waren (ebd.). Alle besuchten Kliniken berichten von regelmäßigen Treffen mit anderen Einrichtungen, hierbei geht es um die Vernetzung allgemein, aber auch um die patientenorientierte Vernetzung. Wie im folgenden Zitat deutlich gemacht:

MS1(w): Also erst mal über direkte Kontaktaufnahme aber wir haben auch immer einmal in der Woche Donnerstags das wir uns treffen mit den unterschiedlichen Einrichtungen, da kommen welche von [Aufzählung von drei Vereinen], den sozialpsychiatrischen Einrichtungen, da kommen aber auch Pflegedienste, die sind auch ganz wichtig, von der Ergotherapie sind auch welche dabei wo man einfach auch mal allgemeine nachfragen kann was ist eigentlich mit Patienten xy . Habe irgendwie lange nichts mehr gehört. Läuft es da irgendwie oder läuft es nicht oder wenn man eben sagt: Da haben wir jetzt da müssen wir jetzt ein Pflegedienst hin. Die Medikamenteneinnahme klappt nicht, dass das irgendwie so hergestellt wird also so das ist immer so ein Forum wo man einfach noch mal einfach sich so Rücksprache halten kann, wo man hinkommen kann auch. Das ist so ein bisschen offen da geht jeder immer so hin wie er auch Zeit hat. Ja und wenn man eben auch grad viel anliegen hat dann ist das immer ein guter Ort dort hinzukommen oder man muss sich dann eben noch mal zusammen setzten und noch mal extra ausarbeiten [...] irgendwie [...] noch mal sein Extra- Termin verabreden (06\_RB-MS\_1: 86)

### **8.6.3 Finanzielle Anreize für Patientenorientierte Vernetzung**

In den mit IV- und Regionalbudget finanzierten Kliniken konnte die Vernetzung verbessert werden. So wurden einer Klinik die niedergelassenen Psychiater in den IV-Vertrag eingebunden. Für IV-Patienten müssen schneller Termine vergeben werden und wird mehr Zeit zur Verfügung gestellt. Dafür bekommen niedergelassene Ärzte für jeden IV-Patienten eine Aufwandsentschädigung (vgl. 38). Daneben wird die Vernetzungsarbeit mit den Ärzten und mit anderen Anbietern honoriert, was bei der Regelfinanzierung nicht der Fall ist (38\_ÄL).

Ähnlich wird uns dies in der Regionalbudget finanzierten Klinik berichtet. Seit dieser

Finanzierung kann die Abstimmung und die Zusammenarbeit bei der Behandlung von PatientInnen innerhalb der Gemeindepsychiatrie aufwendiger, passgenauer aber auch experimentierfreudiger organisiert werden. Während vor dieser Finanzierung ein Mitarbeiter versuchte Schwerkranke nach Hause zu begleiten und zu halten, kann dies jetzt im Team erfolgen (06).

#### **8.6.4 Strukturelle Rahmenbedingungen, Anreize und Hemmnisse für die Vernetzung der Krankenhausbehandlung mit psychosozialen Einrichtungen und Diensten der Gemeinde**

Die Vernetzung der Klinik mit psychosozialen Einrichtungen und Dienste der Gemeinde ist abhängig von den Bedingungen der Regionen, insbesondere der Anzahl der Angebote und der dortigen Vernetzungstradition (25, 27, 06, 39, 38, 16). Verbessert wird die Vernetzung wenn sich die Akteure gut kennen, dies wird u. a. dadurch gewährleistet, wenn einzelne MitarbeiterInnen in mehreren Einrichtungen tätig sind oder waren (ebd.).

Auch eine formale Systematisierung der Vernetzungsarbeit, bei der diese als Aufgabenbereich konkret und flächendeckend von dafür abgestellten MitarbeiterInnen vorgenommen wird, wird von den Interviewten als hilfreich erachtet (22).

Bei regelfinanzierten Kliniken würden für die Vernetzungsarbeit zu wenig Ressourcen zur Verfügung stehen (38\_ÄL), ihre Einhaltung nicht von entsprechenden Stellen überprüft. Im Gegensatz dazu, wird in den Interviews festgestellt, dass die Vernetzungsarbeit durch die IV-Finanzierung oder durch die Finanzierung mit Hilfe des Regionalbudgets auf verschiedenen Ebenen deutlich verbessert worden sei (38, 06).

### **9. Schlussfolgerungen aus der qualitativen Studie**

In den Kapitel 7 und 8 wurden die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung dargestellt.

Die beiden zentralen Forschungsfragen sollten damit beantwortet werden. Diese waren:

- Welche Organisationsformen und Prozesse sind besonders geeignet, eine hohe Behandlungs- und Versorgungsqualität sicherzustellen?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen diesen Organisationsformen und Prozessen und dem dahinter stehenden Finanzierungsmodell?

Im Fokus der Ergebnisdarstellung stand, wie die Umsetzung verschiedener Qualitätsziele in den besuchten Kliniken erfolgte. Diese Qualitätsziele, wie sie sich aus dem Datenmaterial erschlossen, waren:

- Lebensfeldbezogene und personenzentrierte Krankenhausbehandlung am Beispiel Aufnahmen und Entlassungen
- Lebensfeldbezug während der Behandlung
- Personelle und räumliche Behandlungskontinuität
- Personenzentrierung durch Kommunikation und Mitbestimmung
- Einbezug von Angehörigen

- Vernetzung der Krankenhausbehandlung mit Angeboten der Gemeindepsychiatrie

Durch die ausführliche Darstellung der Umsetzungsweisen von Qualitätszielen wurde deutlich, dass es verschiedenste Organisationsformen und -Prozesse gibt, um die Ziele umzusetzen und dass Kliniken hierbei unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Die Schwerpunktsetzung hängt zum einen von den Ideen und der Prioritätensetzung der Leitung ab und von Interessengruppierungen, von denen diese abhängig ist, wie MitarbeiterInnen, andere Abteilungen, Verwaltung der Klinik, Kassen, Trägerverbund, Interessen der Regionalpolitik etc. Zum anderen ist sie abhängig von den Ressourcen die für eine Umsetzung zu Verfügung stehen, wie unten ausgeführt.

Die Kliniken machten sich bei der Umsetzung dieser Qualitätsziele folgende organisatorische Strategien zu Nutze, die auch von der Art der Finanzierung abhängig sind:

- „Gesamtkonzeptionen“
- „Organisatorische Eigenleistung“
- Sonderorganisationen/-Stellen
- Persönlich verantwortete Leistungen von einzelnen Mitarbeitern

„Gesamtkonzeptionen“, die in der ganzen Organisation umgesetzt werden können, werden mit Regionalbudget oder IV-finanziert. Integrierte Versorgungsprojekte sollen hier trotz der ausschließlichen Behandlung von wenigen Diagnosegruppen und nur von Versicherten der Vertragskassen hinzugezählt werden, da alle oder relativ viele Teile der Organisation betroffen werden, bzw. die Organisation im Querschnitt betroffen wird. Bezeichnend sind hierbei sich häufende Aussagen in den Interviews, wonach bestimmte Qualitätsziele seit der 'neuen' Finanzierungsform endlich, viel einfacher oder im 'großen Stil' umsetzbar sind.

