

Zur Rolle organisationaler Variablen bei der Implementierung sektorenübergreifender psychiatrischer Versorgung und stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland

Ein Literatur- und Theorie-Review

The Role of Organizational Indicators within the Implementation of Cross-Sectoral Mental Health Care and Home Treatment in Germany

A Literature and Theory Review

Autoren

Christian Klode¹, Tilman Steinert², Andreas Blume³, Peter Brückner-Bozetti⁴, Aysin Senkal⁴, Michael Lingenfelder⁵

Institute

- 1 Interdisziplinäres Forschungsprojekt APP, Institut für Health Care Management an der Philipps-Universität Marburg
- 2 Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm
- 3 Abteilung Versorgungsforschung, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Ravensburg
- 4 Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH, Bremen
- 5 Institut für Health Care Management an der Philipps-Universität Marburg

Schlüsselwörter

Psychiatrie, organisationale Transformation, Personalmanagement, sektorenübergreifende Versorgung, stationsäquivalente Behandlung

Keywords

psychiatry, organizational transformation, human resource management, community mental health services, home treatment

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0044-101530>

Psychiat Prax

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dr. rer. pol. Christian Klode, Interdisziplinäres Forschungsprojekt APP, Institut für Health Care Management an der Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universitätsstraße 24, 35032 Marburg
christian.klode@uni-marburg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Anliegen Erörterung von organisationalen Treibern einer sektorenübergreifenden und aufsuchenden psychiatrischen Versorgung.

Methode Systematische Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken und zusätzliche Handsuche.

Ergebnisse Die Treibervariablen werden größtenteils adressiert, wenige davon wurden evaluiert, komplexe Ursachen-Wirkungs-Modelle fehlen fast gänzlich.

Schlussfolgerungen Integration der vorgeschlagenen Treibervariablen in ein Evaluationssystem zur Abschätzung von Organisations- und Personalentwicklungseffekten.

ABSTRACT

Objective To elucidate organizational and human resource management-related drivers of community mental health services and home treatment in Germany.

Methods Systematic review of psychiatric and organizational science literature, additional manual search.

Results Relevant driver variables in community mental health services and home treatment have mostly been addressed. However, only a few have been evaluated and complex cause-and-effect models are missing so far.

Conclusions The proposed drivers, moderators, and throughputs should be integrated into an evaluation system that should be able to estimate effects of organizational and human resources on care-related and economic outcomes.

 Die Tab. 1 und 2 finden Sie online unter <https://doi.org/10.1055/s-0044-101530>

Einleitung

Im November 2016 wurde das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) verabschiedet. Vorausgegangen waren jahrelange Auseinandersetzungen mit einem bisher beispiellosen Engagement aller psychiatrischen Fachverbände. Derzeit stellt sich die Finanzierung von psychiatrischen Leistungen in Deutschland als kleinteilig fragmentiert dar. Die Rahmenbedingungen psychiatrischer Versorgungsangebote werden in verschiedenen Sozialgesetzbüchern geregelt und auch innerhalb eines Sozialgesetzbuchs, wie dem SGB V, werden strikte Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor gesetzt. Man hat sich u. a. erhofft, diese Fragmentierung der psychiatrischen Versorgung im Sinne einer flexiblen, individuellen Patientenbedürfnissen folgenden Versorgung reformieren zu können. Erfahrungen aus entsprechenden Modellprojekten nach § 64b SGB V sowie Projekten der Integrierten Versorgung und Regionalbudgets lagen bereits vor. Während die Forderungen von insgesamt 23 psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbänden [1] nach der Beibehaltung eines krankenhausindividuellen Budgetsystems weitgehend realisiert wurden, blieb das PsychVVG bezüglich der erhofften Flexibilisierung der Sektorengrenzen zwischen ambulantem und voll- bzw. teilstationärem Bereich weit hinter den Erwartungen zurück. Die bislang einzige echte Innovation war die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung. Diese wird von den genannten Verbänden, basierend auf guter Evidenz und internationaler Erfahrung, schon seit Längerem eingefordert [2]. Die Komplexität der zahlreichen unterschiedlichen Versorgungsangebote mit sich überschneidenden Zielgruppen erschwert u. a. die Beurteilung der Effektivität und Effizienz alternativer Versorgungsangebote auf klinisch relevante Erfolgsgrößen. Zur wissenschaftlichen Analyse sektorenübergreifender Versorgung setzten bislang durchgeführte Evaluationen als Zielgrößen klinische Outcomes, behandlungsassoziierte Merkmale sowie Zufriedenheits- und finanzielle Maße ein [2–4]. Schmid et al. weisen anhand von Evaluationen zur sektorenübergreifenden Versorgung an deutschen Kliniken auf positive klinische Outcomes hin, zeigen jedoch gleichzeitig, dass aufgrund der Heterogenität in Ausgangslage, Ausrichtung und Umsetzung unterschiedliche Leistungen in den beteiligten Kliniken erbracht werden [5]. Pfammatter und Junghan resümieren nach einer Sichtung evidenzbasierter gemeindeintegrierter Versorgungsmodelle, dass sich die Anpassung psychiatrischer Strukturen „weitgehend getrennt von der Entwicklung evidenzbasierter psychotherapeutischer Leitlinien für schwer und anhaltend psychisch Kranke“ vollzieht [6]. Erst jüngst haben Hamburger Versorgungsforscher um König et al. angekündigt, im Zuge der Auswertungen der seit Längerem laufenden „psychenet“-Begleitforschung erstmals auch in der deutschen Psychiatrie gesundheitsökonomische Analysen zur Kosteneffektivität der Implementierung ausgewählter Varianten von im angelsächsischen Raum verbreiteten Collaborative-Care-Modellen durchzuführen [7].

