

Persönliche PDF-Datei für Glück R, Göppert L, Ziegenhagen J.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Vorteile der Modellversorgung

Nervenheilkunde

2023

787–792

10.1055/a-2150-7233

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Nervenheilkunde* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0722-1541

Vorteile der Modellversorgung nach § 64b SGB V aus Sicht von Nutzern

Forschungsbericht aus der PsychCare-Prozessevaluation

Advantages of model care according to § 64b SGB V from the user's perspective

Research report from the PsychCare process evaluation

Autorinnen

Rosa* Kato Glück, Lena Göppert, Jenny Ziegenhagen

Institut

AG Psychische Gesundheit, Medizinische Hochschule Brandenburg

Schlüsselwörter

Bewertung Nutzerinnen, kollaborative Forschung, Erleben, Bedürfnisorientierung

Key words

User evaluation, collaborative research, experience, need orientation

Bibliografie

Nervenheilkunde 2023; 42: 787–792

DOI 10.1055/a-2150-7233

ISSN 0722-1541

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Rosa* Kato Glück

AG Psychische Gesundheit, Medizinische Hochschule Brandenburg, Immanuel Klinikum Rüdersdorf
Universitätsklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Seebad 82/83
15562 Rüdersdorf bei Berlin, Deutschland
rosa.glueck@mhb-fontane.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die Modellvorhaben nach §64b SGB V formulieren die Absicht, sich stärker an den individuellen Bedürfnissen der Nutzerinnen der psychiatrischen Versorgung auszurichten. Während der kollaborativen Prozessevaluation PsychCare wurden auf Basis von Interviews mit Nutzern Merkmale der Modellversorgung entwickelt, anhand derer das Erleben der Nutzerinnen beschrieben und die Bedürfnisorientierung der Modellkliniken im Kontrast zur Regelversorgung evaluiert wurden.

ABSTRACT

The model projects in accordance with §64b SGB V proclaim the intention to focus on the individual needs of users of psychiatric care. During the collaborative project PsychCare we developed components of model care based on interviews with users. The components were designed and used to describe the users experiences and evaluate the need orientation of model clinics in contrast to standard care.

Einleitung

Die Modellvorhaben nach § 64b Sozialgesetzbuch V haben zum Ziel, neue Wege in der Versorgung von Menschen in psychischen Krisen zu erproben, wobei diese Vorhaben es ermöglichen sollen, die Behandlung stärker an die individuellen Bedürfnisse der Nutzerinnen anzupassen. Als Nutzer bezeichnen wir nachfolgend Menschen, die psychiatrische Versorgungsleistungen nutzen, auch wenn dieser Begriff verschleiert, dass diese Menschen diese Leistungen nicht immer freiwillig in Anspruch nehmen.

Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse aus der partizipativen Prozessevaluation der in diesem Themenheft genannten PsychCare-Studie dargestellt. Diese Prozessevaluation nutzte ein kollaboratives Forschungsdesign, wurde also durch eine Gruppe von Forschern mit und ohne Erfahrungsexpertise umgesetzt [1]. Erfahrungsexpertise (EE) gründet sich in persönlichen Erfahrungen von psychischen Krisen, psychiatrischer Behandlung und gesetzlicher Betreuung, und/oder psychosozialer Begleitung. Das Erleben gesundheitlicher, beruflicher, sozialer oder ökonomischer

Konsequenzen aufgrund dieser Situationen ist ein weiterer Aspekt von EE, aber auch das Wissen darum, was notwendig ist, um Recovery- und Empowerment-Prozesse zu fördern. Im Rahmen einer kollaborativer Zusammenarbeit fließt EE unmittelbar in alle Phasen eines Forschungsprozesses ein.