Auch bei der „organisatorischen Eigenleistung“ ist die ganze Organisation betroffen, aber die Eigenleistung wird weitgehend im Rahmen der Regelfinanzierung durchgeführt. Als sinnvoll erachtete Behandlungskonzepte werden in der gesamten Organisation, von Mitarbeitern und Leitungen umgesetzt. Mitarbeiter, wie Leitung identifizieren sich stark mit der Konzeption und sprechen für ihre Einrichtung als Ganzes. Flexibilität der Organisation, Vorteile für PatientInnen und/oder die Attraktivität des Standorts für MitarbeiterInnen werden gelobt. Die „organisatorische Eigenleistung“ ist v. a. in Regionen machbar, die schon eine, in diese Richtung weisende Behandlungstradition haben, in Versorgungsgebieten, die überschaubar sind und in denen die ärztlichen Leitungen sich mit wenigen Interessengruppierungen auseinandersetzen müssen, die gegenläufige Auffassungen vertreten. Insbesondere bei hoher Auslastung stößt die „organisatorische Eigenleistung“ schneller an Grenzen, als die „Gesamtkonzeption“. Nachvollziehbar und interessant ist, dass die Ärztliche Leitung bei der Interviewfrage „Was würden Sie wie umsetzen, wenn Sie ein Budget hätten?“ weitreichendere Konzeptideen für die Umsetzung von Qualitätszielen entwickeln, als sie durch die „organisatorische Eigenleistung“ umgesetzt werden (können?).

Sonderorganisationen und Sonderstellen beruhen oft auf Absprachen mit Trägern, Kassen oder staatlichen bzw. städtischen Finanzgebern. Sie werden oftmals als befristete Experimente 'beantragt', und durch Umschichtung hausinterner Gelder und/oder Sonderabsprachen mit

Kassen und Trägern finanziert. Sie werden relativ unabhängig von der restlichen Krankenhausorganisation durchgeführt, das heißt die Organisation als Ganzes wird dadurch wenig betroffen. Sonderorganisationen/–Stellen werden oftmals aufgrund eines sich im Behandlungsalltag zeigenden Bedarfs, sowie als brisant erachtete Aufgaben insbesondere an den Schnittstellen entwickelt. Die in manchen Kliniken etablierten Hometreatmentteams, die als eigene Organisationseinheit arbeiten, sollen hier zu diesen Sonderorganisationen gezählt werden. Vorteil ist, dass die organisatorische Umstellung nicht alle Mitarbeiter in Mitleidenschaft zieht. Diese Teilprojekte sind teilweise durch Eigenengagement der Mitarbeiter „von unten“ oder durch hochmotivierte Teilnahme nach Anregung „von oben“ entstanden. Es besteht die Gefahr, dass Sonderorganisationen relativ unabhängig voneinander agieren oder nicht im Budget vorgesehener Mehraufwand entsteht, um die Durchlässigkeit von Konzepten und Organisationseinheiten zu gewährleisten.

Qualitätsziele werden auch durch persönlich verantwortete Leistungen von einzelnen Mitarbeitern mehr oder weniger informal umgesetzt. Die Leitungen überlassen diese Einzelleistungen im Bedarfsfall der Motivation ihrer Mitarbeiter, da die Rahmenbedingungen die organisationsübergreifende Umsetzung dieser Leistungen aus verschiedenen Gründen nicht zulässt (vgl. 21, 25). Manche Leitungen erinnern ihre Mitarbeiter an die Möglichkeit ihres Eigenengagements in bestimmten Bereichen (21). Patientenorientierte Behandlung ist möglich, aber ggf. „nur“ im Bedarfsfalls. Maßnahmen werden nur durch einzelne Kollegen, aber nicht notwendig von der gesamten Organisation mitgetragen. Die Umsetzung wird nicht als Leitungsaufgabe gesehen, oder sie wird als solche gesehen, aber ohne Rückendeckung durch andere Interessengruppen (Kassen und Kostenträger, andere Fachbereiche).

Abschließend und vereinfachend kann man sagen, dass es viele Wege für die Umsetzung von Qualitätszielen gibt, diese sind von der Einrichtung, ihrer Leitung, den Bedingungen, Traditionen und Interessensgruppierungen der Region abhängig, aber maßgeblich auch von der Finanzierungsform.

## 10. Genderaspekte

### *10.1 Auf Gender abzielende Angebote*

Auf Gender abzielende Angebote in der Behandlungsorganisation und im Behandlungsalltag der besuchten Kliniken waren:

1. Mutter–Kind–Schwerpunkte/ Kombination von Schwerpunkt Gynäkologie/ Geburtshilfskunde und Psychiatrie
2. Hometreatment als bedürfnisgerecht bei Frauen, die aus verschiedenen Gründen ihre Familie und ihr zu Hause zur Behandlung nicht verlassen wollen
3. Bedürfnisangepasste Auswahl der Therapeuten (u. a. nach Genderaspekten)
4. Frauentherapiegruppen

Die Kombination und Zusammenarbeit der Fachbereiche Gynäkologie/ Geburtshilfe und Psychiatrie oder Mutter-Kind-Schwerpunkte in der Psychiatrie werden von Leitungen und MitarbeiterInnen als besonders hilfreich erachtet, da oftmals fachkompetente Leistung beider Bereiche gleichermaßen erforderlich sind. Auch Hometreatmentangebote, so betonen die MitarbeiterInnen in mehreren Kliniken, entsprechen in hohem Maße dem Bedürfnis junger Mütter (38, 40, 13). Für Mütter mit Säuglingen sei ein Klinikaufenthalt, der Mutter und Kind trenne, emotional „der Supergau“ (38\_MA). Auch aus anderen Gründen wollen Frauen und Mütter ihre Familien wegen eines Klinikaufenthalts nicht verlassen. So berichtet eine Patientin von der intensiven Pflege ihres somatisch erkrankten Sohnes, die während eines Klinikaufenthalts nicht zu leisten wäre. Das Hometreatmentangebot in einer Region wird von Frauen häufiger als von Männern in Anspruch genommen. Die ärztliche Leitung mutmaßt, dass Frauen lieber in die häusliche Situation einladen und trotz Krankheit oftmals gerne selbstbewusst und überzeugend die Rolle und Position als Gastgeberin einnehmen.

Auch Frauen mit Migrationshintergrund würden eine Behandlung während eines Hausbesuchs einem Krankenhausaufenthalt vorziehen. Für Gründe dafür liegen keine Untersuchungen vor, gemutmaßt werden kann auch hier, dass Mütter und Frauen Verpflichtungen in der Familie einhalten wollen. Erforscht werden müsste, ob für einzelne Frauen auch kulturell-religiöse Gründe eine Rolle spielen, wonach die Einladung von Gästen nach Hause, dem unbegleiteten Aufenthalt von Frauen in öffentlichen Räumen, wie Krankenhäusern, vorzuziehen wäre.

In den meisten Kliniken ist daneben die bedürfnisgerechte Auswahl der Therapeuten, auch nach Genderkriterien, möglich. Manche Kliniken bieten entsprechend Frauentherapiegruppen an, an denen nur Frauen teilnehmen und die durch weibliche Therapeutinnen geleitet werden.

Spezielle Angebote für Männer waren in den besuchten Kliniken nicht zu finden. Von Seiten einer Selbsthilfeorganisation bestand die Forderung an Kliniken, adäquate Räume für die Begegnung von kranken Eltern mit ihren jüngeren Kindern, aber auch für die Begegnung als Paar zur Verfügung zu stellen. Besonders während eines längeren Krankenhausaufenthalts sei es wichtig, dass die Beziehung zu jüngeren Kindern gehalten werden kann. Hierbei gäbe es einige Angebote für Mütter, junge Väter gerieten hier aber oftmals aus dem Blick.

