

Aus der
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ZfP Südwürttemberg,
Standort Zwiefalten

**AKtiV Studie - Pilotuntersuchung zu StäB im ländlichen
Raum**

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

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

vorgelegt von

Anton, Lena, geb. Tirelis

2025

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle

2. Berichterstatter: Professor Dr. B. Kreifelts

Tag der Disputation: 27.05.2025

Meinen Eltern gewidmet

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
1 EINLEITUNG	10
1.1 Stationsäquivalente Behandlung und Hometreatment	10
1.2 Einordnung von StäB im internationalen Vergleich mit Besonderheiten in Deutschland	15
1.3 Relevanz und Evidenz der StäB	17
1.4 Vorstellung der AKtiV Studie	21
1.5 StäB im ländlichen Raum	22
1.6 Fragestellung	24
2 MATERIAL UND METHODEN	26
2.1 Formale Abläufe und Datenschutz	26
2.2 Die Auswahl der Patient*innen	27
2.2.1 Interventionsgruppe.....	27
2.2.2 Die Kontrollgruppe und das Matchingverfahren	29
2.2.3 Mitbewohner*innen und Angehörige.....	31
2.2.4 Mitarbeiter*innen	32
2.2.5 Die Studienpopulation.....	32
2.3 Studienablauf und Ablauf der Befragungen.....	33
2.3.1 Studiendesign	33
2.3.2 Der Kontext und Charakter der Interviews	34
2.4 Die verwendeten Fragebögen	35
2.4.1 Übersicht aller verwendeten Fragebögen.....	35
2.4.2 Vorstellung der erhobenen Instrumente zur Erstbefragung	37
2.4.3 Vorstellung Fragebogen zur Patient*innenzufriedenheit.....	40
2.4.4 Vorstellung Fragebogen nach Entlassung	41
2.4.5 Fragebogen Angehörige/ Mitbewohner *innen	42
2.4.6 Fragebogen Mitarbeiter*innen	43
2.5.7 Struktfragebogen StäB-Team	43
2.5.8 Repräsentativität des Patientenkollektivs	44
2.5.9 Vergleich mit den Ergebnissen der Pilotstudie von 2018	44
2.5 Statistische Auswertung und Darstellung	45
3 ERGEBNISSE	46
3.1 Darstellung und Vergleich des Patientenkollektivs der Interventionsgruppe und äquivalent für die Kontrollgruppe	46
3.1.1. Altersaspekte in der Studie	46
3.1.2 Geschlecht	49
3.1.3 Hauptdiagnosen	49
3.1.4 Nebendiagnosen (psychiatrisch und somatische Nebendiagnosen)	52

3.1.5 Muttersprache/ Migrationshintergrund	54
3.1.6 Familienstand und Haushaltsgröße.....	55
3.1.7 Bildungs- und Berufsstatus.....	57
3.1.8 Voraufenthalte vor der aktuellen Behandlung	60
3.1.9 Einschätzung der Lebensqualität und des aktuellen Gesundheitszustandes mit verschiedenen Scores	62
3.2 Kennzahlen der Behandlung	67
3.2.1 Behandlungstage der Patient*innen der IG und der Kontrollpatient*innen im Vergleich	67
3.2.2 Abgerechnete OPS Leistungen der StäB Patient*innen.....	68
3.2.3 Form der Zuweisung der StäB-Patient*innen	69
3.2.4 Unterbrechung bzw. Abbruch der Behandlung von StäB-Patient*innen und Patient*innen der Kontrollgruppe	71
3.3 Darstellung und Vergleich der Zufriedenheit zwischen beiden Behandlungsgruppen ..	72
3.4 Vergleich StäB-Patient*innenzufriedenheit und OPS-Daten bzw. Kennzahlen der Behandlung	76
3.5 Darstellung und Vergleich der Angehörigenzufriedenheit und ihrer Belastung	78
3.6 Darstellung und Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit StäB	81
3.7 Auswertung des Strukturfragebogens	83
3.8 Repräsentativität des Patientenkollektivs	86
3.9 Vergleich mit Ergebnissen der Pilotstudie zu StäB von 2018	88
3.9.1. Vergleich der relevantesten soziodemographischen Daten (Alter und Geschlecht) in der Pilotstudie 2018.....	88
3.9.2. Vergleich der Hauptdiagnosen der StäB-Patient*innen in der Pilotstudie 2018 am ZfP Zwiefalten.....	88
3.9.3 Vergleich der Zufriedenheit der StäB Patient*innen in der Pilotstudie 2018 am ZfP Zwiefalten	89
4 DISKUSSION	90
4.1 Zur Methodik und zum Studiendesign	90
4.2 Zur Darstellung und Vergleich des Patientenkollektivs.....	91
4.2.1. Soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Muttersprache, Berufsstatus)	91
4.2.2. Familienstand und Haushaltsgröße.....	94
4.2.3 Haupt- und Nebendiagnosen	95
4.2.4 Voraufenthalte und Inanspruchnahme von anderen Leistungen.....	97
4.2.5 Fragebogen zum aktuellen Funktions- und Gesundheitsstatus: HoNoS; RAS_G und EQ5D5L	98
4.3 Bezüglich Kennzahlen der Behandlung.....	99
4.3.1 Behandlungstage in beiden Patientengruppen	100
4.3.2 Abgerechnete OPS-Leistungen der StäB-Patient*innen	101
4.3.2 Form der Zuweisung der StäB Patient*innen	102
4.3.3 Unterbrechung bzw. Abbruch der Behandlung von StäB-Patient*innen und Patient*innen der Kontrollgruppe	102
4.4 Zur Darstellung und zum Vergleich der Patientenzufriedenheit	103
4.5 Zum Vergleich OPS-Daten und Patientenzufriedenheit und Kennzahlen Behandlung	105
4.6 Zur Darstellung und zum Vergleich der Angehörigenzufriedenheit und ihrer Belastung	106
4.7 Exkurs Angehörigenstichprobe und Problematik dieser	107

4.8 Zur Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit	108
4.9. Zur Struktur der jeweiligen StäB-Teams am ZfP Zwiefalten und PPrt Reutlingen	109
4.10 Zur Repräsentativität des Patientenkollektivs	110
4.11 Vergleich zu vorherigen Dissertationen und zur Pilotstudie 2018	111
4.12 Schlussfolgerung und Ausblick	113
5 ZUSAMMENFASSUNG.....	115
6 Veröffentlichungen	117
7 Literaturverzeichnis.....	118
8 Anhang.....	131
8.1 Ethikantrag positives Votum.....	131
8.2 Screeningbögen Interventionsgruppe	135
8.3 Patienteninformation zur Studie.....	136
8.4 Fragebogen zur Erstbefragung („Baseline 1“)	141
8.5 Fragebogen zur Patient*innenzufriedenheit der IG („Baseline 2“).....	161
8.6 Fragebogen nach Entlassung der IG („Baseline 3“).....	166
8.7 Fragebogen zur Angehörigenzufriedenheit und zur Belastung der Angehörigen (als Beispiel der IG)	168
8.8 Fragebogen zur Struktur der StäB Teams	201
9 Erklärung zum Eigenanteil.....	204
10 Danksagung.....	205
11 Lebenslauf	207

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Verteilung der Altersgruppen in Interventions- und Kontrollgruppe.....	48
Abbildung 2 - Verteilung der psychiatrischen Nebendiagnosen in Prozent in der IG	53
Abbildung 3 - Verteilung der psychiatrischen Nebendiagnosen in Prozent in der KG.....	53
Abbildung 4 - Darstellung der Muttersprache in beiden Patientengruppen	55
Abbildung 5 - Darstellung zum Familienstand in beiden Patientengruppen	55
Abbildung 6 - Darstellung der aktuellen Haushaltsgröße auf Erwachsene	56
Abbildung 7 - Darstellung der aktuellen Haushaltsgröße auf Kinder bezogen	57
Abbildung 8 - Darstellung zum höchsten Schulabschluss.....	58

Abbildung 9 - Darstellung zur Berufsausbildung in beiden Patientengruppen	59
Abbildung 10 - Darstellung zur aktuellen Beschäftigung in beiden Patientengruppen	59
Abbildung 11 - Darstellung zum aktuellen Haupteinkommen in beiden Patientengruppen	60
Abbildung 12 - Darstellung der Anzahl an Voraufenthalten in beiden Patientengruppen	61
Abbildung 13 - Streudiagramm zur Abbildung der Gesamtzufriedenheit und der Behandlungstage der StäB-Patient*innen	77
Abbildung 14 - Streudiagramm zur Abbildung der Gesamtzufriedenheit und der abgerechneten OPS Codes der StäB-Patient*innen	78
Abbildung 15 - Darstellung und Vergleich der Mitarbeiter*innenzufriedenheit in Zwiefalten	82
Abbildung 16 - Vergleich und Darstellung der Altersgruppen zwischen den aktuellen StäB Patient*innen und den StäB Patient*innen von AKtiV insgesamt	86
Abbildung 17 - Darstellung und Vergleich der Zufriedenheit anhand identischer Fragen in der Pilotstudie 2018 und der aktuellen Studie	90

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Übersicht der verwendeten Fragebögen	37
Tabelle 2 - Übersicht zur Altersverteilung der Patient*innen	47
Tabelle 3 - Darstellung zum Alter bei Erstdiagnose	48
Tabelle 4 - Übersicht zur Geschlechtsverteilung der Patient*innen	49
Tabelle 5 - Darstellung der in der Stichprobe vorkommenden ICD-10-Diagnosen	49
Tabelle 6 - Übersicht der ICD-10 Klassifikation in Gruppen für beide Patientengruppen	50
Tabelle 7 - Darstellung der ICD-10 Diagnosen die in der Stichprobe vorkommen und ihre jeweilige Häufigkeit	51
Tabelle 8 - Übersicht über die Patient*innen mit psychiatrischen Nebendiagnosen	52
Tabelle 9 - Inanspruchnahme von anderen Leistungen in den letzten drei Monaten in beiden Behandlungsgruppen	62
Tabelle 10 - Auswertung des EQ5D5L, Einschätzung der Lebensqualität	63
Tabelle 11 - Übersicht der Skalenwerte im Honos und ihr jeweilig zugeordneter Wert	64
Tabelle 12 - Darstellung der Ergebnisse des HONOS in beiden Gruppen	65
Tabelle 13 - Darstellung der Ergebnisse des RAS-G in beiden Gruppen	66
Tabelle 14 - PSP Gesamtwerte in beiden Gruppen	67
Tabelle 15 - Darstellung der relevanten Merkmale der Behandlungstage der Patient*innen in beiden Gruppen	67
Tabelle 16 - Darstellung der relevanten Items zur OPS-Abrechnung der StäB-Patient*innen	69
Tabelle 17 - Tabelle wie Patient*innen auf StäB aufmerksam wurden	70
Tabelle 18 - Tabelle zur Kontaktvermittlung zum StäB-Team	70

Tabelle 19 - Darstellung der Zuweisungsform von StäB-Patient*innen.....	71
Tabelle 20 - Unterbrechungen und Komplikationen während der Behandlung	72
Tabelle 21 - Darstellung der Behandlungszufriedenheitswerte in Prozent	74
Tabelle 22 - Darstellung der offenen Fragen der Patient*innen der IG Zufriedenheit anhand von selbst gebildeten Kategorien.....	75
Tabelle 23 - Darstellung der offenen Fragen der Kontrollpatient*innen Zufriedenheit anhand von selbst gebildeten Kategorien.....	76
Tabelle 24 - Zufriedenheit der Angehörigen in beiden Patientengruppen im Vergleich.....	80
Tabelle 25 - Belastung der Angehörigen in beiden Patientengruppen im Vergleich.....	81
Tabelle 26 - Darstellung der Ergebnisse des Strukturfragebogens der beiden Studienzentren ZfP Zwiefalten und PPrt Reutlingen	86
Tabelle 27 - Darstellung der ICD-Diagnosen in Gruppen am StäB Kollektiv und an der jetzigen Stichprobe der AKtiV-Studie	87
Tabelle 28 - Darstellung wichtiger Kennzahlen am StäB Kollektiv im Vergleich zur aktuellen Stichprobe der AKtiV-Studie	88
Tabelle 29 - Darstellung und Vergleich der Diagnosen nach ICD-10- Klassifikation in Gruppen.....	89

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AKtiV-Studie und ACT	Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter integrierter Versorgung Assertive Community Treatment
CI	Konfidenzintervall
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
CM	Case Management
CRT	Crisis Resolution Teams
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
HT	Home Treatment
HoNOS	Health of the Nations Outcome Scales
ICD	International Classification of Diseases
ICM	Intensive Case Management
IG	Interventionsgruppe
IPB	Integrative Psychiatrische Behandlung
KG	Kontrollgruppe
M	Mittelwert
N	Stichprobengröße
ND	Nebendiagnose

N.S.	Nicht signifikant
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PP.rt	Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen
PSP-Skala	Personal and Social Performance Scale
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
RKI	Robert Koch Institut
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
Unv. Diss.	Unveröffentlichte Dissertation
ZfP Südwürttemberg	Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

1 EINLEITUNG

1.1 Stationsäquivalente Behandlung und Hometreatment

**„Der Unterschied zwischen Psychiater und Patient:
der eine hat die Schlüssel.“**

Blanche Bloor Schleppey (1861 - 1927), US-amerikanische Schriftstellerin

Mit Blick auf die stationsäquivalente Behandlung entspricht dieses annähernd ein Jahrhundert alte Zitat nicht mehr dem aktuellen Zeitgeist, denn bei der stationsäquivalenten Behandlung werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch multiprofessionelle Teams der beteiligten Kliniken im eigenen häuslichen Umfeld täglich therapiert.

Konkret bedeutet dies für die Patient*innen mindestens einen täglich zuhause stattfindenden Kontakt mit einem Behandelnden (Arzt/Ärztin, Pflegekraft oder Therapeut*in), eine wöchentlich stattfindende Facharztvisite sowie einen 24-stündigen Bereitschaftsdienst des StäB-Teams für Krisensituationen.

Die StäB entspricht hinsichtlich der Inhalte, sowie der Flexibilität und Komplexität der Therapie einer vollstationären Behandlung (Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V; Längle et al. 2020).

Die stationsäquivalente Behandlung kann in Deutschland seit dem 01.01.2018 durch psychiatrische Kliniken und psychiatrische Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung in Deutschland durchgeführt werden.

Gesetzliche Grundlage hierfür sind das *Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen* (PsychVVG § 115d SGB V), mit der der Gesetzgeber durch Änderungen des §39 sowie dem neu hinzugefügten Paragraphen 115d des SGB V die stationsäquivalente Behandlung für psychisch Erkrankte möglich macht

(Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, kurz PsychVVG vom Bundesgesundheitsministerium; Petra Bühring 2018)

Neben der akuten Krankenhausbehandlung und der längerfristigen begleitenden Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen ergibt sich dadurch die Möglichkeit anstelle der vollstationären Behandlung die Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld der Patient*innen zu erbringen (Lambert et al. 2017).

Bei Einhaltung der formalen Voraussetzungen wie Bedarfsfeststellung, Formulierung des Behandlungsziels, Prüfung der häuslichen Gegebenheiten und differenzierter Dokumentation erfolgt die Behandlung durch multiprofessionelle, ärztlich geleitete Behandlungsteams äquivalent zur Krankenhausbehandlung mit definiertem Behandlungsbeginn und -ende (I. Hauth 2017; Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung der StäB nach §115 d Absatz 2 SGB V 2017). Des Weiteren sind Vorgaben zum Ablauf der StäB zu nennen: Ein Kontakt pro Tag sowie die Beteiligung und Einbindung von mindestens drei verschiedenen Berufsgruppen in die Behandlung (Längle et al. 2022). Weitere Rahmenbedingungen der StäB wie Qualitätssicherung, Vergütung und Koordination der StäB werden im Rahmen der Selbstverwaltung und in Verhandlungen u.a. mit den Krankenkassen geregelt (I. Hauth 2017; Längle et al. 2022).

Die Besonderheit der StäB liegt in der Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten sowie in der Schaffung einer effizienten Verbindung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung weiterhin gilt. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es sich bei StäB nicht um ein ambulantes Angebot handelt, sondern vielmehr um eine aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld. Der hier beschriebene Ansatz ermöglicht eine individuellere und patientenzentriertere Versorgung, da die Behandlung direkt im gewohnten Umfeld der Patient*innen stattfindet (Längle et al. 2022). Hinsichtlich der Intensität ist StäB nicht mit einer ambulanten Behandlung vergleichbar,

sondern entspricht in etwa einer vollstationären Behandlung (H. Assison und H. Hecker 2020).

Die Möglichkeit einer ambulanten oder teilstationären Behandlung ist ein Ausschlusskriterium für StäB (S. Spannhorst et al. 2020) und damit ist eine wichtige Voraussetzung die Indikation zur stationären Behandlung.

Aufgrund der genannten Strukturmerkmale und der strengen gesetzlichen Rahmenbedingungen (gemäß §115d Abs. 2 SGB V) nimmt StäB einen Sonderstatus ein und stellt eine eigenständige, komplexe und intensive Behandlungsform dar (Längle et al. 2022). Die Frequenz und Dauer der Kontakte richten sich nicht nach festen Zeitvorgaben, sondern flexibel nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patient*innen. Ein täglicher Kontakt mit einem Behandler ist dennoch vorgeschrieben. Außerdem können in StäB sogar Leistungen (wie zum Beispiel klinische Untersuchungen) in der zugehörigen Klinik genutzt werden (DGPPN; Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bei Erwachsenen, Positionspapier 2017).

In Bezug auf Deutschland gibt es einige Besonderheiten hinsichtlich StäB. Diese Behandlungsform wird erst seit einigen Jahren in Deutschland angeboten und befindet sich, wie zuvor erläutert, noch im Entwicklungsstadium und ist noch nicht flächendeckend etabliert. Trotz der gesetzlichen Rahmenbedingungen gibt es derzeit keinen allgemein anerkannten Standard für die Durchführung und Umsetzung von StäB, da sich diese Behandlungsform noch in der Implementierungsphase befindet. Auch in der Organisation gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken, die StäB anbieten (Baumgardt 2021; Gottlob et al., 2022).

Diese Arbeit bezieht sich ausschließlich auf die StäB. Um jedoch den Unterschied zwischen StäB und den anderen Behandlungen im häuslichen Umfeld oder sog. „Home Treatment“ darzustellen, folgt nachfolgend eine kurze Darstellung der relevantesten häuslichen Behandlungsmethoden in Deutschland. Allen Formen des Home Treatments ist das Hauptziel gemeinsam, eine Krisenintervention,

medizinische Versorgung, psychosoziale Unterstützung und gezielte Therapieansätze direkt im häuslichen Umfeld der Patient*innen anzubieten.

Dies sollte auch unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes stattfinden (Widmann et al. 2016).

Erste Anfänge dieser Behandlungsmethode begannen bereits vor 25 Jahren. Schon 1996 wurde im Rahmen der „Integrativen Psychiatrischen Behandlung“ (IPB) am Alexianer-Krankenhaus in Krefeld eine häusliche Behandlungsform angewandt (Bechdorf et al. 2011).

Diese Arbeit fokussiert sich vor allem auf die primär aufsuchenden Behandlungsformen. Hier begleiten Behandlungsteams die Patient*innen während ihrer Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld, ähnlich wie es bei der StäB der Fall ist.

Ein internationaler Vergleich von StäB mit verschiedenen Arten des Hometreatment erfolgt im darauffolgenden Kapitel (siehe Kapitel 1.2).

Es gibt auch gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze, die sich auf die soziale und berufliche Integration von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen konzentrieren (Wienberg et al. 2023). Diese Ansätze umfassen das gesamte Spektrum der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, von Prävention über Akut- und Krisenbehandlung bis hin zur Rehabilitation (Stengler et al. 2015). Die genaue Ausgestaltung variiert je nach Bundesland, Region und verfügbaren Ressourcen stark.

In Baden-Württemberg gibt es gemeindepsychiatrische Zentren, die sich auf die gemeindebasierte Versorgung psychisch kranker Menschen spezialisiert haben. Diese Zentren arbeiten eng mit anderen Institutionen wie den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) zusammen und bieten zu einem geringen Anteil auch aufsuchende Dienste an.

Ebenfalls gibt es den sozialpsychiatrischen Dienst. Dieser ist ein ambulanter Dienst, der die Unterstützung und Betreuung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie deren Angehörige und Bezugspersonen anbietet. Dabei bietet er Beratung, Krisenintervention, Hilfe bei der Alltagsbewältigung und

Vermittlung von weiteren Unterstützungsangeboten an. Die Gespräche finden dabei in Beratungsstellen oder durch Hausbesuche statt (Albers et al. 2020; Zentrum für Gemeindepsychiatrie Sozialpsychiatrischer Dienst Reutlingen, Websiteinformationen 2023)

Klassisches Hometreatment (HT):

Wird definiert als eine kurzfristige und stationersetzende Behandlung im häuslichen Rahmen. Es besteht eine Indikation zur stationären Aufnahme, ebenso können Patienten mit allen Diagnosen behandelt werden. (Boege et al. 2015; Schwarz et al. 2021). Zu den Bestandteilen gehören regelmäßige Hausbesuche, eine integrierte ärztlich-psychiatrische Behandlung und die kontinuierliche sowie zeitnahe Verfügbarkeit des Personals. Beispiel dafür ist das Hometreatment am Bamberger Hof in Frankfurt (Gühne et al. 2011).

Da der Begriff "Home Treatment" je nach Definition als Oberbegriff für verschiedene Formen der häuslichen Behandlung angesehen werden kann, der teilweise ambulante Angebote sowie solche mit deutlich geringerem Umfang einschließt, ist es wichtig, die StäB eindeutig davon abzugrenzen.

Es existieren in Deutschland noch weitere Angebote zu häuslichen Behandlungsformen, diese sind aber lediglich in Modellprojekten nach §64b SGB V (Stand 2022 waren es 22 Modellprojekte) realisiert (Schwarz et al. 2022; Schwarz et al. 2021).

Ein Beispiel für ein größeres Projekt ist das Pfalzkrankenhaus in Rheinland-Pfalz, das auf 8 Jahre angesetzt ist. Hierbei soll der Übergang zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten fließend sein (Pressemitteilung „Pfalzkrankenhaus startet in neue Ära der Behandlung seelisch kranker Menschen“ von 2020).

1.2 Einordnung von StäB im internationalen Vergleich mit Besonderheiten in Deutschland

Zusätzlich zur Analyse der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen Raum ist es von Bedeutung, den internationalen Kontext zu berücksichtigen. In vielen anderen Ländern sind häusliche Behandlungsansätze bereits weitaus verbreiteter als in Deutschland. Dies bietet wertvolle Erkenntnisse und Inspirationen für die Weiterentwicklung solcher Ansätze im Inland.

Besonders im angloamerikanischen Raum (speziell den USA) wird häufig das Konzept "Hometreatment" oder "Home-based Treatment" angewendet, um Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrer häuslichen Umgebung zu unterstützen. Dieser Ansatz zielt darauf ab, stationäre Krankenhausaufenthalte zu reduzieren oder zu verhindern, indem intensive Betreuung und Behandlung direkt im Zuhause der Patient*innen erfolgen. Die Angebote im Bereich des Hometreatments können sich in mehreren Aspekten unterscheiden, einschließlich der Art der Dienstleistungen (von Krisenintervention, Sozialarbeit oder Unterstützung in der Bewältigung des täglichen Lebens), des Umfangs der Betreuung (von intensiver Betreuung mit 24h Erreichbarkeit pro Tag bis zu Erreichbarkeit nur zu ausgemachten Zeitpunkten), der Zielgruppe und der organisatorischen Struktur (Marshall und Lockwood 1998; Stein und Test 1980). Auch in Großbritannien gibt es aufsuchende Angebote, die mit StäB verglichen werden können.

ACT (Assertive Community Treatment)

Diese Behandlungsform ist besonders im angloamerikanischen Raum verbreitet und zeichnet sich durch eine niederfrequente Form aufsuchender Behandlungsangebote aus. Die Kontakte begrenzen sich auf ein- bis zweimal monatlich. Zielgruppe dieser Behandlungsform sind vor allem Patient*innen, die an chron. Erkrankungen (Bsp. Schizophrenie) leiden. ACT-Programme verfolgen dabei nicht das hauptsächliche Ziel, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, sondern versuchen Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig in ihrem

gewohnten Umfeld zu stabilisieren. Untersuchungen haben gezeigt, dass ACT die Länge von Krankenhausaufenthalten deutlich reduzieren kann (Ahrens et al. 2007).

Crisis Resolutions Teams (CRT)

CRT als Hometreatment bezieht sich auf ein spezifisches Modell der Krisenintervention und häuslichen Behandlung psychischer Erkrankungen wie es zum Beispiel in Großbritannien und Norwegen angeboten wird. Es handelt sich um ein multidisziplinäres Team, das in Notfallsituationen oder akuten psychiatrischen Krisen mobilisiert wird. Kennzeichnend für diese Behandlungsform ist die schnelle Reaktionszeit, die Koordination der Versorgung und Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachkräften. So werden stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden und die Betroffenen stabilisiert (Ruud et al. 2022; Wheeler et al. 2015).

ICM (Intensive-Case Management)

ICM stellt eine Sonderform des Case Managements (CM) dar. Das CM hat die Funktion, die Behandlung und Betreuung von psychisch Erkrankten zu koordinieren (Catherine Hangan 2006).

Die Sonderstellung bekommt das ICM dadurch, dass es gegenüber dem klassischen Case Management eine aufsuchende Behandlungsform darstellt und Versorgungslücken schließen soll. Die Fallzahlen pro Mitarbeiter*in sind deutlich niedriger als beim CM, es ähnelt insgesamt eher dem Model des ACT (Assertive Community Treatment) mit Fokus auf praktische Inhalte. Als Unterschied zum ACT fehlt die Betonung des Teamansatzes (Stengler et al. 2015). Dieses Modell ist weltweit verbreitet unter anderem in den USA, Großbritannien, Schweden, Norwegen und sogar auch in Deutschland.

Die Umsetzung und Zugänglichkeit von Hometreatment Modellen können je nach Land und Region variieren. Innerhalb der StäB zeigen sich, wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt, ebenfalls erhebliche regionale Unterschiede. Dennoch klassifizieren

einige Quellen StäB am ehesten als CRT Modell, wie es aktuell in Großbritannien angewendet wird (Längle et al. 2022; Markus Geißler 2019).

1.3 Relevanz und Evidenz der StäB

Aktuell (Stand Januar 2024) wird StäB in 11 von sechszehn Bundesländern und an 60 Kliniken angeboten, wie zum Beispiel der Uniklinik Tübingen, dem ZfP Zwiefalten, dem ZfP Weissenau, der PP.rt in Reutlingen und an weiteren Standorten wie München, Klingenmünster, Rottweil, Marburg, Gießen, Viersen, Dortmund, Bielefeld, Berlin (div.), Brandenburg und Leipzig (StäB – Aktueller Sachstand und Bericht aus dem bundesweiten Netzwerk, Längle et. al 2021; Ergänzung durch Websiteinformationen der Deutschen Krankenhausgesellschaft Stand Jan/24). Damit ist StäB noch nicht flächendeckend etabliert.

Dabei bieten häusliche Behandlungen, und im Besonderen StäB viele Vorteile für die Patient*innen, gegenüber einer stationären Behandlung.

Evidenz, die eine verbesserte Patientenzufriedenheit bei gleichwertigem Outcome einer häuslichen Behandlung belegen, gibt es schon länger, unter anderem seit den 1980er Jahren (Eisert und Schmidt, 1985; Heil et al. 1978).

Auch in aktuelleren Studien konnten diese Behandlungserfolge nachgewiesen werden. So konnten Kwok et al. 2016 in einer Übersichtsarbeit nachweisen, dass in sechs Home-Treatment-Studien die häusliche Behandlung von Kindern gleichwertig mit einer stationären Behandlung in Bezug auf Behandlungserfolge und Patientenzufriedenheit sein kann (Kwok et al. 2016).

Auch mehrere Übersichtsarbeiten bei Erwachsenen belegen dies (Stulz. et al. 2020; Widmann et al. 2016; Berhe et al. 2005; Murphy et al. 2012). So wurden in einer anderen Übersichtsarbeit von 2005 vier Studien zur Wirksamkeit einer häuslichen Behandlung analysiert, die zeigen, dass in drei Studien die Patient*innen signifikant zufriedener mit der häuslichen Behandlung waren als die Patient*innen, die stationär behandelt wurden. In der vierten Studie konnte hierzu kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Berhe et al. 2005).

Diese Tendenz findet sich ebenso in einer Übersichtsarbeit von acht randomisierten kontrollierten Studien. Hier zeigt sich, dass häusliche Behandlungen (hier ACT, eine Sonderform der häuslichen Behandlung, siehe Kapitel 1.2) für schwer psychisch kranke Menschen eine gute Alternative zur vollstationären Behandlung darstellt (Murphy et al. 2012). Hier konnte dargestellt werden, dass die Wiederaufnahmerate einer erneuten Krankenhausbehandlung durch die häusliche Behandlung um 25% (RR=0,75) im Vergleich zur regulären stationären Behandlung reduziert werden konnte. Zu diesem Schluss kamen auch schon Burns et al. in ihrer Übersichtsarbeit 2001 (Burns et al. 2001).

Die Daten einer Metaanalyse von Joy et al. zeigen, dass eine häusliche Behandlung kostengünstiger ist als eine stationäre Regelbehandlung, die Patient*innen und Angehörigen zufriedener sind und die Belastung der Angehörigen signifikant reduziert werden konnte (RR= 0.34) (Joy et al. 2006). Ebenfalls reduziert die Behandlung im eigenen Umfeld Stigmata, die Patient*innen in stationärer Behandlung erleben (Mc Garry 2019).

Ob diese These auch für Deutschland zutrifft, muss noch durch bereits laufende Studien (z.B. AKtiV) überprüft werden. Die Aussagekraft und Vergleichbarkeit internationaler Studien in Deutschland ist durch die Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems und der speziellen Finanzierung eingeschränkt.

Abgesehen von der Finanzierung und mit Blick auf den therapeutischen Erfolg, zeigt die Studie von Stutz et al. mit 707 Patient*innen, dass eine häusliche Behandlung hinsichtlich der Patientenzufriedenheit und dem Behandlungserfolg gleichwertig zu einer regulären stationären Behandlung ist (Stutz et al. 2020). Ergebnis dieser Studie ist, dass ein breites Spektrum - in Bezug auf Diagnose und Schweregrad der Erkrankung - an Patient*innen von einer häuslichen Behandlung profitieren kann. (Stutz et al. 2021).

Neben den therapeutischen Erfolgen des Home Treatment lassen sich auch spezifische Vorteile in Bezug auf StäB feststellen. So berichten Studien, dass therapeutische Maßnahmen durch einen besseren Einblick in das familiäre Umfeld individueller angepasst werden können, das Funktionsniveau der

Patient*innen besser erhalten wird und damit einhergehend die Patientenzufriedenheit steigt (S. Spannhorst et al. 2020, Boege et al. 2020, Gühne et al. 2011). Ebenfalls kann eine direkte Einbindung der Bezugspersonen (Angehörige, Nachbar*innen) in die aktuelle Behandlung leichter erfolgen und die Integration im sozialen Umfeld erhalten bleiben (G. Längle 2022; Stellungnahme Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V. 2018).

Außerdem kann StäB für Patient*innen angeboten werden, für die eine stationäre Behandlung aufgrund von Alltagsverpflichtungen (Kinder, Haustiere etc.) oder aus anderen Gründen (schlechte stationäre Vorerfahrungen) nicht möglich oder erwünscht ist und die bisher keine psychiatrische Versorgung in Anspruch genommen haben (Knorr et al. 2021; Assion et al. 2020; Längle et al. 2019,).

Besonders in Zeiten wie der Corona Pandemie (2020/2021) bietet StäB den Patient*innen die Möglichkeit einer patientenzentrierten Versorgung zu Hause und somit die Sicherheit und Geborgenheit des gewohnten Umfeldes. Die Angebote der StäB-realierenden Kliniken wurden in dieser Phase bereits ausgebaut und können auch weiter ausgebaut werden (Längle et al. 2022).

Es gibt einige Studien, die belegen, dass die Corona Pandemie und ihre Auswirkungen auf das soziale Leben für die Bevölkerung generell und speziell auch für psychisch Kranke eine erhöhte Belastung darstellt (Winkler et al. 2021; Kühner et al. 2020; Röhr et al. 2020). Es berichten 60,5% der Betroffenen, dass sie sich durch die Pandemie psychisch belastet gefühlt haben, bei 43,7% davon war eine akute therapeutische Intervention indiziert und 6% davon mussten stationär behandelt werden (Winkler et al. 2021). Dies verdeutlicht, dass in Pandemiezeiten mehr Kapazitäten für stationäre Behandlungen benötigt werden. Hier kann StäB eine sinnvolle Erweiterung der Behandlungsplätze darstellen, Ressourcen des Gesundheitssystem sinnvoll nutzen und damit einhergehend als Entlastung für die Stationen in der Psychiatrie fungieren (Herzog et al. 2021; Jahn et al. 2022). Potenziell ist jedes Bett zu Hause ein Patient*innenbett.

Dass StäB einen Gewinn für die Behandlung von psychisch Erkrankten darstellt, zeigt sich ebenfalls in der Wertung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie

und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). So wird StäB in ihrer aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ von 2018 mit hohem Evidenzgrad empfohlen (Überarbeitung 2019). Darin wird von einer Verbesserung der evidenzbasierten Behandlung gesprochen und auf positive Erfahrungen innerhalb Deutschlands verwiesen (DGPPN S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft betrachtet die StäB als bedeutende Ergänzung zu den bestehenden Strukturen und erkennt ihre Rolle als sinnvolle Behandlungsalternative an (Gemeinsamer Bericht des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. 2021).

Demgegenüber äußert sich der GKV-Spitzenverband im selben Bericht skeptisch zur StäB. Als Hauptkritikpunkte an der neuen Behandlungsform nennen sie die hohen organisatorischen Anforderungen und dass die meisten Patient*innen mehr von einer stationären Behandlung profitieren würden (Gemeinsamer Bericht des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. 2021).

Bei der Betrachtung der dargestellten Datenlage ist es wichtig, die eingeschränkte Aussagekraft der insbesondere dargestellten Studien für StäB aufzuzeigen. Denn in den meisten Fällen erfolgte keine direkte Untersuchung von StäB, sondern vielmehr eine Analyse allgemeiner häuslicher Behandlungsansätze, ähnlich dem bereits hochentwickelten Modell in Großbritannien.

Außerdem sind einige Studien wie von Berhe et al. (2005) und Murphy et al. (2015) nicht mehr aktuell, sondern liegen schon einige Jahre zurück.

In einigen dieser Studien (Murphy et al. 2015; Joy et al. 2006) wurden nur Patient*innen mit bestimmten Diagnosen (vorrangig Schizophrenie und affektive Störungen) eingeschlossen, sodass die Datenlage zu Behandlungen im häuslichen Umfeld mit anderen Diagnosen (z.B. Suchterkrankungen) gering

ausfällt. Da in StäB prinzipiell alle Diagnosegruppen behandelt werden können, können die Daten dieser Studien nicht komplett auf das Patientenkollektiv von StäB übertragen werden. Insgesamt fehlt StäB noch die „spezifische Evidenz“ (Klocke et al. 2022).

Aus diesem Grund ist eine großangelegte Untersuchung zur Bestandsaufnahme und im Hinblick auf den weiteren potenziellen Ausbau von StäB notwendig.

1.4 Vorstellung der AKtiV Studie

Die erste derartige großangelegte Untersuchung in Deutschland, ist die vom Innovationsfond geförderte AKtiV-Studie (Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung: Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB nach §115d SGB V), die als multizentrische Proof-of-Concept Studie angelegt ist (Baumgardt et al. 2020).

Die AKtiV-Studie setzt sich mit der Forschung zur Implementierung, der Wirksamkeit und den Kosten von StäB im Vergleich zur konventionellen stationären Regelbehandlung auseinander. Das Forschungsziel der Studie ist in einzelne Teilziele und Module untergliedert, die in gleicher Weise über zehn Standorte in Deutschland untersucht werden. Die Studie hat eine Laufzeit von 42 Monaten, mit Beginn im Juli 2020. Primärhypothese der Studie ist im Konkreten, dass im 12-Monatszeitraum die stationäre Wiederaufnahmerate nach StäB signifikant geringer ist als nach vollstationärer Behandlung.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich, im Rahmen der AKtiV Studie, auf die Stichprobe an einem der zehn Studienzentren, dem ZfP Südwürttemberg Standort Zwiefalten (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten).

In dieser Arbeit werden erste ausgewählte Daten der AKtiV-Studie im Sinne einer Pilotauswertung mit zentrumsspezifischer Vertiefung untersucht.

Das Einzugsgebiet des ZfP Zwiefalten variiert je nach Fachgebiet (Sucht-, Allgemein- und Gerontopsychiatrie), weist aber gemeinsame Merkmale auf. Es umfasst Teile des Landkreises Reutlingen im mittleren und südlichen Baden-Württemberg sowie die unmittelbare Umgebung von Zwiefalten und die

angrenzenden Gemeinden. Städte wie Trochtelfingen, Teile von Metzingen oder auch Pfullingen (für den Bereich Sucht) gehören zu den relevanten Orten.

Es ist jedoch zu beachten, dass weitere Gebiete des Landkreises Reutlingen, insbesondere um Reutlingen Stadt, durch die PP.rt abgedeckt werden. Somit nehmen beide Kliniken zusammen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung des Landkreises Reutlingen ein.

Versorgungsschwerpunkte des ZfP Zwiefalten sind neben der Allgemeinpsychiatrie die Gerontopsychiatrie, die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, die SINOVA-Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie und die Neuropsychiatrie.

Auf Grundlage des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 1. April 2017 wird seit Januar 2018 die StäB in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten angeboten. Durch kontinuierlichen Ausbau können dort nun 18 Patient*innen stationsäquivalent behandelt werden (Stand: Januar 2024). Dieses Gesetz ermöglicht wie bereits erläutert vollstationäre Akutbehandlungen außerhalb des stationären Settings und regelt wesentliche Grundsätze der StäB (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, kurz PsychVVG vom Bundesgesundheitsministerium; Petra Bühring 2018). Der Ausbau der StäB wirft die Frage auf, welche Herausforderungen sich insbesondere im ländlichen Raum stellen. Diese Thematik liegt jedoch außerhalb des Untersuchungsgegenstands der AKtiV-Studie.

1.5 StäB im ländlichen Raum

Im Fokus dieser Arbeit steht die Untersuchung der Patientenstichproben im ländlichen Raum. Der Standort Zwiefalten des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg fungiert als Versorgungszentrum für den ländlichen Raum in der Alb-Neckar-Region in Baden-Württemberg. Zwiefalten selbst ist eine Gemeinde und ein Dorf mit ca. 2300 Einwohnern und befindet sich im Landkreis Reutlingen,

etwa zwischen Stuttgart und dem Bodensee gelegen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg).

Die Definitionen ländlicher Räume unterscheiden sich jedoch je nach Quelle erheblich, worauf hier nicht näher eingegangen werden soll (Henkel 1995).

Alle Definitionen haben Konstanten, u.a. die geringe Bevölkerungsdichte und die Konzentration auf Land- und Forstwirtschaft, unterscheiden sich aber z.B. in den genauen Zahlenwerten der Bevölkerungsdichte. Da StäB, wie geschildert, noch nicht überall etabliert ist, stellt der ländliche Raum durch längere Anfahrtszeiten, die Größe des Einzugsgebietes und der Vernetzung (Infrastruktur) eine besondere Herausforderung in der Durchführung dieser aufsuchenden Behandlung dar (Längle et al. 2018).

Je nach Statistik und der ausgewählten Definition des ländlichen Raums, kann man davon ausgehen, dass ca. 46,9 Millionen Menschen in Deutschland im ländlichen Raum leben (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2015).

Die aktuelle Prävalenz psychischer Erkrankungen liegt in der deutschen Bevölkerung bei 27,8% (Publikation DGPPN Stand August 2021). Verschiedene Studien legen nahe, dass psychische Erkrankungen in Städten gehäuft auftreten und bis zu ca. 40% mehr Personen erkrankt sind als in ländlichen Regionen (Gruebner O et al. 2017; Greta Wirth 2020).

Dennoch variieren die Ergebnisse dieser Studien hinsichtlich der spezifischen psychischen Erkrankungen, die diesem Ungleichgewicht zwischen Stadt und Land zugrunde liegen. Ein Beispiel dafür wäre, dass Schizophrenie und Depressionen mit einer 1,4 fachen Inzidenz in Städten auftreten, während bei Suchterkrankungen kein deutlicher Stadt-Land Unterschied besteht (Fina Stefan 2018).

Geht man nun hypothetisch davon aus, dass 30% aller psychisch Erkrankten im ländlichen Raum leben und 70% in Städten leben, wären dies bei einer Bevölkerungszahl von 83 Millionen Einwohner in Deutschland ca. 6,9 Millionen Erkrankte im ländlichen Raum (Bevölkerungszahl in Deutschland: Statistisches Bundesamt Ende 2020).

Die dargelegte Zahl veranschaulicht, dass der Bedarf an adäquater Behandlung im ländlichen Raum abseits von großen Gesundheitszentren der Städte nicht zu vernachlässigen ist. Dies unterstreicht die Relevanz von StäB auch im ländlichen Raum. Die dargestellte Relevanz verdeutlicht einen Forschungsbedarf im Bereich der StäB.

1.6 Fragestellung

Das Hauptziel dieser Forschungsarbeit besteht darin, eine Analyse der Strukturdaten, Behandlungsstruktur und der Zufriedenheit im Zusammenhang mit der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) durchzuführen. Diese Analyse dient als Pilotauswertung im Rahmen der AKtiV-Studie für den ländlichen Raum. Es wird ebenfalls eine erste Auswertung der Gesamtdaten anhand von zwei Zentren (ZfP Südwürttemberg Standort Zwiefalten und der PPrt. Reutlingen) erfolgen, sowie eine Auswertung der Befragung der Teamprozesse und der Strukturbefragung der StäB-Teams.

Zudem soll eine erneute Überprüfung der ersten positiven Tendenzen zur Implementierung von StäB in früheren Untersuchungen durchgeführt werden. Bereits in einer ersten Pilotstudie von 2018 wurden von Raschmann et al. erste Daten zur StäB erhoben, dort zeichnete sich eine insgesamt sehr hohe Zufriedenheit der Patient*innen mit dieser neuen Behandlungsform ab (Raschmann et al. 2022).

Des Weiteren wurde in den vorliegenden Untersuchungen der Gesundheitszustand der Patient*innen der StäB analysiert. Die Untersuchung ergab, dass die StäB-Patient*innen mindestens ebenso schwer erkrankt waren und mit ihrer Behandlung mindestens ebenso zufrieden waren wie die stationäre Vergleichsgruppe (Eva Tabea Götz 2020).

Es ist anzunehmen, dass sich die Datenlage im Vergleich zu früheren Arbeiten und Studien bereits verändert haben könnte, da sich die Struktur von StäB kontinuierlich weiterentwickelt. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Grundlagen und Richtlinien von StäB in den letzten Jahren signifikanten Veränderungen unterlagen, was zu ausgeprägten Unterschieden in den

Implementierungsstrategien an verschiedenen Standorten führen kann. Melanie Gottlob unterstreicht die bemerkenswerte "Heterogenität der Strukturen", während weitere Studien die Herausforderungen und den aktuellen Stand der Implementierung von StäB in diversen klinischen Kontexten und Abteilungen analysieren (Gottlob et al., 2022; Spannhorst et al., 2020). Diese Betrachtungen betonen die Dringlichkeit einer fortlaufenden Evaluation von StäB und die Notwendigkeit einer erneuten Überprüfung dieser ersten Daten von 2018.

Im Vordergrund steht bei dieser Arbeit die Überprüfung folgender Hypothese:

StäB-Patient*innen weisen im Durchschnitt eine höhere Behandlungszufriedenheit auf als Patient*innen in stationärer Regelbehandlung.

Neben dieser Hypothese wurden zudem explorative Fragestellungen in Anbetracht der begrenzten verfügbaren Daten zu StäB untersucht.

- Gibt es Unterschiede zwischen StäB Patient*innen bezüglich verschiedener Merkmale (wie ihrem Gesundheitszustand, der Chronizität der Erkrankung etc.) zu Kontrollpatient*innen mit stationärer Behandlung.

Hierbei wurde ein Vergleich der Patientenkohorten (Interventions- und Kontrollgruppe) anhand von Strukturdaten und wichtigen Behandlungskennzahlen durchgeführt. Dies umfasst dabei die soziodemographischen Daten der Patient*innen, Chronizität der Erkrankung (durch Voraufenthalte untersucht), Diagnosen, relevante Begleiterkrankungen und den Gesundheitszustand der Patient*innen mit Hilfe von Scores (HONOS, RAS-G). Das Ziel dieser Untersuchung bestand darin, zu ermitteln, welche spezifischen Merkmale das Patientenkollektiv von StäB im Vergleich zur Kontrollgruppe auszeichnet und ob dabei besondere Charakteristika erkennbar sind.

- Sind die in die Studie einbezogenen StäB Patient*innen eine repräsentative Stichprobe für das gesamte StäB-Kollektiv der ZfP Zwiefalten.
- Es wurde der Einfluss der stationsäquivalenten Behandlung auf die Lebenszufriedenheit der beteiligten Personen (Behandler*innen und

Angehörige) untersucht. Dabei wurde auch die Korrelation zwischen der Zufriedenheit der StäB-Patient*innen und der Intensität der Behandlung (abgerechnete OPS-Daten) sowie der Behandlungsdauer (in Behandlungstagen) betrachtet.

- Die Versorgungsorganisation der beiden Zentren (PP.rt Reutlingen und ZfP Zwiefalten), einschließlich ihrer internen Organisation und ihres Einzugsgebiets, wurde analysiert, um potenzielle Unterschiede oder Gemeinsamkeiten in der Struktur der stationsäquivalenten Behandlung aufzudecken.

Diese Untersuchungen haben das Potenzial, wichtige und neue Erkenntnisse zur Versorgungsstruktur, Lebenszufriedenheit und dem Einfluss der stationsäquivalenten Behandlung auf Patient*innen, Behandler*innen und Angehörige zu liefern.