Mit dem aktuellen PsychVVG wurde jedoch neben sektorenübergreifender Versorgung auch die Rolle der Behandlung im

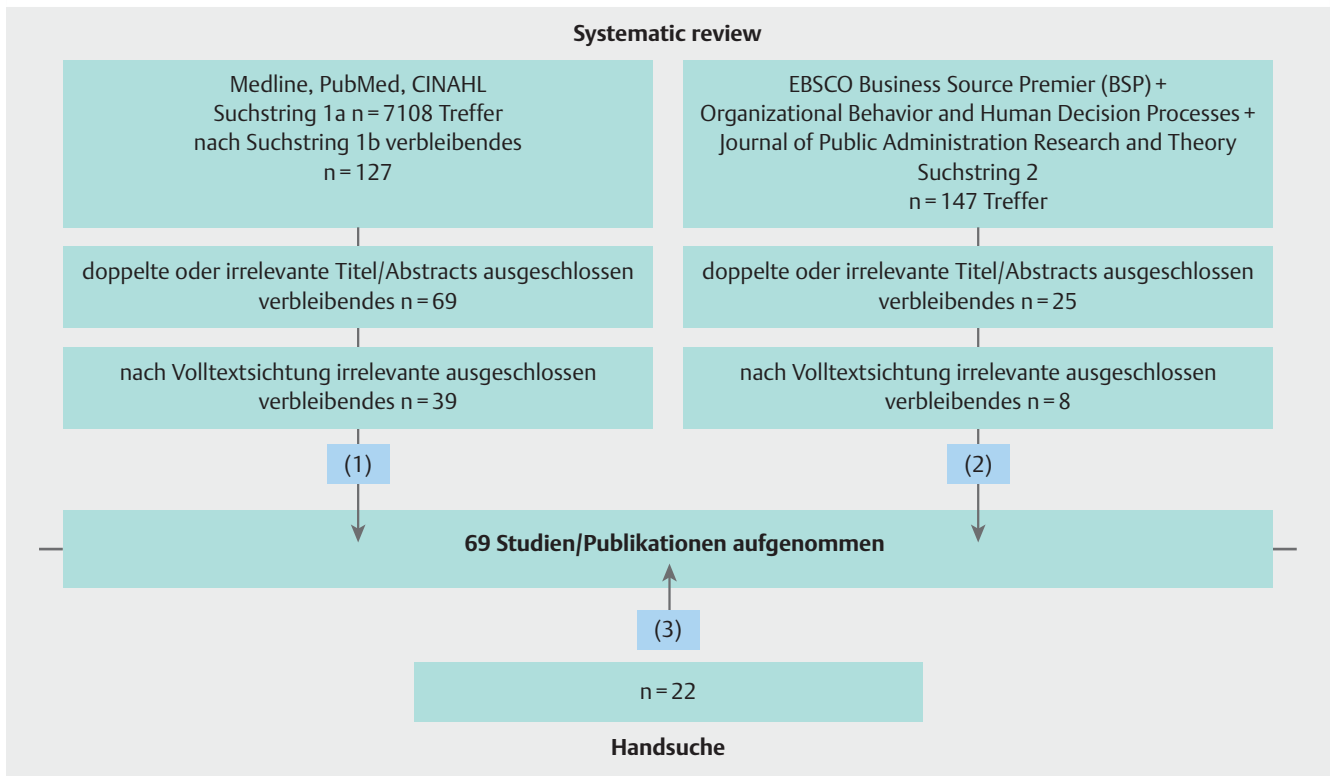
häuslichen Umfeld als stationsäquivalente Behandlung grundsätzlich gestärkt. Zwar lassen Studien zu klinischen Outcomes des Home Treatments [8] in Deutschland noch keine Generalisierung zu, jedoch zeigen Gühne et al. anhand eines Reviews von vier internationalen Studien sowohl Kostenvorteile und Behandlungsoptimierungen als auch Zufriedenheitsverbesserungen für solche stationsäquivalenten Behandlungsformen auf [2]. Da anzunehmen ist, dass unterschiedliche Leistungen wiederum Einfluss auf die Varianz der verschiedenen Outcomes haben, stellt sich die Frage, unter welchen organisationalen und personalmanagementbezogenen Bedingungen bestimmte, für Kliniken neuartige Leistungen erbracht werden, die als Bestandteile einer Vertikalisierung verstanden werden können. Vertikalisierung beschreibt hier die vor- bzw. nachgelagerte stufenweise Erweiterung des originären (überwiegend stationären) Dienstleistungsangebots. Weil psychiatrische Leistungen zum überwiegenden Teil aus Personalleistungen bestehen, lassen sich erfolversprechende Erklärungsansätze aus den Bereichen der organisationalen Transformation sowie des Personalmanagements aus der betriebswirtschaftlichen Literatur ableiten. Organisationale Variablen wurden bei der Beurteilung der Effekte sektorenübergreifender Versorgungsformen in Deutschland noch nicht eingesetzt. Daher hat die vorliegende Arbeit das Ziel, über ein Systematic Review einen nationalen wie internationalen wissenschaftlichen Anschluss zu finden. Etwaige Desiderata sollen durch den Transfer betriebswirtschaftlicher Erkenntnisse aus der Organisationstheorie und dem Personalmanagement abgeleitet werden. Dabei soll insbesondere auf mögliche Problematiken bei der Vertikalisierung psychiatrischer Leistungen durch die Implementierung sektorenübergreifender und stationsäquivalenter Maßnahmen eingegangen werden, wobei wir uns bei der stationsäquivalenten Behandlung (STäB) auf die im PsychVVG besonders hervorgehobene im häuslichen Umfeld stattfindende Versorgung (hier: Home Treatment) beschränkt haben [9]. Die Identifikation geeigneter Variablen sowie eine vorläufige Inventarisierung derselben für diese beiden Bereiche ist Ziel dieses Reviews. Zudem sollen Hinweise abgeleitet werden, wie ein grundsätzliches Modell strukturiert sein sollte, um diese Inventare abzubilden.