Von einer Patientin wurde gewünscht, dass Frauenhygieneartikel in Bad- und Toilettenräumen des Krankenhauses ohne Nachfrage zur Verfügung gestellt würden.

## *10.2 Verteilung und Relevanz von Gender unter den Interviewgruppen*

Bei der Auswahl von Interviewpartnern haben wir keine Quotenregelung verwendet, auch wegen der geringen Anzahl innerhalb der interviewten Gruppen kann die Auswahl der Interviewpartner in Bezug auf Geschlecht nicht repräsentativ sein. Trotzdem soll die Verteilung von Gender bei den InterviewpartnerInnen hier kurz dargestellt werden. Diskutiert kann dabei werden, wer die Leitungspositionen besetzt oder sich unter MitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörigen für ein Interview zur Verfügung stellt.

<b>Gender Interview-/Berufsgruppe</b>	<b>weiblich</b>	<b>männlich</b>	<b>Von insgesamt</b>
Ärztliche Leitung	2	9	11
Pflegedienstleitung	3	3	6
Kaufmännisch-betriebswirt- schaftliche MitarbeiterInnen/ Geschäftsführer	2	9	11
OberärztInnen	1	4	5
<b>Leitende Positionen &amp; käufm. Mitarbeiter gesamt</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>33</b>
(Assistenz-)ÄrztInnen	1	4	5
Pflegekräfte	4	2	6
PsychologInnen, Sozialarbei- terInnen, ErgotherapeutInnen, Kunsttherapeutin	9	6	15
<b>Mitarbeiter gesamt</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>26</b>
Externe KooperationspartnerIn	4	1	5
PatientInnen	8	8	16
Angehörige	8	4	12
<b>Insgesamt</b>	<b>42</b>	<b>50</b>	<b>92</b>

### *Verteilung unter den Berufsgruppen und Hierarchieebenen*

So haben wir unter Ärztlichen und Kaufmännischen Leitungen und GeschäftsführerInnen jeweils 2 weibliche von jeweils 11 der interviewten Leitungen vorgefunden. Von 5 OberärztInnen und 5 Fach- und AssistenzärztInnen, die uns als besondere ExpertInnen oder Mitarbeitende in Modellprojekte vorgestellt wurden, waren 2 weiblich, 8 männlich. Das Verhältnis unter den 6 interviewten Pflegedienstleitungen war ausgeglichen. Auch wenn keine repräsentativen Aussagen getroffen werden können, so ist in unserem Interviewdatensatz die Leitungsebene und die mit den Modellprojekten betrauten Berufsgruppen mit formaler Entscheidungsmacht (ÄrztInnen) von Männern dominiert.

Unter den anderen interviewten Berufsgruppen, die formal weisungsgebunden therapeutisch und pflegend arbeiten (Pflegerkräfte, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, KunsttherapeutInnen) waren 13 weibliche gegenüber 8 männlichen von insgesamt 21 InterviewpartnerInnen.

Die Arbeitsbelastung unter Frauen und Männern wird ähnlich eingeschätzt und ist eher von der Einrichtung abhängig. Genauso war die Motivation für modellhafte Behandlungsangebote unter den Interviewten unabhängig vom Geschlecht sehr hoch.

### *Relevanz von Gender unter PatientInnen*

Die Verteilung der Geschlechter unter den interviewten PatientInnen war gleich (8:8). Die



Erkrankung wurde von einer interviewten Patientin u. a. durch sexuellen Missbrauch begründet. Auch von einem männlichen Patienten wurde sexueller Missbrauch als ein belastender Faktor und Ursache für Depression und Alkoholismus genannt. Die von den Eltern nicht akzeptierte Homosexualität wurde in einem Aufnahmegespräch als Schwierigkeit und Stressfaktor beschrieben. Eine andere PatientIn nennt u. a. die Sorge und hohe Belastung durch die Pflege ihres chronisch schwer somatisch erkrankten Sohnes als Ursache für ihre Depression. Dies wird jedoch im Interview von ihr nicht als genderspezifische Tätigkeit betrachtet. In den Fällen, in denen Gender und Sexualität als relevant für die Erkrankung genannt wurden, wurde dies als ein Faktor von mehreren, teilweise sehr vielen Faktoren, die die Situation vor einer schweren Krise erschwerten, bewertet.

### *Relevanz von Gender unter Angehörigen*

Von den 12 interviewten Angehörigen waren 8 weiblich. Insbesondere weibliche Angehörige berichten von einer hohen Belastung durch Begleitung oder Pflege ihrer kranken Angehörigen, durch Stigmaerfahrungen und die mit der Krankheit ihrer Angehörigen zusammenhängenden Sorge und Verzweiflung.

## **11. Zusammenführung der Ergebnisse des Gutachtens, der quantitativen und der qualitativen Studie**

Die Diskussion um das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie und der aktuelle Gesetzgebungsprozess haben Qualitätskriterien für die Behandlung psychischer Erkrankungen, die durch die Psychiatrie-Enquête und in der Psychiatrie-Personalverordnung formuliert wurden, in Frage gestellt. Die Psych-Entgelt-Entwicklung beschränkt sich derzeit auf ein neues Finanzierungssystem, und die Psych-PV soll nur noch bis 2016 gelten. Die Aktion Psychisch Kranke e.V. hat aus diesem Grund das Projekt „Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung“ beantragt. Basierend auf Forschung und Expertenkonsens sollten Handlungsempfehlungen für die Politik entwickelt werden, die über die Schaffung notwendiger struktureller Rahmenbedingungen die Behandlungsqualität sicherstellen sollen.

Der Zusammenhang von Behandlungsqualität und Finanzierung im internationalen Vergleich wurde im Rahmen des im Projekt vergebenen Gutachtens diskutiert.

Für Kriterien der Behandlungsqualität orientiert sich die vorliegende Studie an der Psychiatrie-Enquête und der Psychiatrie-Personalverordnung. Die Kriterien wurden mit Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention, die Projekt begleitenden Expertendiskussionen und die Ergebnisse der standardisierten Befragung an alle Kliniken Deutschlands an gegenwärtige Entwicklungen angepasst.

Die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews mit PatientInnen, Angehörigen, Klinikleitungen und MitarbeiterInnen in 11 besuchten Kliniken zeigen: eine zufriedenstellende Umsetzung dieser Qualitätskriterien wird durch eine Vielfalt von Behandlungsangeboten ermöglicht. Diese sind sowohl durch persönlich verantwortete Eigenleistungen einzelner Mitarbeiter, als auch die „organisatorische Eigenleistungen“ sowie durch Sonderorganisation und -Stellen möglich. Um entsprechende Innovationen langfristig und auch bei hoher Auslastung regelhaft gewährleisten zu

können, werden IV-Verträge und Regionalbudgets als besonders hilfreich erachtet. – Die neue Rechtsgrundlage für Modellvorhaben § 64b SGB V war zur Zeit unserer Interviews noch nicht in Kraft. – Unterschiedliche Organisationsweisen und –Prozesse sind von der Einrichtung, ihrer Leitungen, den Bedingungen, Traditionen und Interessensgruppierungen der Region abhängig, aber maßgeblich auch von der Finanzierungsform.

Daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen an die Politik, verbunden mit der Forderung über entsprechende Rahmenbedingungen die Behandlungsqualität sicherzustellen, wurden abgeleitet (siehe unter 1. und 2.).