Insbesondere die Struktur der beiden StäB Standorte wurde in dieser Form noch nicht untersucht. Diese Untersuchung könnte jedoch dazu beitragen, ein besseres Verständnis für diese neue Behandlungsform zu gewinnen. Damit könnte sie relevante Informationen zur Implementierung von StäB generieren.

2 MATERIAL UND METHODEN

2.1 Formale Abläufe und Datenschutz

Im Rahmen der AKtiV-Studie wurde ein Ethikantrag zum Forschungsprojekt „Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung: Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB nach §115d SGB V) (AKtiV)“ gestellt. Dieser umfasste auch alle in dieser Arbeit verwendeten Methoden und Vorgehen. Dieser Antrag erhielt ein positives Erstvotum von der MHB Brandenburg. Für das Studienzentrum Zwiefalten war eine erneute Vorstellung vor der Landesärztekammer in Baden-Württemberg notwendig. Auch hier erhielt der Antrag ein positives Votum (siehe Anhang 8.1), die Nummer des Ethikantrags lautet dabei E-02-20200715. Eine genauere

Vorstellung der AKtiV-Studie und ihrer Methodik kann auch in Baumgardt et al. nachgelesen werden (Baumgardt et al. 2020).

Bei der Durchführung der Studie und dieser Arbeit wurden die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten. Die Interviews wurden anhand der im Anhang beigefügten Fragebögen ausgewertet. Zur Wahrung der Anonymität wurden sämtliche Ergebnisse anhand einer Probanden-ID anonymisiert, um eine Zuordnung zu individuellen Patient*innen zu verhindern. Die Liste der Probandenzuordnung zu den anonymisierten Fragebögen verblieb in einem abschließbaren Aktenschrank innerhalb der Klinik im ZfP Zwiefalten unter ausschließlicher Zugriffsmöglichkeit der Forschungsgruppe.

2.2 Die Auswahl der Patient*innen

2.2.1 Interventionsgruppe

Die Patient*innen der Studie für die Interventionsgruppe wurden aus den Patient*innen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (Standort Zwiefalten) rekrutiert, welche sich ab dem 04.01.2021 bis zum 28.04.2021 in stationsäquivalenter Behandlung befanden. Alle Patient*innen wurden dabei unmittelbar nach Ihrer Aufnahme in die Behandlung auf die Eignung für die Studie überprüft. Dabei erfolgte kein Ausschluss wegen Geschlecht, Alter oder der Anzahl an Voraufenthalten. Lediglich eine verminderte Einwilligungsfähigkeit durch zum Beispiel eine demenzielle Erkrankung führte zu einem Ausschluss. Hiermit sollte versucht werden mit der Interventionsgruppe das in der Praxis tatsächlich StäB-nutzende Patientenkollektiv abzubilden.

Die Eignungsprüfung geschah im Rahmen einer fachärztlichen Einschätzung, in der Regel innerhalb von 24h nach Aufnahme der Patient*innen. Dabei wurden die Ein- und Ausschlusskriterien anhand eines Screeningbogens (siehe Anhang 8.2 Screeningbogen Interventionsgruppe) überprüft, sowie die mündliche

Einwilligung zur Kontaktaufnahme durch den Studienmitarbeiter sowie die grundsätzliche Bereitschaft zur Studienteilnahme abgefragt.

Die schriftliche Einwilligung zur Studie erfolgte anschließend bei dem ersten persönlichen Kontakt und vor Durchführung der ersten Befragung. Die Patient*innen wurden hierzu ausführlich vom Studienmitarbeiter über die Studie aufgeklärt, Sie erhielten dabei auch ein schriftliches Informationsschreiben über die Studie (siehe Anhang 8.3 Patienteninformation zur Studie).

Bei Erreichen der Fallzahl von n=22, am 07.04.2021 wurde das Screening der in StäB aufgenommen Patient*innen beendet.

Es gab folgende Einschlusskriterien für die Patient*innen der Interventionsgruppe:

- Mindestalter \geq 18 Jahre
- Einwilligungsfähig
- Erfüllung der StäB-Kriterien (psychiatrische und stationär behandlungsbedürftige Krise, fehlende Kindeswohlgefährdung und Zustimmung aller im selben Haushalt lebenden Erwachsenen, sowie Eignung des Wohnumfeldes)
- Fester Wohnsitz im Einzugsgebiet des StäB Teams (ca. 50km Radius zur Klinik bzw. ca. 30min Anfahrtszeit)
- Ausreichende Sprachkenntnisse auf deutsch
- Hauptdiagnose eine F0X, F1X, F2X, F3X, F4X, F5X, F6X

- Ausschlusskriterien für die Studie waren:
- Keine freiwillige Behandlung (Unterbringung)
- Schwere organische Hirnerkrankung mit erheblichen kognitiven Defiziten
- Intelligenzminderung in der Anamnese bzw. F7 als Haupt- oder Nebendiagnose
- Akute Eigen- oder Fremdgefährdung
- Ablehnung der Teilnahme
- In Behandlung seit mehr als 7 Tagen

2.2.2 Die Kontrollgruppe und das Matchingverfahren

Für die Kontrollpatient*innen wurden alle Stationen im ZfP Südwürttemberg der Region Alb-Neckar (alle Gebiete der psychiatrischen Versorgung, die Allgemeinpsychiatrie, die Alterspsychiatrie, die Suchtstationen) nach geeigneten Proband*innen gescreent.

Auch die Standorte und Stationen in Ehingen und Ulm wurden hierbei einbezogen, da diese zur Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten gehören. Am Ende wurden aufgrund ihrer Eignung jedoch nur Patient*innen von Stationen der Standorte Zwiefalten und Ehingen in die Untersuchung eingeschlossen.

Für die Auswahl der geeigneten Kontrollpatient*innen wurde ein sog. „Matchingverfahren“ angewendet:

Dabei wurden 3-Mal wöchentlich, vom Zeitpunkt des Einschlusses des Interventionsprobanden ab, bis zum erfolgreichen Einschluss eines geeigneten Kontrollprobanden, alle Neuaufnahmen im ZfP Südwürttemberg der Region Alb-Neckar auf relevante Matching-Kriterien überprüft und ein Abgleich zu den Interventionsprobanden erstellt.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde den Patient*innen der Interventionsgruppe mithilfe des Propensity-Score-Matchings ein/e geeignete Patient*in der regulären stationären Behandlung zugewiesen. Dabei wurden Faktoren wie Geschlecht, Alter, Diagnose und Anzahl der vorherigen Krankenhausaufenthalte in den letzten 2 Jahren berücksichtigt. Das Ziel war es, eine bestmögliche Übereinstimmung zwischen den Patient*innen zu erreichen, indem die Differenz der berechneten Propensity Scores zwischen der Interventionsgruppe und der entsprechenden Kontrollgruppe unter 0,1 lag.

Der Propensity Score sollte nicht einfach den identischen Zwilling eines Patienten ermitteln, sondern vielmehr nach einem/r Patient*in suchen, die mit gleicher Wahrscheinlichkeit für eine stationsäquivalente Behandlung in Frage käme wie die Patient*in der Interventionsstudie. Die Ausgangsdaten für das Propensity-Score-Matching stammten aus Studiendaten die aus den hier untersuchten Studienzentren im Jahr 2019 bereitgestellt wurden. Insgesamt handelte es sich

um Daten von 38.770 Patient*innen, von denen 865 (2,23%) StäB-Fälle waren. Der Anteil der StäB-Fälle in den einzelnen Kliniken variierte erheblich (von 1,08% bis 6,37%) und das Propensity-Score-Matching wurde entsprechend an die jeweilige Klinik angepasst.

Als mögliche Einflussfaktoren wurden Geschlecht, Altersgruppe, Diagnose (FXY) und Anzahl der vorherigen Aufenthalte betrachtet. Das Ergebnis der Analyse war eine Formel, mit der für jeden gegebenen Satz von Einflussfaktoren ein entsprechender Logit-Wert berechnet werden konnte. Dieser Logit-Wert wurde innerhalb der Studie als Propensity Score (PS) bezeichnet.

Konkret berechnete die Analyse Faktoren, mit denen die genannten Einflussgrößen multipliziert und anschließend zu einem Propensity Score (PS) summiert wurden. Wenn eine Propensity-Score-Differenz unter 0,1 berechnet wurde, wurden die Patienten anhand der oben beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien auf ihre Eignung für die Studie überprüft.

Für weitere Informationen zum Matchingverfahren kann man auch auf Literatur der AKtiV-Studie wie von Nikolaidis et al. zurückgreifen (Nikolaidis et al. 2023).

Sonderfall Zwangsmatching:

Konnte durch dieses Matchingverfahren auch nach sechs Monaten kein geeigneter Proband gefunden werden, wurde das sog. „Zwangsmatchingverfahren“ angewandt. Hierbei entfiel die Berechnung des Propensity Scores, es wurde lediglich die Passung der ICD-10-Aufnahmediagnose (1. Stelle) vorausgesetzt. Dabei wurde der KG Proband nach einer gleichen Fx Diagnose ausgewählt, idealerweise auch mit Fxy-Passung. Wenn mehrere KG Patient*innen mit gleicher Diagnose in Frage kamen, wurde die Person mit der kleinsten PS-Abweichung ausgewählt.

Dieses Zwangsmatching musste bei n=4 Patient*innen angewendet werden.

Die Kontrolle/ Validierung zur Eignung der Studie erfolgte anhand ausgewählter Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Anhang Screeningbogen KG).

Einschlusskriterien:

Es mussten die gleichen Einschlusskriterien wie bei der Interventionsgruppe vorliegen.

Ebenfalls wurde geprüft, ob die Kontrollpatienten hypothetisch für eine Stationsäquivalente Behandlung in Frage kommen würden. Das heißt im Konkreten die potentielle Zustimmung aller im Haushalt lebenden Personen, die potentielle Eignung des Wohnumfeldes, sowie kein Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung.

Ausschlusskriterien:

Die Ausschlusskriterien stimmen mit denen der Interventionsgruppe überein.

Ebenfalls wurden die Patient*innen vom behandelnden Arzt oder Therapeuten vorab bezüglich ihrer Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit einem Studienmitarbeiter informiert.

Sonderfall Verlegungspatient*innen StäB:

Die Patient*innen durften zum Einschluss der Studie nicht länger als 7 Tage in Behandlung sein, jedoch wurde die Verlegung in StäB als Neuaufnahme betrachtet, wenn die Patient*innen unmittelbar vorher stationär in Behandlung waren.

Da diesen Verlegungspatienten ein entsprechender Kontrollpatient mit der gleichen Anzahl an stationär verbrachten Tagen zugeordnet (+/- 3 Tage) wurde, kam es vor, dass stationäre Kontrollpatient*innen eingeschlossen wurden, die mehr als 7 Tage in Behandlung waren.

2.2.3 Mitbewohner*innen und Angehörige

Ebenfalls wurden im selben Haushalt lebende erwachsene Angehörige oder Mitbewohner*innen der Patienten angefragt, zusätzlich an der Studie teilzunehmen. Hierfür mussten die Patienten*innen vorher ihr schriftliches Einverständnis für eine Kontaktanfrage der Angehörigen bzw. Mitbewohner*innen geben, sowie selbst die Rangfolge von bis zu max. 3 potentiell zu befragenden Angehörigen erstellen.

Auch die Angehörigen bzw. Mitbewohner*innen mussten bei Einschluss in die Studie eine schriftliche Einwilligung unterschreiben und erhielten ein Informationsblatt über die Studie.

2.2.4 Mitarbeiter*innen

Die Mitarbeiter*innen des StäB-Teams erhielten persönlich oder postalisch einen Zufriedenheitsfragebogen, den sie anonym ausfüllen konnten. Ebenfalls erhielten Sie auch eine ausführliche Aufklärung zur Studie und füllten eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie aus. Dabei waren alle Berufsgruppen, die in der StäB beteiligt sind involviert z.B. die Pflege, das Ärzteteam, die Ergotherapie etc..

Die jeweilige Teamleitung des StäB-Teams füllte einmalig für jedes Zentrum einen Strukturfragebogen mit Informationen zur Organisation, Finanzierung und weiteren wichtigen Kerninformationen zur StäB-Struktur am Standort aus (siehe Anhang 8.8 Fragebogen zur Struktur der StäB Teams).

2.2.5 Die Studienpopulation

Der geplante und erreichte Stichprobenumfang entspricht $n=44$, mit $n=22$ Patienten*innen in der Interventionsgruppe (StäB) und $n=22$ in der Kontrollgruppe (regelmäßige stationäre Behandlung). Die Anzahl von 22 Patient*innen wurde in der AKtiV-Studie mithilfe des Biometrie Teams und unter Berücksichtigung von Power-Berechnungen sowie weiteren Faktoren bestimmt. Da insgesamt 10 Zentren an der AKtiV-Studie beteiligt sind, wurde eine Gesamtpopulation von $n=400$ Patient*innen als Stichprobengröße bestimmt.

Diese Zahl sollte nach den entsprechenden Power-Analysen ausreichen, um einen klinisch relevanten Unterschied zu erfassen. Dazu wurden viele relevante Faktoren, einschließlich vorheriger Pilotprojekte, berücksichtigt. Es wurden ebenfalls allgemeine Kriterien berücksichtigt, die zur Auswahl der Stichprobengröße relevant sind, um die erwartenden Effekte zu messen (Röhrig et al. 2010).

Des Weiteren wurden die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe entsprechend ihrem Aufnahmemodus in der Behandlung unterteilt:

- Direktaufnahmen in die stationsäquivalente Behandlung (IG)
- Verlegung von der stationären in die stationsäquivalente Behandlung (IG+); hier wurde die Verlegung als Neuaufnahme für StäB gezählt
- Stationäre Kontrollprobanden für Direktaufnahmen (KG)
- Stationäre Kontrollprobanden für Patienten, die von der stationären in die stationsäquivalente Behandlung verlegt wurden (KG+)

Außerdem konnten n=8 Angehörige/ Mitbewohner*innen in beiden Patientengruppen zusammen (IG Angehörige n=6 und KG Angehörige n=2) eingeschlossen werden. Sowie n= 21 Mitarbeiter*innen im StäB-Team in Zwiefalten.

Im Rahmen einer zweiten Dissertation (Stüker, unv. Diss.) wurden Daten von 25 StäB-Patient*innen am Standort PPrt. Reutlingen erhoben. Hieraus wurden die Daten vor allem der Behandlungsstruktur der jeweiligen StäB-Teams für einen Stadt- Land-Vergleich verwendet.

2.3 Studienablauf und Ablauf der Befragungen

2.3.1 Studiendesign

Bei der AKtiV-Studie die auch schon im Kapitel 1.4 (Vorstellung AKtiV-Studie) eingeführt wurde, handelt es sich um eine prospektive, nicht randomisierte, Proof-of-Concept Studie.

Die AKtiV-Studie hat das Ziel, die Effektivität von der StäB auf verschiedenen Ebenen zu untersuchen. In dieser Studie werden Aspekte wie die Implementierung, die Abläufe der Behandlung, die klinische Wirksamkeit, die Rate der erneuten Krankenhausaufnahmen und die Kosten von StäB bewertet. Die Untersuchung wird an verschiedenen medizinischen Einrichtungen (10 Zentren deutschlandweit) durchgeführt und dient als Nachweisstudie ("Proof-of-

Concept-Studie") für die Wirksamkeit von StäB. Finanzielle Unterstützung erhält die Studie vom Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses (GbA), sie verwendet ein quasi-experimentelles Design.

Diese Arbeit soll als Pilotauswertung für das Studienzentrum Zwiefalten erste Daten liefern.

2.3.2 Der Kontext und Charakter der Interviews

Die Interviews wurden bei den Patient*innen zu Hause, sowie (bei der Kontrollgruppe) auf den jeweiligen Stationen durchgeführt. Beginn war dabei Januar 2021, die letzte Erhebung wurde am 25.10.2021 durchgeführt.

Es wurde darauf geachtet, dass die Interviews in ruhiger Umgebung und, sofern nicht anders gewünscht, privat stattfanden.

Alle Erstbefragungen haben persönlich stattgefunden. Die erste Befragung fand innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme der Patient*innen statt (mit Ausnahme bei den IG+ und KG+ Pat.). Die zweite Befragung innerhalb von 7 Tagen vor oder nach Entlassung der Patient*innen aus dem jeweiligen Behandlungssetting.

Bei der zweiten Befragung haben einige Patient*innen die persönliche Befragung abgelehnt, waren jedoch bereit für eine Befragung via Telefon und/oder Postweg (Bzw. auf Station mit Zuhilfenahme von blickdichten Umschlägen).

Die Angehörigenbefragungen erfolgten ebenfalls persönlich, telefonisch und postalisch. Die Angehörigenbefragungen fanden einmalig zum Zeitpunkt +/- 7 Tagen nach Entlassung der Patient*innen statt. Die Mitarbeiterbefragungen fanden ab Juli bis Oktober 2021 statt.

Zu Beginn der Interviews wurde ausdrücklich auf Anonymität, Vertraulichkeit und Freiwilligkeit hingewiesen.

2.4 Die verwendeten Fragebögen

2.4.1 Übersicht aller verwendeten Fragebögen

Die Datenerhebung der Patient*innen erfolgte mithilfe von drei Fragebögen (auch innerhalb der Forschungsgruppe als „Baseline 1,2 und 3“ bezeichnet), die zum Teil im Zuge der AKtiV-Studie entworfen wurden. In Tabelle 1 ist eine Übersicht der Fragebögen dargestellt.

Die Fragebögen beinhalten zusätzlich auch langfristiger etablierte Fragebögen wie z.B. den HoNOS (Health of the Nations Outcome Scales) und die PSP-Skala – die deutsche Version der Personal and Social Performance Scale (Validiertes Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus in der Schizophrenietherapie) (Fankhauser et al. 2017, Morosini et al. 2000).

Zur Erfassung der Behandlungszufriedenheit des beteiligten Patienten*innen und Angehörigen wurde auf einen im Rahmen eines vorherigen Forschungsprojektes zu StäB etablierten Fragebogen zurückgegriffen. Der in der Pilotstudie 2018 von Eva Götz und Dennis Hirscheck (Eva Tabea Götz 2022; D. Hirscheck unveröff. Diss.) angewandte Zufriedenheitsfragebogen zur Stationsäquivalenten Behandlung wurde in geringem Maße modifiziert und bezüglich der aus den Voruntersuchungen bekannt gewordenen kritischen Items überarbeitet. Konkret bedeutet dies, dass eine Umsortierung der Skala stattfand, ausschließlich positiv formulierte Items verwendet wurden und die Fragestellungen auch für die stationäre Behandlung angepasst wurden, sodass beide Gruppen den identischen Fragebogen, angepasst auf ihre jeweilige Behandlungsform, erhalten hatten.

Vor Rekrutierungsstart erfolgte eine Raterschulung mit Mitarbeiter*innen von allen Zentren, die an der AKtiV-Studie teilnehmen, um einen gemeinsamen Abgleich der Datenerhebung zu schaffen. Hierbei waren klare Kommunikationen, regelmäßiger Austausch und Updates während der Datenerhebung von entscheidender Bedeutung.

Ebenso diente ein begleitendes Erhebungsmanual als Unterstützung während der Rekrutierungsphase. Fragen konnten fortwährend in Konferenzen mit den

Studienmitarbeitenden aller bundesweit beteiligten Studienzentren geklärt werden. Auch innerhalb der südlichen Studienzentren gab es einen regelmäßigen Austausch.

Außerdem wurden relevante Behandlungsdaten anhand von Arztbriefen und Aktenrecherche erhoben z.B. Entlassdiagnose, OPS-Daten, Unterbrechungen, Entlassgründe.

Übersicht der Fragebögen der Interventions- und Kontrollgruppe			
	Beinhaltet folgende Instrumente bzw. Fragebögen	Zeitpunkt der Befragung	Ziel des Fragebogens
Baseline 1/ Erstbefragung	CSSRI (Chisholm et al. 2000 und in der deutschen Übersetzung nach Roick et al. 2001)	innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme	Soziodemographische Daten
	HoNOS (Fankhauser et al. 2017)	innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme	Erfassung des Schweregrades einer psychischen Störung
	PSP (Morosini et al. 2000)	innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme	Erfassung des Funktionsniveaus der Patient*innen
	EQ5D5L (Jannsen et al. 2013 und in der deutschen Version nach Leidl und Reitmeir 2017)	innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme	Erfassung der aktuell subjektiven Lebensqualität
	RAS-G (in der deutschen Übersetzung RAS-G von Cavelti et al. 2017)	innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme	Vorhersage der Patient*innen Genesung
Baseline 2/ Befragung zur Zufriedenheit	Selbstentworfener Fragebogen mit 18 Single-Choice Fragen und offenen Fragen	innerhalb von +/- 7 Tagen vor oder nach Entlassung	Abbildung der Patient*innen Zufriedenheit mit der Behandlung
Baseline 3/ Erhobene Instrumente	Ergänzung von Kennzahlen aus der Behandlung	beliebig	Erhebung von wichtigen Kennzahlen zur Behandlung

nach Entlassung

Tabelle 1 - Übersicht der verwendeten Fragebögen in der Interventions- und Kontrollgruppe

2.4.2 Vorstellung der erhobenen Instrumente zur Erstbefragung

Der Fragebogen zur Erstbefragung der Patient*innen (auch „Baseline 1“ genannt) enthielt für die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe marginale Unterschiede (z.B. die Frage wie die Patient*innen von der Möglichkeit von StäB erfahren haben, entfiel entsprechend in der KG Gruppe.)

Der Fragebogen war aus folgenden Einzelfragebögen aufgebaut:

Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI): Fragen zur Wohn- und beruflichen Situation, sowie zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (Chisholm et al. (2000) in der deutschen Übersetzung (CSSRI-D) nach Roick et al. (2001).

Ziel dieser Fragen ist es, die soziodemographischen Daten der Patient*innen sowie Daten zu Vorbehandlungen und zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (von Ärzten, Tageskliniken, stationären Leistungen, StäB sowie weiteren ambulanten Kontakten (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst)) zu erfassen.

HoNOS: Health of the Nation Outcome Scale

Ein seit über 20 Jahren speziell in Großbritannien etablierter Fragebogen, zur Fremdbeurteilung und Erfassung des Schweregrades einer psychischen Störung und der sozialen Funktionsfähigkeit. Das Ziel dieses Fragebogens ist die Fremdeinschätzung des Gesundheitszustands der Patient*innen. Er umfasst 12 Items (mit einer Skala von 0-4, 0 kein Problem, 4 schweres bis sehr schweres Problem; 9 nicht bekannt) (Andreas et al. 2007). Die Auswertung erfolgte über die errechneten Mittelwerte, hohe Werte entsprechen hierbei einem hohen Schweregrad der psychischen Störung und der damit einhergehenden Einschränkung der Funktionsfähigkeit (Pedrini et al. 2018).

PSP (Die deutsche Version der Personal Performance Scale):

Der PSP ist ein validiertes Messinstrument zur Erfassung des Funktionsniveaus in der Schizophrenietherapie (Schaub et al. 2011; Morosini 2000).

Hier wird dieser Fragebogen auf weitere ICD-Diagnosen (unter anderem Suchterkrankungen und affektive Störungen) ausgebreitet. Ziel dieses Fragebogens ist die fremdanamnestiche Einschätzung des Funktionsniveaus der Patient*innen unter Betrachtung verschiedener Aspekte. Diese Aspekte bzw. sog. „Subdimensionen“ sind „sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen“, „persönliche und soziale Beziehungen“, „Selbstpflege“ und „störendes und aggressives Verhalten“ (Schaub et al. 2011). Dabei wurden Punkteintervalle berechnet und auch ein PSP Gesamtwert erhoben. Hohe Werte entsprechen einem hohen Funktionsniveau; niedrige Werte einem geringen Funktionsniveau. Die Gesamtmittelwerte werden in den verschiedenen Behandlungsgruppen ermittelt und miteinander verglichen.

EQ5D5L: Standardisiertes und validiertes Messinstrument zur Erfassung der subjektiven Patienten*innen Lebensqualität; Lebensqualitätsfragebogen.

Ziel ist die Einordnung des Gesundheitszustands der Patienten in verschiedenen Dimensionen und verschiedenen Schweregraden (Wille et al. 2010, Jannsen et al. 2013).

Die Dimensionen sind dabei die Beweglichkeit/ Mobilität;

die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen; Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familie, Freizeit); Schmerzen/ körperliche Beschwerden; Angst/ Niedergeschlagenheit. Die Schweregrade reichen von keinen, leichten, mäßigen, großen bis zu extremen Problemen.

Ebenfalls kommt eine visuelle Analogskala zur Einschätzung des subjektiv aktuellen Gesundheitszustands der Patient*innen von 0-100 zum Einsatz (100 stellt die bestmögliche Gesundheit dar; 0 die schlechtmöglichste Gesundheit) (Wille et al. 2010).

Die Auswertung erfolgt nach den Standardvorgaben, der Gesundheitszustand der Befragten wird in einer eindimensionalen Maßzahl von 0 (sehr schlecht) bis 1 (Bestmöglicher Gesundheitszustand) ausgedrückt (Ludwig et al. 2018).

RAS-G (Recovery Assessment Scale):

Die deutsche Version der Recovery Assessment Scale, einem mitunter am längsten etablierten Fragebogen zur Vorhersage der Patientengenesung. Ebenfalls ein Fragebogen, der bei schizophrenen Patient*innen etabliert ist. Dieser 20-Item Fragebogen besteht ebenfalls aus einer fünfstufigen Likert Skala (Stimme nicht zu - Stimme voll zu). Dieser Fragebogen versucht, die Genesungsprognose der Patient*innen anhand verschiedener Aspekte (wie zum Beispiel Hoffnung und Selbstbestimmung) zu bestimmen (Cavelti et al. 2017). Eine Beispielfrage wäre „Ich sehe Sinn im Leben“. Die Auswertung der Skala erfolgt über die Berechnung des Gesamtsummenwertes. Hohe Werte geben Hinweise auf eine gute Genesungsprognose.

Ziel dieses Fragebogens „Baseline 1“ ist die Erfassung von soziodemographischen Daten, sowie die Erfassung des aktuellen Gesundheits- sowie Funktionsstandes der Patienten. Der Fragebogen ist im Anhang unter 8.4 Fragebogen zur Erstbefragung zu finden.

Die Auswertung erfolgte deskriptiv in den jeweiligen Behandlungsgruppen. Die Interventionsgruppe wurde anhand verschiedener Aspekte der Kontrollgruppe gegenübergestellt. Diese Gegenüberstellung erfolgte mithilfe der in Baseline 1 erhobenen Variablen: Geschlecht, Alter, Muttersprache, Ausbildung, Beruf und weiteren Variablen.

Die Auswertung des Gesundheits- sowie Funktionsstandes der Patient*innen erfolgte nach den jeweiligen Vorgaben des Fragebogens. Im Vergleich der Behandlungsgruppen wurden die jeweiligen Mittelwerte bestimmt und miteinander verglichen. Die Erfassung dieser Daten zielt darauf ab, die explorative Fragestellung zu beantworten, welche Patient*innen die stationsäquivalente Behandlung (StäB) nutzen und wie sich ihr Gesundheits-

bzw. Funktionszustand im Vergleich zu stationär behandelten Patient*innen darstellt.

2.4.3 Vorstellung Fragebogen zur Patient*innenzufriedenheit

Um die Hypothese zu prüfen, ob StäB Patient*innen eine höhere Behandlungszufriedenheit aufweisen als stationäre Patient*innen wurde in beiden Gruppen die Behandlungszufriedenheit mittels eines Fragebogen erfasst. Dieser Fragebogen umfasste 18 Single-Choice Fragen mit einer fünfstufigen Likert Skala sowie 4 offene Fragen zur Behandlungszufriedenheit (siehe Anhang 8.5 Fragebogen zur Patient*innenzufriedenheit)

Die fünfstufige Likert Skala wurde gewählt, um den Patient*innen die Möglichkeit zu geben, die Fragen auch neutral zu bewerten.

Dieser Fragebogen wurde im Rahmen der AKtiV-Studie erstellt und orientiert sich an dem Fragebogen der Pilotstudie von Götz und Hirschek 2018 (Eva Tabea Götz 2022; D. Hirschek unveröff. Diss.); mit Optimierungen einzelner Fragen.

Bei der Auswertung des Zufriedenheitsfragebogens werden Zahlenwerten von 0-100 den einzelnen Antwortmöglichkeiten der fünfstufigen Likert-Skala zugeordnet: (Stimme überhaupt nicht zu entspricht Zahlenwert 0; Stimme eher nicht zu 25 ; Bin unentschieden 50; Stimme eher zu 75; Stimme uneingeschränkt zu 100). Anschließend erfolgt die Berechnung des Mittelwerts für jede Frage; (Hohe Werte stellen also hohe Zufriedenheit dar, 100 $\hat{=}$ entspricht größtmöglicher Zufriedenheit). Ebenso wird die Gesamtzufriedenheit für jede Behandlungsgruppe als Mittelwert aller beantworteten Items bestimmt.

Der Fragebogen bestand ebenfalls aus vier offenen Fragen, die qualitativ analysiert wurden mithilfe einer induktiven Kategorienbildung nach Mayring (Mayring 2010). Dabei wurden die Antworten der Patient*innen in sog. Kategorien sortiert, diese wurden nicht vorab festgelegt, sondern erst anhand der Antworten der Patient*innen konzipiert. Damit können die Antworten der Patient*innen in diesen Kategorien zusammengefasst werden, dieses Vorgehen wurde bereits in der Pilotstudie 2018 verwendet und hat sich dort bewährt (Eva Tabea Götz 2022).

2.4.4 Vorstellung Fragebogen nach Entlassung

Dieser Fragebogen auch als „Baseline 3 Fragebogen“ bezeichnet, erhebt wichtige Kennzahlen zur Behandlung aus der Patientenakte (siehe Anhang 8.6 Fragebogen nach Entlassung der IG).

Hierzu zählen Entlassdiagnose, Nebendiagnosen (psychiatrisch und somatische), Abbruch der Behandlung mit Angabe des Grundes, sowie die Operationen- und Prozedurenschlüssel-Daten (Abk. OPS-Daten) bei der Interventionsgruppe. Diese Daten wurden deskriptiv ausgewertet und ergänzen den Vergleich der Behandlungsgruppen unter dem Aspekt dieser Basisdokumentation. Die OPS-Daten wurden lediglich in der Interventionsgruppe erhoben. Sie stellen die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen dar und sind eine wesentliche Grundlage für das Abrechnungswesen in Deutschland (DIMDI 2020). Sie stellen somit einen wesentlichen Aspekt bei der Dokumentation und Abrechnung psychiatrischer Leistungen dar.

Die OPS-Daten werden in dieser Untersuchung zur Darstellung der Behandlungsintensität herangezogen. Diese wird anhand des Umfangs der Behandlungsminuten pro Tag in den jeweiligen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten, Pflegepersonal) gemessen. Die Anzahl der OPS-Leistungen gibt demnach an, wie viele Behandlungsleistungen der jeweiligen Berufsgruppe mit entsprechendem Minutenkorridor erfasst wurden.

Das heißt für den Minutenkorridor 30-60 Minuten wird der Mittelwert genommen (sprich 45 Minuten). So wird für jede OPS also ein mittlerer Minutenwert herangezogen, dieser mit der entsprechenden Anzahl an OPS-Leistungen über die gesamte Behandlungsdauer multipliziert und dies für alle Berufsgruppen addiert. Somit ergibt sich die mittlere Gesamtbehandlungsdauer über alle Berufsgruppen hinweg. Wenn man diese Gesamtbehandlungszeit nun durch die Behandlungstage dividiert, erhält man die mittlere tägliche Behandlungszeit. Addiert man nur die mittleren Minutenwerte der OPS-Leistungen einer Berufsgruppe und dividiert diese durch die Anzahl der Behandlungstage, so erhält man die Behandlungsminuten pro Berufsgruppe pro Tag. Die OPS-Daten

der Kontrollpatient*innen wurden nicht erfasst, weil diese nicht wie bei den StäB-Patient*innen eine Aussage über die Behandlungsintensität liefern können. Bei den Kontrollpatient*innen wird im Gegensatz zu den StäB Patient*innen nicht jeder 1:1 Kontakt mit den Behandler*innen erfasst, es finden auch viele Kurzkontakte auf dem Flur o.ä. statt, die nicht dokumentiert oder erfasst werden. Es wurde ebenfalls untersucht, ob die Behandlungsintensität der StäB Patient*innen mit der Behandlungszufriedenheit korreliert. Dabei wurden die berechneten Gesamtzufriedenheitswerte mit den jeweiligen Kontaktzeiten des StäB-Teams pro Patient*in abgeglichen. Ebenso wurden die zufällig eingeschlossenen StäB Patient*innen auf Repräsentativität für das gesamte StäB Kollektiv überprüft, unter den Aspekten der soziodemographischen Daten, der Aufnahme- und Entlassdiagnosen, sowie der Behandlungsdauer.

2.4.5 Fragebogen Angehörige/ Mitbewohner *innen

Um die Zufriedenheit der Angehörigen zu erfragen, wurde ein eigener Fragebogen ebenfalls durch Experten der AKtiV-Studie entworfen. Dieser umfasst 13 Single-Choice Fragen mit einer 5-stufigen Likert Skala und enthält ebenfalls eine offene Frage mit der Frage nach Verbesserungsvorschlägen.

Die Auswertung erfolgte äquivalent zur Auswertung der Likert-Skala und den offenen Fragen der Patient*innenzufriedenheit (siehe 2.5.3).

Die Erhebung der Belastung der Angehörigen erfolgte durch gezielte Fragen, die darauf abzielten, die Wahrnehmung der Belastung zu erfassen (siehe Anhang 8.7 Fragebogen zur Patient*innenzufriedenheit und Belastung der Angehörigen). Dieser Fragebogen basiert auf dem Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ-EU) in der deutschen Übersetzung (Bernert et al., 2001). Die Befragten wurden gebeten, die Fragen zweimal zu beantworten: einmal bezogen auf den Zeitpunkt vor Beginn der Behandlung und einmal im Vergleich dazu während der laufenden Behandlung. Es wurden dabei verschiedene Aspekte (zeitliche Belastung, emotionale Belastung oder soziale Unterstützung) untersucht.

2.4.6 Fragebogen Mitarbeiter*innen

Hier wurde ein Fragebogen entworfen, der aus Teilen unterschiedlicher existierender Fragebögen zusammengestellt wurde. Da zu Beginn der Pilotstudie 2018 kein Fragebogen zur Zufriedenheit für Behandelnde mit der jeweiligen Behandlungsform existierte, wurde dieser Fragebogen damals neu konzipiert. Der Fragebogen ist dabei so aufgebaut, dass er die Behandelnden nicht patientenspezifisch, sondern allgemein zur Behandlungsform befragt (Eva Tabea Götzt 2022).

Die übrigen Fragen des jetzt verwendeten Fragebogens wurden aus anderen Fragebögen wie dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) übernommen und in einem Expertenpanel zusammengestellt.

Der COPSOQ stellt ein Screening- Instrument zur Erfassung von psychischen Belastungen bei der Arbeit dar, dabei werden verschiedene Dimensionen im Arbeitsleben miteinbezogen (Richter 2010; Burr et al. 2019).

Zu Beginn des Fragebogens werden die Berufsgruppe (Ärzte, Psychologen, Pflegedienst, Sozialdienst, Ergo- und Kunsttherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie, Genesungsbegleiter/in, Sonstiges) sowie andere Basisdaten (Geschlecht, Alter) erfragt. Die Mitarbeiterzufriedenheit wird mit 68 Fragen auf einer fünfstufigen Likert-Skala sowie drei offene Fragen erfragt. Dabei sind die Fragen in Subgruppen sortiert, z.B. Organisation/ Abläufe; Allgemeine Arbeitssituation; Arbeitsbelastung. Die Auswertung erfolgt in den jeweiligen Subgruppen und als Gesamtauswertung. Die Auswertung der Likert- Skala und die Auswertung der offenen Fragen wurde simultan zu den Auswertungen der Patient*innenzufriedenheit durchgeführt (siehe 2.5.3).

2.5.7 Struktfragebogen StäB-Team

Die Struktur der StäB-Teams der Studienzentren in Reutlingen und Zwiefalten wurde durch einen sechsseitigen Strukturfragebogen, welcher von der jeweiligen StäB-Leitung oder Klinikleitung ausgefüllt wurde, erfragt. Dieser Fragebogen wurde erstmals von Gottlob et al. 2022 entworfen und verwendet, um

Umsetzungsstrategien der StäB zu untersuchen (Gottlob et al. 2022). Es fand hierbei eine Modifizierung und Ausgestaltung im Rahmen der Expertenrunde der AKtiV-Studie statt. Der Strukturfragebogen besteht aus weitgefächerten Fragen zur Versorgungsstruktur, Organisationsfragen wie Teamgröße und Zusammensetzung des Teams, zum Einzugsgebiet, zur Finanzierung, zum zeitlichen Rahmen und weiteren Fragen die relevant für die Erhebung der Struktur im StäB Team sind. Anhand dieser Daten soll die Fragestellung untersucht werden, wie sich die beiden Zentren als Stadt-Land Vergleich anhand Ihrer Versorgungsstruktur unterscheiden.

Dieser Fragebogen ist ebenfalls im Anhang beigelegt (siehe...)

2.5.8 Repräsentativität des Patientenkollektivs

Eine erste Datenauswertung zur Repräsentativität des Patientenkollektivs der StäB-Patient*innen für die StäB-Patient*innen in der AKtiV-Studie wurde bereits in einem Poster veröffentlicht (Stüker et al. 2021 DGPPN Posterpräsentation). Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass bei der damaligen Datenauswertung die Behandlungstage für das StäB-Kollektiv um einen Tag zu niedrig berechnet wurden, da der Entlassungstag nicht in die Berechnung einbezogen wurde. Außerdem wurden die Daten in der Zwischenzeit final mittels Queries geprüft und entsprechend hier in der Auswertung angepasst.

2.5.9 Vergleich mit den Ergebnissen der Pilotstudie von 2018

Im Rahmen der Dissertationen von D. Hirschek und E. Götz wurden in einer Pilotstudie im Jahr 2018 erste Daten zu StäB erhoben (Eva Tabea Götz 2022; D. Hirschek unveröff. Diss.). Die Studie umfasste insgesamt 100 StäB-Patient*innen, von denen 50 in der städtischen Kohorte am PPrt Reutlingen und weitere 50 in der ländlichen Kohorte am ZfP Zwiefalten befragt wurden.

Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die Pilotstudie von 2018 eine andere Stichprobengröße (n=100) und z.T. andere Fragebögen verwendet hat. Zudem wurden die Kontrollpatient*innen nicht gezielt für die Studie ausgesucht. Dadurch ist ein direkter Vergleich der Daten mit der aktuellen Studie nicht möglich.

Dennoch wird in der vorliegenden Arbeit die Stichprobe der StäB-Patient*innen hinsichtlich ihrer relevantesten soziodemografischen Daten verglichen. Zudem werden einzelne Items, die in beiden Fragebögen übereinstimmen, miteinander verglichen, um mögliche Zusammenhänge zu untersuchen. Dabei sollen etwaige Unterschiede oder Gemeinsamkeiten in den Daten herausgearbeitet werden.

2.5 Statistische Auswertung und Darstellung

Die statistische Auswertung und grafische Darstellung erfolgte unter Verwendung von Excel unter Ergänzung von IBM SPSS Statistics 25 (International Business Machines Corporations, Armonk, New York, USA). Es wurde ebenfalls Unterstützung durch das Biometrie Team der AKtiV-Studie, das an der Universität in Bremen angegliedert ist, in Anspruch genommen.

Das Biometrie Team ist Kompetenzzentrum für Klinische Studien und ist aktuell unter der Leitung von Prof. Dr. Jürgen Timm. Das Biometrie Team hat eine bedeutende Rolle bei den Berechnungen des Propensity Scores, sowie bei der Sortierung und auch Prüfung der umfangreichen Datenmenge gespielt.

Die Vorstellung der gewonnen Daten erfolgt mittels deskriptiver Statistik, welche die Anzahl (n), den Median, Mittelwert (MW), und die Standardabweichung (SD) der verschiedenen Items innerhalb der Fragebögen abbildet.

Anschließend wurden die einzelnen Patientengruppen (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe) miteinander verglichen und es wurde überprüft, ob es Unterschiede hinsichtlich der soziodemografischen Daten oder der Zufriedenheit zwischen den verschiedenen Gruppen gibt.

Die vorliegenden Daten umfassen ausschließlich voneinander unabhängige Variablen, und es wurden keinerlei Wiederholungen von Fragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt. Dieser Umstand resultiert aus der spezifischen Ausrichtung dieser Arbeit, welche sich als Teilauswertung auf die sog. „Baselinedaten“ fokussiert.

Bei einzelnen Items wurden außerdem zur Überprüfung signifikanter Unterschiede statistische Tests für unabhängige Variablen angewandt.

Unabhängige Stichproben bei nominalem Skalenniveau wurden anhand des Chi-Quadrat-Tests auf Signifikanz getestet.

Bei Vorhandensein einer Ordinalskala und/ oder Ratioskala mit fehlender Normalverteilung wurde bei zwei unabhängigen Stichproben ein Mann-Whitney U-Test durchgeführt. Zum Vergleich der Mittelwerte wurden für normalverteilte Daten t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq 0.05$ festgelegt (Irrtumswahrscheinlichkeit ist kleiner als 5% = signifikant).

3 ERGEBNISSE

3.1 Darstellung und Vergleich des Patientenkollektivs der Interventionsgruppe und äquivalent für die Kontrollgruppe

Im Folgenden werden die StäB Patient*innen (Interventionsgruppe) mit den Patient*innen der regulären stationären Behandlung (Kontrollgruppe) unter verschiedenen Aspekten miteinander verglichen. Die Stichprobe (wenn nicht anders angegeben) beträgt in beiden Gruppen $n=22$. Es wurden auch Variablen miteinander verglichen, die in die Berechnung des Propensity Scores miteingegangen sind (Alter, Geschlecht und Voraufenthalte). Grund hierbei ist, dass überprüft werden sollte, inwieweit der Propensity Score überhaupt eine vergleichbare homogene Gruppe erzeugt.

3.1.1. Altersaspekte in der Studie

Alter, Verteilung in Altersgruppen und Alter bei Erstdiagnose

Die Analyse des Alters in der vorliegenden Patientenstichprobe ergab folgende Ergebnisse: in der Interventionsgruppe (IG) lag der Median des Alters bei 43,5 Jahren ($SD= 16,2$), während er in der Kontrollgruppe (KG) bei 51 Jahren lag ($SD=15,8$). Das maximale Alter betrug 88 Jahre in der IG und 78 Jahre in der KG, während das minimale Alter in der IG bei 23 Jahren und in der KG bei 19 Jahren lag, siehe auch hierzu Tabelle 2.

	Interventionsgruppe (=IG)	Kontrollgruppe (=KG)
Mittelwert	45,18	47,36
Maximales Alter	88	78
Minimales Alter	23	19
Standardabweichung	16,2	15,8
Median	43,5	51

Tabelle 2 Übersicht zur Altersverteilung der Patient*innen bei n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

Der Shapiro-Wilk-Test wurde verwendet, um die Annahme der Normalverteilung in Bezug auf das Alter in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe zu prüfen. Der Test ergab einen P-Wert von 0,1395 in der IG und 0,1478 in der KG. Beide Werte sind größer als das verwendete Signifikanzniveau von 0,05 und somit kann in beiden Gruppen von einer Normalverteilung ausgegangen werden. Der anschließend durchgeführte t-Test für das Alter in den beiden Patientengruppen ergab einen nicht signifikanten p-Wert von 0,6539 (Freiheitsgrade=42, Standardfehler der Differenz= 4,832). Das bedeutet, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied im Alter zwischen den Gruppen gibt.

Bei der Untersuchung der Altersverteilung in Altersgruppen fällt auf, dass es zwei deutliche, identische Peaks in beiden Gruppen gab. Der erste Peak liegt in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren, während der zweite Peak in der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren zu finden ist.

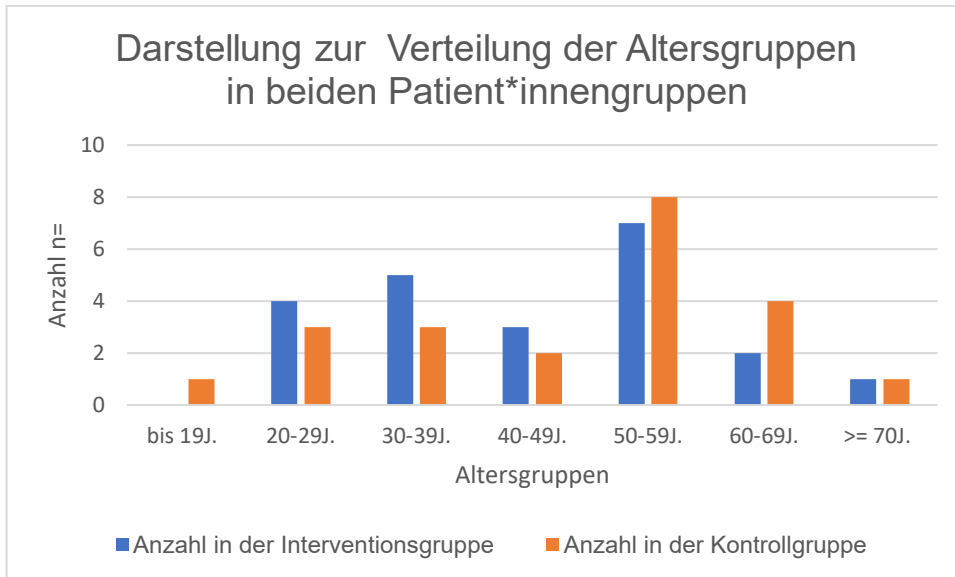


Abbildung 1 Verteilung der Altersgruppen in Interventions- und Kontrollgruppe bei n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

	IG	KG
Mittleres Alter bei Ersterkrankung	29,27	32,77
Jüngstes Alter bei Ersterkrankung	9	15
Höchstes Alter bei Ersterkrankung	87	63
Standardabweichung	16,4	14,44

Tabelle 3 Darstellung zum Alter bei Erstdiagnose n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

Das durchschnittliche Alter bei Erstdiagnose lag in der IG bei 29,27 Jahren (SD= 16,4) und in der KG bei 32,77 Jahren (SD= 14,44). Das jüngste Alter bei Ersterkrankung wurde in der IG mit 9 Jahren und in der KG mit 15 Jahren festgestellt. Das höchste Alter bei Ersterkrankung betrug in der IG 87 Jahre und in der KG 63 Jahre.