Aus der Zieldefinition für das vorliegende Literatur-Review ergeben sich daher die beiden nachfolgenden Fragestellungen:

- Welche Treibervariablen lassen sich in Bezug auf eine organisationale Transformation für die sektorenübergreifende Versorgung in der Psychiatrie extrahieren?
- Welche Treibervariablen lassen sich in Bezug auf die Arbeitsorganisation und das Personalmanagement für die stationsäquivalente Behandlung identifizieren?

Methodik

Zur systematischen Literaturrecherche wurden zum einen medizinisch relevante Literaturdatenbanken (US-NCBI, PubMed, EBSCO CINAHL) gewählt (Zeitpunkt: Anfang Oktober 2016, siehe Suchstring: [10]), zum anderen wurde mit EBSCO Business Source Premier (BSP) eine Datenbank ausgewählt, die eine betriebswirtschaftliche Perspektive bedient. Sofern nicht bereits in BSP enthalten, wurden ergänzend die zehn – nach dem Ran-



► **Abb. 1** Systematik der Literaturrecherche: Identifikation von Publikationen zur sektorenübergreifenden oder stationsäquivalenten Versorgung und zu organisationalen und personalmanagementbezogenen Themen.

king des Verbands der Hochschullehrer Betriebswirtschaft (VHB) für die Wissenschaftliche Kommission „Organisation und Personal“ am höchsten bewerteten – Journals ausgewählt und ebenfalls systematisch durchsucht (Zeitpunkt: Ende Oktober 2016). Als relevante Artikelarten galten dabei Studien und Reviews, deren Titel oder Abstracts ausgehend von stationärpsychiatrischer „[psychiatric OR mental] AND [hospital OR ward OR institution OR unit OR asylum OR inpatient OR inpatient“] Versorgung personal-, qualifikations- und organisationsbezogene Effektgrößen im Hinblick auf sektorübergreifende Anschlussversorgungsangebote unter besonderer Berücksichtigung der in der BRD angesichts jüngster PsychVVG-Integration voraussichtlich expandierenden Form „Home Treatment“ thematisierten. Dabei konnte es sich sowohl um empirische Studien als auch um theoriegeleitete Modellentwicklungen handeln. Da die Mehrzahl der positiv gescreenten Referenzen erwartungsgemäß dem angelsächsischen Raum entstammten, wurde der einheitliche Suchstring losgelöst von der in Deutschland üblichen, mehrere Sozialgesetzbücher übergreifend sektorenrefinanzierten Anbieterlogik aufgesetzt.

Ergänzend zu den beiden per Datenbankabfrage realisierten Literaturrecherchen wurde eine dritte, auf Referenzen in Literaturverzeichnissen basierende Sichtung als manuelle Suche durchgeführt, bei der auch einschlägige Veröffentlichungen aus der Organisationstheorie und dem Personalmanagement verwendet wurden [11, 12]. Zusätzlich wurden aktuelle Publikationen von deutschsprachigen Psychiatrie-Zeitschriften sowie Buchbeiträge gesichtet, die zum Zeitpunkt der Datenbank-

abfrage noch nicht veröffentlicht waren. ► **Abb. 1** zeigt die Ergebnisse der drei verschiedenen Suchpfade.

Ergebnisse

Die Trefferzahl belief sich nach dem ersten Durchgang für beide Datenbank-Suchpfade auf 274 Publikationen. Nach der Entfernung von Dubletten und der Durchsicht der Titel und Abstracts reduzierte sich die Anzahl auf 94 Publikationen. Nach der Sichtung des Volltextes wurden die Publikationen ohne Theorie- oder Empirieinhalte mit Bezug zur organisationalen Transformation oder zur Organisation von stationsäquivalenter Behandlung ausgeschlossen. Über die Handsuche wurden 22 Publikationen hinzugefügt, die entweder nach der Datenbankabfrage publiziert wurden oder nicht über die Datenbankabfrage auffindbar waren. Schlussendlich konnten 69 Publikationen als thematisch relevant identifiziert werden. Publikationen mit konkretem psychiatrischen Bezug werden mit einer Kurzbeschreibung der Inhalte bzw. Befunde in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt, wobei diese nach Art des Studiendesigns bzw. Verfahrens und thematischer Verortung sortiert wurden. Die Literaturanalyse zeigt ein inhaltlich breitgefächertes Spektrum, wobei zunächst Themen zur organisationalen Transformation im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung (► **Tab. 1** im Internet) und danach spezielle Themen mit direktem Bezug zur stationsäquivalenten Behandlung dargestellt werden (► **Tab. 2** im Internet).

Im Bereich „sektorenübergreifende Versorgung“ greifen rund ein Drittel der Publikationen auf interpretative Analysen, wie die Beschreibung von Fallbeispielen oder Theoriemodellen, zurück (► **Tab. 1** im Internet). Ein kleinerer Teil basiert auf qualitativen Interviews. Etwa die Hälfte wendet quantitative Verfahren an, die neben Tests auf Mittelwertunterschiede, die größtenteils in randomisierten kontrollierten Studien (RCT) realisiert wurden, auch explorative Verfahren wie Data-Mining und Cluster- und Faktorenanalyse umfassen. Konfirmative Verfahren wie Regressions- oder Mehrebenenanalysen liegen zu einem kleinen Teil vor. Es liegt lediglich eine Publikation aus Deutschland vor, die sich quantitativer Verfahren bedient. Hinsichtlich der Inhalte zeigt sich ein breites Bild: Neben Theoriearbeiten zur organisationalen Entwicklung wird die Rolle der Organisationskultur adressiert und in einem Fall auch empirisch untersucht. Hinsichtlich der einzelnen Sektoren wie Prävention, Behandlungsplanung, Evaluation, Personalmanagement, Netzwerkarbeit, Peer-Support bis hin zu Wissensmanagement erfolgen zahlreiche Hinweise größtenteils im Sinne einzelner „Best Practices“, wobei die Grundsätzlichkeit von positiven Effekten von sektorenübergreifender Versorgung im Vergleich zu vollstationärer Versorgung bereits 2013 von Malinovsky et al. anhand beispielsweise erhöhter Genesungsindikatoren und reduzierter Bettenanzahl nachgewiesen wurde [13].