Aufbauend auf den Ergebnissen des kollaborativen Forschungsprozesses der PsychCare-Prozessevaluation haben wir als Forscherinnen mit EE diesen Artikel verfasst, um vor allem den Perspektiven von Nutzerinnen Raum zu geben. Nach einer kurzen Darstellung des Vorgehens der Prozessevaluation werden zentrale Ergebnisse dieser Studie vorgestellt, gefolgt von methodischen Überlegungen, die sich mit der Frage beschäftigen, wie sich die Wissensproduktion verändert, wenn Forscher mit EE in Forschungsprojekten mitarbeiten.

Ablauf und Methoden der PsychCare-Prozessevaluation

Umfassendere Informationen zum Ablauf und den verwendeten Methoden der PsychCare-Prozessevaluation finden sich anderen-

orts [2–4]. Diese Prozessevaluation ist als ein Folgeprojekt der Eva-Mod64b-Studie zu verstehen [5], die ebenfalls zum Ziel hatte, Modellvorhaben und ihre vielfältigen Auswirkungen zu untersuchen. Aus dieser Vorläuferstudie nutzen wir im ersten Schritt Fokusgruppenmaterial, das wir mit Hilfe eines an die kollaborative Zusammenarbeit angepassten Grounded-Theory Analyseverfahrens auswerten. Dabei entstanden 12 Merkmale (► Tab. 1), die als zentrale Orientierungspunkte und Auswertungsachsen für die Entwicklung, Durchführung und Auswertung von 71 problemzentrierten Interviews mit Nutzern aus Modell- und Kliniken der Regelversorgung dienten. Die leitgebende Frage dieser Untersuchung war, inwiefern die Modell- im Vergleich zur Regelversorgung eine flexiblere und bedürfnisgerechtere Versorgung ermöglicht.

Nach der qualitativen Auswertung des Interviewmaterials wurden die dabei entstandenen Codes und Kategorien quantifiziert, um die Daten aus den Modell- mit denen aus den Regelkliniken systematischer vergleichen zu können. Auch dieser Prozess ist umfassender an anderer Stelle beschrieben [2]. Nachfolgend konzentrieren wir uns auf die Darstellung der qualitativen Zusammenhänge der entwickelten Merkmale, um verschiedene Vorteile der Modell-

► Tab. 1 12 Merkmale der PsychCare-Prozessevaluation

Merkmalsname	Kernsatz	Legende
Flexibilität	„Ich habe verschiedene Möglichkeiten“	Eine Person erlebt, dass sie den Behandlungsrahmen wählen und diesen an die eigenen Bedürfnisse flexibel anpassen kann.
Aktivität	„Ich kann mich bewegen“	Eine Person erfährt sich durch die Behandlung als handelnd und wirksam. Aktivität kann sich auf konkrete Betätigungen beziehen, aber auch auf innere Prozesse, wie Nachdenken, Entscheidungen treffen etc.
(Vermeidung von) Stigmatisierung	„Ich bin nicht falsch“ (Selbststigmatisierung) „Du bist nicht falsch/musst dich nicht ändern (Fremdstigmatisierung)“	Eine Person erfährt sich in der Behandlung als richtig, erwünscht und mit sich in Beziehung. Eine Person wird von Mitarbeitern so gelassen und akzeptiert, wie sie ist.
Alltagsnähe	„Ich werde nicht herausgerissen“	Eine Person erlebt, dass sie ihren Alltag während oder trotz der Behandlung aufrechterhalten, bzw. fortführen oder weiterentwickeln kann.
Autonomie	„Ich bestimme selbst und werde darin unterstützt“	Eine Person erfährt sich in der Behandlung selbst bestimmt und -verantwortlich; sie wird darin von Mitarbeitern unterstützt, auch wenn diese vielleicht nicht immer mit allen Entscheidungen einverstanden sind.
Sicherheit	„Ich bin nicht allein“	Eine Person erfährt während der Behandlung jederzeitige Verfügbarkeit von Unterstützung und dadurch Halt und Sicherheit.
Kontinuität	„Ich muss nicht immer von vorn anfangen“	Eine Person erlebt Kontinuität. Unter Kontinuität verstehen wir, dass Personen, Abläufe, Orte während der Behandlung dieselben geblieben sind.
Intensität	„Die Umstände ermöglichen, dass ich mich auf mich einlassen kann und dass ich etwas für mich lerne“	Die Umstände der Behandlung tragen dazu bei, dass eine Person sich auf die Themen, die sie beschäftigen einlassen kann. Dadurch hat sich das Verständnis der Person von sich und ihrer Situation verändert.
Wissen	„Mein Wissen wird genutzt und für mich wichtige Informationen werden bereitgestellt“	Eine Person erlebt, dass ihr Wissen und ihre Kompetenzen während der Behandlung anerkannt und einbezogen werden. Sie erhält barrierearm und zur richtigen Zeit Informationen (z. B. über Versorgungsangebote, Hierarchien und andere institutionelle Bedingungen) die sie benötigt, um fundierte Entscheidungen treffen zu können.
Zeit	„Ich bekomme die Zeit, die ich brauche“	Eine Person erlebt, dass sie ausreichend Zeit/Raum/Kontakt/Gespräche erhält, um z. B. ihre Fragen zu klären, sich (in ihrem eigenen Tempo) zu entwickeln, sich zu sammeln etc.
Solidarität (und Unterstützung)	„Wir (Nutzer) können uns gegenseitig beistehen und Verständnis füreinander haben“	Eine Person erlebt Behandlungsbedingungen, die ausreichend Raum für den (un-)moderierten Austausch und die gegenseitige Unterstützung von Nutzern untereinander ermöglichen.
(Abwesenheit von) Zwang und Gewalt	„Es wird nichts passieren, was ich nicht möchte“	Eine Person erlebt keinen Zwang und keine Gewalt während der Behandlung.