## 12. Literatur und Quellenverzeichnis

### *12.1 Literatur*

Aichele V. Die unabhängige Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland: Hintergrund, Ausrichtung, Wirkungszusammenhang. Zeitschrift für Inklusion Nr.2/2010

Aktion Psychisch Kranke, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (1998) Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Band 99 der Schriftenreihe des BMG mit einem Vorwort von: Kauder, Vorsitzender der APK; Robbers, Hauptgeschäftsführer der DKG; Rebscher; Vorstandsvorsitzender der VdAK

Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (1999) Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung  
Band I: Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit  
„Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ Band 116  
Schriftenreihe des BMG,  
Band II: Ambulante Komplexleistungen - sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 116/II Schriftenreihe des BMG, Nomos, Baden-Baden

Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hg.) (2007) Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Aktion Psychisch Kranke e.V.; Petra Gromann (Hrsg.) (2005) Der personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung (Psychosoziale Arbeitshilfen; 11). 5. erweiterte u. akt. Aufl. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Bartlett P. The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the future of mental health law. Psychiatry 2009; 8: 496-498

Bernard, Russell (1994) *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi

Borbé R (2011) Die UN-Behindertenrechtskonvention - feste Größe in einem psychiatriepolitischen Schlingerkurs? *Psychiatrische Praxis* 38:215-217

Bruner, J (1991) *The Narrative Construction of Reality*. *Critical Inquiry*, 18. S. 1-21.

Buhr, Petra; Klinke, Sebastian (2006) : Versorgungsqualität im DRG Zeitalter: erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern, ZeS-Arbeitspapier, No. 06/2006, <http://hdl.handle.net/10419/27129>

Buitmann L (2009) Engagierte Leistungsträger übernehmen regionale Verantwortung: Regionale Versorgungsbudgets in der Psychiatrie. In: *Aktion Psychisch Kranke*, Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P (Hg.) (2009) Seite 94-98.

Bundesministerium für Justiz (1990 & 1994) Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV). <http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html>, eingesehen 19.01.2010

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1996) Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken - Projekt 1994 - 1996 im Auftrag des BMG. Schriftenreihe des BMG Band 74, Nomos, Baden-Baden

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2001) Aspekte der Implementation von Umstrukturierungskonzepten in der psychiatrischen Versorgung - Abschlussbericht der Projektgruppe „Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie“. Band 138, Schriftenreihe des BMG Nomos, Baden-Baden

Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) (2006) *Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System*. [Ohne Ort]

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2012) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012. In: *Nervenarzt* 2012, 83: 1209-1210

Dunkelberg, S (2005) Wie gut ist eine qualitative Studie? 10 hilfreiche Fragen für den Leser von Aufsätzen. In: *Zeitschrift für Allgemeine Medizin* 2005, 81: 248-252

Flick, Uwe (2005) *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, 3. Auflage. Rowohlt's Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg

Für alle Fälle e.V., Deiters, R.; Lorenz, A.K.; Russo, J.; Scheibe, F. (2007) *Aus eigener Sicht*.

Erfahrungen von NutzerInnen mit der Hilfe. Evaluations- und Praxisprojekt „Personenzentrierte Hilfe aus Sicht der Nutzer“. Berlin

IGES Institut GmbH, Nolting HD, Hackmann T (2012) Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Abschlussbericht-öffentliche Fassung. Berlin

Klauber J et al. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2012 - Schwerpunkt: Regionalität. Schattauer, Stuttgart 2012 (Anm.: nur somatische Krankenhausversorgung)

Kunze, Heinrich (2002) Wandel durch Annäherung. Die Klinik auf dem Weg in die Gemeinde. In: Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze (Hrsg.). Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. APK-Tagungsband 28. Bonn. S. 16-33

Kunze H (1986) Administrative Psychiatrie: Über strukturelle Widerstände gegen die Realisierung gemeindepsychiatrischer Ziele. Medizin, Mensch, Gesellschaft 11, Teil 1 S. 134-141; Teil 2 S. 274-281

Kunze H, Picard W, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) (1992) Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung - von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen, Tagungsberichte Bd. 18. Rheinland Verlag, Köln

Kunze, Heinrich (1998) Qualitätssicherung und Personalschlüssel. In: D. Hell, J. Bengel; M. Kirsten-Krüger (Hrsg.) Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung. Basel. S. 72-87

Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (2002) Mit und ohne Bett - Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im gemeindepsychiatrischen Verbund. Tagungsberichte der APK Band 28, Psychiatrie-Verlag Bonn

Kunze H (2007) Personenbezogene Behandlung in psychiatrischen Kliniken und darüber hinaus - Gute Praxis und Ökonomie verbinden. Psychiatrische Praxis 34: 145 - 154. (vgl. Fußnote 1: Unterstützt und getragen von der Bundesdirektorenkonferenz sowie Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland)

Kunze H, Schmidt-Michel P-O (2007) Zur Erosion der Psych-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Nervenarzt 78: 1460 - 1464

Kunze H, Schmidt-Michel P-O (2009) Personenbezogene Behandlung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und ihre zukünftige Finanzierung. In: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P (Hg.) (2009) Seite 213- 229

Kunze, Heinrich (2009) Der Patient geht dahin wo das Geld fließt - (Fehl-)Steuerung und neue Wege in der Finanzierung der Suchthilfe. In: Regina Schmidt-Zadel; Niels Pörksen; Andreas

Heinz (Hrsg.). Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund. APK- Tagungsband 36. Bonn. S. 54-70

Kunze, Heinrich; Schmidt-Michel, Paul-Otto (2009) Herausforderungen an die zukünftige Organisation psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken und das zukünftige Krankenhaus-Entgeltsystem. In: Psychiatrische Informationen 1/2009. S. 11-18

Kunze, Heinrich; Schmidt-Michel, Paul-Otto (2009) Personenbezogene Behandlung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und ihrer zukünftigen Finanzierung. In: Aktion Psychisch Kranke, Regina Schmidt-Zadel; Peter Kruckenberg (Hrsg.). Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. APK-Tagungsband 35. Bonn. S. 213-229. (*entspricht Veröffentlichung Dies. In: Psychiatrische Informationen 1/2009*)

Kunze H, Elsässer-Gaißmaier H-P, Fegert J M, Heinz A, Schmidt-Michel P-O, Weiß P (2011) Das „St. Florian-Prinzip“ steuert die maßnahmenbezogene Finanzierung von Leistungen für psychisch Kranke – Anstehende Reformen der Rahmenbedingungen für die Finanzierung. Psychiatrische Praxis (Szene) 38: 45-50

Lamnek, Siegfried (2005) Qualitative Sozialforschung (4. Aufl.). Beltz Verlag, Weinheim, Basel  
Lave, Judith R (2003) Developing A Medicare Prospective Payment System For Inpatient Psychiatric Care. In Health Affairs. Vol 23, No 5. PP. 97-109

Leutz WN (1999) Five laws for integrating medical and social services. Lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Quarterly 77, 77-110.  
Medpac (2006) Psychiatric Hospital Services Payment System. Payment Basics. Washington.