Hinsichtlich der methodischen Anwendungen zeigt sich für die Publikationen zu der stationsäquivalenten Behandlung ein ähnliches Bild wie bei der sektorenübergreifenden Versorgung. Auch hier greift der Großteil auf narrative Methodiken zurück, qualitative Interviews wurden in zwei Fällen geführt. Quantitative Untersuchungen wie RCT, Prä-Post-Studien oder Querschnittsstudien wurden in vier Fällen in Großbritannien und in einem Fall in Deutschland durchgeführt sowie eine Mehrebenenanalyse in Deutschland. Aus inhaltlicher Perspektive werden zahlreiche Empfehlungen zur systematischen Integration mobiler multiprofessioneller Teams (u. a. Home Treatment-Teams) im gemeindepsychiatrischen Umfeld gegeben. Einige Studien weisen auf sowohl positive wie negative Konsequenzen aus der veränderten Beziehungssituation zwischen Klinik, stationsäquivalenter Versorgung und Patienten hin; eine Studie belegt anhand einer Mehrebenenanalyse positive Effekte auf Indikatoren der Versorgungsqualität nach HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) durch den Einsatz von geeignetem Personal mittels optimierter Auswahl und Entwicklung [14].

Ergänzungen aus organisationswissenschaftlicher Perspektive

Aus organisationstheoretischer Perspektive lassen sich betriebswirtschaftliche Modelle zurate ziehen, die Erklärungsansätze bzw. Treibervariablen für eine erfolgreiche organisationale Transformation eines monolithischen Klinikmodells hin zu einer funktionierenden sektorenübergreifenden Versorgung geben können. So gilt das von Kotter bereits 1995 entwickelte Modell als etabliertes Muster für einen gelungenen Wandel. Es setzt sich aus acht Stufen zusammen: (1) Dringlichkeit erzeugen, (2) Koalitionen schmieden, (3) Vision und Strategie entwickeln, (4) Vision kommunizieren, (5) Handeln aktivieren, (6) schnell Erfolge generieren, (7) Erfolge konsolidieren, mehr

Wandel initiieren und (8) Wandel in Organisationskultur integrieren [15]. Zur Erfassung von Organisationskultur liegt mit dem „Modell konkurrierender Werte“ von Cameron und Quinn ein breit akzeptiertes Diagnosemodell vor, welches Organisationen auf Basis zugeschriebener Eigenschaftsdimensionen wie „Stabilität und Kontrolle“ versus „Flexibilität und Diskretion“ sowie „interne Fokussierung“ versus „externe Fokussierung“ nach vier Kulturen typisiert [16]. Methodisch vergleichbar, basiert das von Bruch und Vogel entwickelte Modell zur Messung von organisationaler „Energie“ auf verschiedenen Zuschreibungen in Bezug auf deren Qualität und Intensität und integriert zusätzlich mögliche verursachende Variablen wie Führungsqualität, Verinnerlichung der strategischen Richtung, Erfolgsglaube, Commitment oder Kooperation [17]. Darüber hinaus existiert eine Reihe an Reifegradmodellen („Maturity Models“), die das Ziel haben, Prozesse und Strukturen in Organisationen stufenweise zu optimieren [18]. Diese Modelle lassen sich einerseits nach unterschiedlichen Aufbauebenen (Mitarbeiter, Projekte, Gesamt- bzw. Teilorganisation) und andererseits nach Art der eingesetzten Ressourcen und der realisierten Prozesse (Software, Systeme, Dienstleistungen) differenzieren. Da für eine erfolgreiche sektorenübergreifende Versorgung funktionierende multiprofessionelle Teams im Zentrum stehen, stellt sich die Frage nach einem geeigneten Management dieser Teams. Eine prominente Anwendung findet sich in dem Ansatz des situativen Führens nach Hersey und Blanchard, bei dem die Art des Führungsstils an den Reifegrad der jeweiligen Mitarbeiter angepasst sein sollte [19]. Ein aktueller Ansatz, der mit „Holakratie“ bezeichnet wird, stellt das Management durch Führungspersonen grundsätzlich infrage und bindet Verantwortung an innerhalb von Teams definierte Rollen [20]. Solche gruppenspezifischen Problematiken können aus der Organisationsstruktur der multiprofessionellen Teams resultieren, nämlich dann, wenn diese Mitarbeiter zugleich stationäre Aufgaben zu erfüllen haben. Die Bildung einer „hybriden“ Organisationsform, bestehend sowohl aus Elementen einer horizontalen Prozessorganisation (Klinikbereich) als auch aus Elementen einer vertikalen Funktionalorganisation (Patientenbereich), liegt bei einer intendierten Recovery-Orientierung nahe [21]. Da der Tätigkeitsbereich der multiprofessionellen Teams jedoch auch über die organisationalen Grenzen hinausreichen kann, stellt sich u. a. anhand der neueren Institutionenökonomik [11] die Frage, inwieweit sektorenübergreifende Maßnahmen von der Organisation selbst oder alternativ durch externe Versorgungsanbieter erbracht werden. Einen Schritt weiter geht die Netzwerktheorie, indem Themen wie die Schließung von strukturellen (Versorgungs-)Löchern oder die Vor- und Nachteile von starken bzw. schwachen Netzwerkbeziehungen (beispielsweise im gemeindepsychiatrischen Verbund) adressiert werden. Durch die Thematisierung von Governance im Rahmen der Ausbildung von sozialem Kapital kann dieser Ansatz hilfreich bei der Entwicklung neuer Versorgungsangebote sein [22].