versorgung für die befragten Nutzerinnen darzustellen. Wenn auch in der statistischen Auswertung Unterschiede zwischen Modell- und Regelversorgung nachweisbar waren, findet dieses ebenfalls Erwähnung.

Ergebnisse der Prozessevaluation

Sowohl in den Modell- als auch in den Regelkliniken fanden wir unterschiedliche Varianten der Umsetzung vor, was einen Vergleich dieser Versorgungsbedingungen erschwerte. Auch wenn wir mit den Merkmalen versucht haben, das Gemeinsame und Übergreifende an der Modellversorgung zu fassen, ist es demnach nicht möglich von „der Modellversorgung“ zu reden, gleiches trifft auch auf „die Regelklinik“ zu.

Bereits bei der ersten Auswertung des Interviewmaterials zeigte sich, dass die 12 entwickelten Merkmale untereinander stark verwoben sind, wobei sich einzelne näherstehen als andere. Diese Einschätzung bestätigte sich im Verlauf der vertiefenden Auswertung. Im Folgenden sind einige Merkmale und ihre Verbindungen untereinander beschrieben, um einen Eindruck von der Komplexität und vielfältigen Effekte der Modellversorgung zu vermitteln.

Flexibilität, Kontinuität

Die beiden Merkmale „Flexibilität“ und „Kontinuität“ sind zentral für die Modellversorgung, sie prägen diese Form der Versorgung besonders, was sich in der quantitativen Auswertung zeigte. So kam es im Kontext der Modellklinken bspw. häufiger zu einer Kontinuität auf der Ebene der Mitarbeiterinnen, wenn ein Nutzer von einem vollstationären in ein teilstationäres oder ambulantes Setting wechselte oder umgekehrt. Dies verhinderte den sonst in der psychiatrischen Behandlung so häufigen Abbruch von Beziehungen und ermöglichte Nutzerinnen, beständig an eigenen Themen zu arbeiten. Sie mussten ihre eigene Situation und Geschichte nicht immer wieder von vorne schildern und konnten leichter Vertrauen aufbauen, wie die folgende Aussage unterstreicht: „Na das ist schon besser, wenn jemand einen kennt. (...) im Laufe der Zeit ist das dann halt so, Sie weiß, was ich für Probleme hatte oder welche Probleme ich habe oder welche Krankheiten. Und da ist das natürlich besser, wenn man mit ein und demselben reden kann. Man fühlt sich auch vertrauter.“ (P78PJ)