3.1.2 Geschlecht

	Männlicher Patient	Weibliche Patient*innen
Interventionsgruppe	n=11	n=11
	50%	50%
Kontrollgruppe	n=13	n=9
	59%	41%

Tabelle 4 Übersicht zur Geschlechtsverteilung der Patient*innen; bei n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

In der IG wurden 11 Patienten und 11 Patientinnen eingeschlossen, was einer exakt 50-prozentigen Verteilung beider Geschlechter entspricht. In der KG waren 13 (59 %) Patienten und 9 (41 %) Patientinnen vertreten. Nach durchgeführtem Chi-Quadrat-Test mit einem p-Wert von 0,544827 liegt kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen vor.

3.1.3 Hauptdiagnosen

Gruppen	
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Tabelle 5 Darstellung der in der Stichprobe vorkommenden ICD-10-Diagnosen

Die Diagnosen wurden nach ICD-10 in verschiedene Gruppen eingeteilt.

ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Revision) ist ein internationales Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen.

Tabelle 5 zeigt dabei die ICD-10 Diagnosen, die in der Stichprobe vorkommen. Dabei wurden die Entlassdiagnosen der Patient*innen verwendet und nicht die Aufnahmediagnosen, die in die Berechnung des Propensity Scores miteingeflossen sind.

In der IG sowie in der KG wurden je 3 Patient*innen mit Diagnosen aus der Gruppe F10-F19 (14%) identifiziert, Die Gruppe F10-F19 umfasst Diagnosen im Zusammenhang mit Alkohol- und Substanzgebrauch.

Bei der IG wurden 4 Patient*innen mit Diagnosen aus der Gruppe F20-F29 (18%) gefunden. Die Gruppe F20-F29 beinhaltet Diagnosen im Bereich der Schizophrenie und schizotypen Störungen. In der KG waren es 10%.

Die Gruppe F30-F39 hatte die höchste Anzahl an Patient*innen in beiden Gruppen, nämlich 59% in der IG und 54% in der KG. Diese Gruppe umfasst Diagnosen im Zusammenhang mit affektiven Störungen, einschließlich Bipolarer Störungen.

Es wurde 1 (5%) Patient*in in der IG und 2 in der KG (10%) mit Diagnosen aus der Gruppe F40-F48 gefunden. Diese Gruppe bezieht sich auf Angststörungen, Phobien und andere neurotische Störungen.

Schließlich wurde 1 Patient*in in der IG und 3 Patient*innen der KG (5%) mit Diagnosen aus der Gruppe F60-F69 gefunden. Diese Gruppe betrifft Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Diagnosen nach ICD-10-Klassifikation in Gruppen	Anzahl Patient*innen der IG	Patient*innen der KG
F10-F19	n= 3; 13%	n=3; 13%
F20-F29	n=4; 18%	n=2; 10%
F30-F39	n= 13; 59%	n=12; 54%
F40-F48	n=1; 5%	n= 2; 10%
F60-F69	n=1; 5%	n= 3; 13%

Tabelle 6 Übersicht der ICD-10 Klassifikation in Gruppen für beide Patientengruppen bei n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

Eine genauere Übersicht der in der Stichprobe vorkommenden ICD-10 Diagnosen und ihre jeweilige Verteilung können der Tabelle 7 entnommen werden.

ICD-10-Diagnose	IG	KG
F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	n= 2;9%	n=3;13%
F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	n=1; 5%	n=0; 0%
F20.0 Paranoide Schizophrenie	n=1; 5%	n=2; 9%
F23.9 Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	n=1; 5%	n=0; 0%
F25.1 Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	n=1; 5%	n=0; 0%
F25.2 Gemischte schizoaffektive Störung	n=1; 5%	n=0; 0%
F31 Bipolare affektive Störung	n=0; 0%	n=1; 5%
F32.1 Mittelgradige depressive Episode	n=2; 9%	n=1; 5%
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	n=0; 0%	n=3;13%
F33 Rezidivierende depressive Störung	n=1; 5%	n=0; 0%
F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	n=7;31%	n=1; 5%
F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	n=3;13%	n=5; 22%
F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	n=0; 0%	n=1; 5%
F41.0 Andere Angststörungen	n=1; 5%	n=0; 0%
F43.0 Akute Belastungsreaktion	n=0; 0%	n=2; 9%
F60.30 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	n=0; 0%	n=1; 5%
F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	n=1; 5%	n=2; 9%

Tabelle 7 Darstellung der ICD-10 Diagnosen die in der Stichprobe vorkommen und ihre jeweilige Häufigkeit bei n=44 (n=22 IG und n=22 KG)

3.1.4 Nebendiagnosen (psychiatrisch und somatische Nebendiagnosen)

Psychiatrische Nebendiagnosen:

Psychiatrische Nebendiagnosen hatten in der IG 64% (n=14) und in der KG 73% (n=16). Die Anzahl an psychiatrischen Nebendiagnosen beträgt im Durchschnitt in der IG 1,05 und in der KG 1,59 pro Patient*in.

Untersuchtes Item	IG	KG
Patient*innen mit psychiatrischen Nebendiagnosen	n=14; 64%	n=16; 73%
Patient*innen ohne psychiatrische Nebendiagnosen	n=8; 36%	n=6; 27%
Anzahl an psychiatrischen Nebendiagnosen im Durchschnitt	1,05	1,59
Eine Nebendiagnose	n=7; 50%	n=5; 31%
Zwei Nebendiagnosen	n= 5; 36%	n=4; 25%
Drei Nebendiagnosen	n= 2; 14%	n=6; 37%
Vier Nebendiagnosen	n=0; 0%	n=1; 6%

Tabelle 8 Übersicht über die Patient*innen mit psychiatrischen Nebendiagnosen und Anzahl an Nebendiagnosen im Durchschnitt und Prozent; Angaben zu der vorkommenden Stichprobengröße (n) sind der Tabelle zu entnehmen

Verteilung der psychiatrischen Nebendiagnosen in der IG:

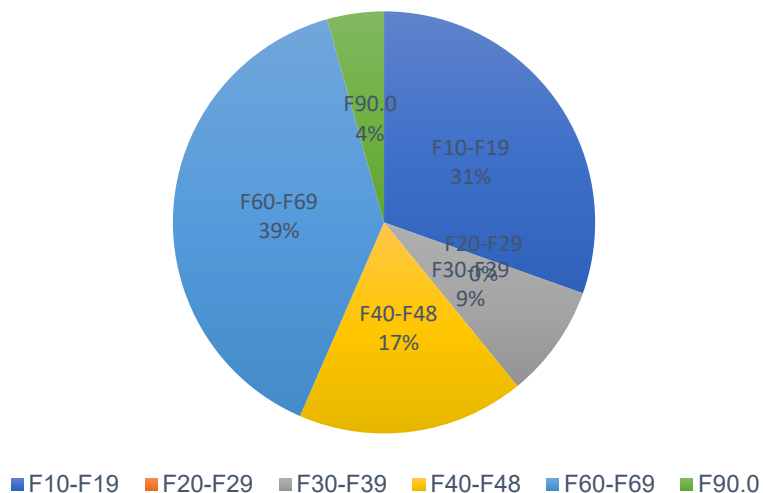


Abbildung 2 Verteilung der psychiatrischen Nebendiagnosen in Prozent in der IG bei n=14, da nur 14 Patient*innen eine psychiatrische Nebendiagnose angegeben haben, neu dazukommen ist die Diagnose F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, die anderen ICD Gruppen Aufschlüsselung sind Tab.5 zu entnehmen

Verteilung der psychiatrischen Nebendiagnosen in der KG:

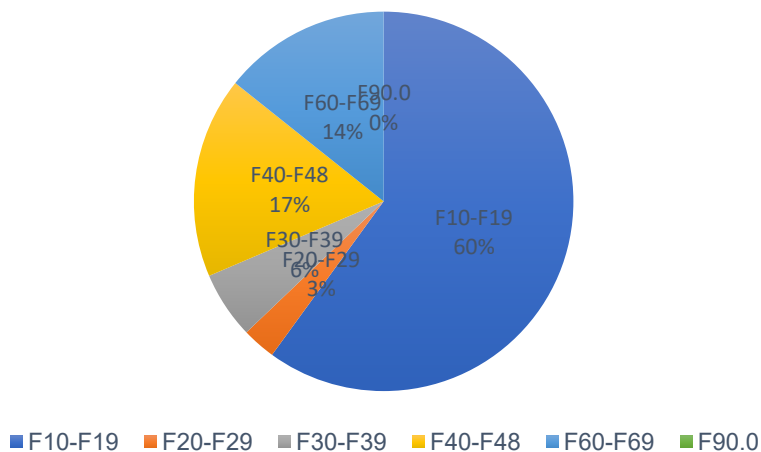


Abbildung 3 Verteilung der psychiatrischen Nebendiagnosen in Prozent in der KG bei n=16; neu dazukommen ist die Diagnose F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, die anderen ICD Gruppen Aufschlüsselung sind Tab.5 zu entnehmen

Die Verteilung der Nebendiagnosen in den beiden Patientengruppen sind der Abbildung 2. und 3. zu entnehmen. In der IG Gruppe sind die Diagnosen in den verschiedenen ICD-Gruppen relativ ausgeglichen, die größte Gruppe umfasst Diagnosen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. In der KG sind die häufigsten psychiatrischen Nebendiagnosen Diagnosen im Zusammenhang mit Alkohol- und Substanzgebrauch.

Somatische Nebendiagnosen

Bei den Patient*innen der IG wiesen 50% von ihnen (n=11) eine somatische Nebendiagnose auf, während es in der KG etwas mehr waren, nämlich 59% (n=13). Die durchschnittliche Anzahl somatischer Nebendiagnosen betrug in der IG 3 und in der KG 3,9.

Es wurden eine Vielzahl verschiedener Nebendiagnosen in beiden Behandlungsgruppen identifiziert, die verschiedene Organsysteme betrafen. Diese reichten von Erkrankungen des Blutsystems wie Leukozytopenien bis hin zu Darm-Polypen. Eine detaillierte Aufschlüsselung der jeweiligen Nebendiagnosen wurde aufgrund ihrer geringen Relevanz für die untersuchte Fragestellung hier nicht durchgeführt.

3.1.5 Muttersprache/ Migrationshintergrund

Die Mehrheit der Patient*innen in beiden Gruppen gab Deutsch als Muttersprache an (in der IG 86 % und in der KG 90 %). In der IG wurden zusätzlich drei Patient*innen mit einer anderen Muttersprache registriert, während es in der KG zwei Patient*innen mit einer anderen Muttersprache waren.

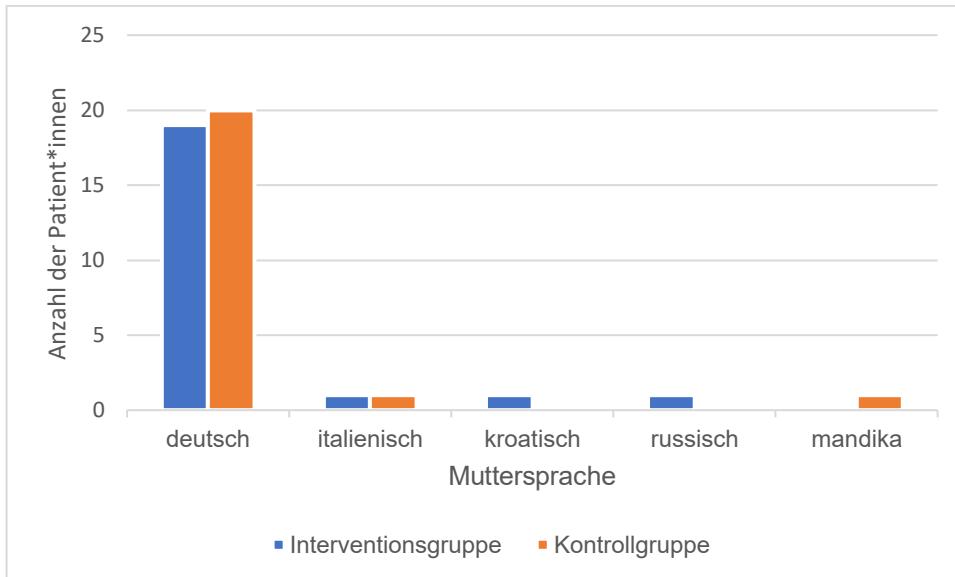


Abbildung 4 Darstellung der Muttersprache in beiden Patientengruppen n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

3.1.6 Familienstand und Haushaltsgröße

In der IG waren insgesamt 14 (63,6%) Patient*innen ledig, was bedeutet, dass sie keinen aktuellen Ehepartner oder Lebenspartner haben. Demgegenüber waren 2 (9,1%) Patient*innen in einer Partnerschaft und 6 (27,3%) Patient*innen verheiratet. In der KG war auch der Großteil mit 16 (72,8%) Patient*innen ledig, 3 (13,6%) in einer Partnerschaft lebend und ebenfalls 3 (13,6%) verheiratet.

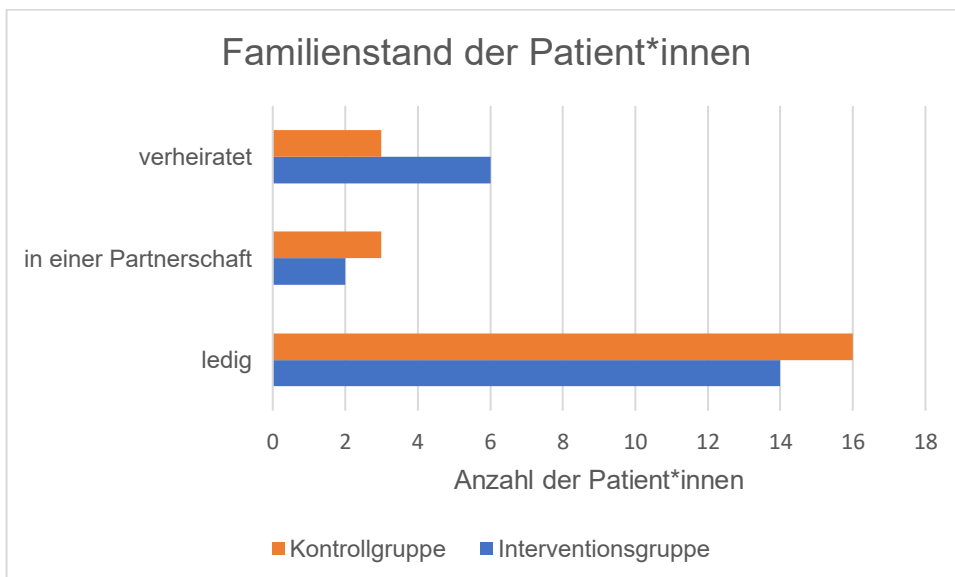


Abbildung 5 Darstellung zum Familienstand in beiden Patientengruppen n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

In der IG und in der KG bestanden die meisten Haushalte aus einer Person (IG n=9; 40,9% KG n=13; 59%).

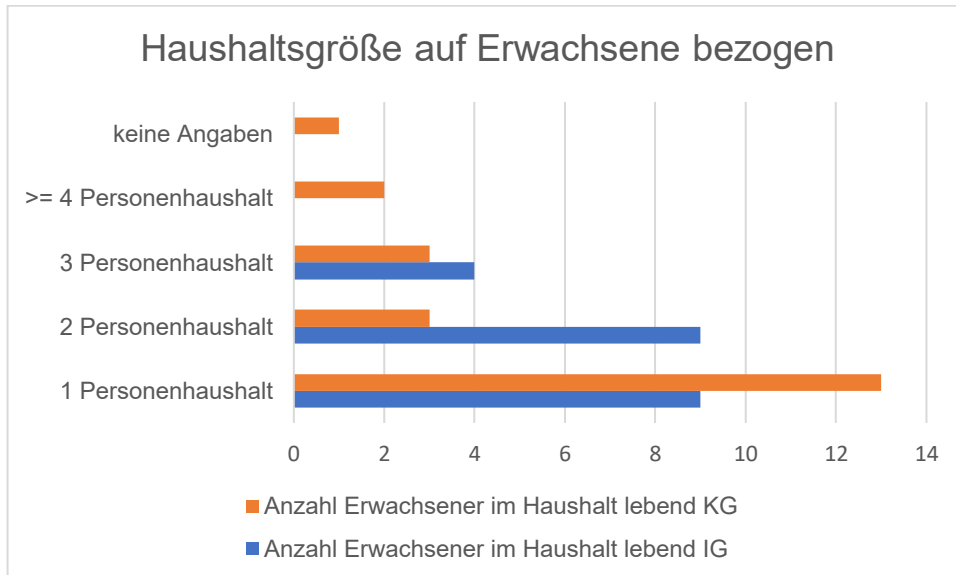


Abbildung 6 Darstellung der aktuellen Haushaltsgröße auf Erwachsene bezogen in beiden Patientengruppen n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

In beiden Behandlungsgruppen wurde eine Analyse der Anzahl der Kinder unter 18 Jahren in den Haushalten der Patient*innen durchgeführt. In der IG gaben drei Patient*innen (13,6 %) an, jeweils ein Kind unter 18 Jahren zu haben. Es wurde keine Angabe zu zwei oder mehr Kindern unter 18 Jahren gemacht (0 %). Ein/e Patient*in (4,5 %) berichtete, drei oder mehr Kinder unter 18 Jahren zu haben, während ein/e weitere/r Patient*in (4,5 %) keine Angaben zu ihrer familiären Situation und der Anzahl der Kinder unter 18 Jahren machte. Schließlich hatten 17 Patient*innen (77,3 %) in der IG keine Kinder unter 18 Jahren in ihrem Haushalt.

In der KG wurde ein/e Patient*in (4,5 %) mit einem Kind unter 18 Jahren identifiziert. Zudem wurden keine Patient*innen mit zwei oder mehr Kindern unter 18 Jahren in der KG festgestellt (0 %). Ebenso gab es keine Patient*innen mit drei oder mehr Kindern unter 18 Jahren (0 %). Ein/e Patient*in (4,5 %) in der KG machte keine Angaben zu ihrer familiären Situation und der Anzahl der Kinder

unter 18 Jahren. Die Mehrheit der Patient*innen in der Kontrollgruppe, nämlich 20 Personen (90,9 %), hatte keine Kinder unter 18 Jahren im Haushalt

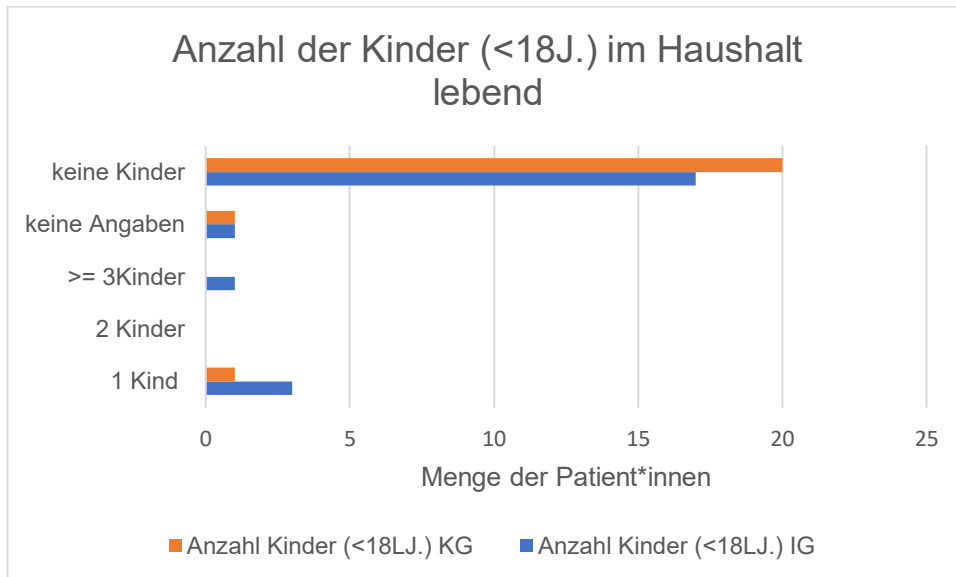


Abbildung 7 Darstellung der aktuellen Haushaltsgröße auf Kinder bezogen in beiden Patientengruppen n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

3.1.7 Bildungs- und Berufsstatus

In beiden Patientengruppen hatten die meisten Patient*innen als höchsten Schulabschluss die mittlere Reife (IG n=8, 36,36%; KG n=12, 54,55%) gefolgt bzw. gleichgestellt mit dem Hauptschulabschluss (IG n=8, 36,36%; KG n= 5, 22,73%). Fachhochschulreife war in beiden Gruppen am Dritthäufigsten angegeben (IG n=4, 18,18%; KG n=3, 13,64%). Abitur hatte in beiden Stichproben genau eine Person (4,5%).

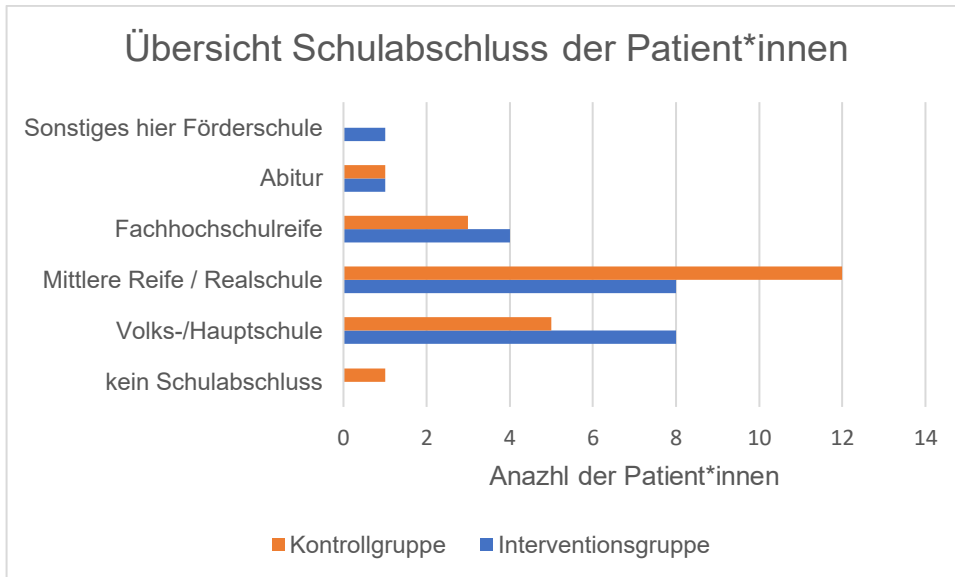


Abbildung 8 Darstellung zum höchsten Schulabschluss in beiden Patientengruppen n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

Innerhalb der Berufsausbildung lassen sich in beiden Gruppen spezifische Modi identifizieren. Dabei zeigt sich, dass die Mehrheit der Patient*innen eine abgeschlossene Lehre aufweist (IG n=12; 54,5 %; KG n=15; 68,18 %) oder über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt (IG n=6; 27,3 %; KG n=4; 18,2 %). In beiden Gruppen wiesen jeweils zwei Patient*innen einen Abschluss der Berufsfachschule auf. Zwei Patient*innen der IG hatten ein Studium absolviert.

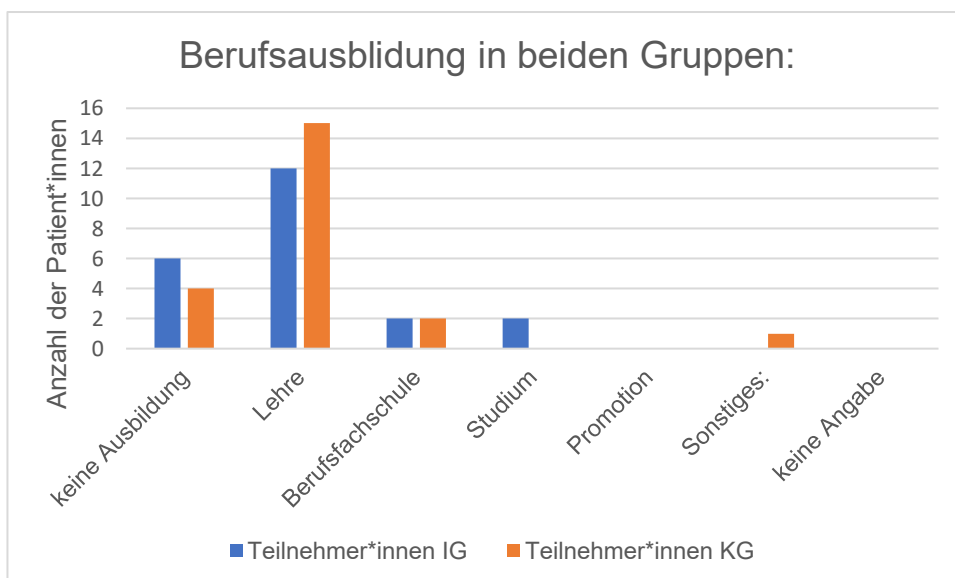


Abbildung 9 Darstellung zur Berufsausbildung in beiden Patientengruppen n= 44 (n=22 IG und n=22 KG)

Aktuelle Beschäftigung

Die aktuelle Beschäftigung der Patient*innen ist in Abb. 10 dargestellt. Hierbei fällt auf, dass in der KG eine deutliche Mehrheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (n=12; 54,5 %) gegenüber einer geringeren Anzahl in der IG (n=5; 22,7 %) zu verzeichnen ist. In der IG verteilen sich die Patient*innen relativ gleichmäßig auf andere Beschäftigungen. Die Gruppe der Arbeitslosen bzw. Arbeitssuchenden umfasste n=6, die Gruppe derjenigen, die sich in Altersrente bzw. Pension befanden, n=3 und die Gruppe derjenigen, die als erwerbs- bzw. berufs unfähig galten, n=4.

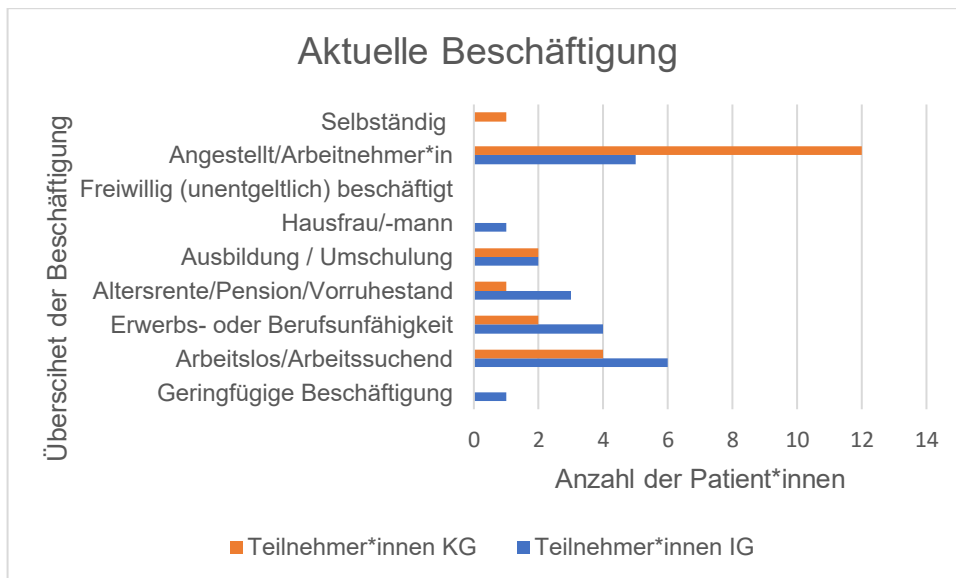


Abbildung 10 Darstellung zur aktuellen Beschäftigung in beiden Patientengruppen n= 44
(n=22 IG und n=22 KG)

Aktuelles Haupteinkommen

In der IG gaben 7 Patient*innen an, dass ihr Einkommen aus Gehalt oder Lohn stammt, während es in der KG 10 Patient*innen waren. 7 Patient*innen in der IG und 4 Patient*innen in der KG gaben an, Rente als Einkommensquelle zu haben. In Bezug auf Sozialleistungen als Einkommensquelle gab es 4 Patient*innen in der IG und 3 Patient*innen in der KG. Familiäre Unterstützung wurde von 2 Patient*innen in der IG und 1 Patient*in in der KG genannt. Schließlich gaben 2

Patient*innen in der IG an, andere Einkommensquellen wie Ersparnisse zu haben, während es in der KG 4 Patient*innen waren.

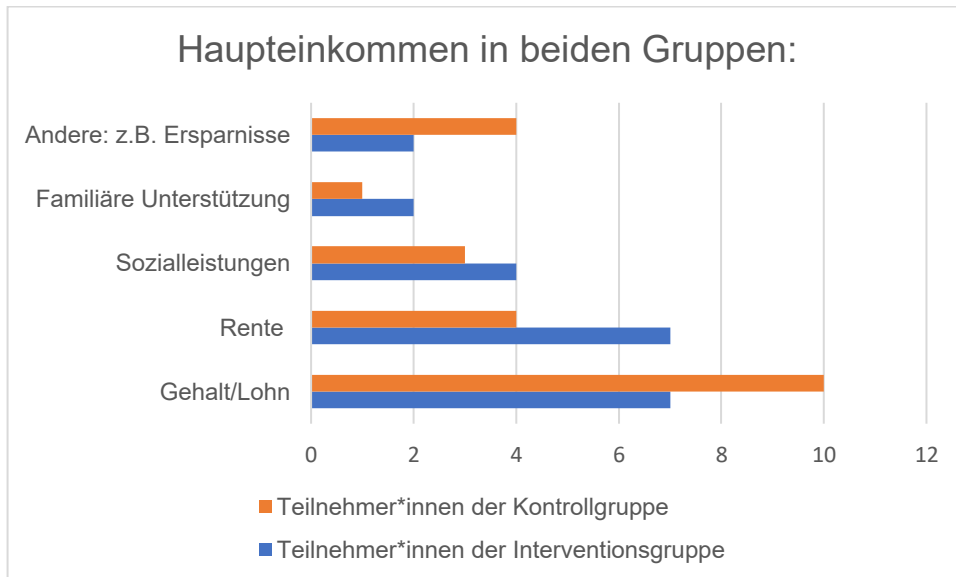


Abbildung 11 Darstellung zum aktuellen Haupteinkommen in beiden Patientengruppen n=44 (n=22 IG und n=22 KG)

3.1.8 Voraufenthalte vor der aktuellen Behandlung

In der IG waren bereits 18 Patient*innen (81,8%) vor Beginn der Studie in stationärer Behandlung gewesen. Ebenso zeigte sich in der KG, dass 17 Patient*innen (77,3%) bereits vor Studienbeginn eine stationäre Behandlung erfahren hatten.

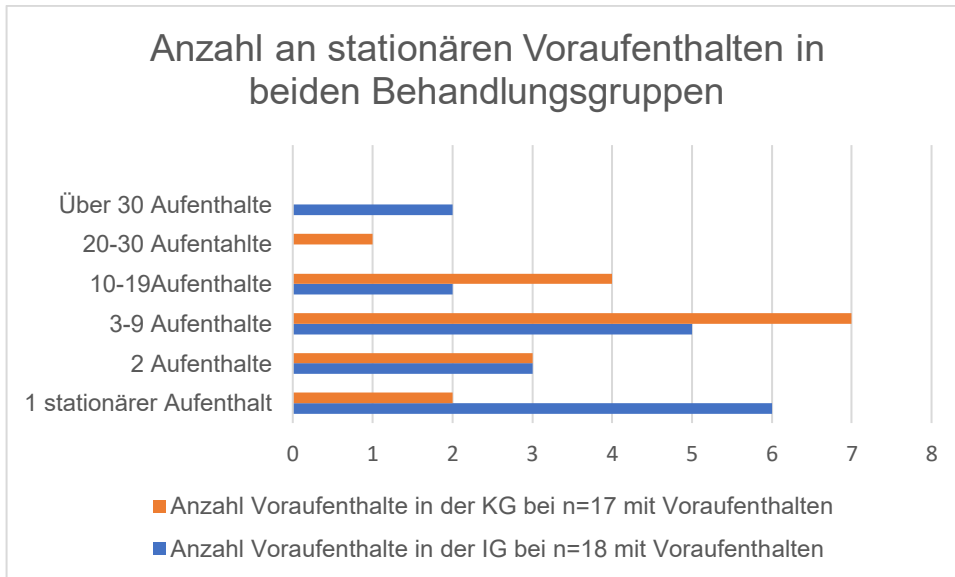


Abbildung 12 Darstellung der Anzahl an Voraufenthalten in beiden Patientengruppen n=35 (IG n=18 und KG n=17)

Inanspruchnahme anderer Leistungen

Es wurde betrachtet, ob Patient*innen in beiden Behandlungsgruppen auch andere Leistungen wie ambulante, stationäre, teilstationäre oder StäB in den letzten drei Monaten in Anspruch genommen haben. Die teilstationäre Behandlung wurde in beiden Gruppen kaum in Anspruch genommen. In der IG befanden sich einige Patient*innen, die vor der StäB auch in stationärer Behandlung waren. Demgegenüber lässt sich feststellen, dass keine Patient*innen der KG vor ihrem stationären Aufenthalt in der StäB waren, wie aus Tabelle 9 hervorgeht.

Inanspruchnahme von Leistungen	IG (n=22)	KG (n=22)
Inanspruchnahme von stationären Leistungen in den letzten 3 Monaten		
ja	n=10; 45%	n=22; 100%
nein	n=12; 55%	n=0; 0%
Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen in den letzten 3 Monaten		
ja	n=0; 0%	n=2; 10%
nein	n=22; 100%	n=20; 90%
Inanspruchnahme von StäB in den letzten 3 Monaten		
ja	n=22; 100%	n=0; 0%

nein	n=0; 0%	n=22; 100%
Inanspruchnahme von ambulanten Behandlungen den letzten 3 Monaten		
ja	n=19; 86%	n=18; 81%
nein	n=3; 14%	n=4; 19%

Tabelle 9 Inanspruchnahme von anderen Leistungen in den letzten drei Monaten in beiden Behandlungsgruppen; n= 44 (IG n=22 und KG n=22)

3.1.9 Einschätzung der Lebensqualität und des aktuellen Gesundheitszustandes mit verschiedenen Scores

EQ5D5L:

In der nachfolgenden Tabelle 10 sind die jeweiligen Ergebnisse des EQ5D5L zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität der Patient*innen dargestellt. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Kontrollgruppe (KG) einen statistisch signifikant höheren Gesundheitsscore (im Durchschnitt 0,78) erreicht hat als die Interventionsgruppe (IG), bei der es sich im Durchschnitt um einen Score von 0,605 handelt. Der p-Wert beim durchgeführten T-Test beträgt 0,01, das Konfidenzintervall 99 % und der T-Wert -2,37.

Bei der visuellen Analogskala hingegen zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Hier hat die IG mit einem Durchschnitt von 51,72 höhere Werte angegeben als die KG mit 49,9.

IG (n=22) 1= bestmögliche Gesundheit; 0= schlechtmöglichste Gesundheit	KG (n=22)
0,829	0,887
1	0,73
0,197	1
0,376	0,882
0,585	0,72
0,654	0,678
0,832	0,856
0,53	0,864
0,879	0,57
0,506	0,921

	0,838	0,943
	0,773	0,773
	0,827	0,97
	0,343	0,694
	0,427	0,913
	-0,127	0,773
	0,055	0,901
	0,97	0,585
	0,739	0,918
	0,316	0,478
	0,865	0,964
	0,773	0,195
Gesamtmittelwert	Gesamtmittelwert	
	0,605	0,7825
Gesundheit als visuelle Analogskala	Gesundheit als visuelle Analogskala	
	51,72	49,9

Tabelle 10 Auswertung des EQ5D5L, Einschätzung der Lebensqualität; n= 44 (IG n=22 und KG n=22); 1= entspricht der bestmöglichen Gesundheit der Patient*innen und 0= schlechtmöglichste Gesundheit, niedrigster erreichbarer Wert -0,6; Berechnung nach Algorithmus von Ludwig et al.; hier wird jeder Antwort in jedem Bereich ein entsprechender Zahlenwert zugeordnet, so dass am Ende die Zahlenwerte entsprechend einer Formel zu dem Gesundheitsscore zusammengerechnet werden können.

HoNoS:

Die Tabellen 11 und 12 präsentieren die Skalenwerte sowie die Ergebnisse der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) für beide Gruppen bezüglich verschiedener Dimensionen der psychischen Gesundheit. Im Folgenden werden zwei beispielhafte Aspekte dargestellt, während die übrigen Daten in den Tabellen vorliegen.

In Bezug auf Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen wiesen die Werte in der IG mit 1,55 einen leicht höheren Wert auf als in der KG mit 1,27. Hinsichtlich einer gedrückten Stimmung wurde in der IG ein durchschnittlicher HoNOS-Score von 3,72, in der KG ein Score von 3,59 ermittelt.

Die HoNOS-Scores für Probleme mit alltäglichen Aktivitäten waren in beiden Gruppen gleich hoch und betragen jeweils 3,27. Ebenso waren die Bewertungen

für Probleme durch die Wohnbedingungen in beiden Gruppen vergleichbar, wobei die IG einen Score von 2,09 und die KG einen Score von 2,05 erzielte. Schließlich wurde beobachtet, dass die IG einen durchschnittlichen HoNOS-Score von 3,23 für Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag erzielte, während die Kontrollgruppe einen etwas niedrigeren Score von 2,9 aufwies. Der Mittelwert über alle HoNOS-Scores in der IG lag bei 2,6, in der KG bei 2,47. Der Honos-Gesamtwert, der die Gesamtauswirkung der Beeinträchtigung widerspiegelt, betrug 28,45 in der IG und 27 in der KG. Dieses Ergebnis erwies sich als nicht signifikant, bei einem p-Wert von 0,35, einem T-Wert von 0,4 und einer Konfidenz von 65 %.

Übersicht der Skalenwerte im Honos	zugeordneter Wert
nicht beantwortet	kein Fall
kein Problem	1
klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf	2
leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden	3
eher schweres Problem	4
schweres bis sehr schweres Problem	5

Tabelle 11 Übersicht der Skalenwerte im Honos und ihr jeweilig zugeordneter Wert

	Werte in der IG	Werte in der KG
HoNos: 1) Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	2,32	2,32
HoNos: 2) Absichtliche Selbstverletzung	1,5	1,73
HoNos: 3) Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	1,9	1,59
HoNos: 4) Kognitive Probleme	3,12	3
HoNos: 5) Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	3	2,64
HoNos: 6) Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	1,55	1,27
HoNos: 7) Gedrückte Stimmung	3,72	3,59
HoNos: 8) Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	2,72	2,45

HoNos: 9) Probleme in Beziehungen	2,68	2,9
HoNos: 10) Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	3,27	3,27
HoNos: 11) Probleme durch die Wohnbedingungen	2,09	2,05
HoNos: 12) Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag	3,23	2,9
Gesamter Mittelwert	2,6	2,47
Honos Gesamtwert (Max. 48= höchste Beeinträchtigung)	28,45	27

Tabelle 12 Darstellung der Ergebnisse des HONOS in beiden Gruppen n=44 (n=22 IG und n=22 KG)

RAS-G Vorhersage Patientengenesung:

Hier erfolgt die Auswertung wie in Kapitel 2.4.2 beschrieben, anhand der Gesamtsummenwerte. Der kleinste Wert, den man erreichen konnte, betrug 14 und der maximale Wert 70. Ein hoher Wert bedeutet hier eine gute Genesungsprognose. In der IG liegt der Gesamtwert mit 46,91 etwas unter dem Gesamtwert der KG mit 48,08. Mit einem p-Wert von 0,32 ist dies kein statistisch signifikanter Unterschied (T-Wert -0,48, Konfidenz: 685).

	Mittelwerte in der IG	Mittelwerte in der KG
RAS-G: 1. Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein.	4,09	3,73
RAS-G: 2. Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte.	3,68	2,68
RAS-G: 3. Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann.	2,86	3,18
RAS-G: 4. Ich sehe Sinn im Leben.	3,13	3,63
RAS-G: 5. Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen.	2,5	2,63
RAS-G: 6. Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft.	2,72	3,09
RAS-G: 7. Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben.	3	3,22
RAS-G: 8. Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein.	2,636	2,82
RAS-G: 9. Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer.	2,23	2,91

RAS-G: 10. Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte.	3,77	3,55
RAS-G: 11. Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten.	4,09	3,68
RAS-G: 12. Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige.	3,86	3,64
RAS-G: 13. Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann.	4,14	4,5
RAS-G: 14. Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich.	4,14	4,09
GESAMTWERT bei 5 Stufen (Minimum 14; Maximum 70)	46,91	48,08
Minimum	30	28
Maximum	61	63
Standardabweichung	7,62	8,34

Tabelle 13 Darstellung der Ergebnisse des RAS-G in beiden Gruppen n=44 (n=22 IG und n=22 KG)

PSP:

Die Auswertung des Personal and Social Performance Scale (PSP) erfolgte anhand der errechneten Gesamtwerte. Hierbei deuten hohe Werte auf eine gute Funktionsfähigkeit und soziale Integration der betreffenden Person hin.

Der höchste erreichte Wert der IG lag bei 74, während der niedrigste Wert bei 21 lag.

Der höchste Wert für die KG betrug 76, während der niedrigste Wert bei 35 lag.

Die durchgeführte Untersuchung zeigt, dass die KG im Durchschnitt einen etwas höheren Gesamtwert auf der Personal and Social Performance Scale (PSP) aufweist, nämlich 57,22 im Vergleich zu 52,09 in der IG. Obgleich sich geringfügige Unterschiede zeigen, erwies sich das Resultat mit einem p-Wert von 0,1 als nicht signifikant (T-Wert -1,32; Konfidenz 90 %).

Die Standardabweichungen geben Aufschluss über die Streuung der einzelnen Werte um den jeweiligen Durchschnitt. Es konnte festgestellt werden, dass die Kontrollgruppe eine geringere Streuung aufweist (10,55 gegenüber 14,39). Dies lässt den Schluss zu, dass sie homogener zu sein scheint.

	PSP Werte IG	PSP Werte KG
Mittelwert der PSP Gesamtwerte	52,09	57,22
Standardabweichung	14,39	10,55
Maximum	74	76
Minimum	21	35

Tabelle 14 PSP Gesamtwerte in beiden Gruppen n=44 (n=22 IG und n=22 KG)

3.2 Kennzahlen der Behandlung

Für die IG (StäB-Patient*innen (n=22)) im Folgenden, wenn die KG mit einbezogen wurde, wird dies explizit erwähnt.

3.2.1 Behandlungstage der Patient*innen der IG und der Kontrollpatient*innen im Vergleich

Im Durchschnitt wurden die Patient*innen der IG 38,72 Tage behandelt (SD 15,43). Die längste Behandlungsdauer betrug mit 69 Tagen knapp über 2 Monate und die kürzeste Behandlungsdauer mit 16 Tagen ca. 2,5 Wochen. Bei den Kontrollpatient*innen war die mittlere Behandlungsdauer kürzer mit 24,04 Tagen (SD= 15,69). Dies ist ein relevanter und signifikanter Unterschied in der Behandlungsdauer der beiden Behandlungsgruppen (P-Wert von 0; T-Wert von 3,06; Konfidenz von 100%).

Merkmale der Behandlungstage	IG n=22	KG n=22
Mittlere Behandlungsdauer in Tagen	38,72	24,04
Längste Behandlungsdauer	69	56
Kürzeste Behandlungsdauer	16	5
SD	15,43	15,69

Tabelle 15 Darstellung der relevanten Merkmale der Behandlungstage der Patient*innen in beiden Gruppen (IG n=22; KG n=22)

3.2.2 Abgerechnete OPS Leistungen der StäB Patient*innen

In der vorliegenden Untersuchung wurden die abgerechneten OPS-Leistungen bei den StäB Patient*innen analysiert.

Die erbrachten Leistungen werden mittels OPS-Codes dokumentiert und abgerechnet. Die exakten Inhalte und Anforderungen der StäB sind im OPS-Katalog festgehalten und werden jährlich aktualisiert. Die im Rahmen der StäB erbrachten Leistungen sind von den Krankenhäusern mit OPS-Codes zu dokumentieren und diese mit den Abrechnungsdaten an die Krankenkassen zu übermitteln. Eine detaillierte Darstellung findet sich in Kapitel 2.4.4.

Die Daten legen nahe, dass die StäB Patient*innen ein breites Spektrum an Kontakten mit verschiedenen Berufsgruppen wie Ärzt*innen, Psycholog*innen, Spezialtherapeut*innen und Pflegefachkräften in Anspruch genommen haben. Am häufigsten wurden die abgerechneten OPS-Codes vom Pflegepersonal abgerechnet, was insgesamt 706 Abrechnungen entspricht und somit 60% aller insgesamt abgerechneten OPS-Codes ausmacht. Pflegefachkräfte haben im Durchschnitt pro Tag die längste Zeit am Patienten verbracht, nämlich im Schnitt 54 Minuten.

Im Gegensatz dazu haben Psycholog*innen im Durchschnitt nur 5,2 Minuten und Ärzt*innen 9,7 Minuten pro Tag mit den Patient*innen verbracht.

Des Weiteren sind die aufsuchenden Kontakte pro Tag in Tabelle 16 enthalten. Es sei jedoch darauf verwiesen, dass das Pflegepersonal teilweise mehrere Kontakte pro Tag hatte, welche jedoch in den OPS-Abrechnungen in einem Wert pro Tag zusammengefasst werden.

Die detaillierten Werte sowie weitere Informationen sind in Tabelle 16 aufgeführt.

Untersuchtes Item	Ärzte n=22	Psychologen n=19	Spezialtherapeuten=19	Pflegefachkräfte n=22
Mittelwert pro Tag in Minuten pro Berufsgruppe	9,7min	5,2min	17min	54min
Anzahl an verbrachten Minuten insg.	8775min	4065min		

pro Berufsgruppe			13215min	48735min
Gesamtbehandlungsminuten/Tag im Durchschnitt				
pro Berufsgruppe hinweg	11,62min	5,38min	17,5min	64,55min
Aufsuchende Kontakte im Mittelwerte pro Tag /pro Berufsgruppe	0,23	0,11	0,2	0,8
Abgerechnete OPS Codes als Anzahl insg. über alle Berufsgruppen hinweg	206	85	181	706
Abgerechnete OPS Codes in Prozent über alle Berufsgruppen hinweg	18%	7%	15%	60%

Tabelle 16: Darstellung der relevanten Items zur OPS-Abrechnung der StäB-Patient*innen;
StäB Patient*innen n=22

3.2.3 Form der Zuweisung der StäB-Patient*innen

Die vorliegenden Daten zeigen, dass 45% der StäB-Patient*innen über Kliniken von dem Angebot StäB erfahren haben, gefolgt von 32%, die ihre Informationen von niedergelassenen Ärzt*innen erhalten haben. Weitere 23% wurden durch Bekannte oder Angehörige auf die StäB aufmerksam gemacht. Andere Quellen wie der Sozialpsychiatrische Dienst, betreutes Wohnen, Notfallsprechstunden/Notfalltelefone der Klinik und das Internet spielten keine Rolle bei der Informationsvermittlung laut den hier vorliegenden Daten.