Treibervariablen

In den nachfolgenden Tabellen erfolgt eine Zusammenschau der selektierten Publikationen anhand einer Aufführung von

► **Tab.3** Treibervariablen organisationaler Transformation.

Bereiche	Variable	Ref1	Ref2
1) Ursachen bzw. Voraussetzungen	Entwicklung neuer Versorgungs- bzw. Geschäftsmodelle; Bildung selbstständiger Organisationseinheiten	[24]**, [26]**, [30]	[11] K8
	Integration der Belegschaft im Rahmen des Change-Managements	[13]**	[68]
	Strategieentwicklung und Anpassung der Organisationskultur	[37], [43]*	[16]
	Identitätsentwicklung (Vision und Leitbild)	[13]**	[69]
	Verständnis für Netzwerkarbeit zwecks Übernahme geeigneter Versorgungsmodelle	[29]	[11] K10
	Controlling anhand von Diagnoseinstrumenten	[45]*, [46]*	
	Förderung von Kollaborationen in Bezug auf sozialpsychiatrische Forschung	[36]	
2) Eigenschaftskriterien	Verbesserung des Reifegrads zum grundsätzlichen Ausbau von Transaktionen bzw. Netzwerken	[38], [42], [49]*	[18], [22], [11] K7
	Verbesserung des Reifegrads zum Ausbau von Präventionsangeboten	[27]*, [28], [45]*, [51]**	[18]
	Verbesserung des Reifegrads zum Ausbau von Peer-Arbeit	[31], [33], [34], [41], [44]*	[18]
	Verbesserung des Reifegrads zum Ausbau von Arbeitsrehabilitation	[35], [50]	
3) Ziele	Optimierung des Integrationsgrads von gemeindenahen Therapieangeboten	[29], [53]	
	Entwicklung von Behandlungspfaden innerhalb der gemeindenahen Versorgung	[32], [39], [40], [46]*, [47]*	

REF1 = Referenzen aus Systematic Review und Handsuche
 REF2 = Referenzen aus Systematic Review und Handsuche im Bereich Organisation und Personalmanagement
 K = Kapitel
 * quantitatives Studiendesign
 ** quantitatives Studiendesign, komplexes Verfahren

► **Tab.4** Treibervariablen von stationsäquivalenter Behandlung.

Bereiche	Variable	Ref1	Ref2
1) Ursachen bzw. Voraussetzungen	Definition des Versorgungsangebots anhand von Dienstleistungskomponenten	[52], [55], [56]*, [63], [67]*	
	Definition und Kommunikation der Rollenbeschreibung innerhalb der Teams	[31], [53], [57]	[20]
2) Eigenschaftskriterien	Identifikation von erfahrenem und engagiertem Personal; angepasstes Recruiting	[14]**, [62]	
	Schulung von Personal durch angepasste Entwicklungsprogramme		[19]
	Umfassender Medieneinsatz zur Optimierung der Arbeit im Mitarbeiternetzwerk	[58], [59]	
	Multiple Angebote für niederschwellige Kontaktaufnahme	[51]**, [54]	
	Optimierte Erfassung von Patientenerwartungen durch aktive Teilnahme	[40]	
	Entwicklung trialogischer Behandlungspläne anhand von Diagnosetools	[28], [45], [46]*	
	Optimierung der Patientennetzwerkarbeit	[61], [66]*	
	Integration von Peer-Arbeit in die Arbeit der HT-Teams	[60]	
3) Ziele	Suizidproblematik im Home Treatment	[64]*, [65]*	
	Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und -loyalität	[48]*, [13]**	
	Steigerung der Patientenzufriedenheit	[49]*	

REF1 = Referenzen aus Systematic Review und Handsuche
 REF2 = Referenzen aus Systematic Review und Handsuche im Bereich Organisation und Personalmanagement
 * quantitatives Studiendesign
 ** quantitatives Studiendesign, komplexes Verfahren

Variablen für die beiden Themenbereiche „organisationale Transformation“ (► Tab. 3) und „stationsäquivalente Behandlung“ (► Tab. 4). Die Variablenuflistung folgt nach einer kausalen Systematik, nach der zunächst (1) Ursächlichkeiten bzw. Voraussetzungen wie beispielsweise interne oder externe Situationsvariablen aufgeführt werden, die einen möglichen Einfluss auf (2) organisationale bzw. personalbezogene Eigenschaftsvariablen haben, von denen wiederum etwaige Effekte auf (3) zentrale Zielvariablen angenommen werden können. So können beispielsweise Recovery-orientierte Leitbilder (zu Bereich 1) Ausprägung in transformativen Führungsstilen (zu Bereich 2) finden, innerhalb derer die Leitungsfunktion nach Rollen und nicht nach Statushierarchien ausgeübt wird. Dies wiederum kann sich positiv auf die Loyalität der Mitarbeiter (zu Bereich 3) auswirken, was sich neben erhöhter Verbundenheit auch in zusätzlichem Engagement für die Organisation äußern kann. Hier wird ein zirkulärer Bezug deutlich, indem das Engagement einzelner Mitarbeiter dynamisch über die Zeit hinweg positive Folgen auf die Identitätsbildung der Organisation haben kann.