Intensität, Sicherheit

Eine stärkere Kontinuität in der Versorgung beeinflusst das Erleben von „Intensität“ und „Sicherheit“ einer Behandlung: Wenn Mitarbeiter über Setting-Grenzen hinweg kontinuierlich anwesend und für Nutzerinnen ansprechbar sind, ermöglicht dies Nutzern, sich sicherer zu fühlen – ein Zusammenhang, der ebenfalls in der quantitativen Untersuchung nachgewiesen werden konnte. Durch eine flexible Änderung des Settings kann die Versorgung an verschiedene Bedürfnisse der Nutzerinnen angepasst werden. Sich ändernde Lagen können so durch einen passenden Behandlungsrahmen entsprochen werden. Ausschlaggebend für ein Gefühl von Sicherheit ist unter anderem eine „innere Anwesenheit“ der Mitarbeiter, also ein Zugewandt-sein und Interesse an den Themen der Nutzerinnen. Dies führt dazu, dass diese sich mit sich und ihren Themen befassen können. Das Wissen darum, Mitarbeiter jederzeit erreichen zu können und mit Personen zu reden, die sie gut ken-

nen, spielt dabei eine entscheidende Rolle: „Und wo ich stationär war und die Sicherheit brauchte, (...) da war ich in der Angsterprobung zu Hause und ich weiß gar nicht mehr was da war, auf jeden Fall war ich total panisch und habe dann hier angerufen und konnte dann also telefonisch sage ich mal wieder runtergeholt werden, ne, also das das für mich dann in Ordnung war und ich musste nicht abrechen. Ich konnte dann halt zu Hause bleiben, weil ich wusste, der Mensch der, da an der anderen Seite ist, der kennt mich. Ne, das war halt wichtig. Das war nicht irgendjemand. Ne?“ (P106TB)

Durch diese enge Begleitung und vertrauensvolle Beziehung (mit „nicht irgendjemand“) hatte die Nutzerin die Sicherheit, die Erprobung nicht abrechnen zu müssen, sondern konnte sich im eigenen Zuhause, im „Leben danach“, ausprobieren. Das hat ihr ermöglicht, mit einer Panikattacke umgehen, ohne dabei eine Unterstützungsperson vor Ort zu brauchen.

Die stärkere Flexibilität und Kontinuität in der Modellversorgung im Vergleich zur Regelversorgung hat also zur Folge, dass bei Nutzern ein Gefühl der Sicherheit entstehen kann, da sie wissen, an wen sie sich in akuten Krisenzeiten wenden können, auch wenn sie zu diesem Zeitpunkt nicht stationär versorgt werden. So bieten einige Modellkliniken nach der Entlassung eine Begleitung durch dieselben Mitarbeiterinnen an, was den Übergang von einer engmaschigen Versorgung hin zu reduzierten Angeboten erleichtert. Auch hier findet sich eine Verbindung zwischen den Merkmalen „Kontinuität“ und „Sicherheit“, der Sicherheit, nach der Entlassung weiter begleitet zu werden. Allein das Wissen um diese Möglichkeit kann vor Krisen schützen, so wie, umgekehrt die Angst davor, keine gute Unterstützung zu erhalten, Krisen hervorrufen und verstärken kann.

