

ENTWICKLUNG EINES BEST-PRACTICE-MODELLS AUS NUTZER*INNENPERSPEKTIVE FÜR DIE STATIONSÄQUIVALENTE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG

Hannah Mundry¹, Dr. med. Julian Schwarz²

¹Medizinische Hochschule Brandenburg

²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Immanuel Klinikum Rüdersdorf, Universitätsklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

Hintergrund

Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) ist eine intensive Form der aufsuchenden Behandlung für Patient*innen in akuten psychiatrischen Krisensituationen, die eine stationäre Behandlung ersetzt. Obwohl aufsuchende Behandlungsformen international etabliert und deren Wirksamkeit durch Studien belegt ist¹, befindet sich die StäB in Deutschland erst im Einführungsprozess. Speziell zur StäB liegen bisher kaum Forschungsergebnisse vor². Im Rahmen der Multicenter-Studie *Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKTiV)* sollen in der vorliegenden Arbeit durch die Entwicklung eines Best-Practice-Modells aus Nutzer*innenperspektive Kriterien einer guten aufsuchenden psychiatrischen Behandlung entwickelt werden. Diese sollen den umsetzenden Teams als Leitfaden, Handlungsempfehlung und Werkzeug zur Selbstevaluation dienen.

Methoden

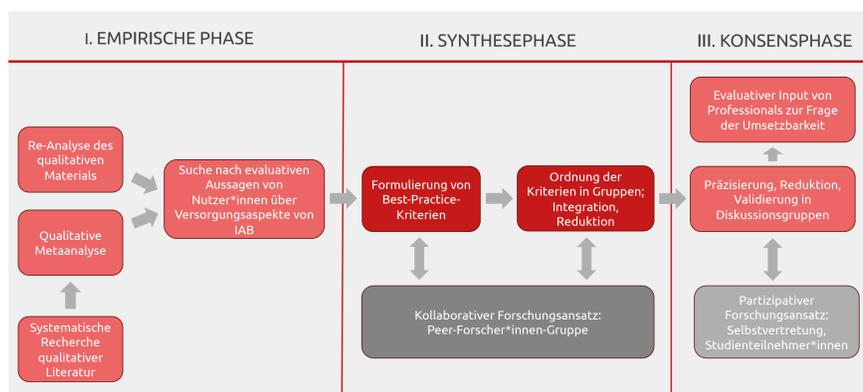
Die Erarbeitung der Best-Practice-Kriterien erfolgte in verschiedenen Phasen (siehe Abbildung 1). In einer ersten Projektphase (Empirische Phase) wurden die Erfahrungen mit der StäB und Erwartungen an eine gute StäB aus Sicht von Nutzer*innen (n=55) und deren Angehörigen (n=14) mittels qualitativen Interviews an 10 Standorten in Deutschland erhoben. In der Synthesephase erfolgte im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine inhaltsanalytische Auswertung der Interviewtranskripte. Dabei wurden gezielt evaluative Aussagen über spezifische Struktur- und Prozessmerkmale der StäB identifiziert und zu thematischen Hauptkategorien (Tabelle 1) zusammengefasst. Anhand der gesammelten und in Hauptkategorien sortierten Ankerzitate wurden die Best-Practice-Kriterien abgeleitet.

Das Projekt verfolgt einen **kollaborativ-partizipativen Forschungsansatz**³. Im Forschungsteam arbeiten Menschen mit und ohne eigene Erfahrungsexpertise (z.B. psychiatrische Behandlungserfahrungen oder Diskriminierungserfahrungen) zusammen, um Praxisnähe und die Nutzer*innenperspektive zu stärken.

Tabelle 1: Fünf der insgesamt zehn Hauptkategorien, nach denen die Ankerzitate gruppiert wurden.

HAUPTKATEGORIEN

Kontinuität
Kontaktmöglichkeiten in Krisen
Kontaktmöglichkeiten zu anderen Nutzer*innen
Organisation vor, während und nach der Behandlung
Medikamente



ARBEITSSCHRITTE DER SYNTHESPHASE



Abbildung 1: Der Ablauf der Entwicklung von Best-Practice-Kriterien erfolgt in drei Phasen; die vorliegende Arbeit bewegt sich in der Synthesephase (IAB: Intensive aufsuchende Behandlung; StäB: Stationsäquivalente Behandlung)

Ergebnisse

„Ich habe mich natürlich während meiner Akuterkrankung häufig allein gelassen gefühlt [...], aber nicht durch das StäB-Team, weil sie mir immer signalisiert haben, wenn was ist, melden Sie sich.“ (Ankerzitat Nutzer*in)

Im Rahmen des Wissenschaftspraktikums wurden zu zwei der zehn thematischen Hauptkategorien (Kontinuität, Kontaktmöglichkeiten in Krisen, siehe Tabelle 1) insgesamt 21 Best-Practice-Kriterien aus den Ankerzitaten definiert. Beispielhaft werden zu beiden Kategorien jeweils fünf Kriterien in Tabelle 2 und 3 gezeigt.