Diskussion

Die Analyse der hier untersuchten Publikationen zeigt, dass in der Literatur schon einige Treiber von erfolgreicher organisationaler Transformation bzw. stationsäquivalenter Behandlung benannt und aus der Perspektive der Psychiatrie behandelt worden sind. Allerdings zeigt sich aus der betriebswirtschaftlichen Perspektive auch, dass größere Kontexte, wie die komplexen organisationalen Inhalte moderner gemeindepsychiatrischer Ansätze, bislang nicht hinreichend untersucht worden sind. Gühne et al. verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass sich „Effekte der Interventionen in den Experimentalgruppen ‚verwässern‘ und weniger deutlich werden“ [23] – insofern vermögen rein evidenzbasierte Forschungsdesigns die notwendige sowohl inhaltliche als auch methodologische Komplexität nicht adäquat abzubilden. Die oben aufgeführten Studien bzw. Publikationen sind hinsichtlich der verwendeten methodischen Ansätze zum größten Teil interpretativer Natur, bei denen mehrheitlich auf deskriptive bzw. bivariate Analysen (Mittelwertunterschiede, Messwiederholungen) zurückgegriffen wird. Multivariate Verfahren, bei denen Effekte auf klinische oder psychosoziale Outcomes über mehrere organisationale Einflussvariablen kontrolliert oder sogar geschätzt werden, sind momentan noch die Ausnahme; diese wichtige Konzeptionalisierung bzw. Operationalisierung sollte trotz der anspruchsvollen Methodik in einem nächsten Schritt angegangen werden (vgl. [13, 24]).

Vor dem Hintergrund des neuen PsychVVG ergeben sich für die einzelnen Organisationen auf unterschiedlichen Ebenen neue Herausforderungen bei der Gestaltung einer Recovery-orientierten, gemeindepsychiatrischen Versorgung. Strukturelle und regionale Merkmale der Kliniken, die personelle Besetzung – gemessen nach Qualität und Quantität – sowie der Umgang mit den Entgelt- und Finanzierungssystemen kennzeichnen die individuelle Lage der psychiatrischen Einrichtungen. Aus dieser Gemengelage ergibt sich eine mehr oder weniger

hohe Dringlichkeit zur Initiierung und Realisierung von Veränderungsmaßnahmen. Hilfreich für die Erfassung und Beurteilung dieser Gemengelage – sowohl im wissenschaftlichen als auch im anwendungsorientierten Kontext – können komplexe Erklärungsmodelle sein. Deren Komplexität ist u. a. dadurch gekennzeichnet, dass sowohl einige der unabhängigen Effektor als auch einige Outcome-Variablen nicht als eindimensional messbare Indikatoren, sondern als mehrdimensionale Messmodelle in Form von Konstrukten aufgefasst werden können. Zudem lässt sich zeigen, dass statistisch berechenbare Korrelationen zwischen Treibern und Konsequenzen nicht zwingend kausaler Natur sind, sondern, dass auch intervenierende Effekte – wie die Mitarbeiterzufriedenheit – als klinische oder psychosoziale Zielgrößen möglicherweise mitbeeinflussend zu modellieren sind. Aber auch an hierarchische Effekte wäre zu denken, wenn etwa organisationale Eigenschaften wie regionale und strukturelle Unterschiede oder unterschiedliche Formen der Organisationskultur zwischen Kliniken vorliegen. Hansen und Steinert bezeichnen organisationale (und nicht ausschließlich diagnostische oder therapeutische) Variablenbereiche treffenderweise als „throughput“ und betonen damit deren Endogenität im Kontext größerer Erklärungsmodelle [25]. Um Kausalitäten innerhalb solcher komplexen Modelle statistisch testen zu können, sollten die Effekte auf Basis von Zeitreihendaten über autoregressive Modelle geschätzt werden. Hinsichtlich der eigentlichen Messungen können solche Modelle allerdings einem vielschichtigen Bias aufgrund einer „Common Method-Varianz“ unterliegen, wenn beispielsweise im Rahmen einer Befragung gleichzeitig unabhängige und abhängige Variablen abgefragt werden. Eine Trennung der Messung kausal verbundener Einheiten, beispielsweise durch unterschiedliche Datenquellen (interne Dokumentation, Stakeholder-Befragungen, medizinische Outcomes oder Kostendaten) oder Erhebungszeitpunkte, sollte daher in solchen Modellen erfolgen.

Es konnte gezeigt werden, dass empirische Evidenz über Wirkzusammenhänge zwischen organisationaler Ausstattung, therapeutischem Engagement und kostenorientierten sowie patientenbezogenen Outcomes bislang nicht vorliegen. Die zunehmende Anzahl an Publikationen zu komplexen Modellen [13, 14, 26, 27] weist in diese Richtung, zeigt aber gleichzeitig die Schwierigkeit auf, wie komplexe Vorgänge, beispielsweise Recovery-Orientierung, zu operationalisieren sind. Überdies ist die Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus anderen Gesundheitssystemen fraglich. Zudem ist davon auszugehen, dass die vorhandenen Publikationen nicht das komplette Spektrum aller aktuell relevanten Themengebiete erfassen. Angesichts der aktuellen Bewegung in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland besteht ein dringender Handlungsbedarf hinsichtlich einer Entwicklung eines umfangreichen Variableninventars, das in der Lage ist, die Wirkbeziehungen in komplexen Strukturen abschätzen zu können.