Von StäB erfahren durch:	Anzahl n=	Häufigkeit in Prozent
Niedergelassene*r Arzt/Ärztin	7	32%
Sozialpsychiatrischer Dienst	0	0%
Betreutes Wohnen	0	0%
Notfallsprechstunde/Notfalltelefon der Klinik	0	0%
Klinik	10	45%
Bekannte/ Angehörige	5	23%
Internet	0	0%

Tabelle 17 Tabelle wie Patient*innen auf StäB aufmerksam wurden, StäB-Patient*innen n=22

Bei der Betrachtung der Herstellung des Kontaktes zu StäB zeigt sich ebenfalls eine deutliche Dominanz bestimmter Informationsquellen, ähnlich wie die Patient*innen von StäB erfahren haben. Insbesondere niedergelassene Ärzte, Kliniken, Bekannte und die Patient*innen selbst fungieren als Hauptkanäle, über die der Kontakt zur StäB hergestellt wurde. Hingegen scheinen der sozialpsychiatrische Dienst sowie die Notfallsprechstunde keine maßgebliche Rolle bei der Informationsvermittlung gespielt zu haben. Siehe dazu Tabelle 18 Kontaktvermittlung zum StäB Team.

Der Kontakt zu StäB wurde hergestellt von:	Anzahl n=	Häufigkeit in Prozent
Niedergelassene*r Arzt/ Ärztin	7	32%
Sozialpsychiatrische Dienst	0	0%
Betreutes Wohnen	0	0%
Notfallsprechstunde/ Notfalltelefon der Klinik	0	0%
Klinik	12	55%
Bekannte/ Angehörige	1	5%
Selbst Kontakt aufgenommen	2	9%
Sonstiges:	0	0%

Tabelle 18 Tabelle zur Kontaktvermittlung zum StäB-Team; StäB Patient*innen n=22

Der Großteil (73%) der StäB-Patient*innen wurde nicht aus einer anderen Behandlungsform verlegt, 27% wurden allerdings von einer anderen Behandlungsform in StäB verlegt. Ebenfalls konnte der Großteil (63%) auch unmittelbar in die StäB aufgenommen werden. Wenn eine unmittelbare

Aufnahme (bei 36%) nicht möglich war, dann betrug die durchschnittliche Wartezeit bis eine Aufnahme erfolgte ca. 8 Tage.

Zuweisungform in StäB	ja	nein
Verlegung aus anderer Behandlungsform	n= 6; 27%	n= 16; 73%
Unmittelbare Aufnahme in StäB	n= 14; 63%	n= 8 ; 36%
Durchschnittliche Wartezeit, wenn eine unmittelbare Aufnahme nicht möglich war	bei n=8; 7,8 Tage	

Tabelle 19 Darstellung der Zuweisungsform von StäB-Patient*innen; StäB Patient*innen n=22

3.2.4 Unterbrechung bzw. Abbruch der Behandlung von StäB-Patient*innen und Patient*innen der Kontrollgruppe

Nach Entlassung der Patient*innen wurden zur Ergänzung Daten aus der Patientenakte bei beiden Patientengruppen erhoben. Diese Informationen werden routinemäßig durch die psychiatrische Basisdokumentation erhoben (BADO). BADO ist ein von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) empfohlenes Dokumentationssystem für den Einsatz in psychiatrischen Kliniken und dient der Erhebung valider Daten zur Qualitätssicherung und gesundheitspolitischen Zwecken in der psychiatrischen Versorgung (Jaeger et al. 2011; Hermann Spiessl 2009). Sie umfassen Daten zu Diagnosen der Patient*innen, zu Behandlungsfortschritten und zur psychosozialen Funktion. Es wurden in dieser Arbeit jedoch nur einige ausgewählte Punkte der BADO erhoben. Hierzu gehören Informationen, ob es während der Behandlung zu Komplikationen wie z.B. Substanzmissbrauch oder Fremdaggressionen gekommen ist.

In der IG brachen zwei Patient*innen (10 %) die Behandlung ab, in der KG waren es drei (14 %). Im Rahmen der IG kam es zu keinen gravierenden Komplikationen und auch zu keinen Unterbrechungen während der Behandlung.

Patient*innen der IG	nein	ja
Erfolgte mehr als eine Verlegung im gesamten Behandlungsverlauf?	n=22; 100%	n=0; 0%
Gab es eine Unterbrechung der Behandlung?	n=22; 100%	n=0; 0%
Gab es gravierende Komplikationen während der Behandlung?	n=22; 100%	n=0; 0%
Ist während der Behandlung eine Fremdaggression aufgetreten?	n=22; 100%	n=0; 0%
Erfolgte ein Substanzmissbrauch während der Behandlung?	n=17; 77%	n=5; 23%
Gab es eine Entweichung oder Suchmeldung während der Behandlung?	n=22; 100%	n=0; 0%
Wurde die Behandlung abgebrochen?	n=20; 90%	n=2; 10%
Gründe des Abbruches (bei n=2 wo die Behandlung abgebrochen wurde)		
Sonstiges: keine Absprachefähigkeit		n=1; 50%
Sonstiges: Rahmenbedingungen von StäB werden nicht akzeptiert		n=1; 50%
Kontrollpatient*innen		
Wurde die Behandlung abgebrochen?	n=19; 86%	n=3; 14%
Gründe des Abbruches (bei n=3 wo die Behandlung abgebrochen wurde)		
infolge gravierender externer Anlässe, welche den/die Patienten/in außerhalb der Klinik bzw. des Klinikgeschehens beeinflussen (z.B. Umzug, Verlust der Wohnung, Kinderbetreuung a		n=2; 67%
auf Wunsch des/der Patienten/Patientin gegen ärztlichen Rat		n=1; 33%

Tabelle 20 Unterbrechungen und Komplikationen während der Behandlung; in beiden Behandlungsgruppen (IG n=22; KG n=22)

3.3 Darstellung und Vergleich der Zufriedenheit zwischen beiden Behandlungsgruppen

Die ersten Daten zur Zufriedenheit der Patient*innen dieser Studie wurden bereits in einem Poster (Tirelis et al. 2021 DGPPN Kongress) veröffentlicht. Die Methodik wird an dieser Stelle noch einmal erläutert. Eine detaillierte Darstellung findet sich zudem in Kapitel 2.4.3.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 21 dargestellt. Die Patient*innen der IG waren in den Gesamtzufriedenheitswerten etwas unter den Werten der Kontrollpatient*innen (in der IG lag die durchschnittliche Gesamtzufriedenheit bei 75% in der KG lag sie bei 79%).

Nach Testung auf Normalverteilung wurde der t-Test durchgeführt, hierbei zeigten sich die insgesamt leicht höheren Zufriedenheitswerte in der Kontrollgruppe als nicht signifikant bei einem p von 0,11 (Freiheitsgrade 97,45; CI 89%, t-Wert -1,23).

Dennoch zeigen sich bei einzelnen Fragen auffallende Unterschiede. Diesbezüglich ist insbesondere die Frage 13 „Mir geht es nach der Behandlung besser“ zu erwähnen, bei der die IG Patient*innen der Aussage lediglich mit 66 % zustimmten, während die Kontrollpatient*innen im Vergleich 86 % Zustimmung äußerten. Es gibt jedoch auch Fragen, bei denen die IG höhere Zustimmungswerte erreichte als die KG. Diesbezüglich seien die Fragen 8 („Die Mitarbeiter waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen“) und 9 („Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert“) exemplarisch genannt.

Single Choice Frage	IG (n=20)	KG (n=20)
1) Meine Ziele und Wünsche zum Verlauf der Behandlung wurden berücksichtigt	78%	76%
2) Die Vorbereitung meiner Behandlung war gut organisiert	70%	76%
3) Ich habe genug Informationen bekommen, um meine Erkrankung zu verstehen	74%	69%
4) Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen	65% (n=17)	69%
5) Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen	67% (n=15)	87% (n=19)
6) Das mich behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	84%	86%
7) Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	83%	80%
8) Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	90%	84%
9) Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	90%	86%
10) Die Behandlung erfolgte nach einem auf mich zugeschnittenen Behandlungsplan	68%	79%

11) Die Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan waren angemessen.	75%	70%
12) In den Einzelgesprächen habe ich mich angenommen gefühlt	89%	84%
13) Mir geht es nach der Behandlung besser	66%	86%
14) Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurecht zu kommen	62%	76%
15) Die Fortsetzung meiner Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	65%	67%
16) Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung nach meiner Behandlung (z.B. Selbsthilfegruppen) wurde ich ausreichend informiert	63%	78%
17) In der Behandlung wurde gut auf meine Wünsche und Bedürfnisse eingegangen	81%	78%
18) Ich würde diese Form der Behandlung erneut in Anspruch nehmen	86%	88%
Standardabweichung	10%	7%
Gesamtzufriedenheit	75%	79%

Tabelle 21 Darstellung der Behandlungszufriedenheitswerte in Prozent; bei n=20 (IG und KG), bei einzelnen Fragen auch andere Stichprobe, da zum Beispiel nicht jeder Patient Medikamente während seiner Behandlung erhalten hat, dies ist bei den jeweiligen Fragen dargestellt.

Es wurden auch drei offene Fragen zur Zufriedenheit der Patient*innen gestellt. Hierbei wurden anhand der Antworten der Patient*innen Kategorien zur Auswertung gebildet, um die Antworten zusammenzufassen (siehe dazu Mayring 2010 und Kapitel 2.4.2).

Tabelle 22 stellt die Fragen und Antworten zusammengefasst in Kategorien für die IG dar und Tabelle 23 die der KG. Die drei offenen Fragen haben sich in den Formulierungen zwischen den beiden Patientengruppen minimal unterschieden. Es lassen sich einige Überschneidungspunkte feststellen. So gaben die Patient*innen beider Gruppen auf Nachfrage an, dass individuelle Ziele ihnen während der Behandlung besonders wichtig waren. Ein Großteil der Befragten in der IG (n=10 von n=16) gab bei der Frage „Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut gefallen?“ an, dass sie es als positiv empfanden, nicht aus ihrem Alltag gerissen zu werden.

Frage und gebildete Kategorien	IG
Was war für Sie während der Behandlung besonders wichtig?	n=10
Persönliche und individuelle Therapieziele (Fernbleiben von Alkohol etc.)	1
Das Personal (Ärzte, Pflegekräfte, die Gespräche)	4
Die Therapiemaßnahmen (Medikamentöse Einstellung, Kunsttherapie,...)	1
Wertschätzung bzw. Ernst genommen zu werden	2
Die eigene Privatsphäre	1
Sonstiges	1
Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut gefallen?	n=16
Das Personal bzw. die Gespräche mit dem Personal	2
Die Behandlung zu Hause	6
Dass man nicht aus dem Alltag gerissen wurde	4
Dass die Behandlung individuell abgestimmt ist	3
Sonstiges (z.B. eine gute Chance auf Veränderung)	1
Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung nicht so gut gefallen?	n= 8
Einsamkeit/ fehlende Mitpatienten oder zu wenig Kontakt mit diesen	3
Begrenzung der Kontaktzeiten des Personals	1
Übergang zur Entlassung war zu abrupt	1
Sonstiges (Probleme bei Medikamentenumstellung, zu intime Gespräche, zu viele Kontakte)	3
Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?	n=10
Organisation verbessern (bessere und genauere Terminabsprachen)	5
Behandlungsdauer erhöhen bzw. den Übergang bei Entlassung verbessern	2
Den Kontakt mit anderen Patient*innen fördern	1
Mehr Freiraum	1
Keine	1

Tabelle 22 Darstellung der offenen Fragen der Patient*innen der IG Zufriedenheit anhand von selbst gebildeten Kategorien; die jeweilige Stichprobengröße (n) kann der Tabelle entnommen werden, da sie für jede Frage abweichend ist

Frage und gebildete Kategorien	KG
Was war für Sie während der stationären Behandlung besonders wichtig?	n= 14
Persönliche und individuelle Therapieziele (Fernbleiben von Alkohol etc.)	5
Das Personal (Ärzte, Pflegekräfte, die Gespräche)	3
Die Therapiemaßnahmen (Medikamentöse Einstellung, Kunsttherapie,...)	2
Wertschätzung bzw. Ernst genommen zu werden	3
Kontakt zu anderen Patient*innen	1
Was hat Ihnen besonders gut gefallen an der stationären Behandlung?	n=15
Das Personal bzw. die Gespräche mit dem Personal	8
Dass die Behandlung individuell abgestimmt ist	1
Die Gegebenheiten und Therapien (Räume, Essen etc.)	4
Sonstiges (z.B. eine gute Chance auf Veränderung)	2
Was hat Ihnen an der stationären Behandlung nicht so gut gefallen?	n=11
Hektik /viele Termine und Verpflichtungen	4
Unstimmigkeiten mit dem Personal oder zu wenige Wertschätzung durch das Personal	3
Sonstiges (Das Essen, Änderungen im Therapieplan)	4
Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?	n=9
Mehr oder andere Therapien	3
Mehr Freiraum	1
Keine	3
Sonstiges (z.B. Einhaltung von Corona-Regeln)	2

Tabelle 23 Darstellung der offenen Fragen der Kontrollpatient*innen Zufriedenheit anhand von selbst gebildeten Kategorien; die jeweilige Stichprobengröße (n) kann der Tabelle entnommen werden, da sie für jede Frage abweichend ist

3.4 Vergleich StäB-Patient*innenzufriedenheit und OPS-Daten bzw.

Kennzahlen der Behandlung

In Abbildung 13 wird ein Streudiagramm präsentiert, in dem die Zustimmungswerte in Prozent auf der vertikalen Achse und die Behandlungstage auf der horizontalen Achse dargestellt sind. Die Punkte repräsentieren jeweils eine Patientin bzw. einen Patienten und zeigen den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Behandlungstage und der Zufriedenheit. Die Position eines

Punktes auf der vertikalen Achse gibt den prozentualen Zufriedenheitswert des Patienten wieder, während seine Position auf der horizontalen Achse die Anzahl der Behandlungstage angibt. Es gibt eine Konzentration von Punkten in den oberen rechten Bereichen des Diagramms, wo sowohl die Behandlungsdauer als auch die Zufriedenheit höher sind. Es wurde der Korrelationswert nach Pearson berechnet, dies ergab einen Korrelationswert von 0,376. Da es sich also um einen Wert >0 handelt, zeigt dies eine positive Korrelation zwischen den beiden untersuchten Variablen (Zufriedenheit und Behandlungstagen). Diese Korrelation ist aber eher als relativ schwach zu sehen, könnte aber darauf hindeuten, dass einige Patient*innen, die länger in Behandlung waren, tendenziell eine höhere Zufriedenheit mit ihrer Behandlung hatten.

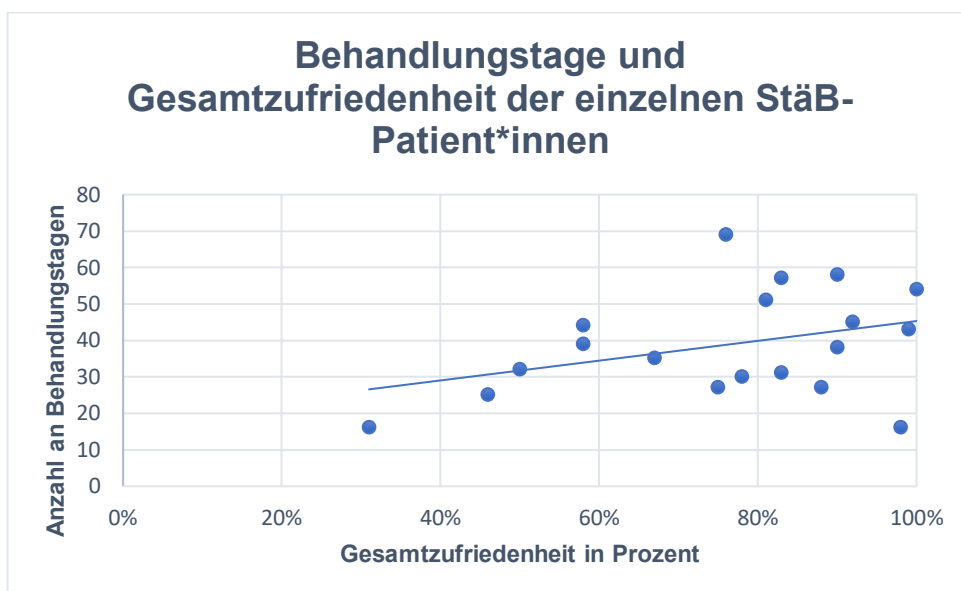


Abbildung 13 Streudiagramm zur Abbildung der Gesamtzufriedenheit und der Behandlungstage der StäB-Patient*innen; Patient*innen der IG (n=20)

Im Streudiagramm (Abbildung 14) sind die Zustimmungswerte zur Behandlungszufriedenheit in Prozent auf der vertikalen Achse und die Anzahl der abgerechneten OPS-Codes der StäB Patient*innen auf der horizontalen Achse dargestellt.

Dabei scheint es keinen eindeutigen linearen Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit der StäB-Patient*innen in Prozent und der Anzahl der abgerechneten OPS-Codes zu geben. Die Punkte im Diagramm sind über den

gesamten Bereich verteilt und zeigen keine klare Richtung oder Steigung. Man muss allerdings noch erwähnen, dass hier nicht zwischen den einzelnen abgerechneten OPS-Leistungen unterschieden wurde. Trotzdem ergab sich nach Pearson ebenfalls ein positiver Korrelationswert von 0,198.

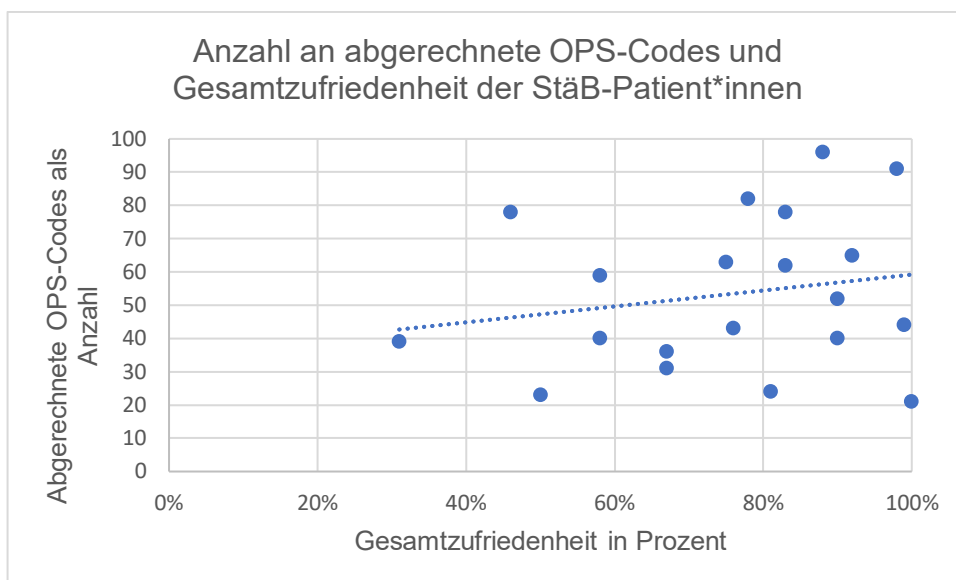


Abbildung 14 Streudiagramm zur Abbildung der Gesamtzufriedenheit und der abgerechneten OPS Codes der StäB-Patient*innen; Patient*innen der IG (n=20)

3.5 Darstellung und Vergleich der Angehörigenzufriedenheit und ihrer Belastung

Die Zufriedenheit wurde analog zu den Zufriedenheitswerten in beiden Behandlungsgruppen ausgewertet.

Bei der Betrachtung der Zufriedenheitswerte der Angehörigen fällt auf, dass die Angehörigen der IG im Vergleich zu den Angehörigen der KG zufriedener waren. Die mittleren Zustimmungswerte lagen bei 74% bei den Angehörigen der IG (n=7) zu 57% bei den Angehörigen der KG (n=2). Beim durchgeführten Mann Whitney U-Test (es lag keine Normalverteilung vor), zeigte sich dieser Unterschied als nicht statistisch signifikant (p=0,43).

Die befragten Angehörigen waren in beiden Patientengruppen entweder ein Elternteil (IG n=2; KG n=1) oder waren die Lebenspartner*innen bzw. Ehepartner*innen (IG n=5; KG n=1) der Patient*innen.

Fragen zur Zufriedenheit der Angehörigen	Angehörige IG (n=7)	Angehörige KG (n=2)
1) Ich wurde vor Beginn der Behandlung ausreichend über das Konzept der Behandlung (stationsäquivalente/ stationäre Behandlung) informiert	50%	38%
2) Die Vorbereitung der stationsäquivalenten/stationären Behandlung meiner Angehörigen/meines Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meines Mitbewohners war gut organisiert	68%	38%
3) Das behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	86%	50%
4) Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	86%	63%
5) Die Mitarbeitenden waren für meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/meinen Mitbewohner im erforderlichen Umfang zu sprechen	86%	100%
6) Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	71%	13%
7) Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	96%	50%
8) Die Behandlung erfolgte nach einem auf meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/ meinen Mitbewohner zugeschnittenen Behandlungsplan	82%	88%
9) Ich habe das Gefühl, dass es meiner Angehörigen/meinem Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meinem Mitbewohner nach der Behandlung besser geht	86%	75%
10) Ich bin zuversichtlich, dass meine Angehörige/mein Angehöriger/meine Mitbewohnerin/mein Mitbewohner im Alltag jetzt besser zurechtkommt	79%	75%
11) Die Fortsetzung der Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	61%	38%
12) Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung meiner Angehörigen/meines Angehörigen nach der stationsäquivalenten/ stationären Behandlung (z.B. Selbsthilfegruppen,	46%	13%

sonstige Einrichtungen) wurde ich ausreichend informiert		
13) Für meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/meinen Mitbewohner würde ich bei Bedarf erneut diese Behandlung empfehlen	68%	100%
Gesamtzufriedenheit	74%	57%
Verbesserungsmöglichkeiten:	n=2	n=1
Bessere Organisation (bessere Terminkoordination)	n=1; 50%	
Mehr Unternehmungen mit den Patient*innen	n=1; 50%	
Einen festen Ansprechpartner*in für die Angehörigen	n=1; 100%	

Tabelle 24 Zufriedenheit der Angehörigen in beiden Patientengruppen im Vergleich; die jeweilige Stichprobengröße (n) kann der Tabelle entnommen werden

Des Weiteren wurde die Belastung der Angehörigen erhoben (vgl. Kapitel 2.4.5). In Tabelle 25 werden neben der Gesamtbelastung exemplarisch drei Fragen vorgestellt, die die Angehörigen/Mitbewohner*innen einmal beantworten sollten. Dabei handelt es sich um Fragen zur Situation vor der Aufnahme in StäB bzw. Station sowie zum Zeitpunkt in StäB bzw. auf Station. Es lässt sich erkennen, dass in beiden Gruppen eine Abnahme der Belastung zu verzeichnen ist, was bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Aufenthaltes niedrige Werte angegeben wurden. Es ist hervorzuheben, dass Angehörige der IG signifikant häufiger angaben, dass die Patient*innen wieder vermehrt ihre eigenen Aufgaben (z. B. im Haushalt) übernahmen. Die Durchführung des T-Tests ergab keinen signifikanten Gruppenunterschied zum Zeitpunkt vor der Aufnahme mit einem p-Wert von 0,14 (T-Wert = 1,09; CI = 86 %). Beim Zeitpunkt während der Aufnahme hingegen wies der t-Test ein signifikantes Ergebnis auf, wobei ein p-Wert von 0,03 (T-Wert= 1,88; CI= 97 %) ermittelt wurde.

Ausgewählte Fragen zur Belastung der Angehörigen	IG (Mittelwerte n=7)	KG (Mittelwerte n=2)
1=nie; 2= gelegentlich; 3= regelmäßig; 4=oft; 5=fast immer		
Vor dem Aufenthalt		
Gesamtbelastung	2,46 (SD 1)	2,19 (SD 1,3)
Wie oft haben Sie Aufgaben übernommen, die gewöhnlich durch die Person selbst erledigt werden (Aufgaben im Haushalt, finanzielle Angelegenheiten regeln, einkaufen, kochen oder ähnliches)?	3,14	3,5
Wie oft hatten Sie Gelegenheit, sich Ihren eigenen Aktivitäten und Interessen zu widmen (z.B. Arbeit, Schule, Hobbys, Sport, Besuch von Verwandten und Freunden)?	2,28	4
Wie oft haben Sie sich Sorgen gemacht bezüglich der Zukunft der Person?	4	2,5
Während dem Aufenthalt		
Gesamtbelastung	1,98 (SD 1,1)	1,5 (SD 0,9)
Wie oft haben Sie Aufgaben übernommen, die gewöhnlich durch die Person selbst erledigt werden (Aufgaben im Haushalt, finanzielle Angelegenheiten regeln, einkaufen, kochen oder ähnliches)?	1,71	3,5
Wie oft hatten Sie Gelegenheit, sich Ihren eigenen Aktivitäten und Interessen zu widmen (z.B. Arbeit, Schule, Hobbys, Sport, Besuch von Verwandten und Freunden)?	3,71	4
Wie oft haben Sie sich Sorgen gemacht bezüglich der Zukunft der Person?	2,29	2

Tabelle 25 Belastung der Angehörigen in beiden Patientengruppen im Vergleich;
Angehörige der IG n=7; Angehörige der KG n=2

3.6 Darstellung und Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit StäB

Es haben n=21 Mitarbeiter*innen an der Befragung zur Mitarbeiterzufriedenheit am ZfP Zwiefalten teilgenommen. Auch dieser Fragebogen wurden äquivalent zu den Zufriedenheitsfragebögen der Patient*innen ausgewertet, da alle Fragen

eine Likert Skala (von 1 bis 5; Stimme überhaupt nicht zu bis Stimme uneingeschränkt zu) hatten.

In den vorliegenden Daten zeigt sich, dass die Mitarbeiter*innen in Zwiefalten im Allgemeinen eine höhere Zufriedenheit ausdrücken als die Gesamtheit der Mitarbeiter*innen an anderen Zentren. Die Arbeitsbelastung in Zwiefalten fällt im Vergleich zu den anderen Zentren deutlich höher aus. Darüber hinaus scheint das Team in Zwiefalten mit einer erhöhten Schwierigkeit im Umgang mit Konflikten konfrontiert zu sein. Nichtsdestotrotz bewerten sie die allgemeine Arbeitssituation und die Vorgesetzten positiver als die Gesamtheit der Mitarbeiter*innen an den anderen AKtiV Zentren. Der Unterschied in den Zufriedenheitswerten ist nach durchgeführtem Mann Whitney U Test als nicht signifikant ($p= 0,67$) zu werten.

Die jeweiligen Ergebnisse können Abbildung 15 entnommen werden.

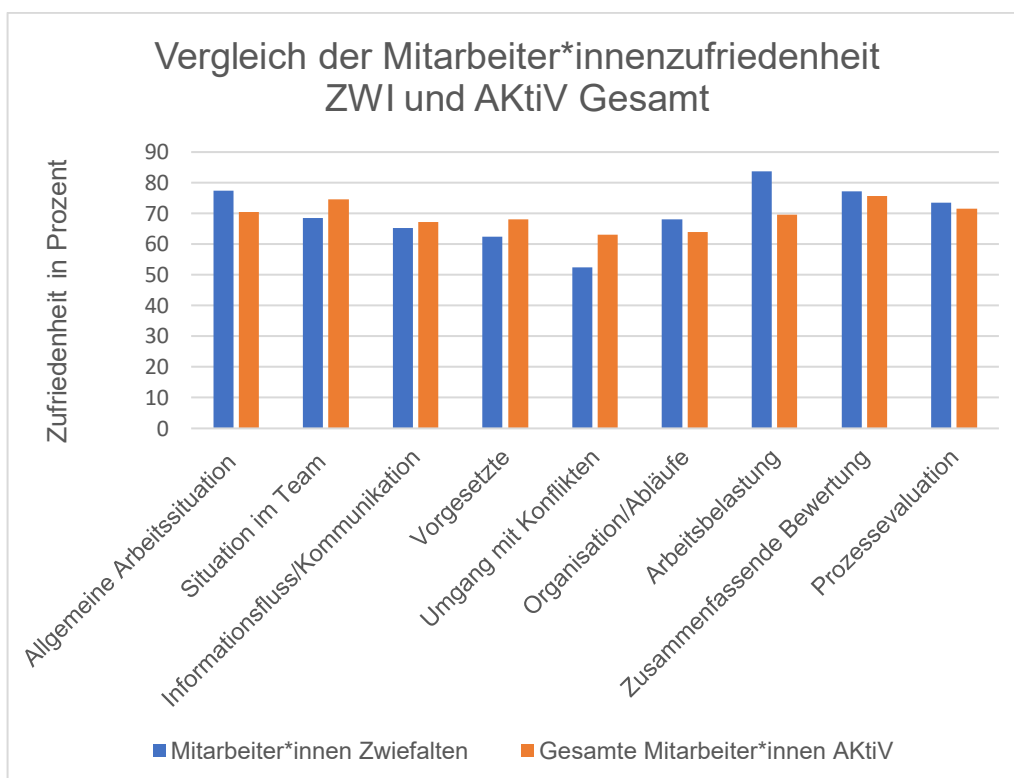


Abbildung 15 Darstellung und Vergleich der Mitarbeiter*innenzufriedenheit in Zwiefalten; (n=21) und an allen anderen Zentren (n=144)

3.7 Auswertung des Strukturfragebogens

In Tabelle 26 sind die Daten des Strukturfragebogens für die beiden Kliniken ZfP Zwiefalten und die PPrt in Reutlingen enthalten. Beide Standorte haben StäB im Januar 2018 eingeführt und verfügten bereits zuvor über Erfahrung in Modellprojekten und damit in aufsuchenden Angeboten.

Ein auffallender Unterschied zwischen den beiden Kliniken besteht darin, dass die PPrt das gesamte Einzugsgebiet einer Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern abdeckt, während Zwiefalten lediglich einen Teil des Einzugsgebietes in einer ländlichen Region mit weniger als 2.000 Einwohnern betreut. Trotz dieser Unterschiede waren die Fahrtzeiten und Entfernungen zu den Patient*innen in Zwiefalten länger als in Reutlingen.

In Bezug auf die Versorgungsstruktur ähneln sich beide Kliniken sehr, da sie jeweils über 15 StäB-Behandlungsplätze verfügen und ähnlich aufgebaute Teamgrößen haben. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass in Zwiefalten das eigene StäB-Team den 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst vollständig abdeckt, während in Reutlingen nachts die allgemeine Rufbereitschaft diese Aufgabe übernimmt.

Fragen zur Struktur von		
StäB	Zwiefalten	Reutlingen
Zeitlicher Rahmen		
Zeitpunkt der Einführung	Jan 18	Jan 18
Vorerfahrung in aufsuchender Behandlung		
Wurden bereits aufsuchende Angebote vorgehalten?	Ja, Projekt Nachsorge der Alterspsychiatrie	Ja, Modellprojekt PIA Memory Clinic
Einrichtung		
Anzahl der Gesamtbehandlungsplätze	218 Vollstationär 28,5 Tagesklinik 2600 PIA (Quartalsweise)	131 Vollstationär 86 Tagesklinik 1500 PIA (Quartalsweise)
Einplanung der StäB Plätze		
Wurden Plätze umgewandelt etc.?	Zusätzliche Plätze	Umwandlung von bestehenden Plätzen Zusätzliche Plätze
Organisation		

Zusammensetzung des Teams: Berufsgruppen neben Ärzt*innen/Pflege	0,8 Psychologe/in 0,5 Sozialdienst 0,05 Ergo/Kunsttherapie 0,5 Bewegungstherapie	1,3 Psychologe/in 1 Sozialdienst 2 Ergo/Kunsttherapie 0,6 MFA
Teamgröße	12 Vollkräfte 19 Personen	12,5 Vollkräfte 23 Personen
Wie ist StäB in die Unternehmungsstruktur eingegliedert?	Eigenständiges Team Anbindung an Abteilung	Eigenständiges Team Anbindung an Abteilung
Diagnose/fachspezifische oder übergreifende Behandlung	übergreifende Behandlung	
Organisation der Rufbereitschaft	Durchgehend StäB-Team	nachts allgemeine Rufbereitschaft
Einzugsgebiet		
Maximale Entfernung in Minuten und km Strecke	35 Minuten 30km	20 Minuten (einfache Strecke) 12km
Abdeckung des gesamten Versorgungsgebietes	nein	ja
Städtisch/ländlich/gemischt	ländlich	städtisch
Beschreibung Einzugsgebiet	Gemeinde <2000	Großstadt >100.000
Welche Verkehrsmittel werden genutzt in %?	100% PKW	85% PKW 10% Fahrrad 5% Sonstiges z.B zu Fuß
Versorgungsstruktur		
Anzahl StäB-Behandlungsplätze	15	15
Gesamtzahl StäB Fälle ab Start	321	332,5
Durchschnittliche Belegung ab Start	85%	92%
Mittlere Verweildauer	28 Tage	26,4 Tage
Durchschnittliche Belegung 2020	80%	10,90%
Mittlere Verweildauer 2020	27,3 Tage	23,4 Tage

Beauftragung ambulanter Leistungserbringer in der StäB-Behandlung		
Bestehen bereits Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern?	nein	ja
Wenn ja mit welchen Einrichtungen/Anbietern?	Hausarzt, Psychotherapiepraxen, Ergotherapie Praxis, Pflegedienste	
Umfang der Leistungserbringung durch andere Anbieter in Prozent	5%	
Räumlichkeiten		
Büroräume zentral oder dezentral	zentral und dezentral	dezentral
	keine Nutzung weiterer Räume	keine Nutzung weiterer Räume
Ort der Behandlung		
Wo findet StäB statt?		
Geschätzt in Prozent	80% Zuhause	90% Zuhause
	3% Klinik	5% Klinik
	7% Unterwegs (Einkaufen, Busfahren)	5% Unterwegs
	10% Sonstiges	
Nutzung der klinischen Ressourcen		
	Blutentnahmen	Therapeutische Gruppenangebote 5%
	EKG	EKG 1%
	EEG	
	Sonstiges	
Erweitertes Netzwerk		
Werden Netzwerkgespräche mit Bezugspersonen, die innerhalb und außerhalb des Haushaltes wohnen, geführt?	ja	ja
Gibt es eine Zusammenarbeit mit dem gemeindepsychiatrischen System zur Regelung einer nahtlosen Unterstützung nach Behandlungsende	nein	ja
Werden durch das StäB-Team Kontakte zwischen den StäB Patient*innen	nein	nein

zum Austausch
ermöglicht?

Tabelle 26 Darstellung der Ergebnisse des Strukturfragebogens der beiden Studienzentren ZfP Zwiefalten und PPrt Reutlingen

3.8 Repräsentativität des Patientenkollektivs

Die ersten Daten zu diesem Thema wurden bereits in einem Poster (Stüker et al. 2021 DGPPN Kongress) veröffentlicht. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde die aktuelle Stichprobe von StäB-Patient*innen mit dem StäB-Kollektiv am ZfP Zwiefalten verglichen. Im Rahmen der Untersuchung wurde eruiert, ob die aktuellen StäB-Patient*innen und somit die IG der AKtiV-Studie am genannten Zentrum eine repräsentative Population für das StäB-Kollektiv am Standort darstellen.

Das Kollektiv aller StäB-Patient*innen von 01/2019 bis 09/2021 in Zwiefalten bestand zur großen Mehrheit aus Frauen (66,67% Frauen zu 33,33% Männer) in der jetzigen Studienpopulation wiederum war es genau ausgeglichen (siehe Kapitel 3.1.3). Die Verteilung in Altersgruppen fällt sehr ähnlich zwischen dem StäB Kollektiv und den jetzigen StäB Patient*innen aus (siehe Abb 16.).

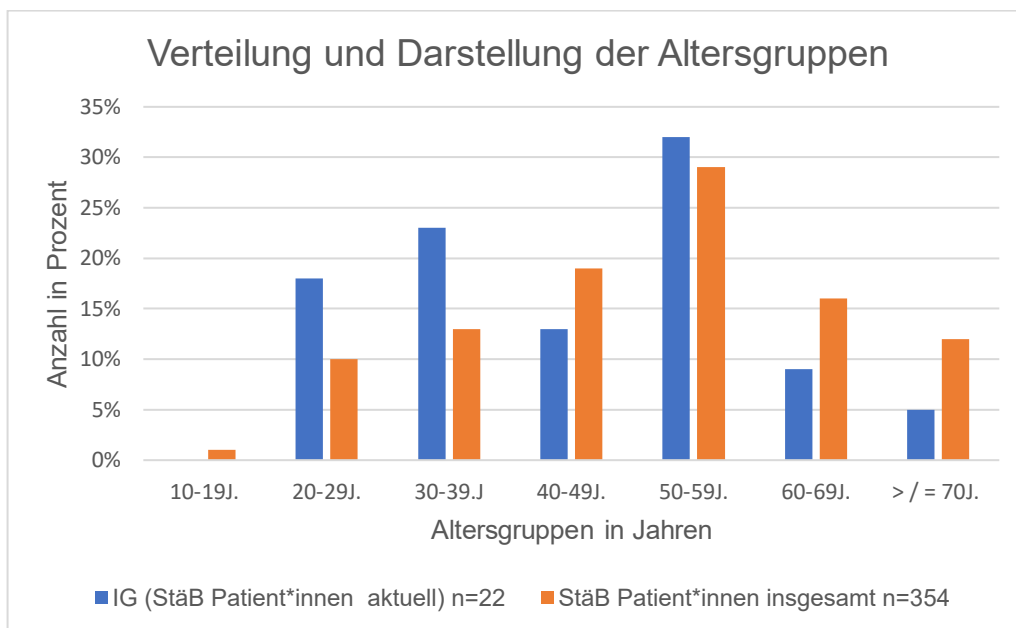


Abbildung 16 Vergleich und Darstellung der Altersgruppen zwischen den aktuellen StäB Patient*innen und den StäB Patient*innen von AKtiV insgesamt

In Tab. 27 werden die aktuellen ICD-10 Diagnosen der IG mit denen der StäB Patient*innen, die insgesamt im Jahr 2019-2021 behandelt wurden, verglichen.

Die ICD-10-Diagnose F0 weist einen aktuellen Anteil von 0 % sowie einen gesamten Anteil von 2 % am StäB-Kollektiv auf.

Die ICD-10 Diagnosen F10-19 machten bei den aktuellen Patient*innen in der IG 13 % aus, während sie im gesamten StäB-Kollektiv 10 % ausmachten. Die Diagnosen F20-29 hatten einen Anteil von 18 % in der IG und 24 % im gesamten StäB-Kollektiv. Affektive Störungen (F30-39) wurden bei 59 % der IG-Patientinnen und bei 48 % im gesamten StäB-Kollektiv festgestellt. Diagnosen der Gruppe F40-48 machten 5 % der IG-Diagnosen und 12 % im gesamten StäB-Kollektiv aus. Die Diagnosegruppe F60-F69 hatte einen Anteil von 5 % in der IG und 3 % im gesamten StäB-Kollektiv. Die Kategorie G3 wurde in der aktuellen Stichprobe nicht erfasst, betrug aber 2 % im gesamten StäB-Kollektiv.

Die Verteilung der ICD-Diagnosen in beiden Gruppen zeigt insgesamt eine ähnliche Tendenz. An erster Stelle stehen die affektiven Störungen, die in beiden Gruppen mit knapp 50% vertreten sind. An zweiter Stelle folgen die Störungen der Kategorie F20-F29, zu denen schizophrene Störungen, schizotype und wahnhaftige Störungen gehören.

ICD-10-Diagnose	IG (StäB Patient*innen aktuell) n=22	StäB Patient*innen insgesamt n=354
F0	0%	2%
F10-19	13%	10%
F20-29	18%	24%
F30-39	59%	48%
F40-48	5%	12%
F60-F69	5%	3%
G3	0%	2%

Tabelle 27 Darstellung der ICD-Diagnosen in Gruppen am StäB Kollektiv und an der jetzigen Stichprobe der AKtiV-Studie

Bei der Analyse der durchschnittlichen Dauer der Behandlungstage von den aktuellen Patient*innen der IG im Vergleich zur Gesamtheit der StäB-Patient*innen, fällt auf, dass die aktuellen Behandlungstage im Durchschnitt um

ca. 7 Tage länger waren. Die Anzahl der Behandlungsminuten pro Tag hat sich jedoch kaum verändert. Siehe dazu Tabelle 28.

Wichtige Kennzahlen der Behandlung	IG (StäB Patient*innen aktuell) n=22	StäB Patient*innen insgesamt n=354
Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen	38,72 Tage	31 Tage
Durchschnittliche Behandlungsminuten pro Tag	85,9 min	86,1 min

Tabelle 28 Darstellung wichtiger Kennzahlen am StäB Kollektiv im Vergleich zur aktuellen Stichprobe der AKtiV-Studie

3.9 Vergleich mit Ergebnissen der Pilotstudie zu StäB von 2018

3.9.1. Vergleich der relevantesten soziodemographischen Daten (Alter und Geschlecht) in der Pilotstudie 2018

In der vorherigen Pilotstudie von 2018 waren in Zwiefalten mehr Frauen (mit 64%) als Männer vertreten. In der aktuellen Studie wurde bei den jetzigen StäB-Patient*innen sowohl Männer als auch Frauen jeweils zu 50% miteingeschlossen.

Das Durchschnittsalter der Patient*innen betrug damals 49 Jahre (SD 15) und diesmal waren die Patient*innen durchschnittlich etwas jünger mit 43,5 Jahren (SD 16).

3.9.2. Vergleich der Hauptdiagnosen der StäB-Patient*innen in der Pilotstudie 2018 am ZfP Zwiefalten

In der Pilotstudie von 2018 wurden in Zwiefalten die "Affektiven Störungen" (F30-F39) mit 64% der Diagnosen als die am häufigsten vorkommende Gruppe identifiziert, gefolgt von 18% "Schizophrenien und schizotypen wahnhaften Störungen" (F20-F29). Zu dieser Zeit wurde keine einzige Hauptdiagnose aus dem Bereich der "Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen" (F60-F69) festgestellt.

Im aktuellen Kapitel (3.1.4) ergab die Analyse der jetzigen StäB-Patient*innen ebenfalls eine Mehrheit von 59% mit einer Diagnose im Bereich der „Affektiven Störungen“ und ebenfalls 18% mit einer Störung aus dem Bereich der „Schizophrenien und schizotypen wahnhaften Störungen“ (F20-F29). Im Gegensatz zur vorherigen Studie, in der kein Patient mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F60-F69) vorkam, gab es diesmal eine Person in Zwiefalten die entsprechend diagnostiziert wurde (5%).

Diagnosen nach ICD-10-Klassifikation in Gruppen	StäB Patient*innen der Pilotstudie 2018 (n=50)	StäB Patient*innen aktuell (n=22)
F00-F09	2%	0%
F10-F19	10%	14%
F20-F29	18%	18%
F30-F39	64%	59%
F40-F48	6%	5%
F60-F69	0%	5%

Tabelle 29 Darstellung und Vergleich der Diagnosen nach ICD-10-Klassifikation in Gruppen; in der Pilotstudie von 2018 (n=50) und den aktuellen StäB Patient*innen am Zfp Zwiefalten (n=22)

3.9.3 Vergleich der Zufriedenheit der StäB Patient*innen in der Pilotstudie 2018 am Zfp Zwiefalten

Ein direkter Vergleich ist aufgrund der verschiedenen Fragebögen nicht möglich. Jedoch können Zustimmungswerte einzelner identischer Fragen verglichen werden.

In der früheren Pilotstudie berichteten 91% (SD=16,61) der Patient*innen, dass ihre Ziele und Wünsche zum Verlauf der Behandlung berücksichtigt wurden. In der aktuellen Stichprobe war dieser Anteil leicht rückläufig und betrug 78% (SD=24,87)

Ähnliche Unterschiede zeigten sich bei anderen Fragen. Beispielsweise lag die Zustimmung bei den Befragten in der vorherigen Studie bei 86% (SD=21,08) dass es ihnen nach der stationsäquivalenten Behandlung besser ging, während

in der aktuellen Stichprobe dieser Wert auf 66% (SD= 34,7) sank. Ebenso verringerte sich der Anteil der Patient*innen, die zuversichtlich waren, im Alltag besser zurechtzukommen, von 76% (SD=21,34) in der Pilotstudie auf 62% (SD= 40) in der aktuellen Studie (siehe Abb. 17).

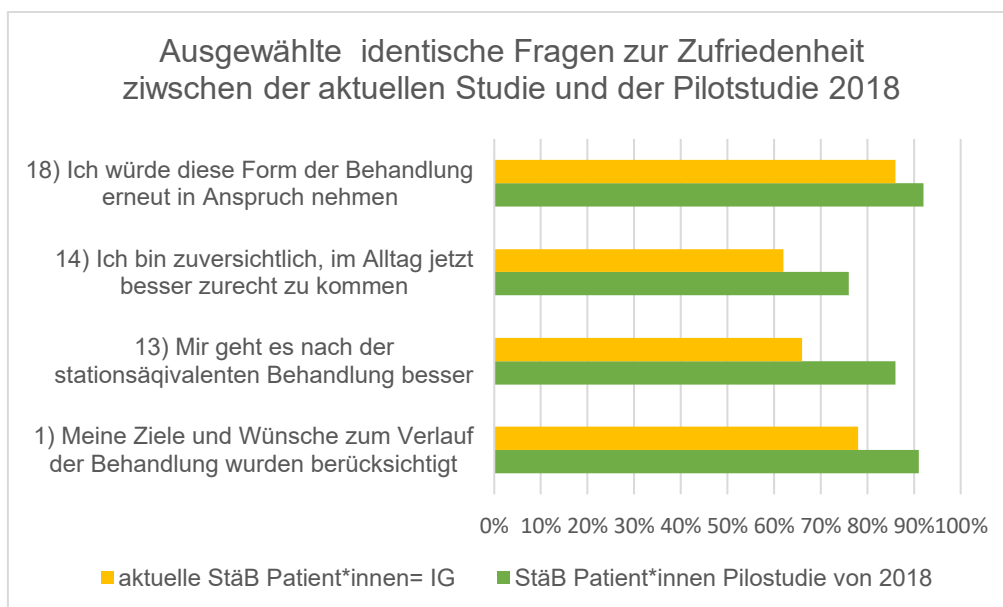


Abbildung 17 Darstellung und Vergleich der Zufriedenheit anhand identischer Fragen in der Pilotstudie 2018 und der aktuellen Studie; in der IG n=20; StäB-Patient*innen der Pilotstudie von 2018 n=49 (bei Frage 1 jedoch n=50)

4 DISKUSSION

4.1 Zur Methodik und zum Studiendesign

Die vorliegende Forschungsarbeit hatte zum Ziel, die Behandlungsstruktur sowie die Zufriedenheit im Kontext der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) im Rahmen der AKtiV-Studie für eines der Studienzentren im ländlichen Raum zu analysieren. Zum Vergleich wurde nach der Methode des Propensity Score Matching eine stationäre Kontrollgruppe untersucht.