Es ließen sich anhand der Ankerzitate mehrere für Nutzer*innen zentrale Themen herausarbeiten, die sich in den Kriterien wiederfinden:

- **Kontinuität bei Behandlungskontakten**
- **Durchgehende Erreichbarkeit des Teams**
- **Flexibles Reagieren auf Bedürfnisse der Nutzer*innen**

Tabelle 2: Best-Practice-Kriterien der Kategorie „Kontinuität“; dargestellt werden beispielhaft jeweils fünf der insgesamt elf erarbeiteten Kriterien. (N: Nutzer*innen)

KONTINUITÄT

Definition: Die Bedeutung der personellen, thematischen und medikamentösen Kontinuität für die Behandlung in StäB

Zu Beginn der Behandlung sollte eine Bezugsbetreuung festgelegt werden. Die Nutzer*innen (N) sollten die Möglichkeit haben, die Bezugsbetreuung zu wechseln.
N sollte in einem Plan mit Namen mitgeteilt werden, welche Mitarbeitenden wann kommen.
Es muss stets sichergestellt sein, dass den N und den Mitarbeitenden dieselben Informationen (u.a. Datum, Uhrzeit, Kontaktperson) bzgl. bevorstehender Kontakte vorliegen.
Setting- bzw. Personalwechsel sollten wenn möglich im Vorfeld gut besprochen werden, um eventuellen Informationsbedarf oder Ängste aufzufangen.
N sollten bei Verspätungen oder Verfrühungen des StäB-Teams unmittelbar informiert werden.

Tabelle 3: Best-Practice-Kriterien der Kategorien „Kontaktmöglichkeiten in Krisen“; dargestellt werden beispielhaft jeweils fünf der insgesamt zehn erarbeiteten Kriterien. (N: Nutzer*innen)

KONTAKTMÖGLICHKEITEN IN KRISEN

Definition: Um akute Krisen bei N auffangen zu können, sollte ein 24/7 erreichbarer telefonischer Krisendienst mit kriseninterventionellen Unterstützungsmöglichkeiten vorgehalten werden.

Das StäB-Team sollte mit einem telefonischen Krisendienst ausgestattet sein, über den Mitarbeitende rund um die Uhr erreichbar sind. Nutzer*innen (N) sollten über das Bestehen dieses Dienstes umgehend informiert werden.
Zum Ende einer StäB-Episode sollten N darüber informiert werden, dass sie sich auch nach Entlassung jederzeit bei den bekannten Mitarbeitenden melden können.
N sollten darüber informiert werden, dass sie im Falle einer Verschlechterung ihres psychischen Zustandes rund um die Uhr stationär aufgenommen werden können, sofern das von ihnen gewünscht ist.
Wenn N bei/nach einem StäB-Kontakt besonders belastet wirken, sollten Mitarbeitende den N zusätzliche Unterstützung anbieten, z.B. in Form eines Telefonats später am Tag.
Bei der Entlassung sollten N darüber informiert werden, dass sie jederzeit wieder in StäB aufgenommen werden können. Das reduziert Ängste und vermittelt Sicherheit.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegenden Zwischenergebnisse zeigen, welche Merkmale für eine gute StäB aus Nutzer*innensicht unabdingbar sind. Diese decken sich auch mit internationalen Forschungsergebnissen⁴. Die Best-Practice-Kriterien müssen jedoch in den folgenden Schritten durch die Nutzer*innen konkretisiert und validiert werden. Um die Umsetzbarkeit sicher zu stellen, muss außerdem eine Prüfung durch weitere beteiligte Interessengruppen erfolgen.

So kann das Best-Practice-Modell umsetzende Kliniken auf dem Weg zu einer nutzer*innenzentrierten und qualitätsvollen StäB unterstützen.

Referenzen

- ¹ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller S, Becker T, Herausgeber. Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie [Internet]. AWMF Online; 2019. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/4a081f97b24d01a36bd970d5f3823d562404cd/S3-LL-PsychosozTherapien-Kurzfassung.pdf. Zuletzt abgerufen am: 23.01.2023
- ² Baumgartl J, Schwarz J, Bechdorf A, Nikolaidis K, Helmze M, Hamann J, u. a. 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*. 30, März 2021;21(1):173.
- ³ von Peter S. Partizipative und kollaborative Forschungsansätze in der Psychiatrie. *Psychiat Prax*. November 2017;44(08):431-3.
- ⁴ Morant N, Lloyd-Evans B, Lamb D, Fullerton K, Brown E, Paterson B, u. a. Crisis resolution and home treatment: stakeholders' views on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry*. Dezember 2017;17(1):254.

Kontakt:
 Hannah Mundry
 Medizinische Hochschule Brandenburg
 hannah.mundry@mhb-fontane.de