Aktivität

Durch eine intensive Begleitung und sichere Umgebung kann eine „innere Bewegung“ entstehen, die wir dem Merkmal „Aktivität“ zugeordnet haben und die sich sowohl auf äußere Aktivitäten als auch auf Veränderungen im Erleben der Nutzer bezieht. Aktivität kann zu Erkenntnissen führen, die dabei helfen, das eigene Leben besser zu begreifen und Krisen vorzubeugen oder abzuschwächen. Auch hier konnten uns die Nutzerinnen der Modellkliniken (im Vergleich zu denen der Regelversorgung) eher davon berichten, dass sich bspw. ihre Selbstwahrnehmung und andere Einstellungen, z. B. Zuversicht, im Laufe der Versorgung verändert hatten: „Es ist etwas in Gang gesetzt worden in mir. So einige Sachen, die ich vorher nicht getan habe, die ich heute mache und tue. (...) Die auch besser sind so, als es früher war. Und das freut mich auch (...).“ (P115PJ)

Alltagsnähe

Aktivität wurde durch Aspekte gefördert, die wir mit dem Merkmal „Alltagsnähe“ zusammenfassen: Der Aufenthalt in einer Regelklinik wurde von den befragten Nutzern oft wie das Leben in einer Parallelwelt beschrieben, und Alltagsroutinen und soziale Beziehungen zu Angehörigen oder Freunde als Teil einer Welt „außerhalb“ der Station. Wenn Nutzerinnen entsprechend ihren Bedürfnissen und Lagen von einer Station in die Tagesklinik wechseln und sie wieder einen Teil ihres Alltags leben konnten, wurde die Behandlungssituation weniger als „künstliche Welt“ empfunden. Ein Nutzer beschrieb diese Erfahrung folgendermaßen: „(...) man kann auf Sta-

tion nicht alles heilen, also (...) die sind für den akuten Fall, aber nicht für das (...) Leben danach (...) – das liegt nicht in deren Fokus. Und wenn das dann zu lange ist (...), dass dann eben dieser stationäre Aufenthalt zu lange sein kann, weil man hat dann IMMER nur weiße Betten, ja. Und (...) die weißen Betten (...) sind nicht die Realität, ja?“

Dieses Zitat, das sich auf eine Regelklinik bezieht, macht deutlich, wie wichtig es ist, Alltagsnähe auch während der Versorgung aufrecht zu erhalten. Auch zum Merkmal Alltagsnähe werden Zusammenhänge deutlich, z. B. zu den Merkmalen Kontinuität und Flexibilität, aber auch zum Merkmal Sicherheit: Übergangssituationen, wie die Umstellung von einem stationären Aufenthalt auf eine Situation ohne oder mit weniger Versorgung, bedeuten immer auch ein Risiko für das Wohlergehen der Nutzerinnen. Barrierearme Übergänge und kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Effekt stärkerer Alltagsnähe in der Behandlung können dieses Risiko vermindern: „(...) und diese Ansprechpartner also von der Pflege, die habe ich jetzt, ich bin ja noch in der PIA jetzt immer angeschlossen auch noch. Diese Gespräche finden auch noch statt. Also fühle ich mich sehr gut aufgehoben und wenn ich Probleme habe, und das kann in dieser Sucht, also Suchtdruck oder so ja auftauchen, hatte ich auch zwischendurch, bin ich hierhergekommen und hatte gleich einen festen Ansprechpartner, und mir wurde dann auch geholfen, also sehr gut aufgehoben.“ (P37TB-1)

Zeit

Eine weitere Möglichkeit, um den Übergang zwischen der Station und dem Zuhause der Nutzer zu erleichtern, ist eine Erprobungszeit, in der zu Hause geschlafen werden kann. Nutzerinnen sind dabei weiterhin in Kontakt mit Klinikmitarbeitern. Dieses Konzept begegnete uns in beiden Versorgungsformen. In einigen Modellkliniken sind solche Erprobungszeiten aber auch über längere Zeiträume möglich, wobei der Raum in der Klinik für Nutzer reserviert bleibt, was ihnen Druck nimmt und Sicherheit vermittelt, wodurch eine Destabilisierung verhindert werden kann. Es geht bei diesem Merkmal neben der gemeinsamen Aushandlung der Behandlungsdauer auch um räumliche Rückzugsmöglichkeiten, eine Berücksichtigung des individuellen Tempos und um das Stattfinden von (Therapie-)Angeboten als ein für Nutzerinnen bereitgestellter Raum.