Um die Patient*innen der Kontrollgruppe zu rekrutieren, wurde, wie in Kapitel 2.2.2 erläutert, ein Matching Verfahren mit Hilfe der Berechnung eines Propensity

Scores verwendet. Die Berechnung dieses Propensity Scores, hier zur Identifikation eines Patienten, der mit gleicher Wahrscheinlichkeit die StäB nutzt, erfordert allerdings kritisches Hinterfragen (Jixian Wang 2020). Es gibt Studien, die sogar argumentieren, dass durch Propensity Score Matching die Verzerrung der Daten erhöht wird (Nielsen et al. 2019).

In dieser Studie wurde der Propensity Score nicht dazu verwendet, um identische Zwillinge in einer Stichprobe zu identifizieren, was in der Praxis ohnehin unwahrscheinlich ist. Stattdessen diente der Score dazu, eine bessere Vergleichbarkeit zu erzeugen. Die Verwendung von Propensity Scores zur Anpassung von Gruppen in nicht-randomisierten Studien kann die Vergleichbarkeit verbessern. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass dadurch keine Kausalität hergestellt wird (Peter Austin, 2011). Die ausgewählten Variablen (hier Alter, Geschlecht, Aufnahmediagnose, Anzahl an Voraufenthalten) sind ebenfalls entscheidend für die Gültigkeit der Ergebnisse. Dies bedeutet für die Ergebnisse dieser Arbeit, dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt ist und der Vergleich der Variablen, die in die Berechnung des Propensity Scores eingeflossen sind (Alter, Voraufenthalte, Aufnahmediagnose), mit Vorbehalt zwischen den beiden Gruppen zu beurteilen sind. Trotzdem kann insgesamt das Propensity Score Matching ein nützliches Werkzeug sein, um vergleichbare Gruppen zu generieren. Wie dargestellt stützen die hier gefundenen Ergebnisse in verschiedenen Messwerten der Ausgangsstichproben diese Annahme.

Zur Überprüfung der Repräsentativität der StäB-Stichprobe der Studie für StäB-Behandlungen insgesamt wurde ein Vergleich zu der Gesamtstichprobe der am Standort behandelten StäB-Patient*innen der letzten Jahre durchgeführt.

4.2 Zur Darstellung und Vergleich des Patientenkollektivs

4.2.1. Soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Muttersprache, Berufsstatus)

Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Fragestellung untersucht, welche relevanten Charakteristika die StäB-Patient*innen im Vergleich zu den stationären

Patient*innen aufweisen. Hinsichtlich der untersuchten Merkmale Geschlecht und Alter konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patient*innen beider Gruppen festgestellt werden. Beide Merkmale wurden zudem als Variablen in den Propensity Score integriert, was die Homogenität zwischen den Gruppen in diesen Variablen

vermutlich erklärt. Die Analyse des Alters und der Geschlechtsverteilung innerhalb der IG ist von entscheidender Bedeutung, um ein umfassendes Verständnis des StäB-Kollektivs zu erlangen. Eine eingehende Analyse dieser Variablen kann damit wertvolle Einblicke liefern. So können beispielsweise Unterschiede im Zugang zur Versorgung erkannt werden. Zudem kann untersucht werden, ob Behandlungspräferenzen altersabhängig sind.

Innerhalb der in der IG eingeschlossenen Patient*innen belief sich der Anteil der Frauen auf 50 % und der Anteil der Männer auf 50 %. Somit lässt sich kein Trend ableiten, dass ein Geschlecht besonders häufig in der StäB vertreten war. Dieses Ergebnis unterscheidet sich zu anderen Daten über die StäB. Die Analyse des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergab, dass von 2018-2020 Frauen etwa zwei Drittel und Männer ein Drittel der Fälle ausmachten (GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. 2021)

Ein ähnlicher Trend manifestierte sich im gesamten StäB-Kollektiv zwischen den Jahren 2019 und 2021, wobei Frauen 67 % der Patient*innen in Zwiefalten ausmachten (Stüker et al. Posterpräsentation DGPPN Kongress Berlin 2021). Ebenfalls sind Frauen in einigen Studien über Hometreatment allgemein deutlich häufiger vertreten als Männer. (Munz, Ott et al. 2011. Mötteli, Jäger et al. 2020) Bei der Betrachtung der Altersverteilung fallen Häufungen um die 30- und um die 50-jährigen auf. Es lässt sich folgern, dass diese Altersgruppen eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen aufweisen könnten. In der Altersgruppe um die 30 Jahre könnten verschiedene Faktoren eine Rolle spielen, die das Auftreten psychischer Erkrankungen begünstigen und zu einer erhöhten Aufnahme rate in psychiatrische Behandlungen führen. Beispiele hierfür sind der Berufseinstieg,

der Aufbau von Beziehungen oder die Familiengründung, die mit Stress und Veränderungen verbunden sind.

Auch in der Altersgruppe der 50-Jährigen können verschiedene Faktoren wie das Älterwerden, der Auszug der Kinder oder gesundheitliche Probleme zu einer erhöhten Belastung führen. Eine Studie von Zisook et al. (2007) zeigt, dass Depressionen auch nach dem 50. Lebensjahr auftreten können. Dennoch sind psychische Erkrankungen in ihrem Auftreten oft multifaktoriell bedingt (Hapke et al. 2012).

Besonders interessant ist auch das mediane Alter bei Erstdiagnose einer psychischen Erkrankung in beiden Patientengruppen. In einer sehr großen Metaanalyse von Solmi et al. von 2022 wurden weltweit Daten von 192 epidemiologischen Studien zum mittleren Erkrankungsalter bei psychischen Störungen erhoben und hierbei zeigte sich ein medianes Erkrankungsalter von 18 Jahren. Zur Erhebung des mittleren Erkrankungsalter wurden in der Studie auch das Alter der Erstdiagnose mit herangezogen (Solmi et al. 2022). In beiden Patientengruppen dieser Arbeit lag das mediane Alter bei Erstdiagnose deutlich über 18 Jahren; in der Interventionsgruppe waren es 29,27 und in der Kontrollgruppe 32,77 Jahre. Man muss aber auch erwähnen, dass die Studie gezeigt hat, dass es deutliche Unterschiede bei dem Erkrankungsalter bei verschiedenen psychischen Störungen gibt.

Die Ergebnisse zu dem Berufsstatus und der Muttersprache sind in beiden Gruppen ebenfalls sehr ähnlich, siehe dazu Kapitel 3.1.5 und 3.1.6.

Es ist interessant, dass diese Aspekte in beiden Gruppen so ähnlich ausfallen, da sie im Gegensatz zu Alter und Geschlecht kein Teil des Propensity Score Matchings waren.

Diese Ähnlichkeit in Bezug auf den beruflichen Status und die Muttersprache zwischen den beiden Gruppen könnte auf eine allgemeine Homogenität der Stichprobe hindeuten. Dies kann positiv sein, da eine homogene Stichprobe es ermöglicht, potenzielle Störfaktoren zu minimieren und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu verbessern.

Die Tatsache, dass die Mehrheit der Patient*innen in beiden Gruppen Deutsch als Muttersprache aufwies, lässt zunächst auf eine Übereinstimmung mit der Verteilung in der Allgemeinbevölkerung schließen. Des Weiteren lässt sich annehmen, dass kulturelle und sprachliche Barrieren in Bezug auf die Wahrnehmung und Kommunikation während der Behandlung minimiert wurden. Dies könnte zu einer besseren Verständigung zwischen Patient*innen und Behandlungspersonal beitragen und sich positiv auf die Patient*innenzufriedenheit und den Behandlungserfolg auswirken. Ausreichende Deutschkenntnisse waren allerdings auch ein Einschlusskriterium in beiden Gruppen, was natürlich auch in Zusammenhang mit Deutsch als Muttersprache stehen kann.

Die Ähnlichkeit im beruflichen Status, d.h. der Ausbildung, der aktuellen Beschäftigung sowie dem Haupteinkommen könnte darauf hindeuten, dass die Patient*innen in beiden Gruppen ähnliche Zugangsmöglichkeiten zur Behandlung hatten und dies an ihrem sozioökonomischen Status lag. Es könnte aber auch sein, dass das Propensity Score Matching erfolgreich eine sehr homogene Stichprobe erzeugt hat.

Abschließend lässt sich sagen, dass man anhand der soziodemographischen Daten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erkennen kann. Dies war eine explorative Fragestellung dieser Arbeit.

4.2.2. Familienstand und Haushaltsgröße

Auch der Familienstand war in beiden Gruppen ähnlich; die Mehrzahl der Patient*innen war ledig und jeweils nur ein deutlich kleinerer Teil in beiden Gruppen verheiratet oder in einer Partnerschaft. Es besteht die Möglichkeit, dass es sich um einen Zufall handelt, oder dass ein Zusammenhang mit den psychischen Erkrankungen der Patient*innen besteht. Es gibt eine Follow-Up Studie von 2018 von Mojtabai et al. die zeigt, dass Menschen mit psychischen Störungen ein höheres Risiko für Scheidungen haben und dann seltener neue Beziehungen beziehungsweise Ehen eingehen (Mojtabai et al. 2018). Dies könnte die Ursache sein, warum in beiden Gruppen die meisten Patient*innen ledig waren.

Zur Haushaltsgröße und besonders der Anzahl der Kinder unter 18J. im Haushalt lebend lässt sich sagen, dass die Interventionsgruppe tendenziell mehr Patient*innen mit Kindern aufwies als die Kontrollgruppe. Dies deutet darauf hin, dass die häusliche Behandlung mit StäB für Eltern oder Erziehungsberechtigte von Kindern unter 18 Jahren attraktiv sein könnte. In der Literatur wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass eine Zielgruppe von StäB Eltern mit Kindern sind (Boyens et al. 2020). Jedoch zeigen die Daten, dass die Annahme, dass eine höhere Anzahl von Patient*innen in der Interventionsgruppe (IG) Kinder haben und deshalb die Behandlung zu Hause bevorzugen würde, nicht vollständig bestätigt wurde. Die Gesamtzahl der Patient*innen mit Kindern war in der IG höher als in der Kontrollgruppe (KG), aber in der IG waren trotzdem mehr Patient*innen ohne Kinder (17 Patient*innen) als mit Kindern (5 Patient*innen). Es ist anzumerken, dass die Wahl, die StäB zu nutzen durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden kann und nicht nur Eltern zur Zielgruppe gehören. Andere Faktoren wie das Vorhandensein von Haustieren, räumliche Gegebenheiten oder persönliche Präferenzen könnten ebenfalls eine Rolle spielen, wurden jedoch in dieser Studie nicht berücksichtigt, könnten aber für zukünftige Studien interessant sein.

4.2.3 Haupt- und Nebendiagnosen

Um zu betrachten welche Patient*innen die StäB nutzen und auch ob es hierbei Unterschiede zwischen den Kontrollpatient*innen gibt wurden die psychiatrischen Hauptdiagnosen bei Entlassung der Patient*innen miteinander verglichen.

Bei der Analyse der Hauptdiagnosen in beiden Patientengruppen zeigte sich, dass affektive Störungen (ICD-10 Klassifikation F30-39) am häufigsten vorkamen. Dies könnte mehrere Gründe haben:

Affektive Störungen sind in Deutschland weit verbreitet. Laut Hapke et al. (2019) liegt die Prävalenz depressiver Symptome in Deutschland bei 9,2%, was über dem EU-Durchschnitt von 6,6% liegt (Hapke et al. 2019). Weitere Studien zeigen eine Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen von bis zu 20% sowohl auf

nationaler als auch auf internationaler Ebene (Busch et al. 2013; Ebmeier et al. 2006; RV Bijl et al. 1998).

Ein weiterer Faktor könnte das Alter der Patient*innen sein: Das mediane Alter in der IG betrug 43,5 Jahre und in der KG 51 Jahre. Laut dem Robert Koch Institut (RKI) sind Depressionen am häufigsten in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen vertreten (Robert-Koch Institut 2010 Faktenblätter "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010").

Zusätzlich könnte die ländliche Region des ZfP Zwiefalten und das Wohngebiet der Patient*innen eine Rolle spielen. Untersuchungen deuten darauf hin, dass Menschen in ländlichen Regionen einem höheren Risiko für Depressionen ausgesetzt sein könnten, bedingt durch soziale Isolation oder begrenzten Zugang zu Gesundheitsdiensten (Probst et al. 2006; Morales et al. 2020).

Diese Faktoren könnten erklären, warum affektive Störungen 59% der Diagnosen in der IG und 54% in der KG ausmachten.

Ansonsten ist bei den Hauptdiagnosen auffallend, dass in beiden Patientengruppen alle ICD-10 Diagnosegruppen vertreten waren. Dies zeigt, dass StäB für Patient*innen mit allen Diagnosen geeignet ist und dieses Angebot auch genutzt wird. Diagnosen im Bereich der Schizophrenie und der schizotypen Störungen wurden bei 18% der IG und 9% der KG festgestellt. So schildern Längle et al. in einem Fallbericht von einem Patienten mit chronifizierter paranoider Schizophrenie und dem Behandlungserfolg durch StäB. Durch die StäB konnte eine ausreichende psychische Stabilität des Patienten erreicht werden (Längle et al. 2018).

Die Tatsache, dass sich die Verteilung der Hauptdiagnosen zwischen den beiden Gruppen nicht gänzlich unterscheidet, lässt sich auch auf das Propensity Score Matching zurückführen. Auch wenn hier als Variable nicht die Entlassdiagnose in die Berechnung miteingegangen ist, die jetzt ausgewertet wurde, so decken sich natürlich die Aufnahmediagnosen häufig auch mit den Entlassdiagnosen. Es wäre jedoch ebenfalls von Interesse, die Veränderungen der Aufnahme- und Entlassdiagnosen in beiden Patientengruppen zu untersuchen.

Bei der Betrachtung der psychiatrischen Nebendiagnosen fiel auf, dass in beiden Gruppen die Mehrzahl der Patient*innen mindestens eine psychiatrische Nebendiagnose in seiner/ihrer Akte vermerkt hatte. In der IG waren es 64% (n=14) und in der KG 73% (n=16). Psychiatrische Komorbiditäten könnten auf eine schwerwiegendere psychische Erkrankung hinweisen. Es gibt Studien, die darauf hinweisen, dass Personen mit psychischen Störungen häufig Komorbiditäten entwickeln (Regier et al. 1990; van Loo und J.W. Romejin 2015). Die Zusammenhänge und Ursachen dafür sind auch Gegenstand aktueller Forschung, so wurde z.B. 2023 eine Studie durchgeführt, um gemeinsame neurobiologische Ursprünge bei Patienten mit psychischen Komorbiditäten zu finden (Xie et al. 2023).

Die Verteilung der psychiatrischen Nebendiagnosen unterscheidet sich allerdings in beiden Gruppen; in der IG umfasst die größte Gruppe Diagnosen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und in der KG ist die größte Gruppe Diagnosen im Zusammenhang mit Alkohol- und Substanzgebrauch.

4.2.4 Voraufenthalte und Inanspruchnahme von anderen Leistungen

Die stationären Voraufenthalte sind auch als Variable in die Berechnung des Propensity Scores eingeflossen, so überrascht es nicht, dass hier in der IG 81% der Patient*innen einen stationären Voraufenthalt hatten und in der KG 77% der Patient*innen. Bei der Betrachtung der Anzahl der Voraufenthalte fiel auf, dass wie in Abbildung 12 dargestellt die Kontrollpatient*innen eine höhere Anzahl von stationären Aufenthalten vorweisen konnten. Grund hierfür könnte eventuell eine abweisende Haltung von StäB Patient*innen gegenüber der stationären Behandlung bzw. schlechte Vorerfahrungen auf Station sein. So konnte festgestellt werden, dass 33 % der Patient*innen der IG mit Voraufenthalten lediglich einen einzigen stationären Voraufenthalt aufwiesen. Diese Beobachtung deutet darauf hin, dass die StäB eine wichtige Rolle dabei spielen könnte, Patient*innen anzusprechen, die möglicherweise eine erneute stationäre Behandlung meiden würden.

Die Analyse der Inanspruchnahme anderer Leistungen ergab, dass die teilstationäre Behandlung in beiden Gruppen nur in geringem Umfang in Anspruch genommen wurde und dass keine Kontrollpatient*innen vor ihrem stationären Aufenthalt die StäB genutzt haben. Umgekehrt jedoch Patient*innen der IG die stationäre Behandlung. Diese Beobachtung zeigt, dass StäB aktuell noch nicht so häufig genutzt wird wie die stationäre Behandlung. Dies wird auch an den Behandlungsplätzen liegen, in StäB gibt es im ZfP Zwiefalten 18 Behandlungsplätze im Vergleich zu ca. 215 stationären Plätzen. Trotzdem lässt sich festhalten, dass ein Merkmal des StäB-Kollektivs zu sein scheint, Vorerfahrungen an stationären Aufenthalten zu haben.

4.2.5 Fragebogen zum aktuellen Funktions- und Gesundheitsstatus:

HoNoS; RAS_G und EQ5D5L

Um den aktuellen Funktions- bzw. Gesundheitszustand der Patient*innen abzuschätzen und zwischen den Gruppen zu vergleichen wurden etablierte Fragebögen wie der EQ5D5L, der der HoNoS, der RAS_G und die PSP-Skala verwendet.

In der Auswertung des EQ5D5L zeigte sich dabei, dass die Patient*innen der IG einen signifikant niedrigeren Gesundheitsscore als die Kontrollpatient*innen erreicht haben. Bei der visuellen Analogskala verhielt es sich umgekehrt, hier hatten die Kontrollpatient*innen die niedrigeren Werte.

Die Ergebnisse der Studie legen damit nahe, dass die Einschränkungen der Lebensqualität und des Gesundheitszustandes bei den Patient*innen der IG mindestens so groß sind wie bei den Patient*innen der KG. Ursächlich dafür ist vermutlich, dass bei allen Patient*innen die Indikation für eine stationäre Behandlung und damit einhergehend ein reduzierter Gesundheitszustand bestand.

Auch die Ergebnisse des HoNos, eines Fragebogens, der versucht die psychische Gesundheit der Patienten abzubilden, bestätigen diese Beobachtung. Hier haben die Patient*innen der IG höhere Gesamtwerte, die aber nicht signifikant unterschiedlich waren.

Auch in der Auswertung des RAS-G, einem Fragebogen zur Vorhersage der Patientengenesung, schnitten die Patient*innen der IG minimal schlechter ab. Das heißt sie hatten eine minimal schlechtere Genesungsprognose.

Der letzte Gesundheitsscore, der ebenfalls ausgewertet wurde, war die PSP-Skala. Diese versucht die Funktionsfähigkeit der Patient*innen abzubilden. Die Patient*innen der IG wiesen im Vergleich zu den Kontrollpatient*innen leicht niedrigere Werte auf, was auf einen schlechteren Funktionszustand hindeutet. Jedoch war auch hier der Unterschied nur geringfügig.

Es ist aber auch wichtig, die soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung der Fragen in Betracht zu ziehen, da einige Fragen auf die Selbstwahrnehmung und das Streben nach Erfolg abzielten. Im RAS-G gab es zum Beispiel die Frage „Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte“. In beiden Gruppen könnten Patient*innen möglicherweise dazu geneigt gewesen sein, positive Antworten zu geben, um ein sozial wünschenswertes Bild von sich selbst zu vermitteln (Kreuter et al. 2009; Malakhoff L. und M. Jans 2011). Dies könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben. So kann in beiden Gruppen davon ausgegangen werden, dass hier sozial erwünschtere Antworten gegeben wurden. Dies kann das sehr ähnliche Ergebnis beider Gruppen bedingen.

Insgesamt zeigt die Auswertung dieser Scores aber, dass die StäB Patient*innen ähnlich, wenn nicht sogar stärker eingeschränkt sind in Ihrer Funktionsfähigkeit und ihrer psychischen Gesundheit als die stationären Patient*innen. Auch wenn es wieder nur marginale Unterschiede in den Gruppen waren und die StäB Patient*innen sich auch hier nicht signifikant (außer beim EQ5D5L) von den stationären Patient*innen unterschieden haben.

4.3 Bezüglich Kennzahlen der Behandlung

Im Rahmen der Studie wurden relevante Kennzahlen der Behandlung bei den Patient*innen der StäB erhoben. Sofern möglich, wurde zudem ein Vergleich mit der Behandlung der stationären Patient*innen angestellt. Die Intention bestand darin, relevante Charakteristika der beiden Behandlungen zu identifizieren.

4.3.1 Behandlungstage in beiden Patientengruppen

Die mittlere Behandlungsdauer in der IG belief sich auf 38,72 Tage (SD 15,43). Diese beachtliche Standardabweichung veranschaulicht, dass die Behandlungsdauer der Patient*innen signifikante Unterschiede aufwies. Es ist anzunehmen, dass die Behandlungsdauer auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen abgestimmt wurde und somit variierte. Die hohe Standardabweichung lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die Patient*innen unterschiedliche Diagnosen aufwiesen und die Behandlungsdauer folglich auch von der jeweiligen Diagnosegruppe abhängig war (Auffarth et al. 2008; Baum et al. 2022). Die durchschnittliche Behandlungsdauer der IG liegt deutlich über dem Durchschnitt der KG an Behandlungstagen.

Im Vergleich zu anderen Studien, wie beispielsweise der von Dimitri et al., zeigt sich eine signifikant kürzere Behandlungsdauer für stationäre Patient*innen in dieser Untersuchung, mit einem durchschnittlichen Aufenthalt von 24 Tagen im Vergleich zu 37 Tagen (SD 29,2) in der genannten Studie (Dimitri et al., 2018). Möglicherweise ist die verkürzte stationäre Behandlungsdauer auf die kontinuierlichen Kontakte auf Station und die interpersonellen Interaktionen mit Mitpatient*innen zurückzuführen, was sich positiv auf die Genesung auswirken könnte. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass stationäre Patient*innen vorzeitig entlassen werden, während StäB-Patient*innen an einer partizipativeren Entscheidungsfindung beteiligt sind und dadurch einen größeren Einfluss auf die Behandlungsdauer nehmen können. Ferner könnte die kürzere Behandlungsdauer bei stationären Patient*innen darauf hindeuten, dass StäB-Patient*innen eine komplexere und folglich längere Behandlung benötigen. Eine allgemeingültige Aussage über die Behandlungsdauer der StäB-Patient*innen lässt sich aktuell aber nicht ableiten.

4.3.2 Abgerechnete OPS-Leistungen der StäB-Patient*innen

Wie in Kapitel 3.2.2 erläutert wurden die OPS-Codes herangezogen, um die Intensität der StäB zu ermitteln und innerhalb der StäB Patient*innen zu vergleichen.

Bei der Betrachtung der OPS-Codes fiel auf, dass wie in Tabelle 15 in Kapitel 3.2.2 dargestellt, die Pflegekräfte den größten Anteil an der Behandlung der Patient*innen übernommen haben. Sie haben im Durchschnitt 54 min pro Tag mit den Patient*innen verbracht und 60% aller abgerechnet OPS-Codes stammt von der Pflege. Daran lässt sich schließen, dass die Pflege eine Schlüsselposition in der StäB innehat. Jedoch muss auch berücksichtigt werden, dass die mittleren Minutenwerte als repräsentative Darstellung der Behandlungszeit nur eine eingeschränkte Aussage treffen. Es wäre angebracht, weitere Analysen auch im Vergleich mit stationären Patient*innen durchzuführen, um die Verteilung der Behandlungszeit genauer zu untersuchen.

Des Weiteren muss man die Bedeutung der Behandlungsdauer kritisch hinterfragen. Dabei stellt sich die Frage, ob eine längere Behandlungsdauer grundsätzlich positiv ist oder ob die Flexibilität und Individualisierung der Behandlung in der StäB einen Mehrwert bieten. Eine intensive Behandlung erweist sich nicht in jedem Fall als vorteilhaft. Ein wesentliches Merkmal der StäB besteht in der Möglichkeit, die Intensität der Behandlung individuell anzupassen. Diese Anpassungsfähigkeit könnte einen maßgeblichen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse sowie die Zufriedenheit der Patient*innen ausüben. Es wäre interessant, zu untersuchen, ob eine solche Anpassung positive Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse und die Patientenzufriedenheit hat und ob sie dazu beiträgt, eine Überforderung der Patient*innen zu vermeiden. Dies könnte die Behandlung in der StäB und anderen psychiatrischen Einrichtungen optimieren.

4.3.2 Form der Zuweisung der StäB Patient*innen

Die Form der Zuweisung, wie die Patient*innen von StäB erfahren haben und wie letztendlich der Kontakt zu StäB hergestellt wurde, wurde erhoben und ausgewertet. Ziel dabei war, zu evaluieren, welche Informationsquellen über StäB im Einsatz sind und wie sich diese Informationsquellen vielleicht auch in den Jahren zuvor verändert haben.

Dies war keine genau formulierte Fragestellung, jedoch ein interessanter Punkt, da die StäB erst seit einigen Jahren am ZfP Zwiefalten angeboten wird. Erste Daten zum ZfP Zwiefalten und der Zuweisungsform der Patienten haben Gottlob et al. von 658 StäB-Patient*innen darunter aber auch andere Kliniken erhoben (Gottlob et al. 2022).

Damals mit den Daten aus 2019 wurden drei Hauptzugangswege zu StäB identifiziert: die Klinik, die Ambulanz und niedergelassene Ärzte (Gottlob et al. 2022).

Auch 2021 waren nur wenige Informationsquellen im Gebrauch. Überwiegend fungierte die Klinik, einige niedergelassene Ärzte und Bekannte/Angehörige als Vermittler. Dies kann daran liegen, dass der Informationsstand außerhalb der Klinik über StäB aktuell noch gering ist.

4.3.3 Unterbrechung bzw. Abbruch der Behandlung von StäB-Patient*innen und Patient*innen der Kontrollgruppe

Die Patient*innen der IG und die Kontrollpatient*innen wurden hinsichtlich des Merkmals Abbruch bzw. Unterbrechung innerhalb der Behandlung miteinander verglichen. Das Ziel war dabei relevante Unterschiede in der Behandlung der beiden Gruppen zu ermitteln. Bei beiden Behandlungsgruppen wurde die Behandlung von Patient*innen abgebrochen. Bei den StäB Patient*innen waren es zwei Patienten und bei den stationären drei Patienten. Dies ist also kein relevantes Unterscheidungsmerkmal.

Des Weiteren wurde bei den StäB-Patient*innen eruiert, ob es Unterbrechungen oder gravierende Komplikationen der Behandlung gab. Dies konnte jedoch nicht festgestellt werden, sodass von einer sehr hohen Compliance der StäB-

Patient*innen ausgegangen werden kann. Der Begriff Compliance bezeichnet die Fähigkeit von Patient*innen, Anordnungen und Therapiepläne zu befolgen. Diese hohe Compliance, könnte ein besonderes Merkmal der StäB Patient*innen sein. Diese These müsste jedoch in einer größeren Stichprobe und im Vergleich mit stationären Patient*innen untersucht werden.

4.4 Zur Darstellung und zum Vergleich der Patientenzufriedenheit

Die Hypothese, die im Vorfeld dieser Arbeit aufgestellt wurde, war dass StäB-Patient*innen im Durchschnitt eine höhere Behandlungszufriedenheit aufweisen als stationäre Patient*innen. Grundlage hierfür waren die Daten einer Pilotstudie zu StäB von 2018, Hierbei wiesen die StäB Patient*innen höhere Zufriedenheitswerte als die stationären Patient*innen auf, unter anderem war die Zustimmungsrates zur erneuten Inanspruchnahme von StäB sehr hoch mit 88 % (SD = 26,1) (Raschmann et al. 2022).

Die Analyse der Behandlungszufriedenheit ergab dabei insgesamt sehr hohe durchschnittliche Gesamtzufriedenheitswerte in beiden Gruppen. In der Interventionsgruppe (IG) betrug die durchschnittliche Gesamtzufriedenheit 75% (SD=9,7), während sie in der Kontrollgruppe (KG) mit 79% (SD=6,6) etwas höher war. Dieser Unterschied wurde durch einen durchgeführten t-Test ($p=0,11$) als nicht statistisch signifikant gewertet, so dass sich hier schließen lässt, dass die StäB-Patient*innen sowie die stationären Patient*innen eine ähnliche Behandlungszufriedenheit aufwiesen. Jedoch bestätigt sich durch diese Daten nicht die aufgestellte Hypothese und diese muss verworfen werden. Basierend auf diesen Daten lässt sich trotzdem der Schluss ziehen, dass StäB, auch wenn die Gesamtzufriedenheit unter denen der stationären Patient*innen lag, trotzdem aus Sicht der Patient*innen als Äquivalent zu einer vollstationären Regelbehandlung betrachtet werden kann. Siehe dazu auch die Veröffentlichung zu diesen Daten von Tirelis et al. 2021 (Tirelis et al. 2021 Poster beim DGPPN Kongress Berlin).

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob diese Beobachtung nur für das ZfP Zwiefalten oder für alle Zentren in der AKtiV-Studie zutrifft. Diese Fragestellung wird ebenfalls im Rahmen der AKtiV-Studie an einer deutlich größeren Stichprobe mit n=400 untersucht werden.

Eine weitere, in einer weiteren Dissertation zu untersuchende Fragestellung ist die Betrachtung von Unterschieden in der Behandlungszufriedenheit im Stadt-Land Vergleich (unveröff. Diss. Caroline Stüker).

Ergebnisse der offenen Fragen wurden mittels einer Kategorienbildung ausgewertet (vgl. Kapitel 3.3). Es ist festzustellen, dass die Bedürfnisse und die Wahrnehmung der Patient*innen in beiden Gruppen eine hohe Individualität aufwiesen. Dies führt zu inkongruenten Kategorienbildungen, da einige Patient*innen bestimmte Merkmale ihrer Behandlung als sehr positiv wahrgenommen haben, während andere Patient*innen die gleichen Merkmale als Kritikpunkte formulierten. So haben manche Patient*innen intime Gespräche als Vorteil ihrer Behandlung betrachtet und sehr wertgeschätzt während andere sie als unangenehm empfanden. Andere Patient*innen kritisierten die zu geringe Freiheit, während sich andere mehr Therapien und Behandlungen gewünscht hätten. Dies zeigt, dass individuelle Präferenzen und Persönlichkeitsmerkmale eine Rolle dabei spielen, wie bestimmte Aspekte der Behandlung wahrgenommen werden.

Dies schränkt die Aussagekraft der Auswertung der offenen Fragen in beiden Behandlungsgruppen ein. Ein Aspekt, der von 37 % der Patient*innen der IG als Kritikpunkt genannt wurde, ist der fehlende Kontakt zu Mitpatient*innen bzw. die Einsamkeit zu Hause. Diese Kritik wurde seitens der Kontrollgruppe nicht geäußert. Es wäre interessant zu untersuchen, ob ein Austausch unter StäB-Patient*innen im Rahmen eines wöchentlichen Zusammenkommens gewünscht und angenommen wird. Dies war nämlich auch ein genannter Verbesserungsvorschlag im freien Teil der Fragebögen. Auch die sich nun eröffnenden Möglichkeiten durch die Coronapandemie mit der Nutzung von virtuellen Gruppenangeboten könnte hier in StäB eine Verbesserung des Angebots erreichen und eine Zugehörigkeit und einen Austausch mit einer Gruppe fördern.

Ansonsten wurde als Verbesserungsvorschlag für die StäB noch häufig (50%) genannt, die Organisation innerhalb des StäB-Teams zu verbessern. Dazu zählen bessere Terminabsprachen, mehr Pünktlichkeit und genauere Behandlungspläne.

Positiv von den StäB-Patient*innen wurde wiederum aufgenommen, nicht aus dem Alltag gerissen zu werden und die Behandlung im gewohnten Umfeld zu Hause zu erhalten. Dies ist kein überraschender Punkt, da das Kernmerkmal der StäB die Behandlung im eigenen Umfeld ist (Frasch, Karel 2018).

Abschließend bieten die vorliegenden Ergebnisse wertvolle Einblicke in die Patientenzufriedenheit und liefern wichtige Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der StäB und die Anpassung an die individuellen Bedürfnisse der Patienten. Eine umfassende Betrachtung der Ergebnisse ermöglicht es, die Behandlungsqualität in Zukunft zu optimieren zum Beispiel durch eine bessere Organisation innerhalb des StäB-Teams.

4.5 Zum Vergleich OPS-Daten und Patientenzufriedenheit und Kennzahlen Behandlung

Neben der oben erläuterten Hypothese zur Behandlungszufriedenheit wurde in dieser Arbeit auch explorativ betrachtet, ob die Zufriedenheit mit der Intensität der Behandlung bei den StäB-Patient*innen korreliert.

Zur Analyse der Intensität der Behandlung wurde dabei einmal die Behandlungsdauer in Tagen und die abgerechneten OPS-Codes der Patient*innen herangezogen. Nicht untersucht wurde die Behandlungszeit in Minuten als Intensitätsmerkmal, wobei dies auch interessant wäre. Außerdem wurde kein Vergleich zu den stationären Patient*innen durchgeführt, da hier keine OPS Daten vorlagen.

Die Ergebnisse haben dabei in beiden Punkten (Behandlungsdauer und OPS-Codes) anhand des Korrelationswertes nach Pearson eine positive Korrelation (>0) gezeigt. Die Behandlungsdauer in Tagen mit den Behandlungszufriedenheitswerten hatte einen Korrelationswert von 0,376. Die abgerechneten OPS-Codes und die Behandlungszufriedenheit einen Korrelationswert von 0,198. Man muss allerdings auf die Beschränkung dieser

Ergebnisse hinweisen. Bei der Korrelationsberechnung wurde nur die Anzahl der abgerechneten OPS-Codes mitberechnet, es wurde aber nicht zwischen den einzelnen OPS-Codes unterschieden. Dies könnte eine gravierende Fehlerquelle sein, da es dann relevant ist, ob z.B. Pflegekräfte viermal 15 min oder einmal 60 min abgerechnet haben. Außerdem sind beide Korrelationswerte nur schwach positiv und nicht sehr hoch.

Auch wenn man davon ausgeht, dass Behandlungsintensität und Behandlungszufriedenheit miteinander korrelieren, bedeutet dies keine Kausalität. Zukünftige Studien müssten auch die Behandlungsintensität von den stationären Patient*innen mit der Behandlungszufriedenheit vergleichen und auch bei den StäB Patient*innen zwischen den einzelnen OPS-Codes unterscheiden. Wenn sich hier eine positive Korrelation ergibt, wäre es interessant zu untersuchen, an welchen Faktoren genau dies liegt.

Eine weitere Fragestellung für zukünftige Studie in diesem Kontext wäre, ob die Behandlungszufriedenheit der Patienten noch mit weiteren Faktoren (wie zum Beispiel bestimmten Diagnosegruppen) korreliert.

4.6 Zur Darstellung und zum Vergleich der Angehörigenzufriedenheit und ihrer Belastung

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde neben der Patientenzufriedenheit auch die Angehörigenzufriedenheit als explorative Fragestellung betrachtet. Im Rahmen der Untersuchung wurde eruiert, ob signifikante Unterschiede in der Zufriedenheit von Angehörigen in der IG und der KG festzustellen sind. Des Weiteren wurde der Versuch unternommen, die Belastung der Patient*innen zu erheben. Eine starke Limitierung der gefundenen Ergebnisse wird durch die sehr geringe Fallzahl bewirkt, die höchstens orientierende Aussagen zulässt. Bei der Betrachtung der Zufriedenheit fiel auf, dass die Angehörigen der IG tendenziell eine höhere Zufriedenheit angegeben hatten (74%) als die Angehörigen der KG (57%). Die Belastung der Angehörigen kann, wie U. Hepp und N. Stulz schildern, ein Hauptproblem der häuslichen Behandlung sein und sollte gut abgesprochen werden (U. Hepp und N. Stulz 2017). Die StäB Patient*innen blieben weiterhin zuhause und somit im engen

Kontakt mit den Angehörigen. Besonders bei der Frage, wie oft die Angehörigen Aufgaben der Patienten übernehmen mussten, gaben Angehörige der IG einen deutlichen Rückgang unter der Behandlung an. Bei den Angehörigen der KG fiel diese Frage zu beiden Zeitpunkten gleich aus. Vermutlich können stationäre Patient*innen keine Alltagsaktivitäten von Station aus übernehmen, so dass diese Aufgaben dann von den Angehörigen übernommen werden müssen, während es in der StäB sogar Teil der Behandlung sein kann, wieder vermehrt Aufgaben und Tätigkeiten im Alltag zu übernehmen (zum Beispiel einkaufen zu gehen, die Einfahrt zu kehren oder zu kochen). Diese Tätigkeiten können eine Entlastung für die Angehörigen darstellen. Die Unterschiede in der Belastung vor und während der Behandlung sind zwischen den Gruppen variabel: Während die Gesamtbelastung in der KG tendenziell abnimmt, ist sie in der IG zu Beginn höher, nimmt jedoch im Verlauf ebenfalls ab. Ebenfalls zeigen erste Daten der gesamten AKtiV-Studie eine deutliche Reduktion der Angehörigenbelastung (Längle et al. 2023).

Eine eindeutige Aussage darüber, welche Gruppe während der Behandlung eine größere Reduktion der Belastung erfährt, ist bei diesen Ergebnissen dennoch nicht festzulegen. Es ist anzumerken, dass trotz Unterschieden in den Ausgangswerten in beiden Gruppen eine Reduktion der Belastung erreicht werden konnte, was ein zufriedenstellendes Ergebnis ist.

4.7 Exkurs Angehörigenstichprobe und Problematik dieser

Die Stichprobengröße der Angehörigen war in beiden Gruppen sehr gering (Angehörige der IG n=7; Angehörige der KG n=2).

Die geringe Anzahl an teilnehmenden Angehörigen könnte in beiden Patientengruppen auf verschiedene Gründe zurückzuführen sein. Einige Patient*innen lebten allein und hatten so keine Angehörigen/ Mitbewohner*innen, die für die Studie eingeschlossen werden konnten. In einigen Fällen wollten die Patient*innen nicht, dass ihre Angehörigen befragt wurden, möglicherweise aufgrund ihrer eigenen Erkrankung oder persönlicher Umstände. Es gab auch Situationen, in denen die Angehörigen selbst nicht bereit waren, an der

Befragung teilzunehmen. Die Problematik dabei ist, dass die geringe Stichprobengröße zu einer geringen statistischen Trennschärfe beiträgt und die statistische Aussagekraft die sog. „Power“ abnimmt (Case et al. 2007; Dechartres et al. 2013).

Es ist somit wahrscheinlich, dass die Ergebnisse der Zufriedenheit und Belastbarkeit der Angehörigen rein auf Zufall basieren könnten.

Gruppenunterschiede könnten ebenfalls aufgrund der kleinen Stichprobengröße schwer zu erkennen sein. Für zukünftige Studien wäre eine andere Rekrutierungsmethode sinnvoll, um eine geeignete Stichprobengröße zu erzielen. Mögliche Ansätze wären häufigere Kontaktaufnahmen mit den Angehörigen oder eine zentrenübergreifende Auswertung, wie sie in der AKtiV-Studie geplant ist. Zusätzlich sind in der AKtiV-Studie qualitative Befragungen als Ergänzung vorgesehen, um weitere Einblicke zu gewinnen.

4.8 Zur Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit

Als explorative Fragestellung wurde die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen des StäB-Teams untersucht. Ziel war dabei Daten zu generieren, um Hypothesen für zukünftige Studien aufzustellen. Die Mitarbeiterzufriedenheit des StäB-Teams wurde in der Pilotstudie 2018 zwar mituntersucht, aber ansonsten fiel die Datenlage bei der Suche spezifisch zu StäB in Onlinedatenbanken wie „Pubmed“ unbefriedigend aus (Stand Juni 2024).

Allgemeine Daten zur Mitarbeiterzufriedenheit in der Psychiatrie und Psychosomatik zeigen, dass es wichtig ist, die Faktoren zu bestimmen, die die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen ausmacht, um Belastungen zu verhindern, die Kommunikation im Team zu verbessern und die Qualität der Behandlung zu erhöhen (Pantenburg et al. 2015; Fleury et al. 2017; Aronson et al. 2003). Diese Daten stammen aus Deutschland, Canada und den USA.

Die Daten der Mitarbeiterzufriedenheit, die im Rahmen der AKtiV-Studie und dieser Arbeit gewonnen wurden, können also ein Erkenntnisgewinn für die StäB sein und die Qualität der Behandlung bereichern.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterzufriedenheit am ZfP Zwiefalten fielen insgesamt sehr ähnlich aus zu der durchschnittlichen Gesamtzufriedenheit aller zehn Zentren der AKtiV-Studie. In einzelnen Punkten ist die Zufriedenheit höher; zum Beispiel bei der allgemeinen Arbeitssituation (77,48% am ZfP ZWI zu 70,54% insgesamt), aber in anderen Punkten ist sie auch geringer. So liegt die Zufriedenheit im Umgang mit Konflikten in Zwiefalten mit 52,38% unter dem Durchschnitt der Studie von 63,19%. Es sei darauf verwiesen, dass dieser Punkt in Zeiten eines starken Personalmangels einer Optimierung unterzogen werden sollte.

Es wäre interessant, die Zufriedenheit der einzelnen Berufsgruppen abzubilden (die Zufriedenheit der Psycholog*innen, der Ärzt*innen, dem Pflegepersonal und der Spezialtherapeut*innen). Aufgrund der Anonymität des Personals war eine solche Untersuchung im Rahmen dieser Studie jedoch nicht möglich. In der Einrichtung in Zwiefalten ist lediglich eine Psychologin im StäB-Team tätig, sodass bei einer entsprechenden Aufgliederung Rückschlüsse auf die Person möglich wären.

Ebenfalls wäre es interessant die Zufriedenheit der stationären Behandler*innen im Vergleich zu denen der StäB-Behandler*innen zu betrachten, um eine Korrelation zwischen der Zufriedenheit der Behandler*in und der Zufriedenheit der Patient*innen am ZfP Zwiefalten zu untersuchen. Diese Untersuchung könnte als Ausgangspunkt für zukünftige Forschungshypothesen dienen. So könnte eine zukünftige Hypothese lauten: Je zufriedener die Patient*innen desto zufriedener die Behandler*innen oder umgekehrt. Dies würde darauf hinweisen, dass die Zufriedenheit der Behandler*innen und Patient*innen sich gegenseitig beeinflusst.

4.9. Zur Struktur der jeweiligen StäB-Teams am ZfP Zwiefalten und PPrt Reutlingen

Bei der Betrachtung der Struktur der beiden Kliniken fiel auf, dass beide bereits Erfahrung in der Umsetzung von StäB und aufsuchenden Angeboten haben. Dies bietet eine solide Grundlage für die Implementierung dieses Behandlungsmodells. Es bleibt jedoch interessant, wie diese Unterschiede sich

möglicherweise auf die Wirksamkeit und Effizienz der StäB-Programme in den beiden Kliniken auswirken könnten.

Die Ergebnisse dieser Arbeit decken sich mit den Ergebnissen von Gottlob et al., die 2019 ebenfalls die Struktur und Organisation an diesen und auch weiteren Zentren analysiert haben. Sie sind zu dem Schluss gekommen, dass StäB sowohl in städtischen als auch ländlichen Regionen erfolgreich angewendet werden kann (Gottlob et al. 2022).

Im Vergleich zu diesen Ergebnissen ist zu sehen, dass sich das Team am ZfP Zwiefalten in den Jahren von 2019 auf 2021 vergrößert hat und jetzt mehr (15 statt 12) Behandlungsplätze angeboten werden können. Insgesamt ist es anhand dieser Strukturanalyse nicht möglich relevante Parameter herauszufiltern, die zu einer vermehrten Patient*innenzufriedenheit führen oder dazu führen, dass die Behandler*innen zufriedener sind. Das ZfP und damit einhergehend auch die Mitarbeiter*innen hatten bereits Erfahrung mit StäB. Trotzdem waren diese Mitarbeiter*innen mit der Organisation am Klinikum im Gesamtvergleich von ihren Angaben eher unzufrieden. Dies könnte darauf hinweisen, dass es Probleme in der Arbeitsumgebung oder der Organisationsstruktur gibt, die die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen beeinträchtigen. Es könnte sich lohnen, genauer zu untersuchen, was diese Probleme sind und wie sie angegangen werden können, um die Zufriedenheit und Effizienz der Mitarbeiter*innen zu verbessern.

4.10 Zur Repräsentativität des Patientenkollektivs

Zur Evaluierung der Repräsentativität der Daten dieser Untersuchung wurde eine Gegenüberstellung der Patient*innen der IG mit einer Vergleichsgruppe von 354 StäB-Patient*innen (01/2019-09/2021) vorgenommen. Auch in diesem Vergleich fielen lediglich marginale Unterschiede in der Altersverteilung, den Diagnosegruppen sowie den durchschnittlichen Behandlungsminuten pro Tag auf. Im gesamten StäB-Kollektiv waren auch Diagnosen vertreten, die gemäß der Studienprotokolle einen Ausschluss von der Teilnahme an der Studie bedingten (F0-Diagnosen, demenzielle Erkrankungen).