Mayring, Phillip (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Beltz Verlag Weinheim Basel

Mayring, Philipp (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Beltz Verlag Weinheim Basel

Müller, S; Walter, H; Kunze, H; Konrad, N; Heinz, A (2012) Zwangsbehandlung unter Rechtsunsicherheit. In: Nervenarzt 2012, 83: 1142-1149 Teil 1, 1150-1155 Teil 2

Priebe, Stefan (2000) Ensuring and improving quality in community mental health care. In: International Review of Psychiatry 12, 2000: S. 226-232

Richter, Dirk (2002) Die Steuerung der stationären psychiatrischen Versorgung. Deutsche und internationale Erfahrungen. In: Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze (Hrsg.). Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. APK-Tagungsband 28. Bonn. S. 274-285

Rosenheck, M.D.; Massari, Louis M.P.H. (1991) Psychiatric Inpatient Care in the VA. Before,

During, And After DRG-Based Budgeting. In: Am J Psychiatry 148:7, July 1991. PP. 888-891

Rössler W, Salize H J (1996) Die psychiatrische Versorgung chronisch psychische Kranker - Daten, Fakten, Analysen. Band 77 Schriftenreihe des BMG. Nomos, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.

Sondergutachten 2009

Sens, Brigitte; Wenzlaff, Paul; Pommer, Gerd; von der Hardt, Horst (2010) Auswirkungen der DRG-Einführung. Die Qualität hat nicht gelitten. In: Deutsches Ärzteblatt 2010: 107 (1-2). S. 25-27.

Sens, Brigitte; Wenzlaff, Paul; Pommer, Gerd; von der Hardt, Horst (2009) DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität. Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (Hrsg.) Jet-Druck Isernhagen

Shepherd G (1984) Institutional Care and Rehabilitation. Longman, London - New York

Stein L I, Test M A (Eds.) (1978) Alternatives to Mental Hospital Treatment. Plenum Press, New York

Steinke, Ines (2012) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U, von Kardoff, E, Steinke I. (Hrsg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt's Enzyklopädie. 319-331.

Sikorski C, Glaesmer H, Bramesfeld A (2010) Quantität versus Qualität - Zum Stand der Methodendebatte in der Versorgungsforschung. Psychiat Prax 37: 322-328

Sondergutachten 1012 des Sachverständigenrates: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag 17/10323. 10.07.2012.

Strauss, Anselm L./Corbin, Juliet M. (1990): Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, Calif.: SAGE

Strauss, A., & Corbin, J. (1998) Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Strübing, Jörg (2004) Grounded Theorie. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Sweeney, A, Beresford, P., Faulkner, A.; Nettle, M.; Rose, D. (Eds.) (2009) This is Survivor Research. Ross-on-Wye, Pccs Books

Weatherly, J.; Lägel, R. (Hrsg.). 2009.

Teil II: Beispielhafte Projektdarstellungen zu neuen Versorgungsansätzen in Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. In: Dies. Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung e.V. (DgbG). Berlin

Webb, D (2012) Suizid (anders) denken. In: Verein zum Schutz vor psychischer Gewalt e.V. Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen.

Wing J K, Hailey, A M. (Eds): Evaluating a Community Psychiatric Service - The Camberwell Register 1964-71. Oxford University Press, London 1972

## ***12.2 Literatur geordnet nach untersuchten Kliniken (alphabetisch nach Namen der Klinik)***

### **Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik der Klinik Nauen**

Schütze W, Grossniklaus M, Karwinkel, U (2011) Ein neues Behandlungsmodell für Psychosen im Haveland. In: *Psychiatrische Praxis* 2011; 38 (4): 205-207

### **Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm**

Berhe, T.; Puschner, B.; Kilian, R.; Becker, T. (2005) „Hometreatment“ für psychische Erkrankungen. Begriffsklärung und Wirksamkeit. In: *Der Nervenarzt* 7, 2005: S. 822-831

Munz, I.; Ott, M.; Jahn, H.; Rautscher, A.; Jäger, M.; Kilian, R.; Fräsch, K. (2011) Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung („Hometreatment“). In: *Psychiatrische Praxis* 38, 2011: S. 123-128

Gühne, Uta; Weinmann, Stefan; Arnold, Katrin; Atav, Esra-Sultan; Becker, Thomas; Riedel-Heller, Steffi (2011) Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 38, 2011: S. 114-122

### **Johanniterkrankenhaus Geesthacht**

Heißler, M.; Mucha, C. (2004) Arbeit und Zuverdienst auf der Basis von Ergotherapie als Eckstein kommunaler Psychiatrie. In: *Die Zukunft hat begonnen - Personenzentrierte Hilfen Erfahrungen und Perspektiven. Tagungsbericht Kassel 2003* R. Schmidt-Zadel; H. Kunze, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) Psychiatrie-Verlag Bonn: S. 309-320

Heißler, M. (2010) Community-Living durch Arbeit und Zuverdienst. In: *Resi reist zum Regenbogen. Herausforderungen und Chancen für eine soziale Psychiatrie ; gestern, heute, morgen.* Kostera, Sylvia (Hrsg.). Selbsthilfekreis Lichtblick Erzhausen: S. 207-220

Heißler, M. (unveröffentlicht?) Umgestaltung der psychiatrischen Abteilung am Johanniter-

*Krankenhaus Geesthacht nach Einführung des Regionalen Budgets. S. 1–21*

*Heißler, M. (unveröffentlicht?) Raus aus dem Ghetto rein ins Leben. Eine neue Balance zwischen Krankenhauspsychiatrie und Community-Care unter Rahmenbedingungen eines Regionalen Budgets. S. 1–11*

*Heißler, M. (unveröffentlicht?) Psychiatrische Versorgung durch die psychiatrische Abteilung am Johanniter Krankenhaus Geesthacht. S. 1–20*

*Heißler, M. (unveröffentlicht?) Gerontopsychiatrische Versorgung im Kreis Herzogtum Lauenburg. S. 1–22*

*Heißler, M. (unveröffentlicht?) Die dynamisierte Behandlung der Alkoholabhängigkeit als integrierte Entgiftungs- und Motivationsbehandlung - teilstationär, ambulant, stationär, home-treatment - im Kontext des Regionalen Budgets. S. 1–30*

Krüger, U. (2010) Ein Krankenhaus macht mobil. Ulrich Krüger spricht mit *Matthias Heißler* über *multiprofessionelle Kriseneinsätze vor Ort*. In: *Psychosoziale Umschau* 3, 2010: S. 19–22  
*Heißler, M. (unveröffentlicht?) Psychiatrie (fast) ohne Betten unter den Rahmenbedingungen eines Regionalen Budgets. S. 1–13*

#### **LVR-Klinik Mönchengladbach**

*Rinckens, Stephan (2011) Personen- und lebensfeldorientierte Krankenhausbehandlung. In: Aktion Psychisch Kranke e.V.; Weiß, Peter (Hrsg.) Psychiatriereform 2011 – der Mensch im Sozialraum. APK-Tagungsband 2011. Psychiatrie Verlag Bonn: 137–145*

Knäpper; Strötges; Genc-Mat 2012. Aufnahmekonzept der LVR-Klinik [Ort]. (Unveröffentlicht)

*Knäpper [ohne Jahr]. Gemeinsame Behandlungsplanung von Anfang an (Unveröffentlicht)*

#### **Maria-Hilf-Krankenhaus Krefeld: Integrative Psychiatrische Behandlung (IPB)**

*A. Bechdorf, M. Skutta, A. Horn (2008) Prozesskosten - Wirksamkeit und direkte Kosten multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Akutbehandlung. In: Professionelles Management im Krankenhaus: Erste Hilfe für leitende Ärztinnen und Ärzte. H. Kirchner; W. Kirchner (Hrsg.). Thieme-Verlag Stuttgart. S. 180–193*

Bechdorf, A.; Skutta, M.; Horn, A. (2011) Psychiatrische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett – Klinische Wirksamkeit von „Home Treatment“ am Beispiel der „Integrativen Psychiatrischen Behandlung (IPB)“ am Alexianer-Krankenhaus Krefeld. *Fortschr Neurol Psychiatr* 79 (1), 2011: 26–31

Horn, Andreas (2002) Integrative Psychiatrische Behandlung am Alexianer-Krankenhaus in Krefeld - Klinische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett. In: Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze (Hrsg.). Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im



Gemeindepsychiatrischen Verbund. APK-Tagungsband 28. Bonn. S. 294–310

Melchinger, H.; Holler, G.; Horn, A.; Skutta, M. (2003) Integrative Psychiatrische Behandlung (IPB) als neue Form psychiatrischer Krankenhaus-Akutbehandlung ohne Bett. Ergebnisse eines Modellprojektes am Alexianer-Krankenhaus Krefeld. Hannover/Krefeld.