(Vermeidung von) Stigmatisierung, Autonomie, Wissen

Die Vermeidung von Stigmatisierung setzt eine bestimmte Haltung der Mitarbeiter voraus, die von Wertschätzung geprägt ist, ein Aspekt, der ebenfalls in den Modellkliniken häufiger vorkam und mit dem Merkmal Sicherheit zusammenhängt. Sicherheit wird außerdem durch die Möglichkeit gefördert, autonom Entscheidungen treffen zu können. Dafür ist ein Zugang zu Wissen über verschiedene Möglichkeiten nötig. In der Modellversorgung waren sowohl dieses „Wissen“, das zum einen die Informationsweitergabe an die Nutzerinnen und zum anderen den Einbezug und die Wertschätzung des Wissens der Nutzer über sich selbst beinhaltet, als auch das Merkmal „Autonomie“ stärker ausgeprägt als in den Regelkliniken. Wird das Wissen der Nutzer einbezogen und Entscheidungen gemeinsam ausgehandelt, trägt dies auch zur Vermeidung oder Verringerung von (Selbst-) Stigmatisierungen bei.

(Abwesenheit von) Zwang und Gewalt

Insgesamt fand in den Modellkliniken weniger Zwang und Gewalt statt, doch auch hier wurden Zwangsmaßnahmen umgesetzt und Gewalt ausgeübt. Das Merkmal „(Abwesenheit von) Zwang und Gewalt“ zeigte sich vielschichtig; wir erfuhren von der Unmöglichkeit etwas mit Mitarbeiterinnen klären zu können, ignoriert zu werden, und dem nicht Eingehen auf Bedürfnisse, von „Unterbringungen“ und anderen Formen der Freiheitseinschränkungen und Gewalt. Das Merkmal ist klar verbunden mit allen anderen Merkmalen, wenn Zwang und Gewalt angewandt werden, dann werden alle positiven Bemühungen der Behandlung außer Kraft gesetzt.

Methodische Anmerkungen

Wie dargestellt, sind die entwickelten Merkmale nicht isoliert voneinander zu betrachten: Die Implementierung der Modellversorgung wirkt sich auf die Ausprägung der hinter den Merkmalen stehenden Aspekte der Operationalisierung aus. Die Nutzer der Modellkliniken beschrieben über alle Kliniken hinweg eine bedürfnisorientiertere und flexiblere Behandlung als die der Regelversorgung, und waren, wie in einer weiteren Teilstudie der PsychCare-Prozessevaluation gezeigt [3], insgesamt zufriedener. Gleichzeitig stellten wir uns die Frage, welchen Einfluss das kollaborative Studiendesign auf diese Forschungsergebnisse hatte. Diese Frage erscheint deshalb berechtigt, weil Patientenbefragungen grundsätzlich mit methodischen Herausforderungen verbunden sind [6, 7], z. B. hohen Zufriedenheitswerten, die sich durch sozial erwünschtes Antwortverhalten begründen lassen.

In diesem Zusammenhang zeigen die Ergebnisse der PsychCare-Prozessevaluation, dass sich Forschungsprozesse und -ergebnisse wesentlich verändern, wenn Forscherinnen mit EE ihr Wissen einbringen, was sich anhand einer Kontrastierung mit der Vorläuferstudie EvaMod64b gut nachweisen lässt [4]: Auch im Rahmen dieser Vorläuferstudie wurden Versorgungsmerkmale erarbeitet, in diesem Fall aber nicht kollaborativ, sondern durch Wissenschaftler ohne EE. Diese Merkmale sind anderenorts genauer beschrieben [8] und fassen eher organisationale und prozessbezogene Aspekte, die z. B. Fragen der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit, der Erreichbarkeit von Leistungen, der sektorübergreifenden Kooperation und andere eher strukturelle Implementierungsvoraussetzungen für die Modellversorgung betreffen.