Danksagung

Die Autoren danken den an der Untersuchung beteiligten psychiatrischen Einrichtungen für ihre Unterstützung und dem Forum für Gesundheitswirtschaft in Bremen für die Projektkoordination.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Mit der jüngsten Einführung des neuen PsychVVG werden Leitungen psychiatrischer Kliniken dazu ermutigt, ihre etablierten Versorgungsangebote mit vergleichsweise neuartigen Formen „sektorenübergreifender Versorgung“ zu ergänzen.
- Erkenntnisse der evidenzbasierten Forschung aus vorwiegend angelsächsischen Ländern lassen sich nur eingeschränkt auf deutsche Verhältnisse übertragen. Zudem leidet die bisherige Studienlage aus betriebswirtschaftlicher Sicht unter einer methodischen und perspektivischen Selektivität.
- Es besteht ein Bedarf an praxisrelevanten gesundheitsökonomischen Evaluationen der psychiatrischen Versorgung. Konzepte und Methoden der Wirtschaftswissenschaften zur multivariaten Analyse von Treibervariablen könnten dabei hilfreich sein.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Stellungnahme: Die Plattform Entgelt zum Kabinettsentwurf des PsychVVG. <https://www.dgppnde/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/kabinettsentwurf-psychvvg.html> [Stand: 28.11.2017]
- [2] Gühne U, Weinmann S, Arnold K et al. Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiat Prax* 2011; 38: 114–122
- [3] Kilian R. Gesundheitsökonomische Evaluation gemeindepsychiatrischer Interventionen. *Nervenarzt* 2012; 83: 832–839
- [4] Munz I, Ott M, Jahn H et al. Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung („Home Treatment“). *Psychiat Prax* 2011; 38: 123–128
- [5] Schmid P, Steinert T, Borbé R. Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorenübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiat Prax* 2013; 40: 414–424
- [6] Pfammatter M, Junghan UM. Integrierte psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch Kranken. *Nervenarzt* 2012; 83: 861–868
- [7] König HH, Grochtdreis T, Brettschneider C. Gesundheitsökonomische Evaluationen im Rahmen von psychenet. *Psychiat Prax* 2015; 42: 570–574
- [8] Widmann F, Bachhuber G, Riedelsheimer A et al. Home Treatment. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2016; 84: 42–49
- [9] Hepp U, Stulz N. „Home treatment“ für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 2017; 88: 983–988
- [10] Suchstring: http://app-projekt.info/wp-content/uploads/2017/03/APP_M5_M6_Paper_1_search_strings.pdf
- [11] Kieser A, Ebers M, Hrsg. *Organisationstheorien*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag; 2006
- [12] Scholz C. *Personalmanagement: Informationsorientierte und verhaltenstheoretische Grundlagen*. München: Vahlen; 2014
- [13] Malinovsky I, Lehrer P, Silverstein SM et al. An empirical evaluation of recovery transformation at a large community psychiatric rehabilitation organization. *Psychol Serv* 2013; 10: 428–441
- [14] Bauer E, Kleine-Budde K, Stegbauer C et al. Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons: A naturalistic study. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 242
- [15] Kotter JP. *Leading change: Why transformation efforts fail*. Harvard Business Review 1995; 73: 59–67
- [16] Cameron KS, Quinn RE. *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on The Competing Values Framework*. San Francisco: Jossey-Bass; 2011
- [17] Bruch H, Vogel B. *Organisationale Energie*. In: Bruch H, Krummacker S, Vogel B, Hrsg. *Leadership – Best Practices und Trends*. Heidelberg: Springer; 2006: 181–191
- [18] Blondiau A, Mettler T, Winter R. Design and Implementation Challenges of Maturity Models for Healthcare Organizations: An Experience Report. In: *International Symposium on Health Information Management Research (ISHIMR)*, 26.–28.06.2013, Halifax, Canada
- [19] Hersey P, Blanchard KH. *Management of organizational behavior: Utilizing human resources*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1993
- [20] Robertson BJ. *Holacracy: The revolutionary management system that abolishes hierarchy*. London: Penguin; 2015
- [21] Day GS. *Aligning the Organization with the Market*. MIT Sloan Management Review 2006; 48: 41
- [22] Jansen D, Wald A. *Netzwerktheorien*. In: Benz A, Luetz S, Schimank U et al., Hrsg. *Handbuch Governance*. Heidelberg: Springer; 2007: 188–199
- [23] Gühne U, Weinmann S, Arnold K et al. Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiat Prax* 2011; 38: 114–122
- [24] Johansen M, Zhu L. Market Competition, Political Constraint, and Managerial Practice in Public, Nonprofit, and Private American Hospitals. *J Public Adm Res Theory* 2014; 24: 159–184
- [25] Hansen U, Steinert T. Stationäre Behandlung und (Akut-)Psychiatrie als komplementäre Ressourcen mobiler multiprofessioneller Teams. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. *Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2016: 178–190
- [26] Miller SM, Moulton S. Publicness in Policy Environments: A Multilevel Analysis of Substance Abuse Treatment Services. *J Public Adm Res Theory* 2014; 24: 553–589
- [27] Rothermund E, Kilian R, Rottler E et al. Improving Access to Mental Health Care by Delivering Psychotherapeutic Care in the Workplace: A Cross-Sectional Exploratory Trial. *PLoS One* 2017; 12: 1–16
- [28] Bock T, Schulz G, Sielaff G. Prävention als Auftrag, Menschen psychische Erkrankung zu ersparen und zu ermöglichen. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. *Rundum ambulant*. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017: 203–218
- [29] Shay PD, Mick SS. Post-Acute Care and Vertical Integration After the Patient Protection and Affordable Care Act. *J Healthc Manag* 2013; 58: 15–27
- [30] D’Aunno T, Sutton RI, Price RH. Isomorphism and external support in conflicting institutional environments: A study of drug abuse treatment units. *Acad Manage J* 1991; 34: 636–661
- [31] Lacroix A, Eikmeier G. Praxis der Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Klinik. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. *Rundum ambulant*. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017: 150–163
- [32] Gill P, McKenna P, O’Neill H et al. Pillars and pathways: foundations of recovery in Irish forensic mental health care. *Br J Forensic Pract* 2010; 12: 29–36