### **Psychiatrische Dienste Thurgau, Schweiz**

Gebhardt, Ralf-Peter; Lüthi, Regula; Hurst, Marko; Dammann, Gerhard (2012) Kantonsbericht ZUPE z.Hd. Kantonsärztlicher Dienst. Evaluation des ersten Jahres der Modellprojekte AAZ, ICM und PSÜB 30.9.2012. Psychiatrische Dienste Thurgau

Psychiatrische Dienste Kanton Thurgau [Jahr]. Informationsbroschüre für die Angebote

- Aufnahme- und Abklärungszentrum (AAZ)
- Intensive Case Management (ICM)
- Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB)

### **Psychiatrisches Behandlungszentrum Bremen-Nord**

Bührig, Martin (2002) Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Vom Psychiatrischen Zentrum zur Abteilungs- und Sektorversorgung. In: Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze (Hrsg.). Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. APK-Tagungsband 28. Bonn. S. 124–129

### **Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf: Integrierte Versorgung**

Karow A, Reimer J, König HH et al. (2012) Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). J Clin Psychiatry 73 (3): 402–408

Lambert M.; Naber D.; Bock T.; Meigel-Schleiff C.; Ohm, G.; Braun, M.; Bussopulus, A.; Frieling, M.; Golks, D.; Kerstan, A.; Meister, K.; Nika, L.; Rietschel, L.; van der Sande, A.; Sauerbier, A.; Schödlbauer, M.; Schöttle, D. (2010) Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen – Das Hamburger Modell. In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, Reichmann H, Roth-Sackenheim C (Hrsg.), Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 113–138

Lambert M, Bock T, Schöttle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, Bussopulos A, Frieling M, Schödlbauer M, Burlon M, Huber C, Pakrasi M, Ohm G, Sadre Chirazi-Stark M, Naber D, Schimmelmann B. Assertive Community Treatment (ACT) as part of Integrated Care versus Standard Care: a 12-month trial in patients with first- and negatively selected multiple-episode schizophrenia-spectrum disorders treated with quetiapine IR. J Clin Psychiatry 2010; 71: 1313–23.

Meigel-Schleiff, C.; Ohm, G.; Lambert, M.; Bock, T.; Naber, D. (2009) Voraussetzungen: Transparenz und Vertrauen. Das Hamburger Modell IV-Psychose - ein Erfahrungsbericht In: KU

Sonderheft Integrierte Versorgung, 2009: S. 41–45

Ohm, G.; Lambert, M. Weatherly, J.N. Assertive Community Treatment psychotischer Patienten. (2009) In: *Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik*. John N. Weatherly, R. Lägell (Hrsg.). *Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin*. S. 183–189

### **Vitos Klinik Bamberger Hof: Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH)**

Diethelm, Artur (2002) Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH) - ein Beispiel personenzentrierter Organisation psychiatrischer Akutversorgung. In: Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze (Hrsg.). *Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund*. APK-Tagungsband 28. Bonn. S. 130–143

Bornheimer, Barbara (2008) Der Hausbesuch kann auch im Park statt finden. Individualisierte psychiatrische Behandlung - Spagat zwischen Freiheit und Verbindlichkeit. In: Bohl, Jürgen; Bornheimer, Barbara; Eirund, W.; Heil, J.; Mair, Helmut; Röder, H.; Röser, Udo; Schmidt-Lellek, C. *Freiheit in der Psychotherapie*. S. 113–120.

Bornheimer B, Diethelm A. (2001) Psychiatric home treatment – a new service preferably for women (?) [abstract P280]. *Archives of Women's Mental Health*. 2001; 3 (suppl 2): 62

### **Literatur über weitere Modell- und Behandlungsprojekte**

Aldenhoff, Josef (2002) Das Kieler Modell. Integrierte psychiatrische Versorgung zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Behandlung nach Modalitäten des „Regionalbudgets“. In: Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze (Hrsg.). *Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund*. APK-Tagungsband 28. Bonn. S. 116–123

Deister, A.; Roick, C.; Zeichner, D.; Ziegler, B. (2005) Psychiatrische Versorgung. Kein Anreiz zur Fallausweitung. In: *Deutsches Ärzteblatt*, PP, 10, 2005: S. 444–445

Deister A, Forster H-J (2009) Das regionale Psychiatrie-Budget im Kreis Steinfurt- Erfahrungen aus einem Modellprojekt. In: *Aktion Psychisch Kranke*, Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P (Hg.) (2009) Seite 230– 237

Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ (2010) Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget – Ergebnisse eines Modellprojekts in Schleswig-Holstein. *Psychiatrische Praxis* 37: 335–342

Diefenbacher, Albert (2009) Allgemeinkrankenhaus als „virtueller psychiatrischer Versorgungsvektor“. Die Bedeutung der suchtpsychiatrischen Konsil-Liasontätigkeit für den Weg in das Suchthilfenetzwerk. In: Regina Schmidt-Zadel; Niels Pörksen, Andreas Heinz (Hrsg.). *Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund*. APK-Tagungsband 36. Bonn. S. 162–176

Frömmel, Helmut; Sommer, Dieter (2002) Flexibilisierte Behandlung alkohol- und medikamenten abhängiger Patienten in Kassel und die Rolle der pflegerischen Mitarbeiter. In: Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze (Hrsg.). Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. APK-Tagungsband 28. Bonn. S. 150-156

König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C (2010): Das Regionale Psychriatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. Psychiatrische Praxis 37: S. 34-42

Krack, Gabriele (2006) Hometreatment und Netzmanagement im Rahmen der Integrierten Versorgung in München. In: Aktion Psychisch Kranke; Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze; Reinhard Peukert (Hrsg.). Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden. APK-Tagungsband 32. Bonn. S. 263-268

Längle, Gerhard (2009) Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg. In: Regina Schmidt-Zadel; Niels Pörksen; Andreas Heinz (Hrsg.). Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund. APK- Tagungsband 36. Bonn. S. 292-295.