Im Kontrast dazu wurden in der PsychCare-Prozessevaluation Merkmale entwickelt, die sich dadurch auszeichnen, dass sie ausschließlich das Erleben der Nutzerinnen abbilden. Ein paar Beispiele dazu: Merkmale wie „Flexibilität“, „Kontinuität“ und „Alltagsnähe“ zeigen zwar ebenfalls einen strukturbezogenen Fokus, doch bilden sie schon in ihrer Formulierung in Form von Ich-Sätzen (► **Tab. 1**) das Erleben der Nutzer ab. Selbst Merkmale, die über beide Studien hinweg ein ähnliches Phänomen beschreiben, wie „Flexibilität im Settingwechsel“ einerseits (PsychCare) und andererseits „Flexibilität“ (EvaMod64b), weisen in ihrer Ausrichtung und Bandbreite bemerkenswerte Unterschiede auf: Die Kategorie „Flexibilität im Settingwechsel“ beschreibt einen „unproblematischen Wechsel des Behandlungssettings“, der zeitnah und bürokratiearm stattfindet, d. h. der Fokus liegt auf Strukturen und Prozessen, auf einem reibungslosen Ablauf auf administrativer Ebene, wohingegen die Operationalisierung von „Flexibilität“ (PsychCare) das subjektive

Erleben der Nutzerinnen operationalisiert („ich kann frei wählen). Und am Merkmal „Autonomie“ (PsychCare), welches als das nutzerorientierte Gegenstück zu „Freie Steuerung therapeutischer Maßnahmen“ (EvaMod64b) verstanden werden kann, zeigt sich dieser Fokus: Während letzteres als „keine/weniger bürokratische Kontingenzen therapeutischer Entscheidungen“ operationalisiert ist und somit den Wunsch von Mitarbeitern nach weniger Bürokratie fasst, ist das Merkmal „Autonomie“ durch den Ich-Satz „Ich bestimme selbst und werde darin unterstützt“ definiert und beschreibt, dass ein Nutzer sich im Rahmen der Versorgung selbstbestimmt erlebt und in dieser Autonomie unterstützt wird, auch wenn die Mitarbeitenden ihren Entscheidungen nicht immer zustimmen.

Die Prozessevaluation Psychcare stellte also deutlicher als die EvaMod64b-Vorläuferstudie das Erleben der Nutzerinnen in den Mittelpunkt der Untersuchung. Dieses wurde möglich, weil im Rahmen der Prozessevaluation ganz neue Merkmalsbereiche entwickelt wurden, die es in der Vorläuferstudie so nicht gegeben hatte: Die Merkmale „(Vermeidung von) Stigmatisierung“, „(Vermeidung von) Zwang und Gewalt“ sowie „Sicherheit“ waren während der kollaborativen Zusammenarbeit für die Forscherinnen mit EE von zentraler Bedeutung und wären ohne ihre Arbeit in der Prozessevaluation nicht herausgearbeitet worden. Das Merkmal „(Abwesenheit von) Zwang und Gewalt“ als eigenständiges Merkmal zu erfassen, stieß beispielsweise auf Widerstand von Seiten der Forscher ohne EE.

Wenn es in der Versorgungsforschung gelingen soll, die Bedürfnisse und das Erleben der Nutzerinnen ins Zentrum zu stellen, so geht das aufgrund der notwendigen spezifischen Perspektive nicht ohne Forscher mit EE.

FAZIT

Im Rahmen unserer Studie konnten wir feststellen, dass sich das Maß an Bedürfnisorientierung in den Modellkliniken insgesamt verbessert hat. Das ist ein sehr erfreuliches Ergebnis und spricht dafür, die eingeschlagene Richtung der Modellversorgung weiter zu verfolgen. Gleichzeitig ist die Modellversorgung noch ausbaufähig, viele Potenziale dieser Versorgungsform sind aus unserer Sicht bisher ungenutzt geblieben.