Obschon sich die Diagnosen ansonsten ähnlich zwischen den Gruppen darstellen, ist zu berücksichtigen, dass eine Differenzierung der Schweregrade psychischer Erkrankungen mit Schwierigkeiten verbunden ist. Ein Beispiel für die Schwierigkeiten bei der Differenzierung ist die Gruppe der affektiven Störungen, die die größte Gruppe innerhalb der Diagnosen darstellt. Hier kann zwischen einer F31.1, einer mittelgradig depressiven Episode, und einer F32.2, einer schweren depressiven Episode, unterschieden werden. Dennoch ist zu erwarten, dass sich die Patient*innen, die alle eine F31.1-Diagnose aufweisen, in ihrer Symptomatik unterscheiden.

Die mittlere Behandlungsdauer in der IG war im Vergleich zum StäB-Kollektiv länger und wies eine hohe Standardabweichung innerhalb der Stichprobe auf. Für weiterführende Informationen sei auf Kapitel 4.3.1 verwiesen.

Einige Daten, wie der Health of the Nation Outcome Scales (HoNoS) und Daten des Clinical Global Impression (CGI), konnten nicht verglichen werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie im StäB-Kollektiv nicht Teil der allgemeinen BADO-Daten sind und daher nicht standardmäßig erhoben werden. Diese Daten wären jedoch von besonderem Interesse, um die spezifischen Charakteristika der StäB-Patient*innen (wie beispielsweise die bisherigen stationären Erfahrungen) genauer zu identifizieren. Es wäre ratsam, Möglichkeiten zu prüfen, wie diese Daten in Zukunft erhoben werden können, da sie wichtige Einblicke in die Merkmale und Bedürfnisse der StäB-Patient*innen liefern könnten. Dies könnte beispielsweise durch die Anpassung der Datenerhebungsprozesse oder die Implementierung zusätzlicher Instrumente erfolgen, um diese spezifischen Daten zu erfassen. So könnte eine umfassendere und präzisere Analyse ermöglicht werden, um die Behandlung und Betreuung der StäB-Patient*innen auch in Zukunft zu verbessern.

4.11 Vergleich zu vorherigen Dissertationen und zur Pilotstudie 2018

Ein Vergleich mit den Ergebnissen der Pilotstudie ist nur eingeschränkt möglich, da damals andere Fragebögen benutzt wurden, die nach den damaligen Erkenntnissen für die jetzige Studie geändert wurden. Ein weiterer

hervorzuhebender Unterschied zu der Pilotstudie ist, dass die Kontrollpatienten diesmal gezielt an ausgewählten Kriterien mit Hilfe des Matching Verfahrens den Patienten der Interventionsgruppe zugeordnet wurden. Dies ist eine klare Differenzierung zu den vorherigen Arbeiten von Götz und Hirscheck (Eva Götz 2022; Denis Hirscheck unveröff. Diss.).

Der Vergleich mit den Daten aus der Pilotstudie von 2018 ist aber trotz dessen interessant, da StäB erst seit 2018 in Deutschland gesetzlich erlaubt ist, sich gerade auf dem Vormarsch befindet und aktuell noch ausgebaut und implementiert wird (Boege et al. 2020).

Daher kann sich die Datenlage in wenigen Jahren zu den vorherigen Untersuchungen bereits verändert haben.

Die aktuellen Daten weisen darauf hin, dass sich sowohl das Geschlechterverhältnis als auch das Altersprofil der Gruppe im Untersuchungszeitraum verändert haben. In der aktuellen Stichprobe sind Männer und Frauen gleichmäßiger vertreten, und das Durchschnittsalter der Patient*innen ist etwas jünger als in der vorherigen Studie. Dies kann auf Zufall zurückzuführen sein oder zeigt, dass sich diese innovative Behandlungsform noch im Wandel befindet und nun auch für eine breitere Stichprobe attraktiv wird.

Die sorgfältige Analyse der Zufriedenheitswerte nimmt einen besonderen Stellenwert ein, da die Hypothese dieser Studie hinsichtlich der Zufriedenheitswerte auf den Daten der Pilotstudie beruht.

Im Gegensatz zur vorherigen Untersuchung ergab sich diesmal, dass nicht die StäB-Patient*innen, sondern diejenigen im stationären Bereich mit ihrer Therapie zufriedener waren. Dies wird besonders deutlich bei der Analyse der identischen Fragestellung: "Inwieweit hat sich mein Zustand nach der Behandlung verbessert?" Hier sanken die Zufriedenheitswerte von 86% auf aktuell 66%. Es könnte sein, dass die anfängliche Begeisterung und Euphorie der Behandler*innen im Laufe der Zeit durch die routinemäßige Anwendung der Therapie abgenommen hat, was sich negativ auf die Qualität der Behandlung ausgewirkt hat.

Auch bei der Frage nach der Zuversicht, im Alltag nun besser zurechtzukommen ("Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurechtzukommen"), zeigte sich ein Rückgang von 76% auf 62%. Dies könnte darauf hinweisen, dass die aktuellen Patient*innen in der StäB eine realistischere Einschätzung ihrer Situation vornehmen und sich dementsprechend bewerten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Zufriedenheit mit der Behandlung in der StäB offenbar nicht von selbst gegeben ist. Es ist möglich, dass es sich hierbei um episodische Schwankungen handelt und die Behandlungszufriedenheit in einigen Monaten wieder anders ausfallen könnte. Auch wird es interessant sein, die Daten der gesamten AKtiV-Stichprobe zu analysieren. Erste Daten mit einer deutlichen größeren Stichprobe waren zur Zufriedenheit bereits vielversprechend (Weinmann et al. 2023). Und auch in den Daten der AKtiV-Studie insgesamt scheinen die StäB-Patient*innen sogar eine höhere Behandlungszufriedenheit aufzuweisen als die stationären Patient*innen (Längle et al. 2023).

4.12 Schlussfolgerung und Ausblick

Die vorliegenden Daten zeigten, dass es insgesamt keine relevanten Unterschiede zwischen den stationären Patient*innen und den StäB Patient*innen gab. Die Übereinstimmung auch in nahezu sämtlichen Messwerten der eingesetzten Fragebögen weist die Methode des Propensity Score Matching damit als gut geeignetes Verfahren für Forschungsfragestellungen bei neuen Routinebehandlungsangeboten aus.

Als besonderes Merkmal der StäB Patient*innen ließ sich feststellen, dass der Großteil Vorerfahrungen in stationären psychiatrischen Behandlungen nachweisen konnte.

Die Limitationen dieser Studie ergeben sich aus dem Propensity Score Matching und dem Studiendesign. Durch das Propensity Score Matching konnte eine homogene Stichprobe erzeugt werden, was die Vergleichbarkeit der Gruppen verbessert. Gegenüber einer kontrollierten randomisierten Studie bleiben jedoch

gewisse Einschränkungen in Bezug auf bestimmte Merkmale zwischen den Patient*innen bestehen, da die Gruppen homogenisiert wurden.

Insgesamt zeigt sich die StäB als eine Behandlungsoption mit viel Potenzial, die als Alternative zur stationären Behandlung in Betracht gezogen werden sollte. Besonders zeigt sich dies bei der Patient*innenzufriedenheit. Hierbei erreicht sie sehr hohe Werte, auch wenn die Werte marginal unter den Werten der Kontrollpatient*innen liegen. Hier zeigte sich kein signifikanter Unterschied. Im Vergleich zu den vorherigen Untersuchungen fielen die Zufriedenheitswerte ab, dies könnte aufzeigen, dass die Zufriedenheit der StäB-Patient*innen im Wandel ist und auch ein episodisches Geschehen sein kann.

Die Corona-Pandemie muss als potenzieller limitierender Faktor berücksichtigt werden, da sie die Zufriedenheit der StäB-Patientenpopulation negativ beeinflusst haben könnte. Dies könnte auf verstärkte Sicherheitsvorkehrungen und Unsicherheiten bezüglich der Infektionsgefahr im Vergleich zu stationären Einrichtungen zurückzuführen sein. Dies wird auch von Längle et al. erwähnt, die von einer Reduzierung der Kontakte an sieben Standorten in Südwürttemberg, darunter das ZfP Zwiefalten, berichten (Längle et al. 2020).

In zukünftigen Studien wäre es hier interessant, die Korrelation der Zufriedenheit mit der Behandlungsdauer und der Intensität der Behandlung zu untersuchen, erste Untersuchungen zeigten hier eine positive Korrelation in beiden Punkten. Dies könnte auch für den Ausbau von StäB relevant sein, um zukünftig noch höhere Zufriedenheitswerte zu erreichen. Hier ist es auch von Interesse zu erfahren, wie die Ergebnisse in einer anderen Studie mit einer größeren Stichprobe insgesamt ausfallen, wie es im Rahmen der weiteren AKtiV-Studie untersucht wird.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) ist eine alternative Versorgungsform für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die zunehmend an Bedeutung gewinnt und sich in Deutschland etabliert. Ziel ist es, psychiatrische Behandlungen im häuslichen Umfeld der Patient*innen anzubieten, während die Intensität der stationären Versorgung beibehalten wird.

Diese Arbeit stellt eine Pilotauswertung im Rahmen der deutschlandweiten AKtiV-Studie (Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung) dar und untersucht die Behandlungszufriedenheit von Patient*innen im ländlichen Raum, die eine StäB erhielten. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass StäB-Patient*innen eine höhere Zufriedenheit aufweisen als stationär behandelte Patient*innen.

Im Rahmen dieser Studie wurden 22 Patient*innen der StäB-Gruppe rekrutiert (IG n=22; 11 Männer, 11 Frauen; Alter 23-88 Jahre; Ø 45,18). Das Matching der Interventions-Patient*innen mit den Kontrollpatient*innen erfolgte mittels Propensity-Score. Bei der Zuordnung wurden verschiedene Faktoren berücksichtigt, darunter Alter, Aufnahmediagnose sowie die Anzahl vorheriger stationärer Aufenthalte (KG n=22; 13 Männer, 9 Frauen; Alter 19-78 Jahre; Ø 47,36)

Die Datenerhebung erfolgte durch mehrfache Befragungen der Patient*innen, der Angehörigen sowie der Mitarbeiter*innen der StäB-Teams. Zusätzlich wurden Strukturdaten sowie Informationen zur Organisation und Durchführung der StäB am Standort Zwiefalten (ZfP) und Reutlingen (PP.rt) erhoben. Anhand der erhobenen Daten konnte eine detaillierte Analyse des Patientenkollektivs sowie der individuellen Behandlungszufriedenheit der StäB im Vergleich zur stationären Regelbehandlung durchgeführt werden.

Die Analyse ergab, dass Patient*innen, die sich der StäB unterzogen, nicht zufriedener mit der Behandlung sind. Demgegenüber zeigten stationär behandelte Patient*innen tendenziell eine höhere Zufriedenheit als StäB-Patient*innen (n.s.). Auffällig war jedoch, dass StäB-Patient*innen tendenziell

stärker in ihrem Funktionszustand eingeschränkt waren und häufiger Vorerfahrungen mit stationären Behandlungen hatten. Diese Unterschiede könnten als besondere Merkmale der StäB-Patient*innen gelten.

Innerhalb der StäB-Gruppe konnte eine Korrelation zwischen Behandlungsintensität und Zufriedenheit festgestellt werden.

Ein ergänzender Vergleich mit Daten von 354 StäB-Patient*innen aus den Jahren 2019-2021 ergab ebenfalls nur geringe Abweichungen in den erhobenen Messwerten, die größtenteils auf die Rekrutierungskriterien der Studie zurückzuführen waren. Die Organisation und Abläufe innerhalb der StäB-Teams zeigten standortspezifische Unterschiede.

Die Ergebnisse der Studie werfen relevante Fragen zur Wirksamkeit und Akzeptanz der StäB auf. Obwohl die Behandlungszufriedenheit der StäB-Patient*innen niedriger war als bei stationären Patient*innen, deuten positive Rückmeldungen von Angehörigen und Mitarbeiter*innen darauf hin, dass die häusliche Behandlung eine sinnvolle Alternative zur stationären Versorgung sein kann.

Die innerhalb der StäB-Gruppe gefundene Korrelation zwischen Behandlungsintensität und Zufriedenheit lässt den Schluss zu, dass eine intensivere Betreuung zu einer höheren Zufriedenheit der Patient*innen führen könnte. Dieser Aspekt sollte in zukünftigen Studien weiter untersucht werden.

Es sei darauf verwiesen, dass die bei der Durchführung eines Propensity-Matchings ermittelten, geringfügigen Gruppenunterschiede von beachtlicher Bedeutung sind. Ein beträchtlicher Anteil der Messwerte wurde nicht in die Berechnung einbezogen, wies jedoch zumeist nur geringfügige Unterschiede auf, was die Homogenität der Gruppen betont. Auch die Vergleichsdaten von früheren StäB-Patient*innen wiesen lediglich marginale Unterschiede auf, was die Repräsentativität der Untersuchung unterstreicht.

Die Analyse der Strukturen und Organisation der StäB-Teams in Reutlingen und Zwiefalten verdeutlichte die bereits in der Literatur vielfach diskutierte Heterogenität dieser Behandlungsform. Unterschiede in Teamstruktur, Organisation und Ressourcen könnten Einfluss auf die Zufriedenheit der Patient*innen haben und sollten in zukünftigen Studien näher untersucht werden.

Zusammenfassend trägt diese Arbeit wesentlich zum Verständnis der Behandlungszufriedenheit in der StäB bei und identifiziert potenzielle Einflussfaktoren, die weiter untersucht werden sollten. Da es sich um eine vorläufige Auswertung von Teildaten der AKtiV-Studie handelt, werden umfassendere Analysen der vollständigen Datenlage weitere Erkenntnisse liefern.

Künftige Studien sollten insbesondere den Zusammenhang zwischen Behandlungsintensität und Zufriedenheit bei StäB Patient*innen untersuchen und die langfristige Entwicklung der StäB in Deutschland beobachten.

6 Veröffentlichungen

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

L. Tirelis, C. Stüker, S. Raschmann, G. Längle (2021, 24.-27. November). „Stationsäquivalente Behandlung- Pilotauswertung der Behandlungszufriedenheit im Rahmen der an der AKtiV-Studie beteiligten Studienzentren Reutlingen und Zwiefalten“ (Poster Präsentation). DGPPN Kongress, Berlin.

C. Stüker, L. Tirelis, S. Raschmann, G. Längle (2021, 24.-27. November). „AKtiV-Studie – Aussagekraft der Stichprobe für die Studienzentren Zwiefalten und Reutlingen“ (Poster Präsentation). DGPPN Kongress, Berlin.

7 Literaturverzeichnis

Ahrens, C., J. Frey, W. H. Knoedler, and S. C. Senn-Burke. "Effect of Pact on Inpatient Psychiatric Treatment for Adolescents with Severe Mental Illness: A Preliminary Analysis." *Psychiatr Serv* 58, no. 11 (Nov 2007): 1486-8. <https://dx.doi.org/10.1176/ps.2007.58.11.1486>.

Albers, Matthias; Dippel, Alexandra; Elgeti, Hermann; Fröhmel, Anette; Gagel, Detlev; Haase, Kristin; Lindstedt, Lothar; Petzold, Klaus; Tinnemann, Peter. *Der Sozialpsychiatrische Dienst: Lehrbuch Für Den Öffentlichen Gesundheitsdienst*, 2020.

Andreas, S., T. Harfst, J. Dirmaier, S. Kowski, U. Koch, and H. Schulz. "A Psychometric Evaluation of the German Version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, Honos-D': On the Feasibility and Reliability of Clinician-Performed Measurements of Severity in Patients with Mental Disorders." *Psychopathology* 40, no. 2 (2007): 116-25. <https://dx.doi.org/10.1159/000098492>.

Aronson, Keith R., Nicholas Sieveking, Jean-Phillipe Laurenceau, and William Bellet. "Job Satisfaction of Psychiatric Hospital Employees: A New Measure of an Old Concern." *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 30, no. 5 (2003/05/01 2003): 437-52. <https://dx.doi.org/10.1023/A:1024645731339>.

Assion, H. J., and Helen Hecker. "Durchführung Und Umsetzung Von Stäb in Einer Großklinik." *Nervenheilkunde* 39 (2020): 720 - 24.

Auffarth, Irina, Reinhard Busse, Detlef Dietrich, and Hinderk Emrich. "Length of Psychiatric Inpatient Stay: Comparison of Mental Health Care Outlining a Case Mix from a Hospital in Germany and the United States of America." *German Journal of Psychiatry* 11 (01/01 2008).

Austin, P. C. "An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies." *Multivariate Behav Res* 46, no. 3 (May 2011): 399-424. <https://dx.doi.org/10.1080/00273171.2011.568786>.

Baden-Württemberg, Statistisches Landesamt. *Statistisches Landesamt Baden-Württemberg – Bevölkerung Nach Nationalität Und Geschlecht Am 31. Dezember 2020*. 2020. 2020.

Baum, Fabian, Jochen Schmitt, Martin Seifert, Roman Kliemt, Denise Kubat, Stefanie March, Dennis Häckl, Andrea Pfennig, Enno Swart, and Anne Neumann. "Lengths of Inpatient Stay and Sick Leave of Patients with Mental Diseases: Disorder-Specific Effects of Flexible and Integrated Treatment Programs in Germany." *Translational Psychiatry* 12, no. 1 (2022/09/07 2022): 370. <https://dx.doi.org/10.1038/s41398-022-02131-5>.

Baumgardt, J., J. Schwarz, A. Bechdorf, K. Nikolaidis, M. Heinze, J. Hamann, M. Holzke, G. Längle, J. Richter, P. Brieger, R. Kilian, J. Timm, C. Hirschmeier, S. Von Peter, and S. Weinmann. "Implementation, Efficacy, Costs and Processes of Inpatient Equivalent Home-Treatment in German Mental Health Care (Aktiv): Protocol of a Mixed-Method, Participatory, Quasi-Experimental Trial." *BMC Psychiatry* 21, no. 1 (Mar 30 2021): 173. <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03163-9>.

Baumgardt, Johanna, Julian Schwarz, Sebastian von Peter, Martin Holzke, Gerhard Längle, Peter Brieger, Reinhold Kilian, Jürgen Timm, Martin Heinze, Stefan Weinmann, and Andreas Bechdorf. "Aufsuchende Krisenbehandlung Mit Teambasierter Und Integrierter Versorgung (Aktiv)." *Eine naturalistische multizentrische kontrollierte Studie zur Evaluierung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung in Deutschland* 39, no. 11 (2020/11/06 2020): 739-45. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1213-8999>.

Bechdorf, A., M. Skutta, and A. Horn. *Psychiatrische Akutbehandlung Ohne Krankenhausbett@ Klinische Wirksamkeit Von Home Treatment Am Beispiel Der Integrativen Psychiatrischen Behandlung (Ipb) Am Alexianer-Krankenhaus Krefeld*. 2011.

Berhe, T., Bernd Puschner, Reinhold Kilian, and T. Becker. "„Home Treatment“ Für Psychische Erkrankungen." *Nervenarzt* 76 (07/01 2005): 822-31. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-004-1865-6>.

Bernert, S., R. Kilian, H. Matschinger, C. Mory, C. Roick, and M. C. Angermeyer. "[the Assessment of Burden on Relatives of Mentally Ill People: The German Version of the Involvement Evaluation Questionnaire (Ieq-Eu)]." *Psychiatrische Praxis* 28 Suppl 2 (Oct 2001): S97-101. Die Erfassung der Belastung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen - Die deutsche Version des Involvement Evaluation Questionnaires (IEQ-EU). <https://dx.doi.org/10.1055/s-2001-17792>.

Bijl, R. V., A. Ravelli, and G. van Zessen. "Prevalence of Psychiatric Disorder in the General Population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis)." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33, no. 12 (Dec 1998): 587-95. <https://dx.doi.org/10.1007/s001270050098>.

Boege, Isabel, Renate Schepker, and Jörg M. Fegert. "Vom Hometreatment Zur Stationsäquivalenten Behandlung (Stäb)." *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 48, no. 5 (2020): 393-406. <https://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000710>.

Boege, Isabel, Renate Schepker, Beate Herpertz-Dahlmann, and Timo D. Vloet. "Hometreatment." *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 43, no. 6 (2015): 411-23. <https://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000377>.

Boyens, Josefine, Johannes Hamann, Eva Ketisch, and Peter Brieger. "Vom Reißbrett in Die Praxis – Wie Funktioniert Stationsäquivalente Behandlung in München?", *Psychiatrische Praxis* 48, no. 05 (2020/11/24 2020): 269-72. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1276-6637>.

Bühring, Petra. "Stationsäquivalente Psychiatrische Behandlung: Nicht Fisch, Nicht Fleisch." *Dtsch Arztebl Int* (2018). [https://dx.doi.org/115\(41\): A-1798 / B-1512 / C-1498](https://dx.doi.org/115(41): A-1798 / B-1512 / C-1498).

Bundesgesundheitsministerium. *Gesetz Zur Weiterentwicklung Der Versorgung Und Der Vergütung Für Psychiatrische Und Psychosomatische Leistungen (Psychvvg)*. 2016.

Burns, T., M. Knapp, J. Catty, A. Healey, J. Henderson, H. Watt, and C. Wright. "Home Treatment for Mental Health Problems: A Systematic Review." *Health Technol Assess* 5, no. 15 (2001): 1-139. <https://dx.doi.org/10.3310/hta5150>.

Burr, H., H. Berthelsen, S. Moncada, M. Nübling, E. Dupret, Y. Demiral, J. Oudyk, T. S. Kristensen, C. Llorens, A. Navarro, H. J. Lincke, C. Bocéréan, C. Sahan, P. Smith, and A. Pohrt. "The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire." *Saf Health Work* 10, no. 4 (Dec 2019): 482-503. <https://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002>.

Busch, M. A., U. E. Maske, L. Ryl, R. Schlack, and U. Hapke. "[Prevalence of Depressive Symptoms and Diagnosed Depression among Adults in Germany: Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (Degs1)]." *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56, no. 5-6 (May 2013): 733-9. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). <https://dx.doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>.

Case, L. D., and W. T. Ambrosius. "Power and Sample Size." *Methods Mol Biol* 404 (2007): 377-408. https://dx.doi.org/10.1007/978-1-59745-530-5_19.

Cavelti, M., M. Wirtz, P. Corrigan, and R. Vauth. "Recovery Assessment Scale: Examining the Factor Structure of the German Version (Ras-G) in People with Schizophrenia Spectrum Disorders." *Eur Psychiatry* 41 (Mar 2017): 60-67. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.10.006>.

Chisholm, D., M. R. Knapp, H. C. Knudsen, F. Amaddeo, L. Gaité, and B. van Wijngaarden. "Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory--European Version: Development of an Instrument for International Research. Epsilon Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs." *Br J Psychiatry Suppl*, no. 39 (2000): s28-33. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.39.s28>.

Dechartres, A., L. Trinquart, I. Boutron, and P. Ravaud. "Influence of Trial

Sample Size on Treatment Effect Estimates: Meta-Epidemiological Study." *Bmj* 346 (Apr 24 2013): f2304. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2304>.

DGPPN. "Leistungsbeschreibung Der StationsäQuivalenten Psychiatrischen Behandlung Bei Erwachsenen." (2017).

https://bflk.de/sites/default/files/doku/2017-06-13_stn_dgppn_staeb_fin.pdf.

DGPPN. *Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung*. 2021.

DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde). *S3- Leitlinie Psychozoziale Therapien Bei Schwere Psychischen Erkrankungen*. Vol. 2. Auflage: Springer, 2019.

DIMDI. *Ops Version 2020 Band I: Systematisches Verzeichnis, Kohlhammer.*, 2020.

Dimitri, Giorgia, Domenico Giacco, Michael Bauer, Victoria Jane Bird, Lauren Greenberg, Antonio Lasalvia, Vincent Lorant, Jacek Moskalewicz, Pablo Nicaise, Andrea Pfennig, Mirella Ruggeri, Marta Welbel, and Stefan Priebe. "Predictors of Length of Stay in Psychiatric Inpatient Units: Does Their Effect Vary across Countries?", *European Psychiatry* 48, no. 1 (2018): 6-12. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.11.001>.

Ebmeier, K. P., C. Donaghey, and J. D. Steele. "Recent Developments and Current Controversies in Depression." *Lancet* 367, no. 9505 (Jan 14 2006): 153-67. [https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)67964-6](https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(06)67964-6).

Eisert, Margrit, H. G. Eisert, and M. H. Schmidt. "Hinweise Zur Behandlung Im Häuslichen Milieu ("Home Treatment"). [Reflections on Home Treatment]." 13, no. 3 (1985): 268-79.

Fankhauser, S., B. Hochstrasser, M. Sievers, and M. Soyka. "[Assessing Change of Depressive Symptoms and Severity of Depression in an Inpatient Setting : Performance of the Honos (Health of the Nation Outcome Scales)]." *Psychother Psychosom Med Psychol* 67, no. 9-10 (Sep 2017): 391-400. Die Eignung der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) zur Erfassung des Verlaufs und des Schweregrads depressiver Symptomatik im stationären Setting. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0043-105482>.

Fina, Stefan. "Adli, Mazda (2017): Stress and the City. Warum Städte Uns Krank Machen. Und Warum Sie Trotzdem Gut Für Uns Sind: München: C. Bertelsmann Verlag. 384 Seiten, 30 S/W Abbildungen." *Raumforschung und Raumordnung | Spatial Research and Planning* 76 (01/18 2018). <https://dx.doi.org/10.1007/s13147-018-0517-4>.

Fleury, M. J., G. Grenier, and J. M. Bamvita. "Job Satisfaction among Mental Healthcare Professionals: The Respective Contributions of Professional

Characteristics, Team Attributes, Team Processes, and Team Emergent States." *SAGE Open Med* 5 (2017): 2050312117745222. <https://dx.doi.org/10.1177/2050312117745222>.

Frasch, Karel. "Stationsäquivalente Behandlung (Stäb) – Ein Großer Schritt in Die Richtige Richtung – Kontra." *Psychiatrische Praxis* 45, no. 03 (2018/04/01 2018): 123-24. Accessed 2023/09/14. <https://dx.doi.org/10.1055/a-0589-2947>.

Geißler, Markus. "Recovery in Der Stationsäquivalenten Psychiatrischen Behandlung - Zur Bedeutung Häuslicher Lebenswelten Als Zusammenspiel Von Menschen, Raum Und Materie." 2019.

GKV-Spitzenverband, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. *Gemeinsamer Bericht Über Die Auswirkungen Der Stationsäquivalenten Psychiatrischen Behandlung Im Häuslichen Umfeld Auf Die Versorgung Der Patientinnen Und Patienten Einschließlich Der Finanziellen Auswirkungen GemäS § 115d Absatz 4 Sgb V Vom 23.12.2021*. 2021.

Gottlob, Melanie; Holzke, Martin; Raschmann, Svenja; Bechdorf, Andreas; Borbé, Raoul; Brieger, Peter; Driessen, Martin; Horter, Hannes; Weinmann, Stefan; Längle, Gerhard. "Stationsäquivalente Behandlung – Wie Geht Das? Umsetzungsstrategien Aus Acht Psychiatrischen Fachkliniken Und -Abteilungen in Deutschland." *Psychiatrische Praxis* (2022). <https://dx.doi.org/10.1055/a-1406-7141>.

Götz, Eva Tabea. "Umsetzung Der Stationsäquivalenten Behandlung Im Städtischen Raum, Pilotstudie Zur Implementierung Einer Neuen Versorgungsform in Der Psychiatrie." Universität Tübingen, 2022-06-27.

Gruebner, O., M. A. Rapp, M. Adli, U. Kluge, S. Galea, and A. Heinz. "Cities and Mental Health." *Dtsch Arztebl Int* 114, no. 8 (Feb 24 2017): 121-27. <https://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>.

Gühne, U., S. Weinmann, K. Arnold, E. S. Atav, T. Becker, and S. Riedel-Heller. "[Home Treatment: Systematic Review and Implementation in Germany]." *Psychiatrische Praxis* 38, no. 3 (Apr 2011): 114-22. Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1248598>.

Günther Wienberg , Jochen Ostermann , Ansgar Piel , Anke Bramesfeld , Franziska Myszor , Ingmar Steinhart. "Ein Standard Für Gemeindepsychiatrische Zentren in Niedersachsen – Checkliste Und Modelltreueskala." *Psychiatrische Praxis* (2023). <https://dx.doi.org/10.1055/a-1939-2383>.

Hamann, Luisa Klocke ; Peter Brieger ; Susanne Menzel; Eva Ketisch; Johannes. "Stationsäquivalente Behandlung: Ein Überblick Zum Status Quo."

Der Nervenarzt (2022). <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1007/s00115-022-01272-8>.

Hangan, C. "Introduction of an Intensive Case Management Style of Delivery for a New Mental Health Service." *Int J Ment Health Nurs* 15, no. 3 (Sep 2006): 157-62. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00397.x>.

Hans-Jörg Assion , Helen Hecker "Durchführung Und Umsetzung Von Stäb In Einer Großklinik." *Nervenheilkunde* 2020; 39: 739-745. doi:10.1055/a-1213-8999 (2020). <https://dx.doi.org/10.1055/a-1198-1649>.

Hapke, Ulfert, Caroline Cohrdes, and Julia Nübel. "Depressive Symptomatik Im Europäischen Vergleich - Ergebnisse Des European Health Interview Survey (Ehis) 2." (12/17 2019). <https://dx.doi.org/10.25646/6221>.

Hapke, Ulfert, Elena von der Lippe, Markus Busch, and Cornelia Lange. "Psychische Gesundheit Bei Erwachsenen in Deutschland." 2012.

Hauth, Iris. "Stationsäquivalente Psychiatrische Behandlung Nach §115d Sgb V – Ein Erster Schritt Zu Behandlungsformen Im Häuslichen Umfeld." *Psychiatrische Praxis* (2017). <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1055/s-0043-114172>.

Heil, Marlis, Marianne Kunze-Turmann, Jörg Fegert, and Hermann Meitingen. "Home Treatment." 6, no. 2 (1978): 163-76.

HENKEL, G. *Der Ländliche Raum. Gegenwart Und Wandlungsprozesse Seit Dem 19. Jahrhundert. – Stuttgart. [2] Lienau, C. (1995): Die Siedlungen Des Ländlichen Raumes. – Braunschweig., 1995.*

Hepp, U.; N. Stulz. "„Home Treatment“ Für Menschen Mit Akuten Psychischen Erkrankungen." *Nervenarzt* (2017). <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-017-0355-6>.

Herzog, Thomas, B. Kähler, Jan Fehrensens, Gabor Pajdics, Andreas Brooks, Jacqueline Höppner-Buchmann, and Katarina Stengler. "Stäb - Besonders Geeignet Für Die Gerontopsychiatrie?", *DNP - Der Neurologe & Psychiater* 22, no. 6 (2021/12/01 2021): 44-52. <https://dx.doi.org/10.1007/s15202-021-4767-6>.

Hirschek, D. "„Umsetzung Der Stationsäquivalenten Behandlung Im Ländlichen Raum, Pilotstudie Zur Implementierung Einer Neuen Versorgungsform In Der Psychiatrie.“." Unveröffentlichte Dissertation, Tübingen.

Institut, Robert-Koch. "Robert-Koch Institut 2010 Faktenblätter "Gesundheit in Deutschland Aktuell 2010." 2010. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3237>.

Institut, Robert Koch. "Gesundheit in Deutschland Aktuell 2010; Chronische Erkrankungen: Depression." RKI 2010.

Jaeger, S., E. Flammer, and T. Steinert. "[Psychiatric Basic Documentation in Practice: How Reliable Is the Data?]." *Psychiatrische Praxis* 38, no. 5 (Jul 2011): 244-9. Basisdokumentation in der klinischen Praxis: Wie zuverlässig sind BADO-Daten? <https://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1266084>.

Jahn, Ina, Carla Meixensberger, Thomas Herzog, and Katarina Stengler. "Stationsäquivalente Psychiatrische Behandlung Für Patienten Mit Schweren Zwangserkrankungen in Zeiten Von Covid-19 – Ein Fallbericht." *Psychiatrische Praxis* 49, no. 02 (2021/11/26 2021): 107-10. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1630-4373>.

Janssen, M. F., A. S. Pickard, D. Golicki, C. Gudex, M. Niewada, L. Scalone, P. Swinburn, and J. Busschbach. "Measurement Properties of the Eq-5d-5l Compared to the Eq-5d-3l across Eight Patient Groups: A Multi-Country Study." *Qual Life Res* 22, no. 7 (Sep 2013): 1717-27. <https://dx.doi.org/10.1007/s11136-012-0322-4>.

Joy, C. B., C. E. Adams, and K. Rice. "Crisis Intervention for People with Severe Mental Illnesses." *Cochrane Database Syst Rev*, no. 4 (Oct 18 2006): Cd001087. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub3>.

Klocke, Luisa, Peter Brieger, Susanne Menzel, Eva Ketisch, and Johannes Hamann. "Stationsäquivalente Behandlung: Ein Überblick Zum Status Quo." *Der Nervenarzt* 93, no. 5 (2022/05/01 2022): 520-28. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-022-01272-8>.

Knorr, R., J. Huter, V. Dittmeyer, and E. Hinderer. "[Two Years of Ward-Equivalent in-Patient Treatment (Staeb) in Retrospect]." *Fortschr Neurol Psychiatr* 89, no. 1-02 (Jan 2021): 12-22. Zwei Jahre stationsäquivalente Behandlung: Ein Werkstattbericht. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1183-4140>.

Krankenhausgesellschaft, Deutsche, Umsetzungshinweise
Der Deutschen Krankenhausgesellschaft
Zur Vereinbarung
Der Stationsäquivalenten Psychiatrischen Behandlung Nach § 115d Absatz 2
Sgb V, sowie Ergänzende Informationen. 2017.

Kuehner, Christine, Katharina Schultz, Peter Gass, Andreas Meyer-Lindenberg, and Harald Dreßing. "Mental Health Status in the Community During the Covid-19-Pandemic." *Psychiatrische Praxis* 47, no. 7 (2020): 361-69. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1222-9067>.

Kwok, Sylvia, Minmin Gu, and Katrina Kit. "Positive Psychology Intervention to Alleviate Child Depression and Increase Life Satisfaction: A Randomized Clinical Trial." *Research on Social Work Practice* 26 (02/21 2016). <https://dx.doi.org/10.1177/1049731516629799>.

Lambert, Martin, Anne Karow, Jürgen Gallinat, and Arno Deister. "Evidenzbasierte Implementierung Von Stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland." *Psychiatrische Praxis* 44 (03/13 2017): 62-64. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0043-100494>.

Landwirtschaft, Bundesministerium für Ernährung und. *Ländliche Regionen Ausgewählte Zahlen Und Daten*. 2015.

Längle, G., M. Holzke, M. Gottlob und Svenja Raschmann. *Psychisch Kranke Zu Hause Versorgen: Handbuch Zur Stationsäquivalenten Behandlung*. Stuttgart, Kohlhammer W., GmbH. 2022, vol. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage, 2022.

Längle, Gerhard. "Stab Und Die Vision Der Patientenzentrierten Versorgung." *Psychiatrische Praxis* 49, no. 06 (2022/09/05 2022): 290-92. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1855-8109>.

Längle, Gerhard, Svenja Raschmann, Anna Heinsch, Tamara Großmann, Lasse Fischer, Jürgen Timm, Andreas Bechdorf, Sebastian von Peter, Stefan Weinmann, Konstantinos Nikolaidis, Peter Brieger, Johannes Hamann, Tamara Waldmann, Julian Schwarz, Sandeep Rout, Uwe Herwig, Janina Richter, Constance Hirschmeier, Johanna Baumgardt, and Martin Holzke. "Stößt Die Behandlung Zu Hause Auf Größere Zufriedenheit? Ergebnisse Zur Zufriedenheit Der an Der Behandlung Beteiligten Personengruppen Im Rahmen Der Multizentrischen Aktiv-Studie." *Psychiatrische Praxis* (11/21 2023). <https://dx.doi.org/10.1055/a-2179-6983>.

Längle, Gerhard, Svenja Raschmann, and Martin Holzke. "Stationsäquivalente Behandlung." *Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen* 39, no. 11 (2020/11/06 2020): 704-12. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1199-7577>.

Längle, Götz E.; D. Hirscheke; M. Gottlob; S. Raschmann; F. Schwärzler; G. " „Zufriedenheitsbefragung Von an Der Stationsäquivalenten Behandlung Beteiligten Personen“ " Paper presented at the DGPPN Kongress, Berlin, 2019.

Leidl, R., and P. Reitmeir. "An Experience-Based Value Set for the Eq-5d-5l in Germany." *Value Health* 20, no. 8 (Sep 2017): 1150-56. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2017.04.019>.

Ludwig1, 2 • J.-Matthias Graf von der Schulenburg2 • Wolfgang Greiner1. "German Value Set for the Eq-5d-5l." (2018). <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1007/s40273-018-0615-8>.

M., Längle G. ; Holzke M. ; Gottlob. *Psychisch Kranke Zu Hause Versorgen- Handbuch Zur Stationsäquivalenten Behandlung*: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2019.

Malakhoff, Lawrence, and Matt Jans. "Towards Usage of Avatar Interviewers in

Web Surveys." *Survey Practice* 4 (06/01 2011): 1-13.
<https://dx.doi.org/10.29115/SP-2011-0015>.

Marshall, M., and A. Lockwood. "Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Disorders." *Cochrane Database Syst Rev*, no. 2 (2000): Cd001089. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.Cd001089>.

Mayring, P. . . *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen Und Techniken, 11. Aufl. Beltz, Weinheim.*, (2010).

McGarry, P. "Progress in Home-Based Treatment." *Ir J Psychol Med* 36, no. 1 (Mar 2019): 3-5. <https://dx.doi.org/10.1017/ipm.2018.46>.

Mojtabai, R., E. A. Stuart, I. Hwang, W. W. Eaton, N. Sampson, and R. C. Kessler. "Long-Term Effects of Mental Disorders on Marital Outcomes in the National Comorbidity Survey Ten-Year Follow-Up." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52, no. 10 (Oct 2017): 1217-26. <https://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1373-1>.

Morales, D. A., C. L. Barksdale, and A. C. Beckel-Mitchener. "A Call to Action to Address Rural Mental Health Disparities." *J Clin Transl Sci* 4, no. 5 (May 4 2020): 463-67. <https://dx.doi.org/10.1017/cts.2020.42>.

Morosini, P. L., L. Magliano, L. Brambilla, S. Ugolini, and R. Pioli. "Development, Reliability and Acceptability of a New Version of the Dsm-iv Social and Occupational Functioning Assessment Scale (Sofas) to Assess Routine Social Functioning." *Acta Psychiatr Scand* 101, no. 4 (Apr 2000): 323-9.

Mötteli, S., M. Jäger, U. Hepp, L. Wyder, S. Vetter, E. Seifritz, and N. Stulz. "Home Treatment for Acute Mental Healthcare: Who Benefits Most?", *Community Ment Health J* 57, no. 5 (Jul 2021): 828-35.
<https://dx.doi.org/10.1007/s10597-020-00618-3>.

Munz, I., M. Ott, H. Jahn, A. Rauscher, M. Jäger, R. Kilian, and K. Fräsch. "[Comparison of "Home Treatment" with Traditional Inpatient Treatment in a Mental Hospital in Rural Southern Germany]." *Psychiatrische Praxis* 38, no. 3 (Apr 2011): 123-8. Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung ("Home Treatment").
<https://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1248591>.

Murphy, S., C. B. Irving, C. E. Adams, and R. Driver. "Crisis Intervention for People with Severe Mental Illnesses." *Cochrane Database Syst Rev* 5, no. 5 (May 16 2012): Cd001087.
<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub4>.

Nielsen, Gary King; Richard. "Why Propensity Scores Should Not Be Used for Matching." *Political Analysis* (2019). Cambridge University Press.

<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1017/pan.2019.11>.

Nikolaidis, Konstantinos, Stefan Weinmann, Sebastian von Peter, Gerhard Längle, Peter Brieger, Jürgen Timm, Tamara Waldmann, Lasse Fischer, Svenja Raschmann, Julian Schwarz, Martin Holzke, Sandeep Rout, Constance Hirschmeier, Johannes Hamann, Uwe Herwig, Janina Richter, Johanna Baumgardt, and Andreas Bechdorf. "Stäb Oder Station? – Erste Ergebnisse Zur Studienpopulation Und Zur Behandlung Im Rahmen Der Multizentrischen Aktiv-Studie Zur Stationsäquivalenten Behandlung." *Psychiatrische Praxis* (09/08 2023). <https://dx.doi.org/10.1055/a-2138-8920>.

Pantenburg, Birte, Hans-Helmut König, and Steffi Riedel-Heller. "Arbeitszufriedenheit Junger Ärztinnen Und Ärzte In Der Psychiatrischen Und Psychosomatischen Versorgung – Ergebnisse Eines Sächsischen Ärztesurveys." *Psychiatrische Praxis* 43 (11/10 2015). <https://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1552765>.

Pedriani, L., M. Lanfredi, C. Ferrari, S. Andreose, P. Basso, R. Beneduce, R. Pioli, L. Rilloso, G. Rossi, R. Rossi, and G. B. Tura. "Development and Validation of the Health of the Nation Outcome Scales-Residential Facility (Honos-Rf)." *Psychiatr Q* 89, no. 2 (Jun 2018): 461-73. <https://dx.doi.org/10.1007/s11126-017-9548-1>.

Pressemitteliung. „Pfalzkrankenhaus Startet in Neue Ära Der Behandlung Seelisch Kranker Menschen“ 2020.

Probst, J. C., S. B. Laditka, C. G. Moore, N. Harun, M. P. Powell, and E. G. Baxley. "Rural-Urban Differences in Depression Prevalence: Implications for Family Medicine." *Fam Med* 38, no. 9 (Oct 2006): 653-60.

Raschmann, S., E. Götz, D. Hirscheck, and G. Längle. "[let -What's the Evaluation of Patients within This New Form of Treatment?]." *Psychiatrische Praxis* 49, no. 1 (Jan 2022): 46-50. StäB – Wie bewerten Patientinnen und Patienten die neue Behandlungsform? <https://dx.doi.org/10.1055/a-1393-1163>.

Regier, D. A., M. E. Farmer, D. S. Rae, B. Z. Locke, S. J. Keith, L. L. Judd, and F. K. Goodwin. "Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (Eca) Study." *Jama* 264, no. 19 (Nov 21 1990): 2511-8.

Reutlingen, Zentrum für Gemeindepsychiatrie Sozialpsychiatrischer Dienst. "Websiteinformationen." Abgerufen 03/2024. <https://www.pprt.de/kooperation/zentrum-fuer-gemeindepsychiatrie>.

Richter, G. *Toolbox Version 1.2 - Instrumente Zur Erfassung Psychischer Belastungen*. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt Für Arbeitsschutz Und Arbeitsmedizin 2010., 2010.

Röhr, S., F. Müller, F. Jung, C. Apfelbacher, A. Seidler, and S. G. Riedel-Heller. "[Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review]." *Psychiatrische Praxis* 47, no. 4 (May 2020): 179-89. Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1159-5562>.

Röhrig, B., J. B. du Prel, D. Wachtlin, R. Kwiecien, and M. Blettner. "Sample Size Calculation in Clinical Trials: Part 13 of a Series on Evaluation of Scientific Publications." *Dtsch Arztebl Int* 107, no. 31-32 (Aug 2010): 552-6. <https://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2010.0552>.

Roick C, Kilian R, Matschinger H, u.a. "Die Deutsche Version Des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Ein Instrument Zur Erfassung Psychiatrischer Versorgungskosten.", *Psychiat Prax* 2001; 28, Sonder-heft 2: 84-90. (2001).

Ruud, T., K. H. Holgersen, N. Hasselberg, and J. Siqveland. "Accessibility and Interventions of Crisis Resolution Teams: A Multicenter Study of Team Practices and Team Differences in Norway." *BMC Psychiatry* 22, no. 1 (May 21 2022): 350. <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-022-03992-2>.

Schaub, D., and G. Juckel. "Psp-Skala – Deutsche Version Der Personal and Social Performance Scale." *Der Nervenarzt* 82, no. 9 (2011/09/01 2011): 1178-84. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-010-3204-4>.

Schwarz, J., A. Bechdorf, C. Hirschmeier, S. Hochwarter, V. Holthoff-Detto, F. Mühlensiepen, C. Richter, S. Rout, S. Weinmann, M. Heinze, and S. von Peter. "[“I Indeed Consider It to Be a Temporary Solution” - a Qualitative Analysis of the Conditions and Obstacles to Implementation of Psychiatric Home-Treatment in Berlin and Brandenburg]." *Psychiatrische Praxis* 48, no. 4 (May 2021): 193-200. „Ich sehe es tatsächlich als Zwischenschritt“ – eine qualitative Analyse der Implementierungsbedingungen und -hürden von Stationsäquivalenter Behandlung in Berlin und Brandenburg. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1274-3662>.

Schwarz, Julian, Yuriy Ignatyev, Fabian Baum, Anne Neumann, Bettina Soltmann, Andrea Pfennig, Jürgen Timm, Martin Heinze, and Sebastian von Peter. "Settingübergreifende Behandlung in Der Psychiatrie: Umsetzung Spezifischer Versorgungsmerkmale an Kliniken Der Modell- Und Regelversorgung (Psychcare-Studie)." *Der Nervenarzt* 93, no. 5 (2022/05/01 2022): 476-82. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-021-01238-2>.

Solmi, Marco, Joaquim Radua, Miriam Olivola, Enrico Croce, Livia Soardo, Gonzalo Salazar de Pablo, Jae Il Shin, James B. Kirkbride, Peter Jones, Jae Han Kim, Jong Yeob Kim, André F. Carvalho, Mary V. Seeman, Christoph U. Correll, and Paolo Fusar-Poli. "Age at Onset of Mental Disorders Worldwide: Large-Scale Meta-Analysis Of 192 Epidemiological Studies." *Molecular*

Psychiatry 27, no. 1 (2022/01/01 2022): 281-95.
<https://dx.doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.

Spannhorst, S., S. Weller, and C. Thomas. "Stationsäquivalente Behandlung." *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53, no. 8 (2020/12/01 2020): 713-20.
<https://dx.doi.org/10.1007/s00391-020-01823-1>.

Spiessl, H. "[Quo Vadis Bado?]." *Psychiatrische Praxis* 36, no. 7 (Oct 2009): 305-7. Quo vadis BADO? <https://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1220454>.

Stein, Leonard I., and Mary Ann Test. "Alternative to Mental Hospital Treatment: I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation." *Archives of General Psychiatry* 37, no. 4 (1980): 392-97. Accessed 7/13/2023.
<https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>.