Längle, Gerhard; Röhm, Anne; Böhm-Sturm, Eberhard (2009) Schnittstelle Hausärzte. Wie binden wir die Niedergelassenen in das Suchthilfenetzwerk ein? In: Regina Schmidt-Zadel; Niels Pörksen; Andreas Heinz (Hrsg.). Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund. APK- Tagungsband 36. Bonn. S. 132-138

Lang, Armin (2009) Integrierte Versorgung für psychisch Kranke bzw. Suchtkranke - Versorgungsmodelle der Krankenkassen im Saarland. In: Regina Schmidt-Zadel; Niels Pörksen; Andreas Heinz (Hrsg.). Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund. APK- Tagungsband 36. Bonn. S. 327-337

Roick C, Deister A, Zeichner D, Birker T, König HH, Angermeyer M (2005) Das Regionale Psychriatriebudget - Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. Psychiatrische Praxis 32: 177-184

Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Heider D, Schomerus G, Angermeyer MC, König HH (2008) Das Regionale Psychriatriebudget - Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatrische Praxis 35: 279-285

Roick C, Kilian R, Matschinger H, Bernert S, Mory C, Angermeyer MC (2001) Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Psychiatrische Praxis Suppl 2: 84-90

Rosemann, Matthias (2009) Wie kann man Verbindlichkeit auch für suchtkranke Menschen erreichen? In: Regina Schmidt-Zadel; Niels Pörksen; Andreas Heinz (Hrsg.). Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund. APK-

Tagungsband 36. Bonn. S. 296–299

Schmidt-Michel, P.-O., Rieger, W-, Ullrich, A. (unveröffentlicht) Projekt Integrierte Versorgung (IV) für Psychisch Kranke - Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg und Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) - Erste Erfahrungen

Schleuning, Gabriele (2002) Die Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund. In: Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze (Hrsg.). Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. APK-Tagungsband 28. Bonn. S. 34–45.

Welschehold, Michael (2006) Betriebliche Umsetzung in einem gegliederten Versorgungssystem. In: Aktion Psychisch Kranke, Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze; Reinhard Peukert (Hrsg.). Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden. APK-Tagungsband 32. Bonn. S.337–334

### *12.3 Empirische Daten: Liste der Interviews und Protokolle, geordnet nach Kliniken und befragter Gruppe*

(06)

Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer der Aufnahme
06_RB-ÄL_2	Ärztliche Leitung	1	Protokoll
06_RB-ÄL+KL+M1-4_1	Ärztliche Leitung, Sozialarbeiterin, Psychologiepraktikantin, Ergotherapeutin, Pflegedirektorin, Geschäftsführung, Kaufmännische Leitung	50	3h 28min
06_RB-ÄL,M1-4_2	Siehe oben +Arzt und Sozialarbeiter 2	21	1h 26min
06_RB-MA_2	Arzt	14	43min
06_RB-MPf_2	Pflegedienstleitung	52	1h 40min
Insg.	9 Personen	138	7h 17min

Patienten & Angehörige

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
06_RB-P_1	Patientin	21	59min
06_RB-P+A_2	Patient und Angehörige	55	1h 10min
06_RB-P_3	Patient	14	34min
06_RB-A_1	Angehöriger im Beisein der Patientin 1	13	43min
06_RB-Fokus_1	8 Patienten als Teilnehmer	45	56min
Insg.	13	148	4h 22min

#### Außensicht

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
06_RB-SPD-Außen_1	Vertreter des SPDs	11	35min
Insg.	1	11	35min

#### Teilnehmende Beobachtung

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
06_RB_TB_1		12	Protokoll
06_RB_TB_2		2	Protokoll
TB insg.		14	
06 insg.	22	311	12h 14min; 3 Protokolle

(13)

#### Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
13_IPB-ÄL+M1,2_1	Ärztliche Leitung, 2 Oberärzte	28	1h 35min
13_IPB-ÄL+M3-6_1	s.o., Pflege, Sozialarbeiterin, Psychologin, Arzt	26	1h 40min
13_IPB-KL+M_1	Kaufmännische Leitung u.a.	16	1h
Insg.	8	70	4h 15min

#### Patienten & Angehörige

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
13_IPB-P_1	Patientin	13	57min
13_IPB-P_2	Patientin	17	48min
13_IPB-P_3a	Patientin	18	52min
13_IPB-P_3b	Email von Patientin	1	Email
13_IPB-A_1	Angehörige im Beisein der Patientin 1	18	40 min
Insg.	4	67	3h 17min

#### Außensicht

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
13_IPB-Außen_1	Fachärztin für Psychiatrie, Pth. & PAnalyse	Transkription steht aus	ca. 15min
Steht aus			
Insg.			ca. 15min

#### Teilnehmende Beobachtung

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
13_IPB-TB_1		4	Protokoll
TB insg.		4	
13 insg.	Ca. 12	Bisher 141	7h 47min; 1 Protokoll

(38)

#### Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
38_IV-ÄL_1	Ärztliche Leitung	12	s. u.
38_IV-M1+2_1	Psychologe, Kunsttherapeutin	10	s. u.
38_IV-KL_1	Kaufmännische Leitung	10	s. u.
Insg.	4	32	3h 38min

Patienten & Angehörige

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
38_IV-P_1	Patient	4	Protokoll
38_IV-P_2	Patient	5	Protokoll
38_IV-A_1+2	Angehörige des Patienten 1	9	44min
Insg.	3	18	44min

Außensicht

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
Steht aus			
Insg.			

Teilnehmende Beobachtung

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
38_IV-TB_1		1	Protokoll
38_IV-TB_2		1,5	Protokoll
38_IV-TB_4		0,5	Protokoll
38_IV-TB_5		0,5	Protokoll
TB Insg.	Psychologe, Ärztin, Pflegerkraft/Familien- therapeut., Patientin	3,5	
38 insg.	10	53,5	4h 22min; 6 Protokolle

(21)

Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
21_Regel-ÄL_1	Ärztliche Leitung	14	Protokoll

21_Regel-KL_1	Kaufmännische Ltg.	8	45 min
21_Regel-MOA_1	Oberarzt	Enthalten im 21_Regel-TB_1	Protokoll
21_Regel-MA_2	Arzt	Unvollendete Transkription	33min
21_Regel-MS_1	Sozialarbeiterin	Handschrift- liches Protokoll	Protokoll
21_Regel_MPf_1	Pflegedienstleitung der Tageskliniken	Unvollendete Transkription	1h 40min
Insg.	4	22	3h 18min

#### Patienten & Angehörige

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
21_Regel-P_1a+b	Ehemaliger Patient	51+24 + 5	1h 17min +53min
21_Regel-P_2	Patient	25	1h 30min
21_Regel-A_1	Angehörige	23	2h
21_Regel-A_2a+b	Angehörige	20 + 11	2h 5min
21_Regel-Trialog_1	Diskussion über Hausbesuche/ Bedürfnis angepasste Behandlung beim Trialogtreffen	8	Protokoll
21_Regel-Trialog_1b (Vortrag)	Vortrag zur Rückmeldung & Abgleich beim Trialog	5	Vortrag
Insg.	2 + Trialoggruppe (30)	172	7h 45min

#### Außensicht

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
21_Regel-Außen_1	Ärztin für Psychiatrie & Psychotherapie	Transkription steht aus	17min
Insg.			17min

#### Teilnehmende Beobachtung



Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
21_Regel-TB_1	Akuttagesklinik, Gespräche mit Arzt, Stationspflegeleitung, Ergotherapeutin	8	Protokoll
21_Regel-TB_2	Suchtstation, Gespräch mit der Oberärztin, Sozialarb, Ärzte & Schwestern	Handschrift- liches Protokoll	Protokoll
21_Regel-TB_3	Suchtstation	Handschrift- liches Protokoll	Protokoll
TB insg.		8	
21 insg.	11 +	202	<b>11h; 7 Protokolle</b>

(25)

Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
25_Regel-ÄL,M1-4_1	Ärztliche Leitung, (Kaufmännische Leitung, Pflegedienstleitung) Später: Sozialarbeiter, Ergotherapeut, Pflegekraft	31	2h 26min
25_Regel-MPf_1	Pflegedienstleitung	3	Protokoll
25_Regel-ME_2	Ergotherapeut	Handschrift- liches Protokoll	Protokoll
25_Regel-MPf2_1	Pflegekraft	Handschrift- liches Protokoll	Protokoll
Insg.	7	34	2h 26min

Patienten & Angehörige

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
25_Regel-P_1	Patientin	23	30min
25_Regel-P_2	Patientin	Transkription abgebrochen, da schlecht verständlich	1h 17min
25_Regel-A_1a+b	Angehörige	22 + 14	1h + 30min
25_Regel-A_2	Angehörige	Transkription	1h 39min

		abgebrochen, da schlecht verständlich	
Insg.	4	59	4h 56min

#### Außensicht

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
Steht aus			
Insg.			