So fehlt es an Ressourcen für die Durchführung von institutionsunabhängigen Peer-Support-Projekten. Genesungsbegleiter werden in Kliniken zunehmend einbezogen, aber gegenseitige Unterstützung im Rahmen von Peer-to-Peer-Projekten gilt als nicht förderfähig und somit auch nicht als durchführbar. Auch von Peers geleitete oder kollaborative Bildungsangebote, die auf Erfahrungswissen basieren z. B. im Rahmen von Recovery-Colleges sind in Deutschland schwer zu etablieren. Fehlende sektorübergreifende Kooperationen können Ursache für einen gefährlichen Mangel oder ein Übermaß an Unterstützung sein. Die Einbeziehung von Personen aus dem Umfeld der Hilfesuchenden sollte stärker ermöglicht werden, z. B. durch Implementierung der Methode des „Offenen Dialogs“. Spontane praktische Unterstützungsmöglichkeiten in schwierigen Lebenslagen könnten ein wichtiger Baustein zu Vermeidung von Krisen sein. Die

Möglichkeiten z. B. psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, um Krisenursachen abzubauen, sind für viele Nutzer schwer erreichbar oder nicht vorhanden und müssen dringend verbessert werden. Es entbehrt jeder Logik, zunehmende Zahlen an Kriseninterventionsbedarf zu beklagen, während zu wenig Ressourcen für die Krisenvermeidung aufgewendet werden.

Eine systemische Betrachtung und Behandlung von Krisen und den Menschen, die sie betreffen – also auch der unterstützend oder therapeutisch tätigen Personen – könnte einen Weg bereiten, der von verschiedenen Beteiligten gemeinsam gegangen werden kann. Als Forscherinnen und als Peers waren wir betroffen, dass auch in Modellkliniken Mitarbeiter Zwang und Gewalt gegen Nutzer ausübten. Solange Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden oder andere subtile Formen der Gewalt in Kliniken Alltag sind, wirkt die Bezeichnung „Bedürfnisorientierung“ beinahe zynisch. Deshalb fordern wir ein Ende der Gewalt gegenüber Nutzerinnen als verpflichtende Basis für alle weiteren Entwicklungen. Gewaltfreiheit ist die Voraussetzung für eine ernstgemeinte Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen von Nutzern, mit dem Ziel, diese zugewandt, nachhaltig und angemessen zu unterstützen.

Interessenkonflikte

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Literatur

- [1] von Peter S. Partizipative und kollaborative Forschungsansätze in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis* 2017; 44(8): 431–43
- [2] von Peter S, Jänchen P, Göppert L, et al. Erlebensbezogene Qualitätsmerkmale für die psychiatrische Behandlung: Vorstellung eines vorläufigen multivariaten Konstrukts. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2023; 176: 51–60. doi.org/10.1016/j.zefq.2022.12.002
- [3] von Peter S, Krispin H, Glück RK, et al. Needs and Experiences in Psychiatric Treatment (NEPT)-Piloting a Collaboratively Generated, Initial Research Tool to Evaluate Cross-Sectoral Mental Health Services. *Frontiers in Psychiatry* 2022. doi.org/10.3389/fpsy.2022.781726
- [4] von Peter S, Glück R, Göppert L, et al. Wie erleben Nutzer*innen die Versorgung? Vom Mehrwert partizipativ-kollaborativer Forschung. *Psychiatr Prax* 2022; 49(01): 8–10. doi: 10.1055/a-1695-6019
- [5] von Peter S, Ignatyev Y, Indefrey S, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany – A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers Psychiatry* 2019. doi.org/10.3389/fpsy.2018.00785
- [6] Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine* 1994; 38(4): 509–516
- [7] Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services* 2009; 22(1): 8–19
- [8] von Peter S, Ignatyev Y, Indefrey S, et al. Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. *Nervenarzt* 2017; 89(5): 559–564. doi: 10.1007/s00115-017-0459-z