- [33] Sielaff G, Ott R, Bock T. Genesungsbegleiter und ihre Wirkung in der ambulanten Psychiatrie. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. Runderum ambulant. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017: 132–149
- [34] Mahlke CI, Krämer UM, Becker T et al. Peer support in mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27: 276–281
- [35] Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil* 2011; 21: 126–133
- [36] McCay E, Cleverley K, Danaher A et al. Collaborative partnerships: Bridging the knowledge practice gap in client-centred care in mental health. *J Ment Health Train Educ Pract* 2015; 10: 51–60
- [37] Swensen S, Gorringer G, Caviness J et al. Leadership by design: intentional organization development of physician leaders. *J Manage Dev* 2016; 35: 549–570
- [38] Ruppert D, Stegbauer C, Bramesfeld A et al. „Die Hoffnung stirbt zuletzt...“ – sektorenübergreifende Kooperation in der Integrierten Versorgung. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 134–140
- [39] Farrelly S, Brown G, Rose D et al. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: Thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1609–1617
- [40] Hopkins C, Niemiec S. The development of an evaluation questionnaire for the Newcastle Crisis Assessment and Home Treatment Service: Finding a way to include the voices of service users. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 40–47
- [41] Haswell S, Bailey D. What is the role of a hospital service user’s representative scheme for promoting service user involvement in mental health care delivery? *J Ment Health Train Educ Pract* 2007; 2: 12–22
- [42] Finn LD, Bishop B, Sparrow NH. Mutual help groups: An important gateway to wellbeing and mental health. *Aust Health Rev* 2007; 31: 246–255
- [43] Johansson C, Åström S, Kauffeldt A et al. Culture as a predictor of resistance to change: A study of competing values in a psychiatric nursing context. *Health Policy* 2014; 114: 156–162
- [44] Chinman M, Young AS, Hassell J et al. Toward the Implementation of Mental Health Consumer Provider Services. *J Behav ServRes* 2016; 33: 176–195
- [45] Wittmann L, Sengutta M, Karow A. Früherkennung und Frühintervention in der Großstadt: Erfahrungen aus der Früherkennungsambulanz. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. Runderum ambulant. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017: 191–202
- [46] Gotham HJ, Brown JL, Comaty JE et al. Assessing the co-occurring capability of mental health treatment programs: The Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) Index. *J Behav Health ServRes* 2013; 40: 234–241
- [47] Morrow R, McGlennon D, McDonnell C. A Novel Mental Health Crisis Service: Outcomes of Inpatient Data. *Ulster Med J* 2016; 85: 13–17
- [48] Parhizi S, Steege LM, Pasupathy KS. Mining the relationships between psychosocial factors and fatigue dimensions among registered nurses. *Int J Ind Ergon* 2013; 43: 82–90
- [49] Lambert MT. Linking mental health and addiction services: A continuity-of-care team model. *J Behav Health Serv Res* 2002; 29: 433–444
- [50] Eikmeier G, Kieser LD, Paap M et al. Umstrukturierung einer psychiatrischen Abteilung nach Recovery-Grundsätzen: eine Pilotstudie mit „mixed-method design“. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2017; 120: 16–20
- [51] Merrick EL, Hodgkin D, Horgan CM et al. Changing mental health gatekeeping: Effects on performance indicators. *J Behav Health Serv Res* 2008; 35: 3–19
- [52] Heißler M. Multiprofessionelle mobile gemeindepsychiatrische Teams in der Praxis. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. Runderum ambulant. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017: 84–99
- [53] Steinhart I, Wienberg G. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. *Psychiatr Prax* 2016; 43: 65–68
- [54] Albers M. Stellungnahme des Fachausschuss Psychiatrie des BVOGD zur Novellierung der PsychKGs in den Bundesländern. *Gesundheitswesen* 2014; 76: 237–240
- [55] Gühne U, Becker T, Riedel-Heller S. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: Ausblick auf das Update der S3-Leitlinie der DGPPN. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 337–340
- [56] Burns T, Knapp M, Catty J et al. Home treatment for mental health problems: A systematic review. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1–139
- [57] Mönter N. Mobile Multiprofessionelle Teams aus Sicht eines niedergelassenen Arztes. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. Runderum ambulant. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017: 100–115
- [58] Rixe J, Wabnitz P. Gesundheitstracking im Rahmen von Stepped-Care und Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT). In: Hagemann T, Hrsg. Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz. Baden-Baden: Nomos; 2017: 279–306
- [59] Nienaber A. Versorgungskonzepte und technische Assistenz. In: Hagemann T, Hrsg. Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz. Baden-Baden: Nomos; 2017: 173–186
- [60] Lang FU, Gühne U, Riedel-Heller S et al. Innovative patientenzentrierte Versorgungssysteme: Internationale Perspektiven. *Nervenarzt* 2015; 86: 1313–1319
- [61] Sjølie H, Karlsson B, Kim HS et al. Crisis resolution and home treatment: Structure, process, and outcome – a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17: 881–892
- [62] Middleton H, Shaw R, Collier R et al. The dodo bird verdict and the elephant in the room: A service user-led investigation of crisis resolution and home treatment. *Health Sociol Rev* 2014; 20: 147–156
- [63] Greve N, Floeth T. Sektorengrenzen überwinden – Integrierte Versorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. Runderum ambulant. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017: 116–131
- [64] Kapur N, Ibrahim S, Hunt IM et al. Mental health services, suicide and 7-day working. *Br J Psychiatry* 2016; 209: 334–339
- [65] Hunt IM, Appleby L, Kapur N. Suicide under crisis resolution home treatment – a key setting for patient safety. *BJPsych bullet* 2016; 40: 172–174
- [66] Boege I, Copus N, Schepker R. Behandelt zu Hause gesund werden. Hometreatment in Verzahnung mit Klinikelementen, Chancen und Herausforderungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2014; 42: 27–37
- [67] Wright C, Catty J, Watt H et al. A systematic review of home treatment services: Classification and sustainability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 789–796
- [68] Kotter JP. *Leading Change*. Boston: Harvard Business Publishing; 1996
- [69] Bruch H, Vogel B. Organisationale Energie: Wie Führungskräfte das Potenzial ihres Unternehmens ausschöpfen können. In: Bruch H, Krummacher S, Vogel B, Hrsg. *Leadership – Best Practices und Trends*. Wiesbaden: Gabler; 2012: 181–192