#### Teilnehmende Beobachtung

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
25_Regel-TB_1	Besuch auf der Suchtstation, Übergabe; Teamsitzung/Visite Gespräch mit Schwestern	Handschriftl. Protokoll	Protokoll
25_Regel-TB_2	Besuch der Ergotherapie	Handschriftl. Protokoll	Protokoll
TB insg.			
25 insg. (fertiggestellt)	12	Bisher 93	<b>7h 22min; 5 Protokolle</b>

#### (16)

#### Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
16_Regel-ÄL_1		12	1h 42min
16_Regel-MPs_1		11	1h 17min
16_Regel_MPF_1+2		7	21 + 8min
Insg.	3	30	3h 28min

#### Patienten & Angehörige

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
16_Regel-P_1		Transkription nicht finanziert	1h 8min

16_Regel-P_2		„	46min
16_Regel-A_1		„	42min
16_Regel-A_2		„	35min
Insg.	4		3h 11min

Außersicht

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
Steht aus			

Teilnehmende Beobachtung

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
TB insg.		10 Seiten handschriftl. Protokoll	Protokoll
Insg.		40	6h 39min; 1 Protokoll

(22)

Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
22_Regel-ÄL, Pfl, KL_1	Ärztliche & Pflegeleitung, Geschäftsführer	18	2h 30min
22_Regel-MPf_2	Pflegemanager	9 inklusive Protokoll	25min (Rest ohne Aufnahme)
22_Regel-MPf_3	Pflegekraft	8	41min
22_Regel-MA_2	Arzt	19	1h 27min
Insg.	6	54	5h 3min

Patienten & Angehörige

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
22_Regel-P_1		15	1 h 10 min
22_Regel-P_2		14	1h 3 min

22_Regel-A_Gruppe		Protokoll	Protokoll
22_Regel-A_2		16	1h 36 min
Insg.		45	3h 49min

Außensicht

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
22_Regel_Außen		Protokoll	Protokoll
Insg.			

Teilnehmende Beobachtung

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
22_Regel_TB		Protokoll	Protokoll
TB insg.			
Insg.		99	8h 52min; 4 Protokolle

(39)

Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
39_Regel-ÄL, Ms_1	ÄL, ÄL Stellvertr. Pfl, Abteilungs-leiter Pflege HT, OA HT	13	2h
39_Regel-KLs_1	Vorstandsvorsitzender & Stellvertreter	7	1h 45min
Insg.	7	20	3h 45min

(40)

Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
40_Regel-ÄL_1		7	2h

40_Regel-KL_1		14	1h
Insg.	2	21	<b>3h</b>

(27)

Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
27_Regel-ÄL,KL,MS_1	3	20	3h 15min
Insg.	3	20	<b>3h 15min</b>

(41)

Klinikleitung und Mitarbeiter

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
41_Regel-MPs, MA_1	2	Transkription steht aus	2 h
41_Regel-ÄL+Ms_1	3	Handschriftl. Protokoll	20 min
Insg.	5		<b>2h 20min</b>

Selbsthilfe/-organisationen

Name des Transkripts	Ggf. Teilnehmer im Interview	in Seiten ca.	Zeitdauer
LAPK Berlin	Crämer, Weißenborn, Peschel	4,5 Seiten	1h 30min
LAPK Weißenborn	Weißenborn	3,5 Seiten	1h 20min
LAPK_Stellungnahme 2003		6 Seiten	-
LAPK_Internetauftritt			-
LAPK_Leitfaden			-
BAPK_Schliebener_Interview in Herford	Schliebener	8,5 Seiten	2h
BAPK_Schliebener_Text Entgelt		2 Seiten	-
BAPK_Schliebener_Text APK-Tagung 0711		1 Seite	-

BOP&Pe.V._1	4 Personen	8,5 Seiten	3h
BOP_2	3 Personen	3,5 Seiten	1h 30min
BOP_3	3 Personen	2 Seiten	2h
BOP_4	Sommerfest	1 Seite	2h 30min
BOP_Faltblatt_Ziele		1,5 Seiten	-
BPE-Satzung		10 Seiten	
BPE-Internetauftritt			
BPE_Interview Fricke	Fricke	17 Seiten	2h
Bipolaris_Interview	Wegener	Handschriftl. Protokoll	2h 30min
Bipolaris_Infotag 2X		Handschriftl. Protokolle	-
Bipolaris_Vortrag Vpsg-Tagung; LAPK-Fortbildung	Wegener	PowerPoint vorhanden	-
Bipolaris Selbsthilfetag im Vivantes Humboldt-Klinikum		Protokoll, Vortragsveröffentlichung	
Bipolaris_Internetauftritt			-
Bipolaris_Interview mit Aktion Psychisch Kranke		Artikel	
Dt. Gesellschaft f. bipolare Störungen (DGBS)_Internetauftritt		Internetauftritt	-
Selbsthilfegruppe-Doppeldiagnose_Interview	2 Personen	Protokoll	2h 30min
Selbsthilfegruppe-Doppeldiagnose _Auswahl-TB-Protokolle	4 Personen	Handschriftl. Protokolle	4h
Blaues Kreuz, Landesverband Berlin-Brandenburg	Gruppendiskussion Mitarbeitersitzung mit ca. 25 Personen	Handschriftl. Protokoll	1h 30min
Guttempler Berlin	Geschäftsführer Thulcke	Handschriftl. Protokoll	2h 15min
Insg.		Bisher 69	<b>28h 35min; 7 Protokolle</b>

### Insgesamt

Protokolle, Transkripte, (Selbsthilfe-) Dokumente	Ggf. TeilnehmerInnen in Interviews/Gesprächen	in Seiten	Zeitdauer aller Interviews, Anzahl d. Protokolle
ca. 100	92 Interviews in den Kliniken; ca. 20 Selbsthilfevertreter/	Bisher 1070	Bisher 96h51min; 34 Protokolle

## 13. Verzeichnis der Abkürzungen

## 14. Anhänge

Anhang 1 - Liste von 39 angeschriebenen Kliniken

Anhang 2 - Fragebogen zur Auswahl der Kliniken

Anhang 3 - Interviewleitfaden für die Leitung einer Klinik, die IV-finanziert ist

Anhang 4 - Interviewleitfaden für PatientInnen einer Klinik, die IV-finanziert ist

Anhang 5 - Standardisierter Online-Fragebogen

Anhang 6 - Gutachten Prof. Richter: Finanzierung psychiatrischer Angebote und ihre Steuerungswirkung