Stellungnahme, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband. *Home Treatment –Gemeinsam Handeln*. 2018.

Stengler, Katarina; Riedel-Heller, Steffi G.; Gühne, Uta; Becker, Thomas. "Gemeindepsychiatrische Versorgung." *PSYCH up2date* 2015; 9: 113–128 (2015). <https://dx.doi.org/DOI: 10.1055/s-0041-100094>.

Stüker, Tirelis, Raschmann, Längle. "Aktiv-Studie – Aussagekraft Der Stichprobe Für Die Studienzentren Zwiefalten Und Reutlingen." Paper presented at the DGPPN Kongress, Berlin, 2021.

Stulz, N., L. Wyder, M. Grosse Holtforth, and U. Hepp. "Is Home Treatment for Everyone? Characteristics of Patients Receiving Intensive Mental Health Care at Home." *Community Ment Health J* (Mar 18 2021).
<https://dx.doi.org/10.1007/s10597-021-00814-9>.

Stulz, N., L. Wyder, L. Maeck, M. Hilpert, H. Lerzer, E. Zander, W. Kawohl, M. Grosse Holtforth, U. Schnyder, and U. Hepp. "Home Treatment for Acute Mental Healthcare: Randomised Controlled Trial." *Br J Psychiatry* 216, no. 6 (Jun 2020): 323-30. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.2019.31>.

Tirelis, Stüker, Raschmann und Längle. "Stationsäquivalente Behandlung- Pilotauswertung Der Behandlungszufriedenheit Im Rahmen Der an Der Aktiv-Studie Beteiligten Studienzentren Reutlingen Und Zwiefalten." Paper presented at the DGPPN Kongress Berlin, 2021.

Weinmann, Stefan, Konstantinos Nikolaidis, Gerhard Längle, Sebastian von Peter, Peter Brieger, Jürgen Timm, Lasse Fischer, Svenja Raschmann, Martin Holzke, Julian Schwarz, Luisa Klocke, Sandeep Rout, Constanze Hirschmeier, Uwe Herwig, Janina Richter, Reinhold Kilian, Johanna Baumgardt, Johannes Hamann, and Andreas Bechdorf. "Premature Termination, Satisfaction with Care, and Shared Decision Making During Home Treatment Compared to Inpatient Treatment - a Quasi-Experimental Trial." *European Psychiatry* (2023):

1-28. <https://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2443>.

Wheeler, C., B. Lloyd-Evans, A. Churchard, C. Fitzgerald, K. Fullarton, L. Mosse, B. Paterson, C. G. Zugaro, and S. Johnson. "Implementation of the Crisis Resolution Team Model in Adult Mental Health Settings: A Systematic Review." *BMC Psychiatry* 15 (Apr 8 2015): 74. <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>.

Widmann, F., G. Bachhuber, A. Riedelsheimer, A. Schiele, S. Ullrich, R. Kilian, T. Becker, and K. Frasch. "[Home Treatment]." *Fortschr Neurol Psychiatr* 84, no. 1 (Jan 2016): 42-8; quiz 49. Home Treatment. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0041-110887>.

Wille, Nora, Xavier Badia, Gouke Bonsel, Kristina Burström, Gulia Cavrini, Nancy Devlin, Ann-Charlotte Egmar, Wolfgang Greiner, Narcis Gusi, Michael Herdman, Jennifer Jelsma, Paul Kind, Luciana Scalone, and Ulrike Ravens-Sieberer. "Development of the Eq-5d-Y: A Child-Friendly Version of the Eq-5d." *Quality of Life Research* 19, no. 6 (2010/08/01 2010): 875-86. <https://dx.doi.org/10.1007/s11136-010-9648-y>.

Winkler, Johanna G., Dario Jalilzadeh Masah, James Kenneth Moran, Joachim Bretz, Ioannis Tsagkas, Thomas Goldschmidt, and Meryam Schouler-Ocak. "Psychische Belastung Während Der Covid-19-Pandemie: Konsequenzen Für Psychiatrisch Erkrankte Und Therapeutische Implikationen." *Der Nervenarzt* 92, no. 3 (2021/03/01 2021): 243-51. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-020-01056-y>.

Wirth, Greta. *Die Urbanisierung Und Die Entstehung Psychischer Erkrankungen. Warum Gefährdet Das Leben in Der Stadt Die Mentale Gesundheit?*, 2020.

Xie, Chao, Shitong Xiang, Chun Shen, Xuerui Peng, Jujiao Kang, Yuzhu Li, Wei Cheng, Shiqi He, Marina Bobou, M. John Broulidakis, Betteke Maria van Noort, Zuo Zhang, Lauren Robinson, Nilakshi Vaidya, Jeanne Winterer, Yuning Zhang, Sinead King, Tobias Banaschewski, Gareth J. Barker, Arun L. W. Bokde, Uli Bromberg, Christian Büchel, Herta Flor, Antoine Grigis, Hugh Garavan, Penny Gowland, Andreas Heinz, Bernd Ittermann, Hervé Lemaître, Jean-Luc Martinot, Marie-Laure Paillère Martinot, Frauke Nees, Dimitri Papadopoulos Orfanos, Tomáš Paus, Luise Poustka, Juliane H. Fröhner, Ulrike Schmidt, Julia Sinclair, Michael N. Smolka, Argyris Stringaris, Henrik Walter, Robert Whelan, Sylvane Desrivières, Barbara J. Sahakian, Trevor W. Robbins, Gunter Schumann, Tianye Jia, Jianfeng Feng, Betteke Maria van Noort, Imagen Consortium, Stratify Estra Consortium, and Z. I. B. Consortium. "A Shared Neural Basis Underlying Psychiatric Comorbidity." *Nature Medicine* 29, no. 5 (2023/05/01 2023): 1232-42. <https://dx.doi.org/10.1038/s41591-023-02317-4>.

Zisook, S., I. Lesser, J. W. Stewart, S. R. Wisniewski, G. K. Balasubramani, M. Fava, W. S. Gilmer, T. R. Dresselhaus, M. E. Thase, A. A. Nierenberg, M. H.

Trivedi, and A. J. Rush. "Effect of Age at Onset on the Course of Major Depressive Disorder." *Am J Psychiatry* 164, no. 10 (Oct 2007): 1539-46. <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06101757>.

8 Anhang

8.1 Ethikantrag positives Votum

Prof. Sebastian von Peter
Immanuel Klinikum Rüdersdorf
Seebad 82/83
15562 Rüdersdorf

Vorsitzender der Ethikkommission der MHB
Prof. Dr. Dr. Kurt J.G. Schmailzl

Neuruppin, am 23.10.2020

Beratung der Studie: Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB nach §115d SGB V) Aktiv

Aktenzeichen: E-02-20200715

Sehr geehrter Herr Prof. von Peter,

die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) Theodor Fontane hat in der Sitzung 08.10.2020 über Ihren Antrag zur o.g. Studie beraten.

Auf Grundlage der zur Beratung vorgelegten Unterlagen sowie der am 22.10.2020 nachgereichten Dokumente bestehen nach gegenwärtigem Stand keine Bedenken gegen die Durchführung Ihres Projekts. Damit wird die Bewertung durch die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule (MHB) Theodor Fontane mit einer zustimmenden Stellungnahme abgeschlossen.

Diese Bewertung betrifft nur die berufsethische und -rechtliche Beurteilung, während die ärztliche und juristische Verantwortung uneingeschränkt beim Projektleiter und dessen Mitarbeitern/innen verbleibt.

Hinweis: Bitte versehen Sie die Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen wieder mit Versionsnummern.

Allgemeine Hinweise:

Bitte teilen Sie uns jede Änderung des Projektkonzepts mit, damit geklärt wird, ob die derzeitige Beurteilung noch Bestand hat.

Über alle schwerwiegenden und unerwarteten unerwünschten Ereignisse (SAEs) muss die EK unterrichtet werden.

Die EK geht davon aus, dass alle nichtärztlichen Mitarbeiter/innen auf Verschwiegenheit verpflichtet werden.

Wir gehen davon aus, dass alle studienbedingten Mehrkosten nicht den Krankenkassen in Rechnung gestellt und bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern keine dienstlichen oder anderen Abhängigkeitsverhältnisse ausgenutzt werden.

Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur kursorisch geprüft.

Wir empfehlen die Registrierung klinischer Studien in einer öffentlich zugänglichen Datenbank. Die Registrierung sollte vor Einschluss des ersten Studienteilnehmers erfolgen.

Wir bitten um die Anzeige des Studienendes sowie um die Übersendung des Abschlussberichts respektive der entsprechenden Publikation.

Für die Durchführung Ihres Projekts wünschen wir Ihnen viel Erfolg!

Freundliche Grüße:



Prof. Dr. Dr. Kurt J.G. Schmailzl

Vorsitzender

Zur Begutachtung vorliegende Unterlagen:

Einwilligungserklärung

Informationen_zur_Studienteilnahme_Nutzer*innen

Informationen_zur_Studienteilnahme_Angehörige

Informationen_zur_Studienteilnahme_Personal und Experten

Informationen_zur_Studienteilnahme_Experten

Übersicht Erhebungsinstrumente AktiV

Datenschutzkonzept

Zusätzliche Unterlagen zum Ethikantrag (Lebenslauf Studienleiter, Zustimmung Klinikdirektor, Antrag auf Kostenbefreiung)

Anschreiben vom 16.10.2020

Ethikantrag 16.10.2020

Datenschutzkonzept Version 05 vom 12.10.2020

Datenschutzrechtliche Stellungnahme Neuruppin, den 30.09.2020

Zeitplan

Informationen zur Studienteilnahme Nutzer*innen

Informationen zur Studienteilnahme Angehörige

Informationen zur Studienteilnahme Personal

Informationen zur Studienteilnahme Experten

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

Einwilligung Kontaktaufnahme mit nahen Angehörigen/Wohnbetreuer*innen

Inhaltliche Übersicht Erhebungsinstrumente: Patient*innen (Modul A/Modul C/Modul D)

Inhaltliche Übersicht Erhebungsinstrumente: Angehörige (Modul A/Modul C)

Inhaltliche Übersicht Erhebungsinstrumente: Personal (Modul C)

Inhaltliche Übersicht Erhebungsinstrumente: Modul B

8.2 Screeningbögen Interventionsgruppe

Gefördert durch:



Screeningbogen Einschlusskriterien

Stationsnummer:		
Ordnungsnummer im Studienzentrum:		
Verlegung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Falls „Ja“</i>		
➔ Anzahl der vor der Verlegung stationär verbrachten Tagen:		

Interventionsgruppe

Prüfung der Einschluss- und Ausschlusskriterien

Art der Prüfung	Einschlusskriterien	Ja	Nein
	Der/die Patient/in ist einwilligungsfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fester Wohnsitz im Versorgungsbereich der jeweiligen Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hauptdiagnose F0X, F1X, F2X, F3X, F4X, F5X oder F6X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausreichende Sprachkenntnisse für Befragung auf Deutsch vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausschlusskriterien	Ja	Nein
	Unterbringungsbeschluss nach den jeweiligen Landesgesetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schweren organischen Hirnerkrankungen mit kognitiven Defiziten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intelligenzminderung (F7X Haupt- oder Nebendiagnose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akute Eigen- oder Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilnahme an einer Interventionsstudie beim Einschluss und/oder während des Index-Aufenthaltes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In Behandlung seit mehr als 7 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind alle Kriterien für den Einschluss in die Studie erfüllt?			
<input type="checkbox"/> Ja ➔ <i>bitte nachfolgende Punkte ausfüllen!</i>		<input type="checkbox"/> Nein ➔ <i>Screening beendet!</i>	
	Patient*in lehnt Teilnahme an der Studie ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Falls</i> Ablehnung der Studienteilnahme, geben Sie bitte den Grund an:		
	Hauptdiagnose:		
	Anzahl stationärer Voraufenthalte in der Studienklinik (im Zeitraum 2 Jahre vor Aufnahme datum):		
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
		<input type="checkbox"/> divers	
	Altersgruppe:	<input type="checkbox"/> bis 19	<input type="checkbox"/> 20-29
		<input type="checkbox"/> 30-39	<input type="checkbox"/> 40-49
		<input type="checkbox"/> 50-59	<input type="checkbox"/> 60-69
		<input type="checkbox"/> ≥70	

8.3 Patienteninformation zur Studie



Informationen und Aufklärung zur Studie

„Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung: Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StÄB nach §115d SGB V) – eine Proof-of-Concept-Studie“ (AKTIV)

Finanzielle Förderung: Förderrichtlinie „Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur themenoffenen Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Abs. 2 Satz 1 SGB V: Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 19. Oktober 2018

Förderkennzeichen: 01V5F19048 / **Antrags-ID:** VSF2_2019-108

Studienleitung

Dr. Johanna Baumgardt & Prof. Dr. Andreas Bechdolf

Vivantes Klinikum Am Urban
Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
mit Vivantes Klinikum Am Urban und Vivantes Klinikum im
Friedrichshain - Akademische Lehrkrankenhäuser Charité-
Universitätsmedizin Berlin
Dieffenbachstr. 1
10967 Berlin
Tel: 030-1302260-47 / - 01
E-Mail: johanna.baumgardt@vivantes.de
andreas.bechdolf@vivantes.de

Prof. Dr. Sebastian von Peter

Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH
Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Immanuel Klinik
Seebad 82/83
15562 Rüdersdorf bei Berlin
Tel: 03363-893501
E-Mail: sebastian.vonPeter@mhb-fontana.de

Beteiligte Institutionen:

- Immanuel Klinik Rüdersdorf, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Hochschulklinik der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontana, Seebad 82/83, 15562 Rüdersdorf bei Berlin
- Vivantes Klinikum Am Urban, Akademisches Lehrkrankenhaus Charité – Universitätsmedizin Berlin, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin
- Vivantes Klinikum Neukölln Akademisches Lehrkrankenhaus Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Rudower Straße 48, 12351 Berlin Neukölln
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
- Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwielfalten, Hauptstraße 9, 88529 Zwielfalten
- bar-Amper-Klinikum München-Ost, Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München, Vogelsteinstraße 72, 85540 Haar bei München
- Gemeinnützige GmbH für Psychiatrie Reutlingen (PP.r1), akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen, Wörthstr. 52/1, 72764 Reutlingen
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm (Weissenau) am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Weingartshofstr. 2, 88214 Ravensburg – Weissenau
- Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Klinik für Sozialpsychiatrie, akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Konstanz, Fauststeinstraße 55, 78479 Reichenau
- Universitätsklinikum Tübingen und Medizinische Fakultät der Universität Tübingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung Allg. Psychiatrie und Psychotherapie, Calwerstr. 34, 72076 Tübingen
- Auswertung der Daten: Universität Bremen, Kompetenzzentrum für klinische Studien Bremen, Abt. Biometrie, Linzer Straße 4, 28359 Bremen

Kontaktdaten Studienmitarbeiter*in an ihrem Studienzentrum:

Name Studienzentrum (Adresse siehe oben): Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten

Nachname, Vorname Studienmitarbeiter*in: Lena Tirelis

Telefonnummer Studienmitarbeiter*in:

E-Mail-Adresse Studienmitarbeiter*in: lena.tirelis@zfp-zentrum.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Forschung zur Bewertung von stationsäquivalenter Behandlung! Im Folgenden möchten wir Sie über die Ziele und den Ablauf der Studie informieren. Wir bitten Sie, diese Informationen sorgfältig zu lesen und anschließend sowie ggfs. nach Klärung der offenen Fragen zu entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten oder nicht. Die Studie birgt keinerlei gesundheitliche Risiken. Sämtliche Befragungen werden ausschließlich von den beteiligten, oben genannten Institutionen ausgewertet. Die hier vorgenommene Untersuchung unterliegt der Deklaration von Helsinki, welche die ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen zusammenfasst (letzte Version von 2013/Fortaleza).

ZIEL DER STUDIE

Die AKTIV-Studie dient der wissenschaftlichen Evaluation von psychiatrischer Zuhause-Behandlung durch ein multiprofessionelles Klinikteam (stationsäquivalente psychiatrische Behandlung - StäB nach §115d SGB-V). Diese wurde im Jahr 2018 als Alternative zur vollstationären psychiatrischen Behandlung eingeführt. Im Rahmen unserer Studie werden Patient*Innen, Angehörige und Behandler*Innen befragt. Das Ziel der Studie ist, die Wirkungen der stationsäquivalenten Behandlung im Vergleich zur regulären stationären Versorgung zu untersuchen. Im Rahmen der Studie möchten wir herausfinden, wie Betroffene ihre Behandlung erleben und wie zufrieden sie mit ihrer Behandlung sind. Zusätzlich zur klinischen Wirksamkeit untersuchen wir die stationsäquivalente Behandlung aus wirtschaftlicher Sicht. Auch die systematische Beschreibung von Prozessen der Implementierung sollen dem weiteren Erkenntnisgewinn dienen.

ABLAUF DER UNTERSUCHUNG

Die Studie besteht aus mehreren Studienteilen, deren Ablauf nachfolgend beschrieben wird. Das für Sie Zutreffende ist jeweils angekreuzt:

Quantitativer Studienteil

Im Rahmen der quantitativen Studie nehmen Sie zu vier unterschiedlichen Zeitpunkten an einer Fragebogenbefragung teil. Die erste Befragung erfolgt innerhalb von sieben Tagen nach

Aufnahme der stationären oder stationsäquivalenten Behandlung entweder in der Klinik oder bei Ihnen zu Hause. Die zweite Befragung findet zum Ende Ihrer letzten bzw. aktuellen StAB-Behandlung (= Indexbehandlung) statt. Die nachfolgenden Befragungen finden nach sechs Monaten und nach zwölf Monaten statt und werden im häuslichen Umfeld oder in der Klinik durchgeführt. Der Zeitaufwand für eine Befragung beträgt etwa eine Stunde. Mit Hilfe der Fragebögen erheben wir u.a. Informationen über Ihre soziale Situation (z.B. Familiensituation, Arbeit), Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und Ihren psychischen Gesundheitszustand. Die Angaben in den Fragebögen werden für die Studie durch Routinedaten der Klinik zum Krankheitsverlauf und den Kosten ergänzt.

□ Qualitativer Studienteil

Während der Studienteilnahme werden Sie gegebenenfalls an einem leitfadengestützten Experteninterview / einer Gruppendiskussion / einer teilnehmenden Beobachtung teilnehmen / darum gebeten, ein Forschungstagebuch für die Dauer von sechs Monaten zu führen (*Nicht zutreffendes bitte streichen*). In diesem Teil geht es insbesondere darum, die Erfahrungen mit stationsäquivalenter Behandlung, deren praktische Umsetzung in den Alltag und deren Wirksamkeit zu untersuchen. Alle Daten werden für die spätere wissenschaftliche Auswertung aufgezeichnet, transkribiert und qualitativ ausgewertet.

TEILNAHMEBEDINGUNGEN

Eine Studienteilnahme in der Interventionsgruppe ist allen Patient*innen, die mittels stationsäquivalenter Behandlung nach §115d SGB V behandelt werden, möglich. Für eine Studienteilnahme in der Kontrollgruppe werden geeignete Patient*innen angesprochen, die in den teilnehmenden Studiencentren mittels stationärer Regelbehandlung versorgt werden. Geeignet sind hierfür Patient*innen mit zeitnaher Aufnahme, ähnlicher Diagnose und nach Möglichkeit Erfüllung aller Kriterien für eine Aufnahme in eine stationsäquivalente Behandlung.

ABWÄGUNG VON NUTZEN UND RISIKO

Durch Ihre Studienteilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung auf wissenschaftlich fundierter Basis. Als Teilnehmer*in entsteht Ihnen durch diese Studie keinerlei Schaden.

DATENVERARBEITUNG UND DATENSCHUTZ

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a und Art. 9 Abs. 2 Buchst. a der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung).

Verantwortlicher für die Datenerhebung und -verarbeitung ist: Prof. Dr. Gerhard Längle, Regionaldirektor Alb-Neckar, ~~Sty~~ Geschäftsführer, ZfP Südwürttemberg, Hauptstr. 9, 88529 Zwiefalten

Für den Umgang mit Daten liegt ein Datenschutzkonzept vor, welches für uns maßgeblich und verbindlich ist. Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden ausschließlich in pseudonymisierter Form erfasst und ausgewertet, d.h. Ihr Datensatz enthält keine Angaben zu

Namen und Geburtsdatum und wird unter einer neutralen Nummer geführt. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist für die auswertenden Wissenschaftler nicht möglich. Nur Ihr behandelnder Arzt kann mit einer in der Klinik hinterlegten Liste die Nummer des Datensatzes Ihnen zuordnen. Nach Abschluss der Datenauswertung wird diese Liste vernichtet und eine Zuordnung zu Ihrer Person in keiner Weise mehr möglich sein. Auch Forschungstagebücher, Interview-Transkripte sowie Transkripte der Gruppendiskussion werden nicht personenbezogen, sondern pseudonymisiert ausgewertet. Nach Beendigung der Studie werden alle Daten (einschließlich der Fragebögen und Transkripte) nach den derzeit gültigen Vorschriften archiviert, 10 Jahre lang gespeichert und anschließend vollständig gelöscht. Die Audiodateien werden bereits nach der Transkription gelöscht. Die pseudonymisierten Daten werden von den beteiligten Wissenschaftler*innen nur zu wissenschaftlichen Zwecken der Studie ausgewertet. Auch im Falle der Veröffentlichung von Studienergebnissen bleibt die Vertraulichkeit Ihrer persönlichen Daten gewährleistet. Die ordnungsgemäße Durchführung der Studie, insbesondere die ordnungsgemäße Erhebung der Daten sowie deren Zuordnung zu bestimmten Akteursgruppen, wird von Datenschutzbeauftragten überprüft. Sie haben das Recht, Einsicht in Ihre Daten zu nehmen, die während der Studie erhoben werden. Sollten Sie dabei Fehler in Ihren Daten feststellen, so haben Sie das Recht, diese durch die/den Studienmitarbeiter*in Ihres Studienzentrums korrigieren zu lassen. Ihre Daten können auf Ihren eigenen Wunsch in Absprache mit den DS-Verantwortlichen (siehe unten) als Word- oder CSV-Dokument zur Verfügung gestellt werden. Zusätzlich haben Sie auch das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dafür ist ein entsprechender Antrag an den DS-Verantwortlichen der Klinik zu richten. Zudem haben Sie das Recht, unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs, sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Königsstraße 10, 70173 Stuttgart erfolgen. Um zu gewährleisten, dass Sie in vollem Umfang über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Studie informiert sind, nehmen Sie bitte nachstehende Informationen zur Kenntnis.

WIE ERREICHE ICH DEN DATENSCHUTZBEAUFTRAGTEN?

Studienzentrum	Datenschutzbeauftragte*r
ZfP Südwürttemberg, Zwiefalten	Andrea Sonntag, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88437 Bad Schussenried, [REDACTED]

FREIWILLIGKEIT UND RÜCKTRITT VON DER TEILNAHME

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist gänzlich freiwillig und kann von Ihnen jederzeit beendet werden. Sie kann zu beliebigem Zeitpunkt ohne Angabe näherer Gründe vollständig widerrufen werden, ohne dass Ihnen in irgendeiner Weise daraus Nachteile entstehen könnten. Es sind keinerlei Gefährdungen für Ihre Gesundheit zu erwarten. Zudem kann auch Ihre Einwilligung in

die Verwendung der Daten für die Datenverarbeitung jederzeit widerrufen werden. Die Daten werden in diesem Fall vollständig gelöscht.

ABBRUCH DER STUDIE ODER BEENDIGUNG DER TEILNAHME

Sie können zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie widerrufen, ohne dass daraus Nachteile für Sie entstehen.

AUFWANDSENTSCHÄDIGUNG

Für die Studienteilnahme erhalten Sie nach Abschluss aller Befragungen eine Aufwandsentschädigung von 50 € / +30 € (*Nicht zutreffendes bitte streichen*).

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

Wir würden uns freuen, wenn Sie an dieser Untersuchung teilnehmen und damit unsere Forschung unterstützen! Bei Bereitschaft zur Teilnahme bitten wir Sie, **vor Beginn der Untersuchung** beiliegende Einwilligungserklärung vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Falls Sie Rückfragen haben, so steht Ihnen unsere Studienmitarbeiterin unter oben angegebenen Kontaktdaten gern Verfügung.

Freundliche Grüße,

[Unterschrift Studienmitarbeiter*in Studienzentrum]

[Name Studienmitarbeiter*in Studienzentrum in Reinschrift]

8.4 Fragebogen zur Erstbefragung („Baseline 1“)

Patientenfragebogen – Baseline IG

Patientenfragebogen – Baseline

1. Identifikation				
1.1 Zentrum:	<input type="checkbox"/> Charité Mitte, Berlin	<input type="checkbox"/> ZfP Südwürttemberg Zwiefalten	<input type="checkbox"/> Isar-Amper-Klinikum München-Ost	<input type="checkbox"/> Immanuel Klinik, Rödgersdorf
	<input type="checkbox"/> Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin	<input type="checkbox"/> ZfP Reichenau	<input type="checkbox"/> Universitätsklinik Tübingen	
	<input type="checkbox"/> Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin	<input type="checkbox"/> ZfP Südwürttemberg, Weissenau	<input type="checkbox"/> PP.rt Reutlingen	
1.2 Probanden-ID:	□□□□□□□□			
1.3 Gruppe:	<input type="checkbox"/> IG-Direkt		<input type="checkbox"/> IG-aus Verlegung	
	<input type="checkbox"/> KG-Direkt		<input type="checkbox"/> KG-für Verlegung	
1.4 Falls KG-Direkt oder KG-für Verlegung ➔ ID- des Matchingfalls	□□□□□□□□			
1.5 Erhebungsdatum (dd.mm.yyyy)	□□.□□.□□□□			
2. Propensity Score Parameter				
2.1 Altersgruppe:	<input type="checkbox"/> bis 19	<input type="checkbox"/> 30-39	<input type="checkbox"/> 50-59	<input type="checkbox"/> ≥70
	<input type="checkbox"/> 20-29	<input type="checkbox"/> 40-49	<input type="checkbox"/> 60-69	
2.2 Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich	
2.3 Hauptdiagnose: (Aufnahmediagnose FXY)	□□□			
2.4 Anzahl stationärer Voraufenthalte IN DER STUDIENKLINIK (im Zeitraum 2 Jahre vor Aufnahmedatum):	□□□			
2.5 Propensity Score:	□□□□□□□□			
3. Prüfung der Einschlusskriterien			Ja	Nein
3.1 Sind alle Kriterien für den Einschluss in die Studie erfüllt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Einwilligung zur Studienteilnahme			Ja	Nein
4.1 Aufklärung mit Vordruck und mündlich erfolgt			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Schriftliche Einwilligung nach Aufklärung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Datum der Unterschrift (Einwilligung)(dd.mm.yyyy)	□□.□□.□□□□			

**5. Soziodemographische Daten, psychosozialer Hintergrund, krankheitsbezogene Daten,
Angaben zur Suizidalität und Medikamentenadhärenz -Interview-**

5.1. Welcher ist Ihr Familienstand?	<input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft (unverheiratet) <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> keine Angabe
5.2. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?	<input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule bzw. POS (8./9. Klasse) <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/ Realschule bzw. POS (10. Klasse) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur bzw. EOS <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe
5.3 Welches ist Ihre höchste Berufsausbildung?	<input type="checkbox"/> keine Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe
5.4 Was ist Ihre Muttersprache?	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe

5.5 Welches Alter hatten Sie bei Ihrer ärztlich/psychotherapeutisch diagnostizierter Ersterkrankung (Hauptdiagnose)?		<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
5.6 Waren Sie vor dieser aktuellen Behandlung zuvor schon einmal in stationärer psychiatrischer Behandlung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja:		
5.6.1 Welches Alter hatten Sie bei Ihrem ersten stationären Aufenthalt in psychiatrischen/psychosomatischen Klinik?		<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
5.6.2 Wie viele stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik hatten Sie bereits?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.6.3 Wann war Ihr letzter stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (falls möglich mm.yyyy)

-Suizidalität (Auszug aus dem PHQ 9)

5.7 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten, beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Medikamenten Adhärenz (Auszug aus dem MARS)

5.8 Nehmen Sie Medikamente?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja:		
5.9 Vergessen Sie manchmal, Ihre Medikamente zu nehmen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.10 Nehmen Sie es manchmal nicht so genau mit der Einnahme Ihrer Medikamente?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.11 Wenn Sie sich wohler fühlen, setzen Sie dann manchmal Ihre Medikamente ab?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.12 Wenn Sie sich manchmal schlechter fühlen nach Einnahme der Medikamente, setzen Sie sie dann ab?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Weitere Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung -Interview-

-Abschnitt 6. nur bei stäB-Patient*innen (IG) erforderlich

<p>6.1 Wie haben Sie von der Möglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung erfahren/ Wer hat diese empfohlen?</p>	<input type="checkbox"/> Niedergelassene*r Arzt <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Notfallsprechstunde/ Notfalltelefon der Klinik	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Bekannte/ Angehörige <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe
<p>6.2 Wer hat den Kontakt zum stäB-Team hergestellt?</p>	<input type="checkbox"/> Niedergelassene*r Arzt <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Notfallsprechstunde/ Notfalltelefon der Klinik	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Bekannte/ Angehörige <input type="checkbox"/> Selbst Kontakt aufgenommen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe
<p>6.3 Wurden Sie unmittelbar aus einer anderen Behandlungsform in die stäB verlegt?</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>6.3.1 Konnten Sie direkt/unmittelbar in die stäB aufgenommen werden?</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>6.3.2 Falls nein, wie viele Tage mussten Sie bis zur Aufnahme in stäB alternativ überbrücken (Wartezeit)?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> Tage	

CSSRI – Dieser Fragebogen wird durch den Evaluationsmitarbeiter ausgefüllt.

© Universität Ulm. CSSRI-D ist geistiges Eigentum der Universität Ulm

1 Wohnsituation

1.1 Wo wohnen Sie zur Zeit normalerweise?

[css001] ► Art und Name der Einrichtung:

[css002a] ► Art und Name der Einrichtung (bitte ankreuzen):

1 Privat / Familie

- 11 Eigentumswohnung oder eigenes Haus
- 12 Mietwohnung / Miethaus von privatem Vermieter
- 13 Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft
- 14 Wohnung der Eltern / des Lebenspartners / von Freunden
- 15 Gemeinschaftswohnung / Wohnheim ohne therapeutische Anliegen

2 Gemeinde (nicht Krankenhaus)

- 21 Übernachtungseinrichtung mit Betreuung rund um die Uhr, Heim - _____ [css002b]
- 22 Übernachtungseinrichtung mit Betreuung, weniger als 24h / Tag - _____ [css002c]
- 23 Übernachtungseinrichtung mit Betreuung weniger als täglich - _____ [css002d]
- 24 ambulantes betreutes Wohnen (in eigener Wohnung) - _____ [css002e]

Umfang: _____

3 Krankenhaus

- 31 psychiatrische Station
- 32 psychotherapeutische Station
- 33 nichtpsychiatrische /-psychotherapeutische Station
- 34 Justizvollzugskrankenhaus
- 35 Maßregelvollzug

4 Sonstige

- 41 Obdachlosenheim
- 42 Obdachlos und auf der Straße lebend
- 43 Andere: _____ [css002f]

1.2 Bei privater Wohnsituation:

► Wie viele Personen, Sie selbst mit eingerechnet, leben dort?

[css003a]

Anzahl Erwachsene: ___

[css003b]

Anzahl Kinder (< 18 Jahre): ___

1.3 Weitere Unterkünfte:

[css004] ► Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** noch irgendwo anders gelebt?

1 ja 2 nein

(außer der unter 1.1. angegebenen Unterbringung und außer im Krankenhaus)

► Wenn ja, bitte vervollständigen Sie die Tabelle:

Art der Unterbringung bzw. bei nichtprivater Wohnform Art und Name der Einrichtung	Kodierung (siehe 1.1)	Wie viele Tage wohnen Sie in den letzten 6 Monaten dort?
[css005a]	[.b.]	[.c.]
[css006a]	[.b.]	[.c.]
[css007a]	[.b.]	[.c.]
[css008a]	[.b.]	[.c.]

2 Beschäftigung und Einkommen

2.1 Gehen Sie derzeit einer Arbeit nach? (auch unentgeltlich oder geschützte Tätigkeit)
Wenn nicht, befinden Sie sich derzeit in Ausbildung, oder beziehen Sie Rente?

[css009] ► verbale Beschreibung: _____

[css010a] ► Kodierung: [Mehrfachnennungen möglich]

- 1 Selbstständig / Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Vollzeit (→ 2.2)
- 2 Selbstständig / Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt - Teilzeit: ___ % [css010b] (→ 2.2)
- 3 Geringfügige Beschäftigung (→ 2.5)
- 4 Arbeitslos / Arbeitssuchend (→ 2.3)
- 5 Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit (→ 2.4)
- 6 Altersrente / Vorruhestand
- 7 Ausbildung / Umschulung
- 8 Hausfrau / Hausmann
- 9 Freiwillig (unentgeltlich) beschäftigt (→ 2.5)
- 10 Geschützte Arbeit (→ 2.5)
- 11 Sonstiges: _____ [css010c]

2.2 Wenn derzeit ein reguläres Arbeitsverhältnis besteht: Als was arbeiten Sie derzeit hauptsächlich?

[css011] ► verbale Beschreibung: _____

[css012a] ► Kodierung:

- 1 Selbstständige (z.B. Handwerker*in, selbst. Landwirt*in, Künstler*in)
- 2 Ausführende Angestellte (z.B. Sekretär*in)
- 3 Mittlere Angestellte (z.B. Sachbearbeiter*in)
- 4 Leitende Angestellte (z.B. Abteilungsleiter*in)
- 5 Ausführende Beamte (z.B. Sekretär*in)
- 6 Mittlere Beamte (z.B. Lehrer*in)
- 7 Leitende Beamte (z.B. Abteilungsleiter*in)
- 8 Ungelernte*r Arbeiter*in
- 9 Angelehrte*r Arbeiter*in
- 10 Facharbeiter*in, Meister*in
- 11 Arbeiter*in in der Landwirtschaft
- 12 Andere: _____ [css012b]

[css013] ► Wie viele Tage mussten Sie der Arbeit in den letzten 3 Monaten wegen Krankheit fernbleiben?

Arbeitsausfalltage infolge Krankheit (ohne regulär arbeitsfreie Tage): _____

2.3 Wenn arbeitslos:

[css014a] ► Seit wann sind Sie arbeitslos? _____

[css014b] ► Wie viele Wochen waren Sie während der **letzten 3 Monate** arbeitslos?

Zahl der Wochen: _____ Wochen

2.4 Wenn erwerbsunfähig:

[css015a] ► Seit wann sind Sie erwerbsunfähig? _____

[css015b] ► Wie viele Wochen waren Sie während der **letzten 3 Monate** erwerbsunfähig?
Zahl der Wochen: _____ Wochen

2.5 Bezug von Sozial- und Versicherungsleistungen:

[css017] ► Erhalten Sie irgendwelche Unterstützung?
(außer private Unterstützungen) ₁ ja ₂ nein

[css017b] ► Höhe der monatlichen Unterstützung (gesamt): _____ €

2.6 Haupteinkommen

[css034a] ► Was ist Ihre Haupteinkommensquelle:
₁ Gehalt / Lohn
₂ Rente (Altersrente oder EU-Rente)
₃ sonstige Sozialleistungen
₄ Familiäre Unterstützung (z.B. vom Ehegatten)
₅ Andere: _____ [css034b]

[css034c] ► Wie hoch ist Ihr Haushalts-Gesamteinkommen pro Monat (Netto) ?
(inklusive aller Gehälter, Renten und Unterstützungsleistungen)

_____ €

[css034d] möchte Frage nicht beantworten

3 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen			
3.1 Stationär: Bitte führen Sie alle stationären Krankenhausaufenthalte während der letzten 6 Monate auf.			
Inanspruchnahme von Leistungen [cs0s40y]		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Stationärer Bereich Einrichtung und Kodierung	Alle stationären Krankenhausaufenthalte während der 6 letzten Monate		
	von	bis	Summe der abrechenbaren Tage
Psychiatrische oder psychotherapeutische Station oder Klinik			
[css040a] [b.]	[c.]	[d.]	[f.]
[css041a] [b.]	[c.]	[d.]	[f.]
[css042a] [b.]	[c.]	[d.]	[f.]
[css043a] [b.]	[c.]	[d.]	[f.]
Psychosomatische Station oder Klinik			
[css044a] [b.]	[c.]	[d.]	[f.]
[css0454] [b.]	[c.]	[d.]	[i.]
Rehabilitation Psychisch Erkrankter (RPK)			
[css046a] [b.]	[c.]	[d.]	[i.]
Somatische und sonstige Stationen und Kliniken (bitte Station ebenfalls angeben)			
[css047a] [b.]	[c.]	[d.]	[i.]
[css048a] [b.]	[c.]	[d.]	[i.]
[css049a] [b.]	[c.]	[d.]	[i.]
3.2 Teilstationär: Bitte führen Sie alle tagesklinischen Krankenhausaufenthalte während der letzten 6 Monate auf.			
Inanspruchnahme von Leistungen [css050y]		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Teilstationärer Bereich Einrichtung und Kodierung	Alle teilstationären Klinikaufenthalte während der letzten 6 Monate		
	von	bis	Summe der abrechenbaren Tage
Psychiatrische und psychosomatische Tageskliniken [css051a] [b.]	[c.]	[d.]	[i.]
Psychosomatische Tageskliniken [css052a] [b.]	[c.]	[d.]	[i.]
Somatische Tageskliniken [css053a] [b.]	[c.]	[d.]	[i.]
Weitere Einrichtungen [css054a] [b.]	[c.]	[d.]	[i.]

3.5 Sonstige ambulante Kontakte

Bitte führen Sie alle, während der **letzten 3 Monate** genutzten, komplementären Versorgungsleistungen auf.

Inanspruchnahme von Leistungen <small>[css075y]</small>		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
	Einrichtung Name und Kodierung	Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten	Durchschnittliche Dauer der Kontakte in Minuten
Sozialpsychiatrischer Dienst <small>[css076a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Tageszentren / -stätten (inkl. angegliederte Ergotherapie) <small>[css077a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Ergotherapie <small>[css078a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Krisendienst <small>[css079a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Onlineberatung <small>[css080a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Selbsthilfegruppen <small>[css081a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Gemeindefachkraft <small>[css082a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Hauswirtschaftshilfe <small>[css083a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Mitarbeiter einer Sozialstation <small>[css084a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Pflegedienst <small>[css085a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Psychiatrische Tagespflege <small>[css086a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Ehrenamtlicher Betreuer (Angehöriger,...) <small>[css087a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Berufsbetreuer <small>[css088a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Schuldnerberatungsstelle <small>[css089a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Ernährungsberatung <small>[css090a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Heilpraktiker <small>[css091a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Ambulante Suchthilfe <small>[css092a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Telefonseelsorge <small>[css093a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Berufliche Rehabilitation <small>[css094a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Bitte angeben, um was für ein Angebot es sich handelt:			
Weitere Einrichtungen <small>[css095a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Weitere Einrichtungen <small>[css096a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]
Weitere Einrichtungen <small>[css097a]</small> [.b.]		[.c.]	[.d.]

3.6 Kontakt mit Polizei oder Justiz

- [css100a] ► Waren Sie während den letzten 3 Monaten in Kontakt mit Polizei oder Justiz? ₁ ja
₂ nein
₃ nicht bekannt

Wenn ja,

- [css100b] ► Wie viele Kontakte mit der Polizei fanden statt?
Beachten Sie: Kontakt = Befragung oder Aufenthalt für einige Stunden, aber nicht über Nacht.
- [css100c] ► Wie viele Nächte wurden in Polizeigewahrsam / Gefängnis verbracht?
- [css100d] ► Wie viele psychiatrische Begutachtungen erfolgten während der Inhaftierung?
- [css100e] ► Wie viele strafrechtliche Gerichtsvorladungen erfolgten?
- [css100f] ► Wie viele zivilrechtliche Gerichtsvorladungen erfolgten?


3.3 Stationsäquivalente Behandlung (StäB) Bitte führen Sie alle Leistungen der stationsäquivalenten Versorgung während der letzten 6 Monate auf			
Inanspruchnahme von Leistungen in den letzten 6 Monaten [css055y]		<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nein
Stationsäquivalente Behandlung	Alle StäB-Leistungen während der letzten 6 Monate		
	von	bis	Summe der abrechenbaren Tage
[css056a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css057a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css058a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
[css059a] [.b.]	[.c.]	[.d.]	[.i.]
3.4 Ambulante medizinische Kontakte Bitte führen Sie alle, während der letzten 3 Monate genutzten, ambulanten medizinischen Versorgungsangebote auf.			
Inanspruchnahme von Leistungen [css066y]		<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nein
Ambulanter Bereich	Einrichtung Name und Kodierung	Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten	Durchschnittliche Dauer der Kontakte in Minuten
niedergelassene Psychiater [css067a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Psychologischer Psychotherapeut [css068a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Psychiatrische Institutsambulanz (Psychiater / Psychotherapeut) [css069a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Psychotherapeutische Ambulanzen [css070a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Hausarzt [css071a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Sonstige Ärzte [css072a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Weitere Einrichtungen [css073a] [.b.]		[.c.]	[.d.]
Weitere Einrichtungen [css074a] [.b.]		[.c.]	[.d.]

4. Medikation4.1 Bitte führen Sie alle, im **letzten Monat** genommenen, ärztlich verordneten Medikamente auf.

Einnahme von Medikamenten <small>[css101y]</small>			
		<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Nr.	Handelsname	tgl. Dosis (in mg, ml usw.) [gesamt pro Tag]	Wie viele Tage im letzten Monat eingenommen
1	<small>[css101a]</small>	[.e.]	[.i.]
2	<small>[css102a]</small>	[.e.]	[.i.]
3	<small>[css103a]</small>	[.e.]	[.i.]
4	<small>[css104a]</small>	[.e.]	[.i.]
5	<small>[css105a]</small>	[.e.]	[.i.]
6	<small>[css106a]</small>	[.e.]	[.i.]
7	<small>[css107a]</small>	[.e.]	[.i.]
8	<small>[css108a]</small>	[.e.]	[.i.]
9	<small>[css109a]</small>	[.e.]	[.i.]
10	<small>[css110a]</small>	[.e.]	[.i.]
11	<small>[css111a]</small>	[.e.]	[.i.]
12	<small>[css112a]</small>	[.e.]	[.i.]
13	<small>[css113a]</small>	[.e.]	[.i.]
14	<small>[css114a]</small>	[.e.]	[.i.]
15	<small>[css115a]</small>	[.e.]	[.i.]
16	<small>[css116a]</small>	[.e.]	[.i.]
17	<small>[css117a]</small>	[.e.]	[.i.]
18	<small>[css118a]</small>	[.e.]	[.i.]
19	<small>[css119a]</small>	[.e.]	[.i.]

5. Zuzahlungspflicht für Medikamente und Unterbringung			
5.1	Zuzahlung zu Medikamenten		
[css120a]	Sind Sie von den Zuzahlungen zu Medikamenten befreit?	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
[css120b]	Wenn nicht: Wieviel Geld haben Sie in den letzten 3 Monaten für die Zuzahlung zu verordneten Arzneimitteln aufgewendet?	_____ €	
5.2	Zuzahlung zur Krankenhausunterbringung		
[css121]	Sind Sie von der jährlichen Zuzahlung für die ersten 14 Tage eines Krankenhausaufenthaltes befreit?	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
5.3	Zuzahlung bei nichtprivater Unterbringung (außer Krankenhaus)		
[css122a]	Haben Sie in den letzten 3 Monaten in einer nichtprivaten Wohnform (außer Krankenhaus) gelebt? Wenn ja:	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
[css122b]	Wieviel Geld müssen Sie selbst für Ihre Unterbringung zahlen?	Klientenanteil _____ € / Tag	
5.4	Sonstige gesundheitsbezogene Ausgaben		
[css123a]	Haben Sie in den letzten 3 Monaten noch weitere bislang nicht genannte, gesundheitsbezogene Ausgaben gehabt? Wenn ja:	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
[css123b]	Bitte nennen: _____		
[css123c]	Bitte nennen: _____		
[css123d]	Wieviel Geld haben Sie in den letzten 3 Monaten für diese weiteren Ausgaben aufgewendet?	_____ €	
6. Bemerkungen			
[css124]			

HoNOS-D Rating

<p>Beurteilen Sie für jedes der 12 Items das jeweils schwerste Problem, das während der letzten 7 Tage aufgetreten ist.</p>	<p>Legende: Tragen Sie für jedes Item 0-4 oder 9 in die Kästchen ein.</p>														
	<p>0 kein Problem</p>	<p>1 klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p>													
	<p>2 leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden</p>	<p>3 eher schweres Problem</p>													
	<p>4 sehr schweres Problem</p>	<p>9 nicht bekannt / nicht anwendbar</p>													
<p>1) Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten:</p>	<input type="checkbox"/>	<p>8) Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme</p> <input type="checkbox"/>													
<p>2) Absichtliche Selbstverletzung:</p>	<input type="checkbox"/>	<p>• Falls andere psychische /verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an</p> <p style="text-align: right;"></p>													
<p>3) Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum</p>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>A) Phobisch</td> <td>B) Angst</td> <td rowspan="6" style="vertical-align: middle; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C) Zwangsgedanken/-handlungen</td> <td>D) Psychische Belastung/Anspannung</td> </tr> <tr> <td>E) Dissoziativ</td> <td>F) Somatoform</td> </tr> <tr> <td>G) Essen</td> <td>H) Schlaf</td> </tr> <tr> <td>I) Sexuell</td> <td>J) Andere (spezifizieren):</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>	A) Phobisch	B) Angst	<input type="checkbox"/>	C) Zwangsgedanken/-handlungen	D) Psychische Belastung/Anspannung	E) Dissoziativ	F) Somatoform	G) Essen	H) Schlaf	I) Sexuell	J) Andere (spezifizieren):	_____	
A) Phobisch	B) Angst	<input type="checkbox"/>													
C) Zwangsgedanken/-handlungen	D) Psychische Belastung/Anspannung														
E) Dissoziativ	F) Somatoform														
G) Essen	H) Schlaf														
I) Sexuell	J) Andere (spezifizieren):														

<p>4) Kognitive Probleme</p>	<input type="checkbox"/>	<p>9) Probleme in Beziehungen</p> <input type="checkbox"/>													
<p>5) Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung</p>	<input type="checkbox"/>	<p>10) Probleme mit alltäglichen Aktivitäten</p> <input type="checkbox"/>													
<p>6) Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen</p>	<input type="checkbox"/>	<p>11) Probleme durch die Wohnbedingungen</p> <input type="checkbox"/>													
<p>7) Gedrückte Stimmung</p>	<input type="checkbox"/>	<p>12) Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag</p> <input type="checkbox"/>													



Gesundheitsfragebogen

VERSION FÜR DIE PERSON, DIE DIE BEFRAGUNG DURCHFÜHRT

Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Obwohl die Sprechweise der Person berücksichtigt werden sollte, die die Befragung durchführt, muss der Wortlaut der Fragebogen-Anweisungen so genau wie möglich eingehalten werden. Im Fall des beschreibenden Teils des EQ-5D-5L auf Seite 2 und 3 des Fragebogens muss der genaue Wortlaut verwendet werden.

Wenn der Befragte Schwierigkeiten dabei hat, eine Antwort auszuwählen, oder um eine Erläuterung bittet, sollte die die Befragung durchführende Person die Frage Wort für Wort wiederholen und den Befragten bitten, die Frage so zu beantworten, dass die Antwort seiner Vorstellung seiner Gesundheit heute am nächsten ist.

EINLEITUNG

(Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Lesen Sie dem Befragten bitte Folgendes vor.)

Wir versuchen herauszufinden, was Sie über Ihre Gesundheit denken. Ich werde Ihnen fortlaufend erklären, was zu tun ist. Unterbrechen Sie mich bitte, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Ihnen etwas unklar ist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wir sind nur an Ihrer eigenen Meinung interessiert.

Zuerst werde ich Ihnen ein paar Fragen vorlesen. Jede Frage hat fünf Antwortmöglichkeiten. Sagen Sie mir bitte, welche Antwort Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Wählen Sie in jeder Fragengruppe nicht mehr als eine Antwort aus.

(Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Lesen Sie zuerst pro Frage alle fünf Möglichkeiten vor. Bitten Sie den Befragten dann, die Antwort auszuwählen, die auf ihn zutrifft. Wiederholen Sie die Frage und die Antwortmöglichkeiten, wenn nötig. Kreuzen Sie das entsprechende Kästchen unter jeder Überschrift an. Sie müssen den Befragten ggf. regelmäßig daran erinnern, dass der Zeitrahmen HEUTE ist.)

PSP-Skala Fragebogen

Bitte beurteilen Sie die Schwierigkeiten Ihres Patienten während der letzte sieben Tagen in den folgenden vier Hauptbereichen:

	abwesend	leicht	offensichtlich	ausgeprägt	schwerwiegend	äußerst schwerwiegend
a) sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen						
b) persönliche und soziale Beziehungen						
c) Selbstpflege						
d) störendes und aggressives Verhalten						

Punkte Intervall

PSP-Gesamtwert

<p>Für die Hauptbereiche a-c sind die Schweregrade:</p> <p>-abwesend</p> <p>-leicht: keine offensichtlichen Schwierigkeiten; sind nur jemandem bekannt, der sehr vertraut mit der Person ist</p> <p>-offensichtlich, aber nicht ausgeprägt: Schwierigkeiten sind für jeden klar erkennbar, aber beeinträchtigen im Wesentlichen nicht die Fähigkeit der Person, ihre Rolle in diesem Bereich auszuüben, unter Berücksichtigung des soziokulturellen Kontextes, Alters, Geschlechts und Bildungsniveaus der Person</p> <p>-ausgeprägt: Schwierigkeiten beeinträchtigen die Ausführung der Rolle in diesem Bereich stark, dennoch ist die Person noch fähig, Dinge ohne professionelle oder soziale Hilfe zu tun, auch wenn nur unzureichend und/oder nur gelegentlich* (siehe unten); bei Hilfe durch andere ist er/sie eventuell fähig, das vorherige Funktionsniveau zu erreichen.</p> <p>-schwerwiegend: Schwierigkeiten machen die Person unfähig, jegliche Rolle in diesem Bereich ohne professionelle Hilfe auszuüben oder leiten die Person in eine destruktive Rolle; ein Überlebensrisiko ist jedoch nicht gegeben.</p> <p>-äußerst schwerwiegend: Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten von solchem Ausmaß, dass das Überleben der Person gefährdet ist.</p>	<p>Für den Hauptbereich d sind die Schweregrade:</p> <p>-abwesend</p> <p>-leicht: Leichte Grobheit, Ungeselligkeit oder Herumnörgelei</p> <p>-offensichtlich, aber nicht ausgeprägt: zu laut sprechen oder mit anderen in einer zu vertrauten Weise sprechen, oder in einer sozial unakzeptablen Weise essen</p> <p>-ausgeprägt: andere in der Öffentlichkeit beschimpfen, Gegenstände zerbrechen oder zertrümmern, häufig in einer sozial unangemessenen, aber nicht gefährlichen Weise handeln (z.B. sich in der Öffentlichkeit ausziehen oder urinieren)</p> <p>-schwerwiegend: häufige verbale Drohungen oder physische Angriffe, ohne die Intention oder die Möglichkeit schwerer Verletzungen</p> <p>-äußerst schwerwiegend: häufige aggressive Handlungen, mit dem Ziel oder der Wahrscheinlichkeit, schwere Verletzungen zu verursachen.</p> <p>* Gelegentlich ist definiert als drei- oder mehr als dreimaliges Auftreten im Referenzzeitraum oder als weniger als dreimaliges Auftreten, aber unter solchen Umständen und/oder mit einer solchen Vorgeschichte, dass der Rater überzeugt ist, dass ein Wiederholungsrisiko in naher Zukunft besteht. Wenn aggressives Verhalten gelegentlich aufgetreten ist, kann das Rating um einen Schweregrad herabgesetzt werden, z.B. von schwerwiegend auf ausgeprägt.</p>
--	--

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Als Nächstes möchte ich Sie zu den Schmerzen oder körperlichen Beschwerden befragen. Würden Sie sagen, dass ...

- | | |
|--|--------------------------|
| Sie <u>keine</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>leichte</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßige</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>starke</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>extreme</u> Schmerzen oder Beschwerden haben? | <input type="checkbox"/> |
-

ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

Abschließend möchte ich Sie zur Angst oder Niedergeschlagenheit befragen. Würden Sie sagen, dass ...

- | | |
|--|--------------------------|
| Sie <u>nicht</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>ein wenig</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßig</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>sehr</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>extrem</u> ängstlich oder deprimiert sind? | <input type="checkbox"/> |
-

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

Zuerst möchte ich Sie zur Beweglichkeit beziehungsweise Mobilität befragen. Würden Sie sagen, dass ...

- | | |
|---|--------------------------|
| Sie <u>keine</u> Probleme haben herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>leichte</u> Probleme haben herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßige</u> Probleme haben herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>große</u> Probleme haben herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>nicht in der Lage</u> sind herumzugehen? | <input type="checkbox"/> |
-

FÜR SICH SELBST SORGEN

Als Nächstes möchte ich Sie dazu befragen, wie Sie für sich selbst sorgen. Würden Sie sagen, dass ...

- | | |
|--|--------------------------|
| Sie <u>keine</u> Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>leichte</u> Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßige</u> Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>große</u> Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>nicht in der Lage</u> sind, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | <input type="checkbox"/> |
-

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN

Als Nächstes möchte ich Sie über alltägliche Tätigkeiten, z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten, befragen. Würden Sie sagen, dass ...

- | | |
|--|--------------------------|
| Sie <u>keine</u> Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>leichte</u> Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>mäßige</u> Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>große</u> Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
| Sie <u>nicht in der Lage</u> sind, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | <input type="checkbox"/> |
-

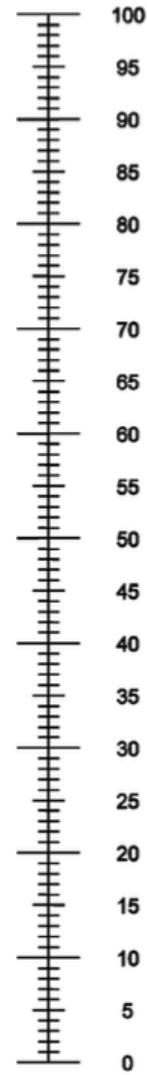
EQ-5D VAS

- Nun möchte ich Sie gern bitten, mir zu sagen, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Ich möchte, dass Sie versuchen, sich eine Skala vorzustellen, die wie ein Thermometer aussieht.
(Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Zeigen Sie dem Befragten die VAS-Skala bitte, wenn es eine persönliche Befragung ist.)
- Die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können, ist mit der Zahl 100 (Einhundert) am oberen Ende der Skala gekennzeichnet, und die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können, ist am unteren Ende mit der Zahl 0 (Null) gekennzeichnet.
- Ich möchte nun, dass Sie mir sagen, wo auf der Skala Sie Ihre Gesundheit HEUTE ansiedeln würden.
(Anmerkung für die Person, die die Befragung durchführt: Kreuzen Sie die Skala an der Stelle an, die die Gesundheit des Befragten heute angibt. Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.)

GESUNDHEIT DES BEFRAGTEN HEUTE =

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten.

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Gefördert durch:



Recovery-Orientierung des Patienten/der Patientin

Probanden-ID:

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die beschreiben, wie sich Menschen manchmal in Bezug auf sich selbst oder ihr Leben fühlen. Bitte lesen Sie sich jede Aussage durch und entscheiden Sie, inwiefern Sie der Aussage zustimmen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten; uns interessiert Ihre persönliche und spontane Meinung.

		Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Teils-teils	Stimmt ziemlich	Stimmt völlig
1	Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich sehe Sinn im Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten.



8.5 Fragebogen zur Patient*innenzufriedenheit der IG („Baseline 2“)

Gefördert durch:

patientenfragen - baseline 1 bis 2.0



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

Probanden-ID:

Behandlungszufriedenheit

Im Folgenden interessieren wir uns dafür, wie Sie die Behandlung empfunden haben. Kreuzen Sie die Fragen bitte so an, wie Sie es persönlich erlebt haben - es gibt hierbei keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Die offenen Fragen am Ende des Fragebogens dienen Ihnen als Ort für mögliche Ergänzungen. Da die Fragebögen gemeinsam und pseudonymisiert ausgewertet werden, kann leider keine persönliche Rückmeldung erfolgen.

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

Inwieweit können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin unentschieden	Stimme eher zu	Stimme uneingeschränkt zu
1) Meine Ziele und Wünsche zum Verlauf der stationsäquivalenten Behandlung wurden berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Die Vorbereitung meiner stationsäquivalenten Behandlung war gut organisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ich habe genug Informationen bekommen, um meine Erkrankung zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ich habe genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente bekommen <i>Falls keine Medikamente: hier ankreuzen:</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Die Medikamente haben zum Erfolg der Behandlung beigetragen <i>Falls keine Medikamente: hier ankreuzen:</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Das mich behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Probanden-ID:

Im diesem Fragebogen würden wir gerne Näheres zu Ihren Arztgesprächen mit Ihrem **aktuell behandelnden Arzt/Ärztin (in der StäB)** erfahren:

-Die nachfolgenden Aussagen betreffen die **Entscheidungen in Bezug auf die Medikamente**.

-Falls Sie während der aktuellen Behandlung keine Medikamente bekommen haben, beantworten Sie bitte nur die letzte Frage auf dieser Seite und machen dann mit dem nächsten Fragebogen weiter

1. Mein Arzt / meine Ärztin hat mir ausdrücklich mitgeteilt, dass eine Entscheidung getroffen werden muss.					
Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/>	Trifft völlig zu <input type="checkbox"/>
2. Mein Arzt / meine Ärztin wollte genau von mir wissen, wie ich mich an der Entscheidung beteiligen möchte.					
Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/>	Trifft völlig zu <input type="checkbox"/>
3. Mein Arzt / meine Ärztin hat mir mitgeteilt, dass es bei meinen Beschwerden unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten gibt.					
Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/>	Trifft völlig zu <input type="checkbox"/>
4. Mein Arzt / meine Ärztin hat mir die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten genau erläutert.					
Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/>	Trifft völlig zu <input type="checkbox"/>
5. Mein Arzt / meine Ärztin hat mir geholfen, alle Informationen zu verstehen.					
Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/>	Trifft völlig zu <input type="checkbox"/>
6. Mein Arzt / meine Ärztin hat mich gefragt, welche Behandlungsmöglichkeit ich bevorzuge.					
Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/>	Trifft völlig zu <input type="checkbox"/>
7. Mein Arzt / meine Ärztin und ich haben die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten gründlich abgewogen.					
Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/>	Trifft völlig zu <input type="checkbox"/>
8. Mein Arzt / meine Ärztin und ich haben gemeinsam eine Behandlungsmöglichkeit ausgewählt.					
Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/>	Trifft völlig zu <input type="checkbox"/>
9. Mein Arzt / meine Ärztin und ich haben eine Vereinbarung für das weitere Vorgehen getroffen.					
Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/>	Trifft völlig zu <input type="checkbox"/>

Wer traf wichtige medizinische Entscheidungen (z.B. über Medikamente) im Rahmen Ihrer Behandlung?

nur Sie selbst <input type="checkbox"/>	hauptsächlich Sie selbst <input type="checkbox"/>	Sie und das Behandlungsteam gemeinsam <input type="checkbox"/>	hauptsächlich das Behandlungsteam <input type="checkbox"/>	nur das Behandlungsteam <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	---



Inwieweit können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin unentschieden	Stimme eher zu	Stimme uneingeschränkt zu
9) Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Die Behandlung erfolgte nach einem auf mich zugeschnittenen Behandlungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Die Einflussmöglichkeiten auf meinen Behandlungsplan waren angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) In den Einzelgesprächen habe ich mich angenommen gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Mir geht es nach der stationsäquivalenten Behandlung besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Ich bin zuversichtlich, im Alltag jetzt besser zurecht zu kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Die Fortsetzung meiner Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung nach meiner stationsäquivalenten Behandlung (z.B. Selbsthilfegruppen, sonstige Einrichtungen) wurde ich ausreichend informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) In der Behandlung wurde gut auf meine Wünsche und Bedürfnisse eingegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Ich würde die stationsäquivalente Behandlung erneut in Anspruch nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Was war für Sie während der Behandlung besonders wichtig?



Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung besonders gut gefallen?
Was hat Ihnen im Vergleich zur stationären Behandlung nicht so gut gefallen?
Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

8.6 Fragebogen nach Entlassung der IG („Baseline 3“)

Psychiatriefragebogen – Version 01 / 01/2014

Probanden-ID:

7. Daten aus dem Entlassbrief / Krankenhausinformationssystem des Studienzentrums nach Behandlungsabschluss

7.1. Demographische und krankheitsbezogene Daten

7.1.1 Alter	<input type="text"/> <input type="text"/>	
7.1.2 Aufnahme datum	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(dd.mm.yyyy)	
7.1.3 Entlass datum	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(dd.mm.yyyy)	
7.1.3.1. Psychiatrische Hauptdiagnose (F XX.XX) (Entlassdiagnose)	F	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
7.1.3.2. Psychiatrische Nebendiagnosen (F XX.XX) (Entlassdiagnose)	F	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	F	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	F	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
7.1.3.3. Somatische Diagnosen (Entlassdiagnose)		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

7.2 Behandlungsverlauf (nur StäB Patient*innen/ IG)		
7.2.1 Erfolgte mehr als eine Verlegung im gesamten Behandlungsverlauf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.2.2 Gab es eine Unterbrechung der Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.2.3 Gab es gravierende Komplikationen während der Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.2.4 Ist während der Behandlung eine Fremdaggression aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.2.5 Erfolgte ein Substanzmissbrauch während der Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.2.6 Gab es eine Entweichung oder Suchmeldung während der Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.2.7 Wurde die StäB abgebrochen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja:		
7.2.7.1. Aus welchem Grund?:	<input type="checkbox"/> infolge gravierender externer Anlässe, welche den/die Patienten/in außerhalb der Klinik bzw. des Klinikgeschehens beeinflussen (z.B. Umzug, Verlust der Wohnung, Kinderbetreuung aufgrund der Pandemielage, Behandlung in einer somatischen Klinik) und die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung entgegenstehen.	
	<input type="checkbox"/> auf Wunsch des/der Patienten/Patientin gegen ärztlichen Rat.	
	<input type="checkbox"/> aus disziplinarischen Gründen bzw. wegen Non-Compliance.	
	<input type="checkbox"/> wegen Tod des/der Patienten/in	
	<input type="checkbox"/> nicht weiter eruierbar	

7.4 Routinedaten StäB-Behandlung (nur StäB Patient*innen-IG)		
7.4.1 Anzahl der Behandlungstage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage	
7.4.2 Diagnose-/Prozedurenversion	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (z.B. 2020/2021)	
7.4.3 Anzahl der OPS-Leistungen		
7.4.3.1 Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte		
7.4.3.1.0	9701.00	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

7.4.3.1.1	9701.01	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.1.2	9701.02	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.1.3	9701.03	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.1.4	9701.04	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.1.5	9701.05	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.1.6	9701.06	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.2 Therapiezeiten am Patienten durch Psychologen		
7.4.3.2.0	9701.10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.2.1	9701.11	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.2.2	9701.12	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.2.3	9701.13	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.2.4	9701.14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.2.5	9701.15	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.2.6	9701.16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.3 Therapiezeiten am Patienten durch Spezialtherapeuten		
7.4.3.3.0	9701.20	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.3.1	9701.21	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.3.2	9701.22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.3.3	9701.23	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.3.4	9701.24	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.3.5	9701.25	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.3.6	9701.26	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.4 Therapiezeiten am Patienten durch Pflegefachpersonen		
7.4.3.4.0	9701.30	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.4.1	9701.31	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.4.2	9701.32	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.4.3	9701.33	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.4.4	9701.34	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.4.5	9701.35	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.3.4.6	9701.36	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.7 Fragebogen zur Angehörigenzufriedenheit und zur Belastung der Angehörigen (als Beispiel der IG)

Angehörigenfragebogen – IG

Gefördert durch:



	Angehörigenbefragung Baseline	
--	--	--

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

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

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 3 Teilen. Für jeden Teil erhalten Sie nochmals eine kurze Instruktion.

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

Vielen Dank für Ihre Teilnahme,

Ihre Klinikleitung



	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

Im ersten Teil möchten wir mehr darüber erfahren, inwiefern die Beziehung zu einem Menschen, der an psychischen Problemen leidet, Folgen für Sie selber zeigt.

Copyright 1992 A. H. Schene, B. van Wijngaarden

Einleitung

Die psychiatrische Betreuung beschäftigt sich vor allem mit den psychischen Problemen der Patienten. Während der letzten Jahre ist man jedoch zunehmend auf Familienmitglieder, Mitbewohner und andere Personen aufmerksam geworden. Auch Sie stehen in einer Beziehung zu einem Menschen, der an psychischen Problemen leidet. Mit dieser Erhebung soll der Frage nachgegangen werden, ob dieser Umstand Folgen für Sie selber zeigt.

In diesem Fragebogen verwenden wir den Ausdruck 'Person'. Gemeint ist die Person, die an psychischen Problemen leidet.

Das Ausfüllen des Fragebogens

Auf jede Frage darf lediglich eine Antwort gegeben werden. Bei den meisten Fragen können Sie die Antwort im dazugehörigen Kästchen ankreuzen. In einzelnen Fällen bitten wir Sie, eine Antwort einzusetzen, z. B. das Alter einer Person.

Die Folgen Ihrer Beziehung zu einem Menschen mit psychischen Problemen können schon seit längerem spürbar sein. Mit diesem ersten Teil versuchen wir jedoch, die Situation, so wie sie sich in den letzten **4 Wochen VOR der Aufnahme in die Behandlung** darstellte, zu ermitteln.

Alle Informationen werden anonym und vertraulich behandelt. Wenn Sie Einwände gegen eine gewisse Frage haben, können Sie dies bei der Frage anmerken und brauchen nicht zu antworten.

Beantworten Sie eine Frage nach der anderen. Arbeiten Sie die Liste möglichst in Ruhe durch. Falsche oder richtige Antworten gibt es nicht. Wichtig ist, dass Sie Ihre eigenen Erfahrungen mitteilen. **Erinnern Sie sich bitte in diesem ersten Teil an die letzten 4 Wochen VOR der Aufnahme in die Behandlung.**

Bitte hier nichts eintragen

Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

Datum des Ausfüllens des Fragebogens

Tag	Monat	Jahr			

Angehörigen-ID: (Wird durch den/die Studienmitarbeiter*in ausgefüllt)

Bevor wir Sie zu Ihren Erfahrungen befragen, interessieren wir uns für Ihre Lebensumstände und Ihre Beziehung zu der Person mit psychischen Problemen.

1. Wie alt sind Sie? Ich bin _____ Jahre alt

2. Welches ist Ihr Geschlecht? männlich
weiblich

3. In welcher Beziehung stehen Sie zu der Person mit psychischen Problemen?

Ich bin ihr(e), sein(e):

- Mutter/Vater (auch bei Stiefkindern oder Adoptivkindern)
- Tochter/Sohn
- Bruder/Schwester
- sonst verwandt
- Ehegatt(e)in/Partner(in)
- Freund/Freundin
- Nachbar(in)
- Kolleg(e)in/Studiengenoss(e)in
- Mitbewohner(in)
- andere, nämlich (Antwort einsetzen)

Bitte hier nichts eintragen





	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

Erinnern Sie sich bitte in diesem ersten Teil an die letzten **4 Wochen VOR der Aufnahme in die Behandlung**.

4. Wie viele Personen, Sie selbst mit eingerechnet, wohnen in Ihrem Haushalt (z.B. Familie oder Wohngemeinschaft, wo gemeinsam gegessen wird und/oder andere gemeinschaftliche Aktivitäten stattfinden)?

Der Haushalt besteht aus _____ Personen (bitte Anzahl angeben).

5. Wie viele Tage hat die Person mit psychischen Problemen während der letzten **vier Wochen VOR der Aufnahme in die Behandlung** mit Ihnen im selben Haushalt gewohnt?

- keinen Tag
- einen Teil der vier Wochen, nämlich _____ Tage
- die gesamten vier Wochen

6. Wie viele Stunden pro Woche haben Sie im Durchschnitt während der letzten **vier Wochen VOR der Aufnahme in die Behandlung** mit der Person persönlichen oder telefonischen Kontakt gehabt (die Stunden, die Sie schlafen nicht mitgerechnet)?

- weniger als eine Stunde pro Woche
- 1 bis 4 Stunden pro Woche
- 5 bis 8 Stunden pro Woche
- 9 bis 16 Stunden pro Woche
- 17 bis 32 Stunden pro Woche
- mehr als 32 Stunden pro Woche

Hinweis: Wenn Sie „weniger als eine Stunde pro Woche“ ausgewählt haben, lassen Sie die Items 7. – 27. aus und springen zu Item 28. !

Bitte hier nichts eintragen

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

Bitte beziehen Sie sich für die Beantwortung der folgenden Fragen immer auf die **letzten vier Wochen VOR Aufnahme in die Behandlung**.

7. Wie oft haben Sie die Person mit psychischen Problemen dazu **angespornt**, sich selber zu versorgen (z.B. waschen, baden, Zähne putzen, ankleiden, Haare kämmen)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

8. Wie oft haben Sie der Person dabei **geholfen**, sich selbst zu versorgen (z.B. waschen, baden, Zähne putzen, ankleiden, Haare kämmen)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

9. Wie oft haben Sie die Person dazu **angespornt**, genug zu essen?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

10. Wie oft haben Sie die Person dazu **angespornt**, etwas zu tun (z.B. spazierengehen, sich zu unterhalten, Hobbys, eine kleine Handreichung im Haushalt)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

11. Wie oft mußten Sie die Person außer Haus begleiten, weil diese sich nicht getraute, allein hinauszugehen?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

12. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person ihre/seine Medikamente einnimmt?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

13. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person keine gefährlichen Dinge tut (z.B. etwas anzünden, das Gas brennen lassen, vergessen, die Zigarette auszudrücken)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

14. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person sich nichts antut (z.B. sich Schnittverletzungen zufügt, zu viele Tabletten einnimmt, sich Verbrennungen zufügt, einen Selbstmordversuch macht)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

15. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person genügend schläft?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

16. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person nicht übermäßig Alkohol trinkt?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

17. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person keine Drogen konsumiert (z. B. Heroin, Kokain, Haschisch, LSD, Ecstasy)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

18. Wie oft haben Sie Aufgaben übernommen, die gewöhnlich durch die Person selbst erledigt werden (Aufgaben im Haushalt, finanzielle Angelegenheiten regeln, einkaufen, kochen oder ähnliches)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

19. Wie oft haben Sie die Person dazu **angespornt, morgens aufzustehen?**

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

20. Wie oft hat die Person mit psychischen Problemen nachts Ihren Schlaf gestört?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Ihnen und der Person mit psychischen Problemen während der letzten vier Wochen VOR der Aufnahme in die Behandlung.

21. Wie oft war das Verhältnis zwischen Ihnen und der Person gespannt als Folge des Verhaltens der Person?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

22. Wie oft verursachte die Person einen Streit?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

23. Wie oft hat Sie das Verhalten der Person gestört?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

24. Wie oft haben Sie von anderen Leuten gehört, daß sie das Verhalten der Person stört?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

25. Wie oft haben Sie sich durch die Person bedroht gefühlt?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

26. Wie oft haben Sie wegen des Verhaltens der Person daran gedacht umzuziehen?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

27. Wie oft hatten Sie Gelegenheit, sich Ihren eigenen Aktivitäten und Interessen zu widmen (z.B. Arbeit, Schule, Hobbys, Sport, Besuch von Verwandten und Freunden)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

Die folgenden Fragen betreffen die Sorgen, die eine Beziehung zu einer Person mit psychischen Problemen mit sich bringen können. Beziehen Sie sich auch hier auf die letzten vier Wochen VOR der Aufnahme in die Behandlung.

28. Wie oft haben Sie sich Sorgen um die Sicherheit der Person gemacht?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

29. Wie oft haben Sie sich Sorgen gemacht bezüglich der Hilfe/Behandlung, die die Person erhält?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

30. Wie oft haben Sie sich Sorgen gemacht bezüglich des Gesundheitszustands der Person?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

31. Wie oft haben Sie sich Sorgen darüber gemacht, wie die Person finanziell zurechtkommen soll, wenn Sie der Person nicht mehr beistehen können?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

32. Wie oft haben Sie sich Sorgen gemacht bezüglich der Zukunft der Person?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

33. Wie oft haben Sie sich Sorgen bezüglich der eigenen Zukunft gemacht?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

34. Haben Sie die psychischen Probleme der Person als Belastung für Sie selbst erfahren?

- nein
- ein bißchen
- ziemlich stark
- stark
- sehr stark

35. In welchem Ausmaß haben Sie sich daran gewöhnt, daß die Person psychische Probleme hat?

- überhaupt nicht
- kaum
- ziemlich
- weitgehend
- völlig

36. In welchem Ausmaß sind Sie fähig, mit den psychischen Problemen der Person umzugehen?

- überhaupt nicht
- kaum
- ziemlich
- weitgehend
- völlig



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV
■ ■ ■

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

37. In welchem Ausmaß hat sich die Beziehung zwischen Ihnen und der Person **seit dem Beginn** der psychischen Probleme verändert?

- überhaupt nicht
- kaum
- ziemlich
- weitgehend
- sehr stark

Vielen Dank für die Beantwortung des ersten Teils des Fragebogens!

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

Im Folgenden möchten wir Sie bitten dieselben Fragen noch einmal zu beantworten. Versuchen Sie bitte in diesem zweiten Teil an **die letzten 4 Wochen WÄHREND der Behandlung zurückzudenken**. Bitte beantworten Sie auch hier eine Frage nach der anderen. Arbeiten Sie die Liste möglichst in Ruhe durch. Falsche oder richtige Antworten gibt es nicht. Wichtig ist, dass Sie Ihre eigenen Erfahrungen mitteilen. Die Fragen beginnen hier mit 5., da die Items 1. – 4. nicht erneut beantwortet werden müssen.

Bitte beziehen Sie sich für die Beantwortung der folgenden Fragen immer auf die letzten vier Wochen WÄHREND der Behandlung.

5. Wie viele Tage hat die Person mit psychischen Problemen in den letzten vier Wochen während der Behandlung mit Ihnen im selben Haushalt gewohnt?

- keinen Tag
- einen Teil der vier Wochen, nämlich ____ Tage
- die gesamten vier Wochen

6. Wie viele Stunden pro Woche haben Sie im Durchschnitt in den letzten vier Wochen während der Behandlung mit der Person persönlichen oder telefonischen Kontakt gehabt (die Stunden, die Sie schlafen nicht mitgerechnet)?

- weniger als eine Stunde pro Woche
- 1 bis 4 Stunden pro Woche
- 5 bis 8 Stunden pro Woche
- 9 bis 16 Stunden pro Woche
- 17 bis 32 Stunden pro Woche
- mehr als 32 Stunden pro Woche

Hinweis: Wenn Sie „weniger als eine Stunde pro Woche“ ausgewählt haben, lassen Sie die Items 7. – 27. aus und springen zu Item 28. !



	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

Bitte beziehen Sie sich für die Beantwortung der folgenden Fragen immer auf **den Zeitraum der letzten vier Wochen WÄHREND der Behandlung.**

7. Wie oft haben Sie die Person mit psychischen Problemen dazu **angespornt**, sich selber zu versorgen (z.B. waschen, baden, Zähne putzen, ankleiden, Haare kämmen)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

8. Wie oft haben Sie der Person dabei **geholfen**, sich selbst zu versorgen (z.B. waschen, baden, Zähne putzen, ankleiden, Haare kämmen)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

9. Wie oft haben Sie die Person dazu **angespornt**, genug zu essen?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

10. Wie oft haben Sie die Person dazu **angespornt**, etwas zu tun (z.B. spazierengehen, sich zu unterhalten, Hobbys, eine kleine Handreichung im Haushalt)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

11. Wie oft mußten Sie die Person außer Haus begleiten, weil diese sich nicht getraute, allein hinauszugehen?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

12. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person ihre/seine Medikamente einnimmt?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

13. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person keine gefährlichen Dinge tut (z.B. etwas anzünden, das Gas brennen lassen, vergessen, die Zigarette auszudrücken)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

14. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person sich nichts antut (z.B. sich Schnittverletzungen zufügt, zu viele Tabletten einnimmt, sich Verbrennungen zufügt, einen Selbstmordversuch macht)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

15. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person genügend schläft?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



	Involvement Evaluation	
	Questionnaire	

16. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person nicht übermäßig Alkohol trinkt?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

17. Wie oft haben Sie darauf **geachtet**, daß die Person keine Drogen konsumiert (z. B. Heroin, Kokain, Haschisch, LSD, Ecstasy)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

18. Wie oft haben Sie Aufgaben übernommen, die gewöhnlich durch die Person selbst erledigt werden (Aufgaben im Haushalt, finanzielle Angelegenheiten regeln, einkaufen, kochen oder ähnliches)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

19. Wie oft haben Sie die Person dazu **angespornt**, morgens aufzustehen?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

20. Wie oft hat die Person mit psychischen Problemen nachts Ihren Schlaf gestört?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Ihnen und der Person mit psychischen Problemen WÄHREND der letzten vier Wochen in der Behandlung.

21. Wie oft war das Verhältnis zwischen Ihnen und der Person gespannt als Folge des Verhaltens der Person?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

22. Wie oft verursachte die Person einen Streit?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

23. Wie oft hat Sie das Verhalten der Person gestört?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

24. Wie oft haben Sie von anderen Leuten gehört, daß sie das Verhalten der Person stört?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

25. Wie oft haben Sie sich durch die Person bedroht gefühlt?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

26. Wie oft haben Sie wegen des Verhaltens der Person daran gedacht umzuziehen?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

27. Wie oft hatten Sie Gelegenheit, sich Ihren eigenen Aktivitäten und Interessen zu widmen (z.B. Arbeit, Schule, Hobbys, Sport, Besuch von Verwandten und Freunden)?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

Die folgenden Fragen betreffen die Sorgen, die eine Beziehung zu einer Person mit psychischen Problemen mit sich bringen können. Beziehen Sie sich auch hier auf die letzten vier Wochen **WÄHREND** der Behandlung.

28. Wie oft haben Sie sich Sorgen um die Sicherheit der Person gemacht?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

29. Wie oft haben Sie sich Sorgen gemacht bezüglich der Hilfe/Behandlung, die die Person erhält?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

30. Wie oft haben Sie sich Sorgen gemacht bezüglich des Gesundheitszustands der Person?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

31. Wie oft haben Sie sich Sorgen darüber gemacht, wie die Person finanziell zurechtkommen soll, wenn Sie der Person nicht mehr beistehen können?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

32. Wie oft haben Sie sich Sorgen gemacht bezüglich der Zukunft der Person?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer

33. Wie oft haben Sie sich Sorgen bezüglich der eigenen Zukunft gemacht?

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- oft
- fast immer



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

34. Haben Sie die psychischen Probleme der Person als Belastung für Sie selbst erfahren?

- nein
- ein bißchen
- ziemlich stark
- stark
- sehr stark

35. In welchem Ausmaß haben Sie sich daran gewöhnt, daß die Person psychische Probleme hat?

- überhaupt nicht
- kaum
- ziemlich
- weitgehend
- völlig

36. In welchem Ausmaß sind Sie fähig, mit den psychischen Problemen der Person umzugehen?

- überhaupt nicht
- kaum
- ziemlich
- weitgehend
- völlig

Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKtiV

	Involvement Evaluation Questionnaire	
--	---	--

37. In welchem Ausmaß hat sich die Beziehung zwischen Ihnen und der Person seit dem Beginn der psychischen Probleme verändert?

- überhaupt nicht
- kaum
- ziemlich
- weitgehend
- sehr stark

Vielen Dank für die Beantwortung des zweiten Teils des Fragebogens!

Gefördert durch:



	Zufriedenheitsbefragung Angehörige	
--	---	--

In diesem letzten Teil des Fragebogens möchten wir Sie dazu befragen, wie zufrieden Sie mit der Behandlung Ihrer Angehörigen/Ihres Angehörigen/Ihrer Mitbewohnerin/Ihres Mitbewohners waren.

Kreuzen Sie die Fragen so an, wie Sie es persönlich erlebt haben - es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Die Beantwortung des Fragebogens hat keinerlei Auswirkungen auf die derzeitige und weitere Behandlung und Betreuung Ihrer Angehörigen/Ihres Angehörigen/Ihrer Mitbewohnerin/Ihres Mitbewohners.



Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

AKtiV

	Zufriedenheitsbefragung Angehörige:	
--	--	--

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



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss



Zufriedenheitsbefragung Angehörige:

Inwieweit können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin unentschieden	Stimme eher zu	Stimme uneingeschränkt zu
8) Die Behandlung erfolgte nach einem auf meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/ meinen Mitbewohner zugeschnittenen Behandlungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Ich habe das Gefühl, dass es meiner Angehörigen/meinem Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meinem Mitbewohner nach der Behandlung besser geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ich bin zuversichtlich, dass meine Angehörige/mein Angehöriger/meine Mitbewohnerin/mein Mitbewohner im Alltag jetzt besser zurechtkommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Die Fortsetzung der Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Über die verschiedenen Arten der Behandlung und Betreuung meiner Angehörigen/meines Angehörigen/ meiner Mitbewohnerin/meines Mitbewohners nach der stationsäquivalenten Behandlung (z.B. Selbsthilfegruppen, sonstige Einrichtungen) wurde ich ausreichend informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Für meine Angehörige/meinen Angehörigen/meine Mitbewohnerin/ meinen Mitbewohner würde ich bei Bedarf erneut die stationsäquivalente Behandlung empfehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.8 Fragebogen zur Struktur der StÄB Teams

	Strukturfragebogen (Auszufüllen von der Teamleitung)	
--	---	--

Studienzentrum: _____

Fragestellung / Kategorie	Erläuterungen	Bitte ausfüllen	Ergänzungen / Erfahrungen (Freitext)
Zeitlicher Rahmen	Zeitpunkt der Einführung	Monat/Jahr <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Vorerfahrung in aufsuchender Behandlung	Wurden bereits aufsuchende Angebote vorgehalten (z.B. aufsuchende Ambulanz, Modellprojekte, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bitte erläutern: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Einrichtung	Art der Klinik (Uni-Klinik, Fachabteilung an Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik, etc.)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	Anzahl der Gesamtbehandlungsplätze (Planbetten) sowie der quartalsweisen PIA Fallzahlen	<input style="width: 50px;" type="text"/> Vollstationär <input style="width: 50px;" type="text"/> Tagesklinik <input style="width: 50px;" type="text"/> PIA (Quartalsweise)	
Finanzierung	Pflegesatz, Tagespauschale, Abrechnung von Einzelleistungen	<input type="checkbox"/> Tagespauschale (ca. _____ % des stationären Pflegesatzes) <input type="checkbox"/> Sockelbetrag und Einzelleistungen <input type="checkbox"/> Sonstige	Wenn Sonstige, bitte erläutern: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Einplanung der StÄB-Plätze	Wurden Plätze umgewandelt, zusätzlich aufgebaut, etc.?	<input type="checkbox"/> Umwandlung bestehender vollstationärer Betten	Wenn Sonstiges, bitte erläutern: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>



Gefördert durch:



Aktiv

	<i>Mehrfachnennung möglich</i>	<input type="checkbox"/> Zusätzliche Plätze <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Organisation	Zusammensetzung der Teams: Welche Berufsgruppen sind neben Arzt/Pflege in StÄB tätig (jeweils in VK)?	<input style="width: 50px;" type="text"/> Psychologe/-in <input style="width: 50px;" type="text"/> Sozialdienst <input style="width: 50px;" type="text"/> Ergo-/Kunsttherapie <input style="width: 50px;" type="text"/> Bewegungstherapie <input style="width: 50px;" type="text"/> Genesungsbegleiter/ EX-IN <input style="width: 50px;" type="text"/> Sonstige (z.B. MFA):	Wenn sonstige, bitte angeben welche: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Teamgröße (in Vollkräften sowie Personen)	<input style="width: 50px;" type="text"/> Vollkräfte <input style="width: 50px;" type="text"/> Personen	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Teamorganisation: Wie ist StÄB in die Unternehmensstruktur eingegliedert? <i>Mehrfachnennung möglich</i>	<input type="checkbox"/> eigenständiges Team (Mitarbeitende sind ausschließlich in StÄB tätig) <input type="checkbox"/> Anbindung an Abteilung (Mitarbeitenden sind in verschiedenen Settings tätig) <input type="checkbox"/> aus Station heraus <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>



Gefördert durch:



Gemeinsamer Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Gesamtzahl StÄB-Fälle ab Start		
	Durchschnittliche Belegung ab Start	Mittelwert	
		Median	
	Mittlere Verweildauer ab Start	Tage	
	Durchschnittliche Belegung 2020	Mittelwert	
		Median	
	Mittlere Verweildauer 2020	Tage	
Befauftragung ambulanter Leistungserbringer mit Teilen der StÄB-Behandlung	Bestehen bereits StÄB-Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn Sonstige bitte erläutern:
	Wenn ja mit welchen Einrichtungen / Anbietern? <i>Mehrfachnennungen möglich</i>	<input type="checkbox"/> Niedergelassener Facharzt <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Psychotherapiepraxis <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst <input type="checkbox"/> Berufliche Integration <input type="checkbox"/> Soziotherapiepraxis <input type="checkbox"/> Ergotherapiepraxis <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Pflegedienste <input type="checkbox"/> Sonstige	



Gefördert durch:



Gemeinsamer Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Umfang der Leistungserbringung durch andere Anbieter in Prozent <i>geschätzt in Prozent</i>	Bezogen auf alle Patienten pro Jahr	
Räumlichkeiten	Bürräume zentral in der Klinik oder dezentral Evtl. Nutzung weiterer Räume	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja bitte erläutern:
Ort der Behandlung	Wo findet StÄB statt? Wie häufig findet die Behandlung in den jeweiligen Räumen statt? <i>geschätzt in Prozent</i>	<input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Ambulanz / PIA <input type="checkbox"/> unterwegs (Begleitung beim Einkaufen, Busfahren, etc.) <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Nutzung der Klinischen Ressourcen	Nutzen Sie regelhaft Ressourcen der Klinikstruktur? <i>geschätzt in Prozent</i>	<input type="checkbox"/> Blutentnahmen <input type="checkbox"/> Liquorpunktion <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/> Therapeutische Gruppenangebote <input type="checkbox"/> Sonstige	
Erweitertes Netzwerk	Werden i.R. von StÄB Netzwerkgespräche unter Einbeziehung von Bezugspersonen geführt, welche innerhalb als auch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte genauer erläutern:



Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	Diagnose /fachspezifische oder übergreifende Behandlung	<input type="checkbox"/> übergreifend <input type="checkbox"/> Schwerpunkte:	
	Organisation der Rufbereitschaft	<input type="checkbox"/> durchgehend StäB-Team <input type="checkbox"/> nachts allgemeine Rufbereitschaft	
Einzugsgebiet	Maximale Entfernung (bisherige Erfahrung) in Minuten Fahrzeit und km Strecke	<input type="text"/> Minuten	
	Geschätzt	<input type="text"/> km	
	Abdeckung des gesamten Versorgungsgebiets?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Städtisch / ländlich / gemischt	<input type="checkbox"/> städtisch <input type="checkbox"/> ländlich <input type="checkbox"/> gemischt	
	Beschreibung Einzugsgebiet	<input type="checkbox"/> Gemeinde < 2.000 <input type="checkbox"/> Landstadt 2.000 – 5.000 <input type="checkbox"/> Kleinstadt 5.000 – 20.000 <input type="checkbox"/> Mittelstadt 20.000 – 100.000 <input type="checkbox"/> Großstadt > 100.000	
	Erreichbarkeit Welche Verkehrsmittel werden genutzt in %	<input type="text"/> PKW <input type="text"/> ÖPNV <input type="text"/> Fahrrad / E-Bike <input type="text"/> Sonstiges	
	Geschätzt		
Versorgungsstruktur	Anzahl StäB-Behandlungsplätze		



Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

AKTIV

	außerhalb des Haushaltes wohnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte genauer erläutern: <input type="text"/>
	Gibt es eine regelhafte Zusammenarbeit mit dem gemeindepsychiatrischen System zur Regelung einer nahtlosen Unterstützung (SGB V oder IX Leistungen) nach Behandlungsende?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte genauer erläutern in welcher Form: <input type="text"/>
	Werden durch das StäB-Team regelmäßig Kontakte zu anderen Patient*innen vermittelt, beispielsweise, um gegenseitigen Austausch/Unterstützung zu ermöglichen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



9 Erklärung zum Eigenanteil

Die vorliegende Forschungsarbeit wurde im ZfP Standort Zwiefalten unter der fachlichen Betreuung von Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle durchgeführt.

Die Planung dieser Studie erfolgte im Rahmen der deutschlandweiten durchgeführten AKtiV-Studie („Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung“

Sowohl diese Arbeit als auch die Dissertation von Frau Caroline Stüker, sowie Herrn Jonathan Geiselhart wurden parallel entwickelt, wobei beide Arbeiten die gleiche Methodik anwendeten und die erhobenen Daten in gegenseitiger Unterstützung genutzt wurden.

Die Rekrutierung der StudienPatient*innen und die Erhebung der Daten wurden in Kooperation mit dem Personal des StäB Teams, sowie dem Personal auf den Stationen des ZfP Zwiefalten unter meiner Leitung durchgeführt.

Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung durch das Biometrie Team der AKtiV-Studie in Bremen eigenständig durch mich.

Ich bezeuge hiermit, dass ich das Manuskript eigenständig und gemäß den Vorgaben von Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle verfasst habe und ausschließlich die von mir angegebenen Quellen für diese Arbeit verwendet wurden.

Tübingen den 29.10.2024

Lena Anton _____

10 Danksagung

Ich möchte mich hiermit bei allen bedanken, die mich während meiner medizinischen Doktorarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Längle, der mich während der gesamten Promotionsphase mit großem Engagement betreut und angeleitet hat. Seine Expertise und sein Vertrauen in meine Fähigkeiten waren für mich von großem Nutzen. Die Anleitung durch meinen Doktorvater ermöglichte mir eine Erweiterung meiner wissenschaftlichen Fähigkeiten. Seine wertvollen Einsichten und Ratschläge werden mich auf meinem weiteren beruflichen Weg begleiten. Des Weiteren möchte ich ihm dafür danken, dass ich die Möglichkeit hatte, am Projekt und der Studie mitzuwirken, und dass er sich stets die Zeit genommen hat, sich mit mir auszutauschen und meine Anliegen zeitnah zu beantworten. Ich möchte auch meinem Zweitbetreuer Prof. Dr. Wildgruber in Tübingen und Svenja Raschmann als meine Ansprechpartnerin in Zwiefalten herzlich danken, die mich beide während des gesamten Forschungsprozesses mit ihrer umfassenden Fachkenntnis unterstützt haben. Ihre kritischen Inputs, Ratschläge und Hilfestellungen waren von unschätzbarem Wert für den Erfolg dieser Arbeit.

Ein herzlicher Dank gilt dem gesamten medizinischen und pflegerischen Personal im ZfP Zwiefalten. Ihre Unterstützung, Zusammenarbeit und Bereitschaft, mir Zugang zu den notwendigen Ressourcen zu gewähren, haben den reibungslosen Ablauf der Datenerhebung ermöglicht. Des Weiteren möchte ich dem Statistikteam im Bremen meine Wertschätzung für die Unterstützung ausdrücken.

Ein aufrichtiger Dank gebührt auch meiner Familie insbesondere meinen Eltern und meinem Ehemann Leonard, die mich bedingungslos unterstützt haben. Eure Liebe, Ermutigung und euer Verständnis haben mir sehr geholfen. Ich bin unendlich dankbar, dass ich euch an meiner Seite habe. Danke insbesondere an meine Eltern für die Anmeldung im Schreibmaschinenkurs.

Abschließend möchte ich allen anderen Personen, die in irgendeiner Weise zu dieser Arbeit beigetragen haben, meinen aufrichtigen Dank aussprechen. Eure Unterstützung, sei es in Form von Diskussionen, wissenschaftlichem Austausch

oder praktischer Hilfe, hat mir geholfen, mein Bestes zu geben und neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Ohne das Engagement, die Unterstützung und die Ermutigung aller genannten Personen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ich bin zutiefst dankbar für all eure Beiträge.

11 Lebenslauf

